

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

**Soutenue publiquement le 30 janvier 2026
Par Mme DELINS Florine**

**ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT ATTEINT DE CANCER PAR LE PHARMACIEN :
ENQUETE SUR LA MISE EN OEUVRE DES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES
ET LES PROGRAMMES DE PRISE EN CHARGE INTERPROFESSIONNELLE
DANS LE DEPARTEMENT DU NORD.**

Membres du jury:

Président : Monsieur SIMON Nicolas, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU-PH), Département de Pharmacie, Université de Lille



Directeur, conseiller de thèse : Madame ROGEL Anne, Maître de Conférence des Universités (MCU), Département de Pharmacie, Université de Lille

Membres extérieurs : Madame LECOLIER Sarah, Pharmacienne adjointe à Hallennes-lez-Haubourdin & Madame HOUPPERMANS Sophie, Pharmacienne titulaire à Marquette-lez-Lille

UFR3S-Pharmacie

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



 	LISTEGEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 1/11

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



 	LISTEGEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 2/11

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

 	LISTEGEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 3/11



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

 	LISTEGEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 4/11

Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHARAERT	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



 	LISTEGEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 5/11

Maitres 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

 	LISTEGEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 6/11



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

 	LISTEGEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 7/11

Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	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



 	LISTEGEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 8/11

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	

 	LISTEGEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 9/11

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	

 	LISTEGEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 10/11


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

	LISTEGEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie Document transversal	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024 Page 11/11

CYCLE DE VIE DU DOCUMENT

Version	Modifié par	Date	Principales modifications
1.0		20/02/2020	Création
2.0		02/01/2022	Mise à jour
2.1		21/06/2022	Mise à jour
2.2		01/02/2024	Mise à jour
2.3		15/11/2024	Mise à jour
2.4		18/02/2025	Mise à jour

Remerciements

À mon président de jury, le docteur Nicolas Simon,

Je vous remercie sincèrement pour la qualité de vos enseignements, votre grande réactivité et votre aide précieuse dans la diffusion de mon questionnaire. C'est un réel honneur pour moi que vous ayez accepté de présider mon jury de thèse.

A ma directrice de thèse, la docteure Anne Rogel,

Pour votre accompagnement, le temps que vous m'avez consacré et vos précieux conseils, tant sur le plan académique que sur le plan humain. Merci pour votre bienveillance, votre rigueur et la confiance que vous m'avez accordée tout au long de la rédaction de ce manuscrit. Grâce à vous, ce travail a pu atteindre le plus haut niveau d'aboutissement possible.

À Sarah,

Merci de m'avoir fait découvrir, à travers ta pratique, la prise en charge de la patiente atteinte de cancer à l'officine, ainsi que pour l'intérêt que tu as porté à cette thèse et pour avoir accepté de faire partie de mon jury. Tu m'as vue évoluer, passer du statut d'étudiante de troisième année à celui de pharmacienne. J'espère pouvoir exercer tout au long de ma carrière avec la même qualité et le même engagement que toi.

À Sophie,

Ce qui devait être une solution de secours pour l'été s'est révélé être un véritable coup de cœur. Je n'aurais pu espérer meilleur accueil à mon arrivée dans votre officine. Vous m'avez aidée à trouver ma place, à m'affirmer et à m'encourager dans ce que j'aime le plus dans notre beau métier : l'accompagnement des patients. En quelques mois, j'ai beaucoup évolué à vos côtés, et je vous remercie sincèrement pour la confiance que vous m'accordez chaque jour. J'espère que cette thèse viendra clore votre carrière avec la même richesse humaine et professionnelle que celle que vous m'avez transmise. Je vous souhaite une très belle retraite.

A Axel,

Celui qui partage ma vie. Merci d'être l'homme bienveillant, à l'écoute, drôle et amoureux que tu es. Je suis si chanceuse de t'avoir à mes côtés. C'est une évidence, et ça le restera pour toujours. J'ai hâte d'avancer avec toi, et de voir tout le bonheur que la vie a en réserve pour nous. Je t'aime.

A mes parents,

Que dire ? Je vous dois tout. Vous êtes mes piliers les plus solides. Vous avez toujours cru en moi, même quand je n'y croyais plus. Merci pour tout ce que vous êtes, car vous n'êtes pas seulement des parents géniaux, mais aussi des personnes humaines et généreuses. Merci de m'avoir transmis vos valeurs.

Maman, merci pour ton amour si chaud et enveloppant, pour les messages à rallonge remplis d'emoji cœur, et notamment avant chaque exam, qui se terminaient toujours de la même façon « tu es un tigre, tu es un lion » : merci pour cette force que tu me donnes. Papa, merci pour ton amour discret mais si fort, pour avoir dégivré tant de fois ma voiture avant que je me lève pour aller en cours, et pour notre complicité : souvent, un seul regard suffit. Merci de t'être battu. Je ne serais pas la personne que je suis aujourd'hui si j'avais grandi sans mon papa adoré. Cette thèse t'est particulièrement dédiée. Je vous aime.

A papi et mamie,

Mes supporteurs numéro 1, depuis que je suis petite. Vous m'avez tant appris. C'est vous qui avez fait de moi cette personne fan de musée, curieuse et débrouillard. Je sais que vous serez toujours présents, et que je pourrai toujours compter sur vous quand j'ai un coup de mou. Merci d'avoir pris soin de moi, maintenant c'est à mon tour. Je vous aime.

À ma famille et à ma belle-famille,

Ainsi qu'à tous ceux que j'appelle « tonton » ou « tata » sans lien de sang. Merci pour votre soutien constant, malgré la distance qui nous sépare parfois, et pour votre présence précieuse tout au long de ce parcours.

A Marie,

Pour notre amitié qui n'a fait que se renforcer au fil de ces années et qui continuera, j'en suis sûre, à grandir encore longtemps. À toutes nos aventures, à nos soirées passées ensemble à réviser... ou à faire la fête ! Et un immense merci pour ton aide précieuse dans l'écriture de cette thèse, et pour tous tes conseils.

A Amandine,

Ma plus belle rencontre durant ces études de pharmacie. À notre amitié si forte, qui s'est liée naturellement, comme une évidence. Merci de me rassurer lorsque j'ai des doutes et d'être toujours l'épaule sur laquelle je peux me reposer quand j'en ai besoin. À tous nos spritz passés... et à tous ceux à venir !

A mes copains,

Merci pour votre soutien et pour votre présence. J'ai de la chance d'avoir un si bel entourage, avec qui je peux passer de si bons moments. Un merci tout particulier à tous ceux du groupe Messenger que je ne peux nommer ici (ils se reconnaîtront), même s'ils préfèrent désormais Axel à moi. A Louison, également, ma fillote, mais avant tout mon amie fidèle et sosie presque parfait. A Alizée, ma plus longue amitié, qui ne comprend pas grand-chose de ce qui est écrit dans cette thèse, mais qui me motive toujours à aller au bout de mes ambitions, et ce depuis le collège. Merci à tous de me laisser faire partie de votre vie, et de faire partie de la mienne. Vous la rendez plus douce.

À ma vie étudiante et associative,

Ce chapitre de ma vie est bientôt clos. Et quel chapitre ! En arrivant en 2^{ème} année de pharmacie, j'étais timide et j'avais peur d'à peu près tout. C'est grâce à l'associatif que je me suis révélée à moi-même, et ouverte aux autres. Sans l'AAEPL, la corpo, l'AG, la Faluche... je n'aurais jamais su qui je suis vraiment, ni rencontré toutes ces personnes qui m'ont tant apporté. Alors merci pour toutes ces réunions, ces expériences, ces revues, ces forums, ces nuits sans dormir, ces immenses moments de joie et de fierté vécus au fil de mes différents mandats.

Parce que je suis convaincue que ce furent à la fois les plus belles années de ma vie, mais aussi les plus difficiles, je terminerai en citant un grand monsieur : « *Merci pour les roses, merci pour les épines.* »

A la pharmacie Obled,

Et à toute l'équipe : Mme Obled, Vanessa, Marie-Charlotte, Lucie, Laurie. Pour m'avoir ouvert les portes du monde de la pharmacie et accompagné dans ma montée en compétence avec bienveillance et rigueur.

A la pharmacie du Centre,

A Pierre Jean, à mon futur patron et à mes collègues, pour la qualité de l'environnement de travail que vous avez su créer, pour votre bienveillance à tous dans l'équipe, et pour ces moments de convivialité partagés en toute simplicité. Merci également pour ces instants de légèreté, entre rires et discussions autour d'un thé, d'un café ou d'une infusion (choix très important), qui me permettent de m'épanouir au travail.

Et à tous ceux que j'ai croisés sur mon chemin, de près ou de loin. Merci à vous tous, car chacun, à votre manière, m'avez accompagnée et guidée jusqu'à l'endroit où je me tiens aujourd'hui, et vers l'avenir qui s'ouvre doucement devant moi.

Table des matières

Remerciements	14
Glossaire	21
Liste des figures	23
Introduction	25
I. Généralités.....	27
1. Définitions et épidémiologie.....	27
a. Définitions	27
b. Epidémiologie	29
2. Physiopathologie du cancer.	33
a. Initiation.....	34
b. Promotion	34
c. Concept d'« immuno-editing » et échappement tumoral	36
d. Cascade métastatique	38
e. Néo-angiogenèse tumorale	39
3. Etiologie et facteurs de risques.....	39
a. Facteurs exogènes	40
b. Facteurs endogènes	43
4. Traitements anti cancéreux	44
a. Principes généraux	44
b. Classes pharmacologiques des traitements médicamenteux.....	46
c. Essor des anticancéreux oraux	49
II. Structuration de la prise en charge du patient atteint de cancer en France.....	52
1. Les Plans cancer	52
2. Principales organisations structurant la lutte contre le cancer	56
3. Parcours de soins du patient atteint de cancer	60
a. Organisation du parcours de soins.....	61
b. Soins de support	65
c. Rôle des associations de patients.....	67
4. Collaboration interprofessionnelle et place du pharmacien.	68
a. De nombreux professionnels au service du patient.	68

b.	Missions, rôles et implication du pharmacien hospitalier et officinal, et du préparateur en pharmacie.	70
c.	Outils d'aide à la réalisation des entretiens pharmaceutiques	74
d.	Programmes de collaboration interprofessionnelle dans le Nord.	74
III.	Présentation et résultats de l'étude	79
1.	Présentation et justificatif de l'étude	79
2.	Matériel et méthodes	80
a.	Elaboration du questionnaire.....	80
b.	Population étudiée.	80
c.	Mode de diffusion.....	81
3.	Résultats	81
a.	Profil des répondants.	82
b.	Connaissance, réalisation, freins et communication autour des entretiens pharmaceutiques.....	85
c.	Connaissance, participation aux programmes de prise en charge interdisciplinaire et souhait d'implication.	103
IV.	Discussion.....	118
1.	Forces et limites de l'étude.....	120
2.	Comparaison avec la littérature.....	120
3.	Perspectives d'amélioration	125
	Conclusion.....	128
	Bibliographie	130
	Annexes	138

Glossaire

Acronyme / Terme	Définition
AFSOS	Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support. Élaboration de référentiels pour l'accompagnement global des patients atteints de cancer.
Anticancéreux oraux	Médicaments de chimiothérapie ou thérapies ciblées administrés par voie orale, nécessitant un suivi particulier (observance, interactions, effets indésirables).
APA	Activité Physique Adaptée. Programme individualisé d'activité physique visant à améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer.
Bilan de médication	Analyse structurée des traitements d'un patient, réalisée par le pharmacien pour optimiser la prise en charge médicamenteuse.
BCOP (Board Certified Oncology Pharmacist)	Certification américaine délivrée par le Board of Pharmacy Specialties (BPS) reconnaissant une expertise avancée en pharmacie oncologique. Elle atteste des compétences du pharmacien dans la sélection, le suivi et l'ajustement des traitements anticancéreux, la gestion des effets indésirables, ainsi que la collaboration interprofessionnelle au sein de l'équipe de soins.
CAQES	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencia des Soins. Dispositif contractuel entre établissements et tutelles, succédant aux CBU.
CBU	Contrat de Bon Usage. Ancien dispositif visant à encadrer le bon usage des médicaments et dispositifs médicaux en établissement de santé (remplacé par le CAQES).
3C	Centres/Cellules de Coordination en Cancérologie. Structures régionales chargées de garantir la qualité et la coordination du parcours de soins en cancérologie.
CNHIM	Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament. Ressource documentaire spécialisée sur le médicament à l'hôpital.
COL	Centre Oscar Lambret – Etablissement hospitalier privé à but non lucratif, porteur des programmes PHARE et Onco'link.
Conciliation médicamenteuse	Processus visant à sécuriser les traitements lors des transitions de soins (entrée, transfert, sortie d'hospitalisation), pouvant amener à réaliser interventions pharmaceutiques qui amènent à des changements de traitement.
DCC	Dossier Communicant de Cancérologie. Dossier informatisé partagé pour améliorer la coordination entre professionnels de santé en cancérologie.
DSRC	Dispositif Spécifique Régional Cancer. Structures régionales (anciens réseaux de cancérologie) chargées d'organiser et coordonner la prise en charge des patients atteints de cancer.
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient. Activités destinées à rendre le patient autonome dans la gestion de sa maladie et de ses traitements.

GIRERD	Questionnaire validé permettant d'évaluer l'observance médicamenteuse du patient.
HAS	Haute Autorité de Santé. Élaboration de recommandations de bonnes pratiques et évaluation des dispositifs de soins.
INCa	Institut National du Cancer. Agence nationale de santé publique spécialisée dans la lutte contre le cancer.
Iatroprev'	Dispositif expérimental porté par l'URPS Pharmaciens Hauts-de-France et le CHU Amiens-Picardie visant à réduire la iatrogénie médicamenteuse grâce au rôle accru du pharmacien.
Observance	Degré d'adhésion d'un patient à son traitement tel qu'il a été prescrit.
OMEDIT	Observatoire du Médicament, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique. Structures régionales de bon usage et d'accompagnement.
Onco'Link	Projet expérimental national de coordination ville-hôpital pour l'accompagnement des patients sous anticancéreux oraux, porté dans les Hauts de France par le Centre Oscar Lambret, centre régional de lutte contre le cancer situé à Lille.
PHARE	Programme de prise en charge interdisciplinaire initié en 2016 par le Centre Oscar Lambret à Lille, dans le but d'optimiser la prise en charge et le suivi des patients traités par anticancéreux oraux, en favorisant la sécurité et la continuité des soins.
PGEU	Pharmaceutical Group of the European Union. Organisation européenne représentant les pharmaciens d'officine.
PPS	Programme Personnalisé de Soins. Document de référence remis au patient, définissant les étapes et objectifs de sa prise en charge thérapeutique.
PPAC	Programme Personnalisé de l'Après-Cancer. Document destiné à organiser le suivi médical et social du patient après la fin des traitements.
RESOMEDIT	Réseau des OMEDIT, fédérant les structures régionales pour harmoniser et partager les pratiques.
SFPO	Société Française de Pharmacie Oncologique. Élabore recommandations et référentiels pour la pratique pharmaceutique en oncologie.
SFO	Société Française du Cancer / Société Française d'Oncologie. Société savante rassemblant les professionnels de cancérologie.
SOS	Soins Oncologiques de Support. Ensemble des soins et soutiens nécessaires aux patients atteints de cancer tout au long de leur maladie.

Liste des figures

Figure 1. Nombre de nouveaux cas de cancers estimés pour les principales localisations, en France Métropolitaine en 2023 (4).	30
Figure 2. Nombre de décès en fonction des différents cancers, chez l'homme et la femme, en France en 2018.	32
Figure 3. Schéma des différentes étapes de formation d'une tumeur à partir d'une cellule saine (7).	34
Figure 4. Schéma du concept d'échappement et d'immuno-éditing de la cellule cancéreuse (9).....	37
Figure 5. Schéma des différentes étapes de la cascade métastatique d'une tumeur (10).	38
Figure 6. Graphique de la proportion des cancers liés aux principaux facteurs de risque (12).....	44
Figure 7. Comparaison du nombre d'AMM initiales octroyées à des anticancéreux par voie orale sur la période 2010-2015 (21).	49
Figure 8. Répartition des anticancéreux par voie orale en fonction de leur classe pharmacologique (21).....	50
Figure 9. Carte des 7 cancéropôles régionaux et interrégionaux en France (19).....	53
Figure 10. Carte de la répartition des différents OMEDIT en France (24).....	58
Figure 11. Schéma des différentes étapes du parcours de soins du patient atteint de cancer (32).	64
Figure 12. Grille du questionnaire d'observance de GIRERD.	73
Figure 13. Répartition du nombre de répondants par catégorie professionnelle et localisation MEL/Hors MEL. Le pourcentage MEL/hors MEL est précisé pour chaque catégorie professionnelle. Pour chaque catégorie professionnelle, le nombre total et le pourcentage parmi les répondants sont indiqués au-dessus de l'histogramme.....	83
Figure 14. Répartition des répondants en fonction du type d'établissement de santé. Le pourcentage du type d'établissement parmi les répondants est indiqué au-dessus de chaque histogramme.....	84
Figure 15. Appartenance à une CPTS.	85
Figure 16. Pourcentage de connaissance des entretiens pharmaceutiques (A) pour le milieu pharmaceutique et (B) hors milieu pharmaceutique, en fonction de la catégorie professionnelle.....	87
Figure 17. Pourcentage de connaissance des entretiens pharmaceutiques (A) officinaux et (B) hospitaliers en fonction de la catégorie professionnelle et de la localisation MEL vs Hors MEL.....	89
Figure 18. Pourcentage de participation et souhait de formation aux entretiens pharmaceutiques en fonction de la catégorie professionnelle.	90
Figure 19. Pourcentage de participation à au moins un entretien pharmaceutique en fonction de la catégorie professionnelle et de la localisation MEL vs Hors MEL.....	91

Figure 20. Pourcentage de participation à au moins un entretien pharmaceutique en fonction de la catégorie professionnelle et de l'appartenance à une CPTS ou non.	92
Figure 21. Pourcentage global de réalisation d'entretiens pharmaceutiques par nombre de patients par an, et lieu d'exercice.	93
Figure 22. Comparaison du nombre de patients reçus en entretiens pharmaceutiques chaque année, en fonction de la MEL vs Hors MEL, (A) en milieu officinal et (B) en milieu hospitalier.	95
Figure 23. Obstacles à la réalisation des entretiens pharmaceutiques à l'officine.	96
Figure 24. Obstacles à la réalisation des entretiens pharmaceutiques pour (A) les pharmaciens d'officine et (B) les étudiants en 6A officine.	99
Figure 25. Pourcentage de répondants communiquant sur les entretiens pharmaceutiques avec d'autres professionnels de santé, en fonction de la catégorie professionnelle et de la localisation MEL vs Hors MEL.	101
Figure 26. Pourcentage de répondants (pharmaciens, étudiants 6A officine et interne en pharmacie) communiquant sur les entretiens pharmaceutiques avec d'autres professionnels de santé, en fonction de l'appartenance à une CPTS.	102
Figure 27. Pourcentage de connaissance des programmes de prise en charge en fonction de l'établissement de santé (A) de ville et (B) hospitalier.	105
Figure 28. Pourcentage de connaissance du programme Onco'link en fonction de la catégorie professionnelle, et de la localisation MEL vs Hors MEL.	106
Figure 29. Pourcentage de connaissance du programme latroprev' en fonction de la catégorie professionnelle, et de la localisation MEL vs Hors MEL.	108
Figure 30. Pourcentage de connaissance du programme PHARE en fonction de la catégorie professionnelle, et de la localisation MEL vs Hors MEL.	110
Figure 31. Pourcentage de connaissance des différents programmes de prise en charge interprofessionnelle en fonction de l'appartenance à une CPTS.	111
Figure 32. Pourcentage des différentes voies d'information sur les programmes de prise en charge interprofessionnelle.	112
Figure 33. Pourcentage des raisons de non-implication dans les différents programmes de prise en charge interprofessionnelle, malgré connaissance d'au moins un programme.	116
Figure 34. Pourcentage du souhait d'implication dans les programmes de prise en charge interprofessionnelle en fonction de la catégorie professionnelle.	117

Introduction

Le cancer constitue aujourd'hui un problème majeur de santé publique en France et dans le monde. Avec plus de 430 000 nouveaux cas estimés chaque année dans notre pays, il représente la première cause de mortalité chez l'homme et la deuxième chez la femme. Les progrès thérapeutiques réalisés au cours des dernières décennies, notamment grâce au développement des thérapies ciblées et des anticancéreux oraux, ont profondément transformé la prise en charge des patients. Si ces innovations ont permis d'améliorer le pronostic et la qualité de vie, elles ont également complexifié les parcours de soins et renforcé la nécessité d'une coordination étroite entre les différents professionnels de santé.

Dans ce contexte, l'accompagnement du patient atteint de cancer ne peut plus se limiter à la prescription et à l'administration des traitements. Il doit intégrer une approche globale, centrée sur le patient et fondée sur la coopération interprofessionnelle. Les médecins, infirmiers, pharmaciens, mais aussi les acteurs des soins de support, sont appelés à travailler ensemble pour sécuriser les thérapeutiques, améliorer l'observance et prévenir les complications liées aux traitements. Cette approche collaborative est au cœur des recommandations nationales et internationales et s'inscrit dans la dynamique des Plans Cancer successifs pilotés par l'Institut National du Cancer (INCa).

Le pharmacien occupe, dans ce dispositif, une place stratégique. À l'hôpital comme en officine, il est en première ligne pour garantir le bon usage des anticancéreux, prévenir les interactions médicamenteuses, détecter les effets indésirables et accompagner le patient dans l'adhésion à son traitement. Le développement des entretiens pharmaceutiques, reconnu par la réglementation française et soutenu par diverses initiatives telles que PHARE, Onco'Link et Iatroprev' dans le Nord de la France, illustre cette évolution du rôle du pharmacien vers une pratique clinique et éducative. Néanmoins, la diffusion de ces dispositifs reste encore limitée, en particulier en ville.

Plusieurs sociétés savantes et organismes institutionnels, tels que la Société Française de Pharmacie Oncologique (SFPO), l'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support (AFSOS) ou encore les Observatoires du Médicament, des

Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT), ont souligné la nécessité de renforcer la place du pharmacien au sein des équipes de cancérologie et de développer des parcours structurés incluant systématiquement l'accompagnement pharmaceutique. L'enjeu est double : améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients, tout en contribuant à l'efficacité globale du système de santé.

Dans ce contexte, ce travail de thèse s'inscrit dans une réflexion plus large sur la place du pharmacien dans la prise en charge interprofessionnelle des patients atteints de cancer. Il s'appuie à la fois sur une revue de la littérature, l'analyse des recommandations et dispositifs existants, et la réalisation d'une enquête auprès de professionnels de santé, afin d'identifier les freins et les leviers à un déploiement plus large des entretiens pharmaceutiques et des programmes d'accompagnement.

I. Généralités

1. Définitions et épidémiologie

a. Définitions

Les cancers sont définis et caractérisés par la prolifération et la migration incontrôlées de cellules anormales dans l'organisme. Ils sont très divers, pouvant se développer partout, et comptant ainsi des centaines de formes distinctes.

Typiquement, on classe les cancers en deux grandes catégories.

D'un côté, les cancers dits "solides", qui sont des tumeurs malignes développées dans divers tissus tels que la peau, les muqueuses, les organes, les os ou les tissus mous : ils représentent 90% des cancers.

De l'autre, les cancers "liquides" (connus également sous le nom de cancers du sang ou cancers hématologiques), qui affectent la moelle osseuse, le sang ou les ganglions lymphatiques.

En règle générale, les cancers sont nommés en fonction du type de tissu ou de cellules où ils trouvent leurs origines.

Cancers solides

Ces cancers sont ceux rencontrés le plus fréquemment, la plupart étant des carcinomes. Plusieurs types de cancers solides peuvent se développer au sein d'un même organe, en fonction du tissu touché et de la nature du cancer.

Ainsi, un cancer prenant naissance dans un tissu glandulaire est un adénocarcinome. Ils représentent à eux seuls plus de la moitié des cancers (1).

Quelques chiffres : 95% des cancers du sein et 90% des cancers colorectaux sont des adénocarcinomes.

Un cancer peut également se développer dans les tissus épidermoïdes. Ces tissus spécifiques sont en contact avec le milieu extérieur. Ils peuvent ainsi être kératinisés, comme pour la peau, ou non, pour les muqueuses ORL (oto-rhino-laryngologie), du vagin, col de l'utérus, anus, etc... Ces cancers seront alors appelés des carcinomes épidermoïdes (1).

Quelques chiffres : environ 85% des cancers du col de l'utérus et 90% de ceux de la sphère ORL sont des carcinomes épidermoïdes.

Enfin, les tissus conjonctifs sont le lieu de développement des sarcomes. Ces derniers sont rares, représentant 1% de tous les nouveaux cas de cancer (1).

Les sarcomes des tissus mous, les plus fréquents, se situent au niveau des bras et des jambes (50%), du tronc et de l'abdomen (40%) et de la tête et du cou (10%). Les ostéosarcomes, ou tumeurs osseuses malignes, restent rares (150 nouveaux patients par an en France, soit 0,2% des cancers au total et 10% des sarcomes).

Cancers liquides

Ils touchent les cellules des lignées sanguines. Premièrement, on identifie comme leucémies les cancers qui prennent naissance dans les cellules souches du sang, présentes dans la moelle osseuse. Elles sont classées selon le genre de cellules souches du sang à partir duquel elles se développent(2).

Par exemple : un cancer touchant les cellules souches lymphoïdes sera caractérisé de leucémie lymphoïde.

On retrouve également des cancers affectant les lymphocytes, qui correspondent à un type de globules blancs jouant un rôle prépondérant dans les réactions immunitaires. Ces cancers se nomment les lymphomes. On distingue deux grandes catégories de lymphomes, qui sont les lymphomes Hodgkinien ou non Hodgkiniens. Un lymphome hodgkinien est défini par la présence de cellules anormales dérivées des lymphocytes B (cellules de Reed-Sternberg). Ils représentent 10% des cas de lymphomes, et sont généralement de bon pronostic. Les autres lymphomes ne présentant pas de cellules de Reed-Sternberg sont qualifiés de non hodgkiniens. Pour ces derniers, le pronostic varie en fonction des multiples types de cellules concernées (2).

Enfin, le dernier type de cancer liquide est le myélome. Il affecte les plasmocytes, qui sont des cellules de la famille des globules blancs présentes en petite quantité dans la moelle osseuse (< 5%) et qui fabriquent les anticorps. Dans le cas d'un myélome, on observe un envahissement de la moelle osseuse par les plasmocytes, aux dépens des autres cellules médullaires et des complexes osseux l'entourant (2).

b. Epidémiologie

Les cancers, du fait de leur diversité, constituent un ensemble variable en termes de fréquence, de pronostic et d'évolution. Ainsi, de nombreux indicateurs d'incidence et de mortalité sont régulièrement établis et publiés.

En France, la surveillance épidémiologique résulte d'un accord partenarial unissant le Réseau français des registres de cancers (Francim), l'agence Santé publique France, l'Institut national du Cancer (INCa) et le service de biostatistique et de bioinformatique des Hospices civils de Lyon (HCL). Tous les cinq ans, ils réalisent ensemble une étude approfondie de l'incidence et de la mortalité. Celle-ci détaille et commente les tendances des deux indicateurs, incidence et mortalité, par sexe et par âge avec une projection à court terme, pour 74 localisations cancéreuses. Entre deux études approfondies, le partenariat entreprend une étude plus concise. Son objectif étant de fournir de manière réactive des estimations de l'incidence des principaux cancers pour l'année en cours, et de mettre à jour les tendances récentes. Cette dernière étude datant de 2023 se concentre sur les 19 localisations cancéreuses les plus courantes, ainsi que sur l'ensemble de tous les cancers, mais se focalise uniquement sur l'incidence. Elle intègre trois années d'observations supplémentaires (2016-2018) par rapport à la dernière étude approfondie, permettant ainsi une mise à jour des tendances récentes.

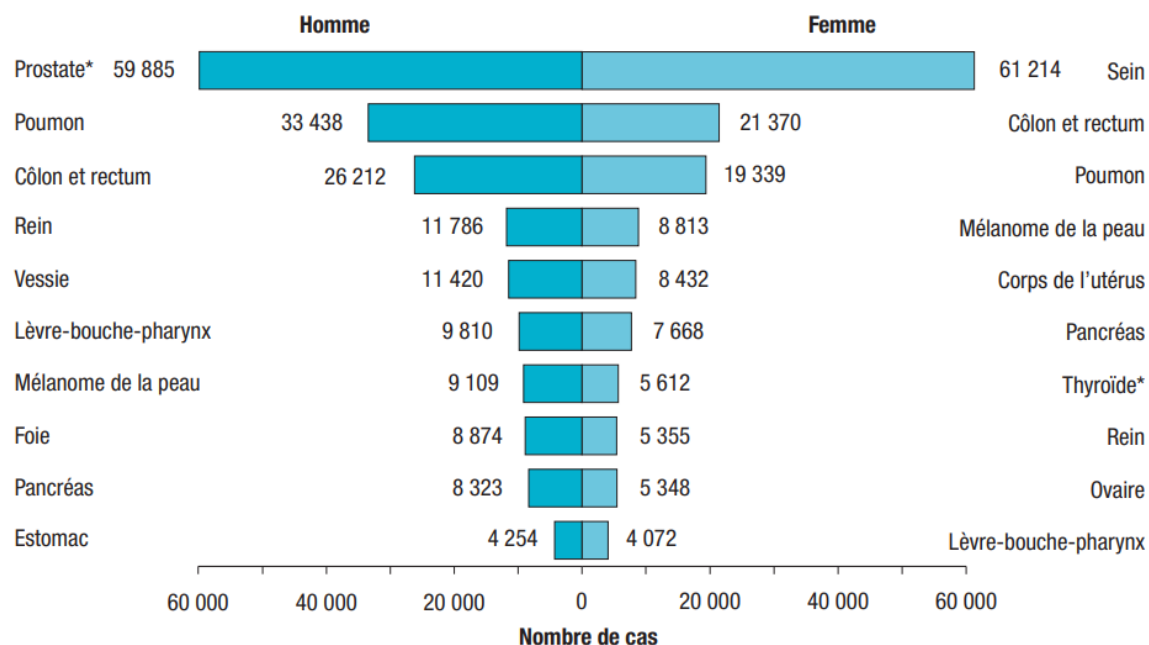
Ci-après, vous trouverez ainsi les résultats de ces deux études, l'une datant de 2020, et l'autre de 2023, qui vous seront présentées succinctement.

Incidence

L'incidence représente le nombre de nouveaux cas d'une pathologie au sein d'une population ou d'une zone géographique et sur une période définie, en général une année. Elle est à différencier du taux d'incidence, qui s'exprime en nombre de personnes pour 100 000 personnes-années (PA). En 2023, le nombre de nouveaux cas de cancer toutes localisations confondues en France métropolitaine s'élève à 433 136, dont 57 % concernent les hommes. Le taux d'incidence standardisé mondial est de 355 cas pour 100 000 personnes-années chez les hommes et de 274 cas pour 100 000 PA chez les femmes. L'âge médian au moment du diagnostic est respectivement de 70 ans chez les hommes et de 68 ans chez les femmes (3).

En France métropolitaine, les cancers de la prostate (59 885 cas), du poumon (33 438 cas) et du côlon-rectum (26 212 cas) sont les plus courants chez les hommes. Chez les femmes, ce sont les cancers du sein (61 214 cas), du côlon-rectum (21 370 cas) et du poumon (19 339 cas) (*Figure 1*).

Nombre de nouveaux cas de cancers estimés pour les principales localisations, en France métropolitaine en 2023



* Pour la prostate et la thyroïde, le nombre de cas est une estimation pour 2018 (et non 2023).

Figure 1. Nombre de nouveaux cas de cancers estimés pour les principales localisations, en France Métropolitaine en 2023 (4).

Entre 1990 et 2023, le nombre de nouveaux cas de cancer a doublé, avec une augmentation de 98 % chez les hommes et de 104 % chez les femmes, toutes localisations confondues. Cette augmentation est principalement attribuable à des évolutions démographiques (augmentation de la population et de son vieillissement), une meilleure capacité de diagnostic et, secondairement, à une augmentation du risque de cancer. Cependant, cette tendance masque des évolutions variables selon la localisation (4). L'incidence évolue différemment selon le sexe, avec des tendances plus favorables chez les hommes, bien que les taux restent nettement supérieurs à ceux observés chez les femmes en 2023. Ainsi, chez l'homme, de 1990 à 2023, l'incidence des cancers de l'ensemble lèvre-bouche-pharynx, de l'œsophage, du poumon et du côlon-rectum, diminue avec une baisse plus prononcée pour les cancers de l'ensemble lèvre-bouche-pharynx et de l'œsophage. L'incidence des cancers du foie, après avoir

augmenté, se stabilise à partir de 2010. En revanche, chez la femme, l'incidence globale des cancers ne fait qu'augmenter depuis 1990.

Concernant les cancers de la thyroïde, leur incidence a connu une forte augmentation de 1990 jusqu'en 2013, tant chez l'homme que chez la femme. Une inversion brutale de cette tendance est observée à partir de 2013-2014, avec des taux en baisse pour les deux sexes jusqu'en 2018. De même, l'incidence des cancers de l'estomac diminue régulièrement pour les deux sexes sur l'ensemble de la période d'étude et l'incidence des cancers de la vessie diminue depuis 1990 chez les hommes tandis qu'elle est plutôt stable chez les femmes. Dans l'ensemble, l'incidence des cancers génitaux féminins évolue de manière favorable. En effet, elle diminue régulièrement pour les cancers de l'ovaire depuis 1990, et celui des cancers du col de l'utérus est en baisse et tend à se stabiliser depuis 2010, ce qui peut être imputé à la généralisation progressive de la vaccination contre les papillomavirus (4).

A l'inverse, l'incidence des mélanomes cutanés, des cancers du pancréas, chez l'homme et la femme, ainsi que des cancers du rein chez l'homme, n'a fait qu'augmenter entre 1990 et 2023. Pour ce qui est des tumeurs invasives du système nerveux central, qui connaissent une légère augmentation, leur incidence se stabilise également depuis 2010 chez l'homme et la femme, bien que demeurant plus élevée chez les hommes.

Mortalité

Le taux de mortalité est le nombre de décès rapporté à la population totale moyenne d'une année. Il est généralement exprimé pour 1000 personnes. Selon le rapport du réseau Francim de 2019, les cancers représentent la première cause de mortalité prématurée en France, avec 40 % de cas de cancer évitables. Chez l'homme ils sont la première cause de décès, et la deuxième chez la femme (5).

En 2018, le nombre de décès par cancer est estimé à 157 400, dont 89 600 chez l'homme et 67 800 chez la femme, soit des taux de mortalité standardisés respectivement de 123,8 et 72,2 pour 100 000 personnes-années (*Figure 2*) (6).

NOMBRE DE DÉCÈS EN 2018

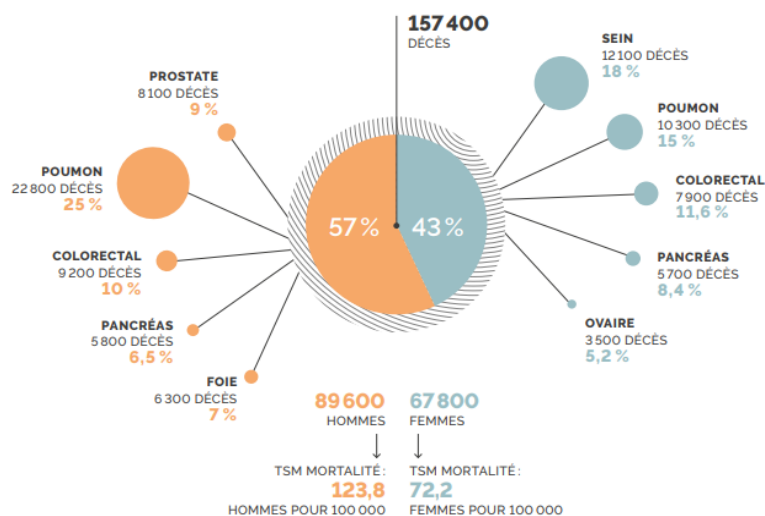


Figure 2. Nombre de décès en fonction des différents cancers, chez l'homme et la femme, en France en 2018.

Chez l'homme, le cancer présentant le plus grand taux de mortalité est le cancer du poumon avec 22 761 décès en 2018. En seconde position, on retrouve le cancer colorectal (9 209 décès) puis le cancer de la prostate (8 115 décès). Chez les femmes, le cancer du sein est la principale cause de décès par cancer totalisant 12 146 décès en 2018, suivi du cancer du poumon (10 356 décès) et du cancer colorectal (7 998 décès).

Sur la période étudiée par le réseau Francim (1990-2018), l'augmentation du nombre de décès est de 6 % chez les hommes, dénombant 84 400 décès en 1990 pour 89 600 en 2018, et de 26 % chez les femmes (54 000 et 67 800). Cette augmentation s'explique là encore par l'augmentation de la population et son vieillissement. Parallèlement, la part des décès attribuables au cancer lui-même est en recul de -54 % chez les hommes et de -25 % chez les femmes (5).

On observe une forte augmentation de la mortalité pour le cancer du poumon chez la femme, tandis que les taux de mortalité pour ce même cancer diminuent chez l'homme. Pour les mélanomes, les cancers du foie, du pancréas et du rein, dont l'incidence augmente, la mortalité reste stable ou augmente légèrement, malgré les avancées dans le domaine de l'imagerie médicale et des traitements.

Cependant, pour d'autres cancers dont l'incidence augmente, on observe une diminution de la mortalité. Cette tendance est notamment observée pour le cancer de la prostate et du testicule.

La mise en place du dépistage organisé, ainsi que les avancées dans la prévention et les traitements expliquent en partie la diminution constante de la mortalité des cancers colorectaux et du col de l'utérus. Des évolutions favorables sont également observées pour d'autres types de cancer, tels que les cancers de la lèvre, de la bouche et du pharynx chez les hommes, et le cancer de l'ovaire chez les femmes.

Enfin, cette tendance positive est également observée pour le cancer de l'estomac, pour les deux sexes, grâce à la diminution de la prévalence et au traitement de l'infection à *Helicobacter Pylori*, principal facteur de risque de ce cancer.

2. Physiopathologie du cancer.

La formation d'un cancer est un processus complexe, en plusieurs étapes, qui s'initie à partir d'une cellule saine (*Figure 3*). Tout commence par la sélection de cette cellule qui, sous l'influence de divers facteurs internes et externes, va se transformer en une cellule cancéreuse. En effet, la cellule va développer des caractéristiques particulières telles que l'immortalité, du fait de l'acquisition d'une résistance à la mort cellulaire programmée, appelée apoptose. On retrouvera également une capacité à envahir les tissus environnants (7).

Ainsi, après sélection clonale et à mesure qu'elles se multiplient, ces cellules évoluent vers un état tumoral, devenant de plus en plus invasives, et éventuellement métastatiques. Le micro-environnement autour de la tumeur favorise l'invasion des tissus voisins et le développement de nouveaux vaisseaux sanguins (néoangiogenèse). C'est à ce moment que les tumeurs deviennent « malignes » (2).

Enfin, on observe également que les tumeurs développent une capacité de résistance aux traitements anticancéreux, soit dès leur formation, soit à travers des mécanismes acquis au fil du temps (2).

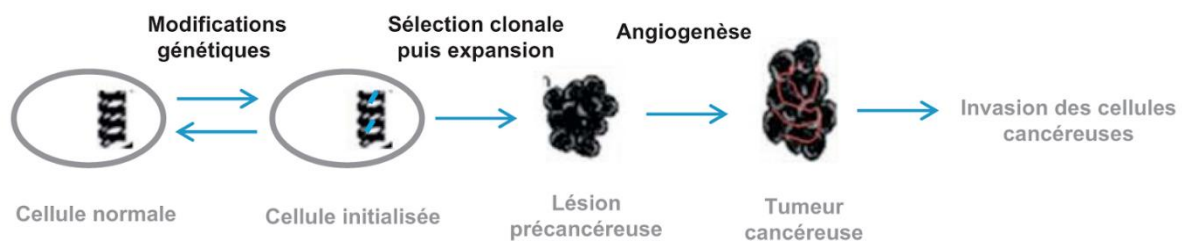


Figure 3. Schéma des différentes étapes de formation d'une tumeur à partir d'une cellule saine (7).

a. Initiation

La survenue et la progression des tumeurs malignes résultent d'une accumulation d'événements génétiques complexes altérant le fonctionnement de certains gènes contrôlant la prolifération et la division des cellules normales.

Trois types de gènes sont impliqués dans le processus tumoral : les oncogènes, les anti-oncogènes et les gènes de maintien de l'intégrité (appelés *care takers*). Les oncogènes, par activation ou surexpression, stimulent la division cellulaire ou rendent les cellules immortelles (ex. : HER2, RAS, MYC, BRAF, FGF1). Les anti-oncogènes, lorsqu'ils sont mutés ou inactivés, perdent leur capacité à induire l'apoptose cellulaire (ex. : p53, WTI). Enfin, les gènes de maintien de l'intégrité cellulaire codent pour un complexe multifonctionnel chargé de surveiller l'intégrité du génome (ex. : MSH2, MLH1). Leur inactivation ou mutation peut induire une instabilité génétique et une susceptibilité accrue aux cancers (7).

b. Promotion

La cellule « initialisée » n'est pas encore considérée comme cancéreuse tant qu'elle n'a pas encore acquis une autonomie de croissance. La phase de promotion correspond à la sélection d'un ou plusieurs clones tumoraux et à son expansion. Cela se caractérise par le maintien des modifications génétiques au sein de la cellule et par la sécrétion de promoteurs tumoraux, tels que des cytokines et des facteurs de croissance, dans l'environnement tumoral. Elle aboutit à une transformation cancéreuse grâce à l'acquisition de nouvelles fonctionnalités (7).

En 2000, six propriétés déterminantes permettant à la cellule d'acquérir un phénotype malin ont été décrites par Hanahan et Weinberg, qui sont :

- Indépendance vis-à-vis des signaux de prolifération

La cellule normale nécessite un signal pour sortir de la phase de quiescence. De nombreux oncogènes peuvent imiter ces signaux de croissance. Par exemple, les oncoprotéines RAS, MYC, et RAF qui induisent la prolifération cellulaire.

- Insensibilité aux signaux antiprolifératifs

Les cellules ne répondent pas aux signaux internes ou externes régulant leur prolifération.

- Capacité d'invasion et de dissémination cellulaire

La cellule cancéreuse acquiert la capacité de migrer vers d'autres organes en utilisant le système vasculaire et/ou lymphatique.

- Capacité d'induire l'angiogénèse

La cellule tumorale induit sa propre vascularisation, ce qui lui permet d'obtenir des nutriments et de l'oxygène, et d'interagir avec le réseau vasculaire pour initier le processus métastatique.

- Potentiel illimité de réplication

La cellule normale est programmée pour un nombre limité de divisions (entre 60 et 80), régularisées par les télomères. Lorsqu'ils disparaissent au niveau des chromosomes, cela marque l'arrêt de la prolifération. En revanche, la cellule cancéreuse maintient la présence des télomères grâce à une surexpression des télomérases.

- Résistance à l'apoptose

Les cellules cancéreuses perdent la capacité à induire la mort cellulaire, notamment en raison de mutations du gène P53.

En 2011, ces six propriétés initiales ont été complétées par quatre conditions supplémentaires, notamment la dérégulation métabolique énergétique, donnant capacité aux cellules de modifier ou reprogrammer leur métabolisme au profit de la prolifération cancéreuse, ainsi que l'échappement au système immunitaire (7).

c. Concept d'« immuno-editing » et échappement tumoral

Bien que le système immunitaire soit capable de reconnaître et d'éliminer des cellules potentiellement cancéreuses grâce à l'immunosurveillance, certaines cellules tumorales acquièrent progressivement la capacité de se dérober à cette surveillance, favorisant ainsi leur prolifération, invasion et dissémination. Ce processus est appelé échappement immunitaire. Il est au cœur du concept d'immunoediting, qui illustre la relation dynamique entre la tumeur et le système immunitaire.

Le concept d'immunoediting, développé au début des années 2000 par Dunn, Old et Schreiber, rend compte de la relation dynamique et évolutive entre le système immunitaire et les cellules tumorales. Contrairement à l'idée initiale d'une simple immunosurveillance antitumorale, l'immunoediting décrit trois phases successives et interdépendantes : l'élimination, l'équilibre, et l'échappement. Ce processus permet de comprendre à la fois le rôle protecteur et parfois paradoxalement permissif du système immunitaire dans la carcinogenèse (8) (*Figure 4*).

Dans la phase initiale d'**élimination**, le système immunitaire reconnaît et détruit efficacement les cellules transformées ou précancéreuses. Les cellules tumorales expriment souvent des antigènes anormaux ou surexprimés, appelés antigènes tumoraux, qui peuvent être reconnus comme étrangers. La réponse immunitaire anti-tumorale repose sur l'action concertée des cellules immunitaires innées (comme les cellules NK, les macrophages et les cellules dendritiques) et adaptatives (notamment les lymphocytes T CD8+ cytotoxiques) (9). Si cette réponse est suffisante, la tumeur est éliminée avant de devenir cliniquement détectable.

Lorsque certaines cellules tumorales parviennent à survivre à la phase d'élimination, commence une période de coexistence entre le système immunitaire et les cellules tumorales. Cette phase de dormance ou d'**équilibre**, silencieuse sur le plan clinique, peut durer plusieurs années. Dans ce cas, les lymphocytes T et les cellules NK continuent d'exercer une pression sélective sur les cellules tumorales restantes. Sous cette pression, des modifications génétiques ou épigénétiques surviennent dans les cellules tumorales, leur permettant peu à peu d'échapper à la reconnaissance par le système immunitaire. Ce processus est analogue à une sélection darwinienne, favorisant l'émergence de clones tumoraux plus résistants (9).

Pour finir, lorsque les cellules tumorales ont accumulé suffisamment d'altérations leur permettant de ne plus être reconnues ou contrôlées par le système immunitaire, elles entrent dans la phase d'**échappement**. Cette étape marque une rupture de l'équilibre : la tumeur échappe au contrôle immunitaire et devient cliniquement manifeste. L'échappement immunitaire repose sur de multiples mécanismes, dont la diminution de la présentation antigénique par les cellules tumorales, la production de cytokines immunosuppressives (comme TGF- β , IL-10) et de facteurs proangiogéniques (comme VEGF), le recrutement de cellules immunosuppressives (Tregs, MDSC, macrophages de type M2) ou encore l'expression de ligands inhibiteurs (PD-L1/PD-1, CTLA-4) induisant l'épuisement des lymphocytes T (9).

Ce paradigme dynamique est aujourd'hui central dans la compréhension de la cancérogenèse et a ouvert la voie à de nouvelles stratégies thérapeutiques, regroupées sous le terme d'immunothérapie anticancéreuse.

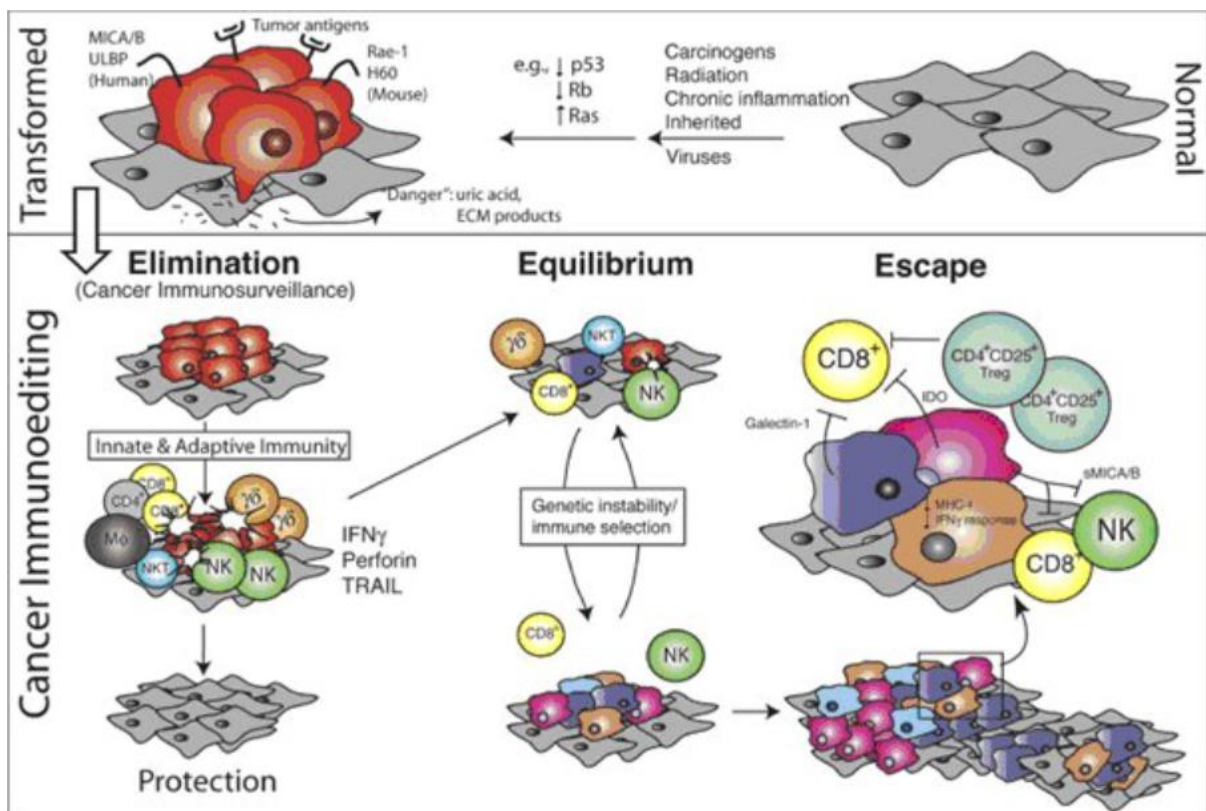


Figure 4. Schéma du concept d'échappement et d'immuno-édition de la cellule cancéreuse (9).

d. Cascade métastatique

La cascade métastatique est la première étape du phénomène de progression et d'invasion tumorale. C'est un processus complexe au cours duquel une tumeur primaire initie la formation d'une niche pré-métastatique, favorisant ultérieurement la migration des cellules invasives vers un environnement propice (Figure 5 et (7)).

Au niveau de la tumeur primaire, les cellules traversent les barrières mésenchymateuses et épithéliales, acquérant ainsi des caractéristiques invasives. La dégradation et la modification de la matrice extracellulaire par des protéases facilitent l'invasion des cellules tumorales à travers les tissus, soit de manière individuelle, soit de façon collective. De plus, l'intravasation des cellules tumorales dans les vaisseaux sanguins nouvellement formés près de la tumeur permet leur circulation dans le système vasculaire. Ces cellules métastatiques, guidées par des molécules d'adhérence telles que les intégrines, interagissent avec l'endothélium vasculaire pour extravaser et quitter le compartiment intravasculaire. Après l'extravasation, certaines cellules peuvent entrer en dormance pendant plusieurs années. Un nombre limité de ces cellules disséminées va ensuite proliférer au sein d'un second site tumoral, nécessitant un remodelage de la matrice extracellulaire et le développement de néo-vascularisation, processus connu sous le nom d'angiogenèse (7).

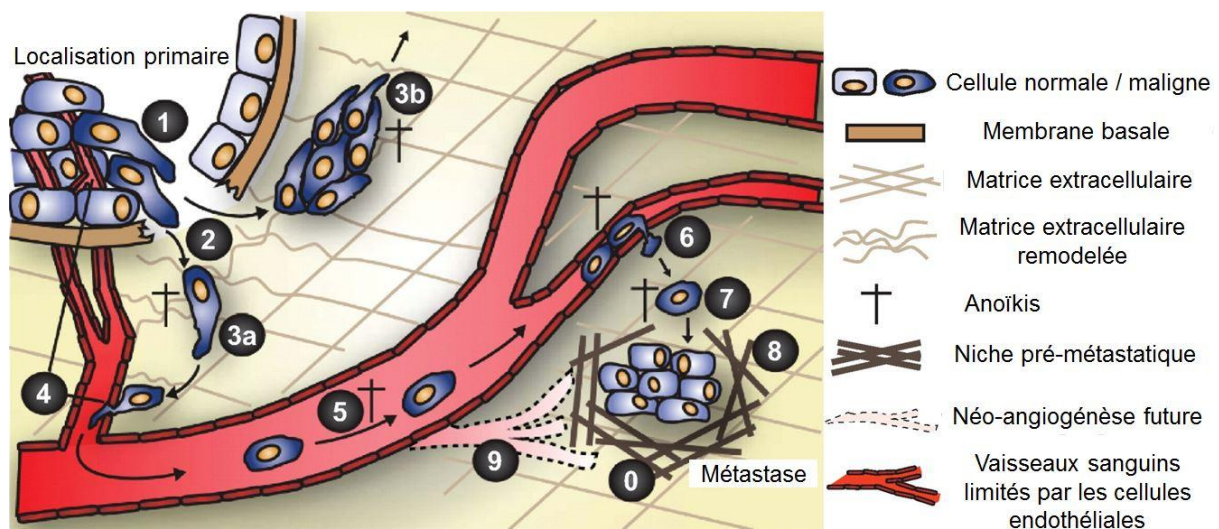


Figure 5. Schéma des différentes étapes de la cascade métastatique d'une tumeur (10).

e. Néo-angiogenèse tumorale

L'angiogenèse est le processus de formation de nouveaux vaisseaux sanguins à partir d'autres vaisseaux pré-existants, afin de fournir des nutriments et de l'oxygène aux organes. Ce processus est essentiel non seulement pendant le développement embryonnaire et la cicatrisation par exemple, mais aussi dans certaines pathologies, notamment le cancer. La néoangiogenèse tumorale, indispensable à la survie et à la croissance de la tumeur, dès qu'elle dépasse 1-2 mm³, permet également la dissémination métastatique (7).

Dans un premier temps, la néoangiogenèse fournit les nutriments et l'oxygène nécessaires à la tumeur et élimine les déchets métaboliques. Ensuite, le nouveau réseau vasculaire facilite la dissémination des cellules tumorales. Ce processus est déclenché par un déséquilibre entre les molécules pro-angiogéniques (comme VEGF, PDGF, IL-8, FG) et les molécules anti-angiogéniques (comme l'angiostatine, la thrombospondine, et l'endostatine), ce qui initie le "switch angiogénique" (7). De plus, l'hypoxie et l'activation d'oncogènes tels que RAS ou EGFR stimulent la sécrétion de VEGF et d'enzymes protéolytiques (MMP), tout en inhibant les molécules anti-angiogéniques. Les facteurs pro- ou anti-angiogéniques peuvent provenir des cellules tumorales, mais aussi des cellules endothéliales, du stroma et de la matrice extracellulaire.

La dissémination des cellules tumorales par voie lymphatique ou hématogène est un facteur aggravant qui modifie presque irréversiblement le pronostic du cancer. La classification TNM (T= taille de la tumeur, N= ganglions, M= métastases) décrit l'extension locorégionale via les ganglions et la présence de métastases à distance. Chaque lettre est suivie d'un chiffre indiquant la progression de la tumeur (par exemple, N3= trois ganglions atteints, M0= pas de métastases). Cette classification universelle est utilisée par les professionnels de santé pour décrire l'état d'évolution de la maladie et adapter la stratégie thérapeutique (10).

3. Etiologie et facteurs de risques

Le cancer est une maladie plurifactorielle, c'est à dire que plusieurs facteurs doivent s'associer entre eux pour déclencher la maladie. Ces facteurs, endogènes ou exogènes,

sont dits "cancérogènes" ou "cancérigènes", ce qui signifie qu'ils peuvent favoriser le développement d'un cancer ou sa rechute (*Figure 6*). La transformation cellulaire à l'origine d'un cancer est le résultat d'une série d'événements cancérogènes qui se produisent sur plusieurs années. La durée de ce processus varie selon les types de cancers et peut s'étendre jusqu'à 20 ans. C'est aussi pour cela que l'on est plus à risque de développer un cancer avec l'âge (2).

a. Facteurs exogènes

Substances chimiques

La plupart des cancers liés à des facteurs chimiques sont associés à des expositions professionnelles. Parmi les substances reconnues comme cancérogènes pour l'homme, on trouve par exemple le benzène, les poussières de bois, ou l'amiante (11).

La liste des agents cancérogènes est établie par le Centre International de Recherche pour le Cancer (CIRC). Il met à disposition un répertoire comprenant environ 1000 agents et situations d'exposition classés par catégories, évalués pour leur potentiel cancérogène chez l'homme. Cette classification traduit le degré de certitude concernant le potentiel cancérogène de l'agent, et se divise en quatre groupes (12).

Infections

L'infection par certains virus, bactéries et parasites est reconnue comme un facteur de risque important pour certains types de cancer. À l'échelle mondiale, environ un cancer sur six chez l'Homme (soit 16%) est attribuable à une infection virale, bactérienne ou parasitaire, avec des variations significatives selon les régions. En Europe, environ 7% des cancers sont estimés être dus à une infection, tandis que dans les pays en développement, cette proportion atteint 23%. La plupart des cancers liés à des infections peuvent être évités par des mesures de prévention appropriées (13).

Par exemple, le cancer du col de l'utérus, associé au papillomavirus humain (HPV), représente environ la moitié des cancers liés aux infections chez les femmes. La vaccination contre l'HPV revêt donc une importance capitale pour prévenir ces cancers évitables chez les filles comme chez les garçons. Dans cette perspective, la Ligue contre le cancer intègre la promotion de la vaccination contre le papillomavirus humain dans sa

politique globale de prévention. Ces infections, contractées par contact cutané ou muqueux, notamment lors de relations sexuelles, peuvent évoluer vers des lésions précancéreuses, puis cancéreuses, en l'absence de protection vaccinale.

De même, l'hépatite B, infection virale du foie transmise par voie sanguine ou sexuelle, peut évoluer vers des formes chroniques susceptibles d'entraîner une cirrhose ou un carcinome hépatocellulaire. La vaccination représente donc un outil essentiel de santé publique, permettant de réduire la charge des cancers d'origine virale et de renforcer la stratégie de prévention primaire au sein de la population (14).

Aujourd'hui, plusieurs agents infectieux sont catégorisés comme des agents cancérogènes avérés pour l'homme (Groupe 1) par le CIRC, comme les virus des hépatites B et C, le VIH-1 ou encore *Helicobacter pylori* (12,13).

Radiations

À long terme, une exposition aux rayonnements ionisants peut entraîner le développement de cancers secondaires chez les individus irradiés, en raison des altérations cellulaires subies. Ainsi, des populations telles que celles à proximité de Tchernobyl mais aussi Hiroshima et Nagasaki, ou encore les travailleurs exposés à des matériaux radioactifs tels que l'uranium, ont présenté un risque accru de cancers par rapport à ceux non irradiés. Ces effets peuvent se manifester plusieurs années, voire des décennies après l'exposition à l'irradiation. Cependant, tous les individus exposés ne développent pas nécessairement de cancer ; il s'agit simplement d'un risque, qui dépend en partie de la dose reçue. Plus la dose est élevée, plus le risque de cancer est élevé (15).

Actuellement, il est difficile de distinguer un cancer induit par des rayonnements ionisants d'un cancer ayant une autre cause. De plus, la gravité d'un cancer ne semble pas être corrélée à la dose de radiation reçue.

En juin 2009, le CIRC a constitué un groupe de travail pour évaluer la cancérogénicité de différents types de rayonnements et pour identifier les types de cancer associés. Les rayonnements ionisants, y compris les émetteurs de particules alpha et bêta, les rayons X et gamma, les rayonnements neutroniques, ainsi que les rayonnements solaires et ultraviolets (UV) ont été classés dans le groupe 1 par le CIRC (12).

Dans la vie de tous les jours, les deux principales sources d'exposition aux UV sont le soleil et les lampes UV utilisées dans les cabines de bronzage par exemple. Pour ce qui est des radiations ionisantes, les expositions médicales et le radon sont les principales sources (15).

Mode de vie et environnement

Le **tabac** est le premier facteur de risque évitable de cancers lié au mode de vie. Le tabac est largement en tête de toutes les causes de cancer, surpassant de loin les autres facteurs de risque. Il est estimé qu'il est responsable d'environ un tiers de tous les décès dus au cancer (11).

Souvent minimisé ou ignoré, le caractère cancérigène de **l'alcool** est pourtant solidement établi. Il constitue la deuxième cause évitable de mortalité par cancer, étant responsable chaque année de l'apparition de 28 000 nouveaux cas. Classé cancérigène pour l'homme par le CIRC depuis 1988, l'alcool est impliqué dans plusieurs types de cancer. Parmi les causes de décès associées à la consommation d'alcool, les cancers arrivent en tête avec 16 000 morts par an (11).

De nombreuses études ont souligné l'impact des facteurs nutritionnels sur le risque de cancer, bien que certaines incertitudes subsistent quant au rôle précis de certains d'entre eux. Ainsi, une **alimentation** équilibrée et variée, favorisant les aliments d'origine végétale riches en fibres tels que les fruits, les légumes, les légumineuses et les céréales complètes, peut contribuer à réduire le risque de développer un cancer. À l'inverse, une alimentation déséquilibrée est suspectée d'être à l'origine de 19 000 nouveaux cas de cancer par an (11).

Le **surpoids** et **l'obésité** sont identifiés comme des facteurs de risque pour le développement de certains types de cancer. Environ 19 000 nouveaux cas de cancer en France en 2015 ont été attribués à un excès de poids, représentant ainsi 5,4 % de tous les nouveaux cas de cancer. En effet, chez les individus en surpoids et/ou obèses, on observe une augmentation des niveaux de plusieurs hormones, connues pour favoriser la prolifération des cellules cancéreuses (11).

Pratiquer une **activité physique** au quotidien contribue à réduire le risque de développer de nombreuses maladies chroniques, y compris le cancer. C'est également un moyen efficace de contrôler le poids, un autre facteur de risque de cancer. Les bienfaits de l'exercice physique sont également perceptibles pendant et après le traitement d'un cancer. Environ 3 000 nouveaux cas de cancer par an en France sont attribuables à une insuffisance d'activité physique (11).

Les recherches sur les liens entre l'**environnement** et l'apparition de certains cancers sont de plus en plus nombreuses. Certains de ces liens sont solidement établis, tels que ceux avec la pollution atmosphérique, les particules fines telles que le diesel, et certaines substances rencontrées dans les milieux professionnels. D'autres facteurs environnementaux font toujours l'objet d'investigations approfondies, notamment la pollution de l'air intérieur, l'exposition à certains pesticides, et l'identification de nouveaux perturbateurs endocriniens (11).

b. Facteurs endogènes

Facteurs génétiques

Certaines formes de cancer sont associées à des altérations génétiques constitutionnelles, c'est-à-dire présentes dans toutes les cellules de l'organisme et pouvant être transmises à la descendance. Des manifestations cliniques spécifiques sont indicatives de ces formes héréditaires familiales et doivent inciter les médecins à envisager un conseil génétique spécialisé : une accumulation de cas de cancer au sein d'une même branche de la famille (paternelle ou maternelle), une apparition précoce du cancer, des formes bilatérales et multifocales pour les organes doubles. Les deux prédispositions génétiques les plus courantes concernent le cancer du sein et de l'ovaire (gènes BRCA1 et BRCA2), et le syndrome de Lynch qui favorise les cancers du côlon, de l'utérus et des ovaires (gènes MMR) (16). Enfin, le fait d'être porteur d'une mutation sur l'un de ces gènes ne conduit pas nécessairement au développement d'un cancer, mais accroît considérablement le risque d'en développer un.

Facteurs hormonaux

Certaines hormones produites naturellement par l'organisme favorisent l'apparition de cancers que l'on appelle cancers hormono-dépendants, comme le cancer de la prostate ou du sein. Principalement, il s'agit des hormones sexuelles telles que les œstrogènes et la testostérone. Ainsi, certains traitements hormonaux comme ceux impliqués dans le traitement de la ménopause sont à risque de développer des cancers (16). De manière moins fréquente, d'autres hormones comme les hormones hypophysaires, thyroïdiennes ou de croissance peuvent également être impliquées.

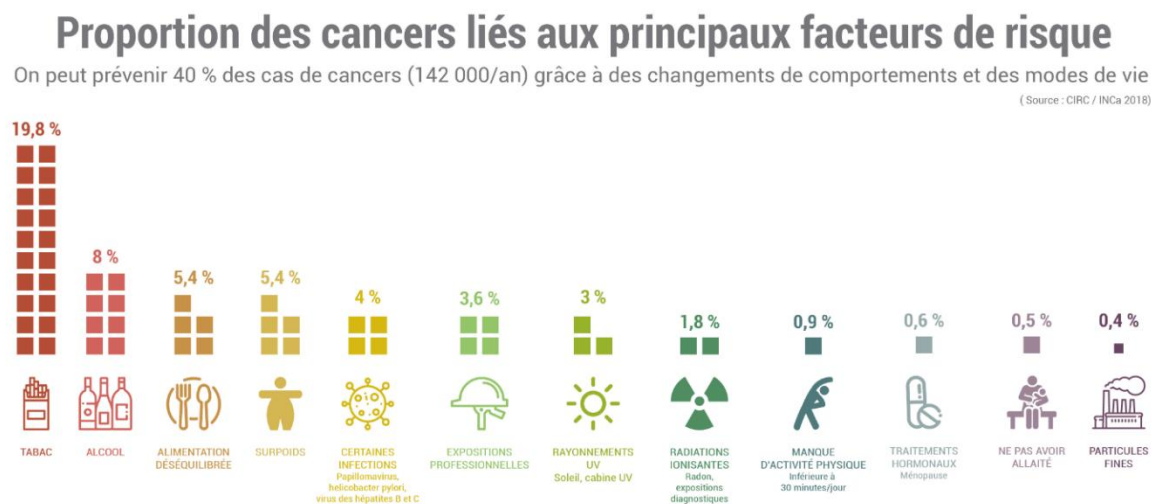


Figure 6. Graphique de la proportion des cancers liés aux principaux facteurs de risque (12).

4. Traitements anti cancéreux

a. Principes généraux

La guérison du cancer nécessite l'éradication de la tumeur primaire, et si nécessaire, des cellules tumorales ayant envahi les ganglions adjacents, et des métastases. La chirurgie et la radiothérapie ciblent la région locale ou locorégionale, tandis que les traitements médicamenteux ont généralement une portée systémique, à l'exception de traitements spécifiques comme la chimiothérapie intrapéritonéale ou la chimio-embolisation (7).

Le traitement peut être curatif ou palliatif. Un traitement curatif vise à guérir et est appliqué lorsque l'on espère obtenir une rémission complète durable, permettant au

patient d'avoir une espérance de vie comparable à celle de la population générale. En revanche, un traitement palliatif ne vise pas la guérison mais cherche à prolonger la survie sans progression de la maladie et à maintenir une bonne qualité de vie.

Les soins de support accompagnent la prise en charge de la maladie, incluant la gestion de la douleur, le soutien nutritionnel et psychologique, ainsi que l'aide sociale, familiale et professionnelle.

Le traitement du cancer peut combiner la chirurgie, la radiothérapie, et les traitements médicamenteux, peu importe la visée, curative ou palliative. Lorsqu'on combine différentes modalités thérapeutiques, la chronologie joue un rôle clé. Un traitement adjuvant est administré après le traitement principal pour en augmenter l'efficacité : il peut s'agir par exemple de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'immunothérapie après une chirurgie, afin d'éliminer les cellules cancéreuses résiduelles et prévenir les récives. Le traitement néoadjuvant, quant à lui, est donné avant le traitement principal pour réduire la taille de la tumeur, faciliter la chirurgie et, dans certains cas, tester la sensibilité à la chimiothérapie.

La **chirurgie** reste aujourd'hui l'un des piliers des traitements à disposition pour soigner un cancer. Il s'agit de retirer localement la tumeur lors d'un acte chirurgical. Elle peut intervenir en début de traitement. Elle pourra être complétée par d'autres solutions thérapeutiques (chimiothérapie, radiothérapie...). Elle peut aussi être proposée après un traitement qui aura pour but de réduire la tumeur et faciliter l'opération chirurgicale (17).

La **radiothérapie externe** utilise des rayonnements ionisants pour détruire les cellules cancéreuses en les empêchant de se multiplier. Elle consiste à diriger précisément ces rayonnements sur la zone à traiter, tout en préservant le mieux possible les tissus sains et les organes sains avoisinants. Elle peut être utilisée seule ou en association avec la chirurgie et/ou la chimiothérapie, les thérapies ciblées, l'immunothérapie (18).

La **curiethérapie** utilise des sources radioactives qui sont insérées dans les tissus ou les organes malades. La dose de rayonnements décroît très vite au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la source radioactive. La dose est donc très forte au niveau de la zone à traiter et diminue au niveau des tissus sains. Cela permet de limiter les effets

secondaires. La curiethérapie est fréquemment proposée dans les tumeurs gynécologiques (18).

Les **traitements médicamenteux** incluent les chimiothérapies conventionnelles (cytotoxiques), les thérapies ciblées, les immunothérapies et l'hormonothérapie. Les modalités d'administration de ces agents anticancéreux sont variées en termes de combinaisons, de schémas de doses et de voies d'administration (7).

Enfin, les **formes orales** des traitements anticancéreux sont en pleine expansion et devraient remplacer progressivement les formes injectables au cours des dix prochaines années. Ce sont ces formes qui sont notamment dispensées à l'officine.

b. Classes pharmacologiques des traitements médicamenteux

Les médicaments anticancéreux peuvent être classés selon leurs cibles principales et leurs mécanismes d'action (19).

Chimiothérapie conventionnelle ou cytotoxiques

Ces molécules agissent directement sur le cycle cellulaire, en ciblant notamment l'ADN ou le fuseau mitotique. Parmi celles ciblant l'ADN, on distingue :

- Antimétabolites : ils se substituent aux bases puriques ou pyrimidiques lors de la synthèse d'ADN, entraînant un blocage de la réplication.
- Agents alkylants : ils induisent des liaisons covalentes avec l'ADN, perturbant sa structure et sa fonction.
- Inhibiteurs de topoisomérases : ils provoquent des cassures simple-brin ou double-brin de l'ADN, compromettant la réplication et la transcription.
- Inhibiteurs des histones désacétylases : en modifiant la conformation de la chromatine, ils réactivent certains gènes suppresseurs de tumeurs et induisent l'apoptose ou la différenciation cellulaire.

Les poisons du fuseau, quant à eux, agissent sur la tubuline, protéine essentielle à la formation du fuseau mitotique et à la migration chromosomique. Leur action empêche l'alignement correct des chromosomes en métaphase et induit une

apoptose des cellules tumorales. Cette famille contient les vinca-alcaloïdes, qui inhibent la polymérisation de la tubuline, empêchant la formation du fuseau mitotique, ainsi que les taxanes qui stabilisent les microtubules en bloquant leur dépolymérisation, ce qui paralyse le réseau microtubulaire (19).

Chimiothérapie vectorisée

Les anticorps conjugués à des médicaments, ou *Antibody-Drug Conjugates* (ADC), constituent une classe thérapeutique innovante de plus en plus utilisée en oncologie. Les ADC associent trois éléments essentiels : un anticorps monoclonal ciblant spécifiquement un antigène exprimé à la surface des cellules tumorales, une molécule cytotoxique (ou « charge »), hautement active, et un agent de liaison (linker) reliant l'anticorps au médicament. L'anticorps permet un ciblage précis des cellules cancéreuses, limitant l'exposition des cellules saines à l'agent cytotoxique. Une fois l'ADC fixé à sa cible, il est internalisé par la cellule tumorale, puis la molécule cytotoxique est libérée à l'intérieur de celle-ci, entraînant sa destruction. Cette stratégie vise ainsi à augmenter l'efficacité antitumorale tout en réduisant la toxicité systémique par rapport aux chimiothérapies conventionnelles (20).

Les thérapies ciblées

Les thérapies ciblées anticancéreuses sont des médicaments qui visent à inhiber les mécanismes responsables de la croissance et de la prolifération des cellules tumorales, en s'attaquant spécifiquement aux anomalies de la tumeur. Elles permettent de limiter les effets indésirables systémiques.

Parmi elles, on trouve les inhibiteurs intracellulaires de protéines kinases (tyrosine-kinases, sérine/thréonine-kinases) dont l'activation anormale dans le cancer favorise la prolifération, la survie et l'angiogenèse tumorales. Les petites molécules inhibitrices de kinase bloquent les voies de signalisation associées et constituent une stratégie majeure dans le traitement des cancers.

Ces thérapies ciblées reposent aussi sur le ciblage de récepteurs membranaires, tels que des récepteurs aux facteurs de croissance ou leurs ligands. Ces médicaments incluent des anticorps monoclonaux, ainsi que de petites molécules agissant sur plusieurs cibles comme les antigènes membranaires EGFR ou HER2. Ils peuvent entraîner la destruction

des cellules tumorales, dans le cas des anticorps monoclonaux, en activant le complément, ou en induisant la lyse par les cellules NK ou la phagocytose par les macrophages. Dans certains cas, leur prescription est conditionnée à la présence d'un biomarqueur tumoral, détecté grâce à des tests compagnons.

Certaines thérapies ciblées visent le protéasome, qui dégrade la majorité des protéines intracellulaires. Dans le cancer, certaines protéines pro-apoptotiques sont anormalement éliminées, ce qui contribue à la résistance cellulaire. Les inhibiteurs du protéasome bloquent cette dégradation, rétablissent l'apoptose et limitent la prolifération tumorale.

Hormonothérapie

Les hormones stéroïdiennes (œstrogènes, progestatifs, androgènes, corticostéroïdes) régulent la prolifération de certains tissus (sein, prostate, cellules lymphoïdes). L'hormonothérapie vise à inhiber la production ou l'action des hormones responsables de la croissance d'une tumeur. La recherche de récepteurs hormonaux sur les prélèvements tumoraux permet d'identifier les cancers hormonodépendants et de sélectionner les patients pouvant bénéficier d'un traitement hormonal.

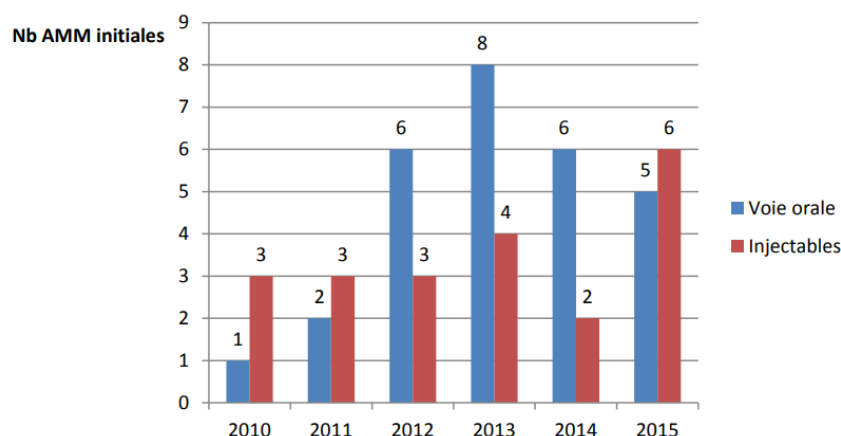
Immunothérapies

Elles regroupent un ensemble de stratégies qui visent à stimuler le système immunitaire afin de restaurer une réponse antitumorale efficace. Les immunothérapies non spécifiques telles que l'IL-2 ou l'IFN α réactivent globalement les défenses immunitaires, notamment les lymphocytes T cytotoxiques. L'immunothérapie ciblée repose sur l'utilisation d'anticorps monoclonaux spécifiques d'antigènes membranaires exprimés par les cellules tumorales, induisant l'activation de mécanismes immunitaires telles que la cascade du complément, l'ADCC (cytotoxicité cellulaire dépendante des anticorps) ou l'ADCP (phagocytose cellulaire dépendante des anticorps). D'autres anticorps bloquent des points de contrôle immunitaire tels que PD-L1/PD-1 ou CTLA-4 qui limitent la prolifération ou les fonctions effectrices des lymphocytes T antitumoraux, permettant ainsi de rompre la tolérance du système immunitaire vis-à-vis de la tumeur. Enfin, l'immunothérapie cellulaire utilise des cellules immunitaires modifiées (CAR-T) ou sélectionnées pour cibler spécifiquement la tumeur.

c. Essor des anticancéreux oraux

Pendant de nombreuses années, la prise en charge médicamenteuse des patients atteints de cancer reposait quasi exclusivement sur des traitements administrés par voie intraveineuse en milieu hospitalier, en particulier dans des unités spécialisées d'oncologie. Ce modèle permettait une administration contrôlée et une surveillance étroite, mais impliquait des contraintes importantes pour les patients, tant sur le plan organisationnel que sur la qualité de vie.

Depuis une vingtaine d'années, on observe un essor marqué des traitements anticancéreux par voie orale, notamment avec le développement des thérapies ciblées et de certaines hormonothérapies. Parmi l'ensemble des nouveaux traitements anticancéreux autorisés entre 2010 et 2016, plus de la moitié étaient des traitements administrés par voie orale, selon l'INCa (*Figure 7 et (21)*).



Source : EMA – Traitement INCa 2016

Figure 7. Comparaison du nombre d'AMM initiales octroyées à des anticancéreux par voie orale sur la période 2010-2015 (21).

En effet, le dernier rapport officiel établi par l'INCa, en 2016, décrivait 77 anticancéreux oraux disposant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). Il s'agit majoritairement de thérapies ciblées (39%) et de chimiothérapies conventionnelles (38%) (*Figure 8 et (21)*).

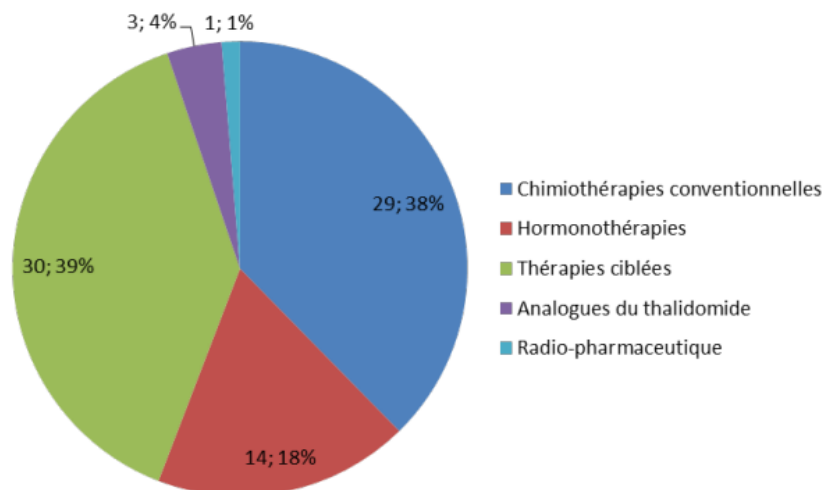


Figure 8. Répartition des anticancéreux par voie orale en fonction de leur classe pharmacologique (21).

Cette évolution s’inscrit pleinement dans une logique de prise en charge ambulatoire, visant à limiter les hospitalisations répétées et à favoriser le maintien du patient à domicile. Si cette évolution présente de nombreux avantages comme l’amélioration de la qualité de vie, une autonomie accrue du patient, et la diminution des déplacements hospitaliers, elle s’accompagne également de nouveaux enjeux cliniques et organisationnels. Les traitements oraux exposent à des variations pharmacocinétiques interindividuelles, à des problématiques de manipulation et de conservation, ainsi qu’à un risque accru d’erreurs de dosage, de non-observance ou de mauvaise gestion des effets indésirables à domicile. Le patient devient alors un acteur central de son traitement, devant acquérir des compétences nouvelles pour en assurer la bonne utilisation.

Dans ce contexte, le rôle du pharmacien, et notamment du pharmacien d’officine, devient primordial. Par sa proximité et sa disponibilité, il est un acteur clé de l’éducation thérapeutique, du suivi de l’observance, du repérage précoce des effets indésirables et de l’accompagnement du patient tout au long de son parcours de soins. Les **entretiens pharmaceutiques** dédiés aux anticancéreux oraux constituent ainsi un outil essentiel pour sécuriser la prise en charge. Cette évolution renforce également la nécessité d’une communication interprofessionnelle efficace et d’un lien ville–hôpital structuré, afin d’assurer la continuité, la qualité et la sécurité des soins en oncologie.

Dans ce contexte, plusieurs programmes régionaux ont été développés afin d'accompagner l'utilisation des anticancéreux oraux et de renforcer le lien ville-hôpital. On peut notamment citer les programmes **PHARE, Onco'link et latroprev'** qui seront détaillés plus loin (partie II. 4. d.).

Ainsi, l'essor des formes orales en oncologie ne peut être envisagé sans une implication renforcée du pharmacien, notamment officinal, véritable pivot du suivi ambulatoire. Les entretiens pharmaceutiques, l'éducation thérapeutique du patient, le repérage précoce des effets indésirables et la coordination avec les équipes hospitalières constituent des leviers essentiels pour sécuriser le parcours de soins.

II. Structuration de la prise en charge du patient atteint de cancer en France

1. Les Plans cancer

En France, la lutte contre le cancer s'est organisée dès 2003 grâce à des plans nationaux soutenus et organisés par l'Etat. Ces initiatives ont mobilisé les acteurs de santé publique autour de la prévention, du dépistage, de l'organisation des soins, de la recherche, de l'accompagnement des patients et de leurs proches, ainsi que de l'après-cancer. Depuis lors, trois Plan cancer se sont succédé jusqu'en 2019.

1er Plan cancer : 2003-2007

Lancé le 24 mars 2003, le Plan cancer 2003-2007 a marqué une dynamique décisive dans la lutte contre le cancer en France et dans la prise en charge des malades. Ce plan a contribué à réduire la consommation de tabac grâce à une stratégie complète incluant l'augmentation des prix, l'interdiction de la vente aux moins de 16 ans, des campagnes d'information, des actions ciblées vers les jeunes et les femmes, ainsi que le développement des aides à l'arrêt du tabac.

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé en 2004, tandis que le dépistage du cancer colorectal a été expérimenté de 2002 à 2007 dans 23 départements pilotes.

Des critères de qualité définissant les standards minimums pour la prise en charge ont été établis, obligeant les établissements de santé à les respecter pour pouvoir traiter les malades atteints de cancer (en chirurgie, en radiothérapie et en chimiothérapie).

Une nouvelle dynamique a été impulsée dans la recherche sur le cancer, avec la création de 7 cancéropôles pour animer la recherche en régions (*Figure 9 et (22)*).

Les 7 cancérôpôles régionaux et interrégionaux



Figure 9. Carte des 7 cancérôpôles régionaux et interrégionaux en France (19).

En 2005, la création de l'Institut national du cancer (INCa) par l'État a doté le pays d'une agence sanitaire et scientifique chargée de coordonner les actions de lutte contre le cancer.

2ème Plan Cancer : 2009-2013

Basé sur les recommandations du Pr Jean-Pierre Grünfeld, ce deuxième Plan cancer a ouvert de nouvelles perspectives tout en consolidant les acquis du précédent. Structuré autour de cinq grands axes (Recherche, Observation, Prévention-dépistage, Soins, Vivre pendant et après le cancer), il comprenait 30 mesures et 118 actions, irriguées par trois thèmes transversaux, lesquels étant :

- Prendre en compte les inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans les mesures de lutte contre le cancer.
- Analyser et considérer les facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie.
- Renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour améliorer la vie des patients pendant et après la maladie.

Le plan a renforcé la qualité et la sécurité des soins sur tout le territoire, avec des adaptations spécifiques pour les enfants atteints de cancer, la population gériatrique et les patients atteints de cancers plus rares. L'accès à la médecine personnalisée et la

participation aux essais cliniques ont progressé, tout comme les innovations thérapeutiques et la recherche, notamment dans le domaine de la génomique des cancers. En 2009, le programme de dépistage organisé du cancer colorectal a été généralisé sur l'ensemble du territoire (22).

Des programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer ont été expérimentés pour assurer une continuité des parcours des patients. Cependant, la coordination entre équipes hospitalières et intervenants de ville, en particulier les médecins traitants, devait déjà être renforcée. Une démarche de détection précoce des besoins sociaux et d'accompagnement a été mise en place, bien que la prise en compte du retentissement de la maladie et des traitements sur la vie sociale et professionnelle nécessite encore des améliorations. Il était également crucial de poursuivre les efforts pour mieux comprendre et réduire les inégalités face au cancer (22).

3ème Plan cancer : 2014-2019

Initié en janvier 2014, le troisième Plan cancer s'est achevé fin 2019 avec près de 90% des objectifs atteints. Élaboré à partir du rapport d'orientation du Pr Jean-Paul Vernant, ce plan a intégré les points de vue et propositions de toutes les parties prenantes de la lutte contre les cancers, répondant ainsi aux besoins et attentes des malades, de leurs proches et de l'ensemble des citoyens. Il a mobilisé soignants, chercheurs, acteurs de prévention, ainsi que professionnels du social et de l'éducation pour travailler au service des patients et de la population (22).

La priorité majeure du Plan cancer 2014-2019 était la réduction des inégalités et des pertes de chance face aux cancers. Il a particulièrement pris en compte les besoins des enfants, adolescents et jeunes adultes atteints de cancer, visant à améliorer l'accès à l'innovation et la qualité des soins, ainsi que l'accompagnement des familles pendant et après la maladie.

Le rapport de ce Plan cancer montre que les inégalités face au cancer, qu'elles soient génétiques, comportementales, sociales, territoriales, ou liées à l'information et à la qualité des soins, sont complexes et variées. La survie des patients dépend largement de la qualité de la formation et du parcours des acteurs de santé (22).

Du côté des cancers pédiatriques, le rapport met en avant qu'ils restent rares, représentant 1 à 2% de l'ensemble des cancers, avec environ 1 700 nouveaux cas par an chez les moins de 15 ans et plus de 700 nouveaux cas chez les adolescents de 15 à 19 ans en France. Grâce à des progrès considérables, plus de quatre enfants sur cinq guérissent aujourd'hui. Le Plan cancer a mis en œuvre de nombreuses actions pour répondre aux besoins des patients et des familles, améliorant la qualité et la sécurité des soins, l'accès à l'innovation et l'accompagnement global pendant et après la maladie (22).

Stratégie décennale de lutte contre les cancers : 2021-2030

La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, pilotée par l'INCa, s'inscrit dans une volonté nationale de transformation du système de soins, avec pour objectif central d'améliorer la qualité, la continuité et l'équité du parcours de soins des patients atteints de cancer. Elle vise à réduire l'incidence des cancers évitables, à limiter les séquelles liées à la maladie et aux traitements, et à améliorer la survie, notamment pour les cancers de mauvais pronostic. Cette ambition repose sur une approche globale et transversale, mobilisant prévention, recherche, innovation et coordination des acteurs de santé (23).

Structurée autour de quatre axes prioritaires, la stratégie met en évidence la nécessité d'une prise en charge coordonnée et interprofessionnelle à chaque étape du parcours patient (24). Le premier axe, dédié à la prévention et au dépistage, illustre l'importance d'une articulation entre politiques de santé publique, soins de premier recours, acteurs de terrain et dispositifs de dépistage, afin d'adapter les actions aux profils individuels et aux territoires. Cette approche renforce le rôle des professionnels de santé de proximité, comme le pharmacien d'officine et le médecin généraliste, dans l'identification des risques et l'orientation des patients.

Le deuxième axe, centré sur la limitation des séquelles et l'amélioration de la qualité de vie, marque un tournant vers une cancérologie plus intégrée et centrée sur la personne. Il met en avant la structuration des soins de support, la coordination entre professionnels hospitaliers et de ville, ainsi que l'accompagnement social et professionnel des patients. L'objectif est de construire des parcours plus fluides, personnalisés et continus, dans

lesquels la collaboration interdisciplinaire devient un levier essentiel pour prévenir les ruptures de soins et améliorer l'expérience patient.

Le troisième axe, consacré aux cancers de mauvais pronostic, souligne la nécessité d'une organisation renforcée des parcours, reposant sur un diagnostic plus précoce, un accès équitable à l'innovation thérapeutique et une meilleure coordination entre recherche, hôpital et médecine de ville. La prise en charge globale des patients, intégrant traitements spécifiques, soins de support et suivi personnalisé, illustre l'importance d'un travail en réseau entre les différents acteurs impliqués.

Enfin, le quatrième axe vise à garantir que les progrès bénéficient à tous, en réduisant les inégalités sociales et territoriales de santé. Il met en lumière le rôle des organisations territoriales, des coopérations interprofessionnelles et des outils numériques (données de santé, intelligence artificielle) pour améliorer la continuité et la personnalisation des parcours, notamment pour les populations les plus vulnérables.

La mise en œuvre progressive de cette stratégie, à travers deux feuilles de route successives (2021-2025 (24) puis 2026-2030, pas encore parue), témoigne d'une volonté de déployer des actions concrètes, évaluées et ajustées dans le temps. Les premiers résultats, présentés dans le rapport présidentiel de 2024, confirment une dynamique de structuration des parcours et de renforcement de la coordination entre acteurs (25).

En résumé, la stratégie décennale 2021-2030 consacre une vision intégrée de la cancérologie, dans laquelle la qualité du parcours patient repose sur une prise en charge interprofessionnelle coordonnée, décloisonnant prévention, soins, accompagnement et recherche. Elle constitue ainsi un cadre de référence majeur pour interroger la place et le rôle des différents professionnels de santé, dont le pharmacien, dans l'organisation des parcours et l'amélioration de la prise en charge globale des patients atteints de cancer.

2. Principales organisations structurant la lutte contre le cancer

Institut national du Cancer (INCa)

Créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, l'INCa est une agence sanitaire et scientifique de l'État, sous la tutelle des Ministères de la Santé et de la Recherche. Il coordonne les actions de lutte contre le cancer, développe l'expertise et finance des

projets dans ce domaine. En tant que groupement d'intérêt public, il rassemble l'État, des associations de lutte contre le cancer, les caisses d'Assurance Maladie, les organismes de recherche et les fédérations hospitalières. L'INCa anime des réseaux territoriaux, collabore à l'international et assure le suivi du Plan cancer. Il gère également plusieurs programmes de recherche clinique et médico-économique en cancérologie, pour le compte de la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

OMEDIT

Issus du Plan cancer, qui a financé et piloté leur développement, les Observatoires du Médicament, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT) ont été instaurés par décret, en même temps que les Contrats de Bon Usage (CBUs), désormais Contrats d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES). Conçus initialement pour améliorer l'accès aux innovations, l'efficacité et le bon usage des produits de santé en cancérologie, ils ont aujourd'hui une vocation généraliste. En tant que structures scientifiques d'observation, d'appui, d'évaluation et d'expertise, ils travaillent auprès des Agences Régionales de Santé (ARS).

Leur mission est d'améliorer le bon usage et la sécurisation du circuit des produits de santé en lien avec les professionnels de santé, à l'échelle régionale et interrégionale. Actuellement, 14 OMEDIT travaillent en réseau et sont les instances de référence sur les médicaments et produits de santé en région, facilitant les interactions entre professionnels (médecins, pharmaciens, préparateurs, infirmiers) et entre hôpitaux, ainsi qu'avec les secteurs de la ville et médico-social (*Figure 10*).

Dernièrement, la création d'un RESOMEDIT (réseau des OMEDIT) a permis de faciliter la coordination des travaux, les réponses aux demandes nationales, ainsi que les réflexions et échanges entre les OMEDIT dans l'exercice de leurs missions. Le réseau permet de mutualiser et promouvoir les travaux et expertises réalisés au sein de chaque OMEDIT (26).

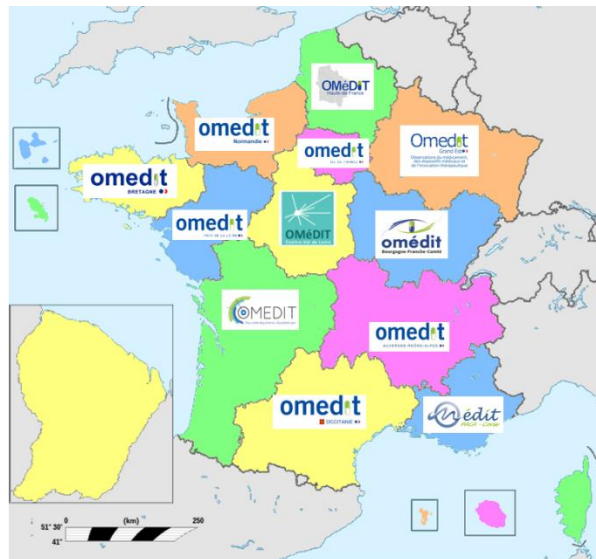


Figure 10. Carte de la répartition des différents OMEDIT en France (24).

Dispositif Spécifique Régional Cancer

Anciennement appelé Réseau Régional de Cancérologie, les DSRC jouent un rôle majeur pour accompagner les professionnels, les établissements de santé autorisés au traitement du cancer et les ARS dans une démarche de coordination, au service du parcours des patients et de l'amélioration de la qualité des pratiques et des organisations en cancérologie.

L'appartenance à ces dispositifs est une condition pour l'autorisation des établissements de santé à traiter les patients atteints de cancer. C'est la circulaire DHOS/INCa/CNAMTS du 25 septembre 2007 puis l'instruction N° DGOS/R3/INCa/2019/248 du 2 décembre 2019 relative à l'évolution des missions de ces structures, qui ont défini les missions de ce dispositif, en établissant un référentiel national (27).

Ces réseaux sont responsables de l'amélioration de la qualité des soins, de la coordination des activités de cancérologie, de la formation continue des professionnels,

de la promotion d'outils de communication régionaux, de l'information sur l'offre de soins, du recueil et de l'analyse des données régionales sur les soins, ainsi que de l'évaluation des pratiques en cancérologie.

Il existe deux niveaux géographiques : un réseau territorial, qui permet d'assurer la coordination des soins continus et de proximité en lien avec le médecin traitant, et le dispositif spécifique régional du cancer qui s'inscrit dans une logique de coordination des opérateurs de santé à l'échelle régionale, et d'amélioration continue des pratiques en cancérologie. Ce n'est pas un réseau de prise en charge et d'inclusion directe des patients (28).

Actuellement, seize DSRC sont reconnus, couvrant l'ensemble du territoire et assurant une coordination transversale entre les acteurs de la filière cancérologie (29).

Pôles de cancérologie

L'organisation coordonnée de l'offre de soins est assurée par des établissements de santé ou des sites de cancérologie spécialisés dans des missions de recours aux soins, d'expertise, de recherche clinique, et d'innovation au niveau régional. Ces établissements participent à l'enseignement, à la recherche, et à l'innovation dans le cadre des missions des Unités de Formation et de Recherche (UFR). Leur mission vise à mieux articuler l'offre de proximité avec l'offre, sans la dévitaliser (7).

Centres ou cellules de coordination en cancérologie 3C

Les 3C ont remplacé les unités de coordination pluridisciplinaire en oncologie. Situés dans des sites de cancérologie regroupant diverses structures autorisées en cancérologie, ces cellules qualité sont ouvertes aux médecins généralistes et aux associations de patients. Ils évaluent et assurent la qualité de la prise en charge des patients atteints de cancer sur un territoire donné, auditent, conseillent et accompagnent les établissements privés et publics.

Leurs missions incluent les soins de support, les soins à domicile, la coordination avec les acteurs du réseau, et les relations avec les établissements membres du pôle régional. Ils fournissent aux médecins et soignants des référentiels, thésaurus et protocoles actualisés par le réseau régional, et s'assurent de la mise en œuvre des RCP, du dispositif d'annonce et de la remise du programme personnalisé de soins (PPS) à chaque patient.

Ils contribuent à l'information et à l'orientation des patients, l'aide à la prise de rendez-vous, et l'accès aux informations sur leur dossier médical. Ils produisent également des informations sur les activités cancérologiques de l'établissement et un rapport d'activité annuel pour analyser les principaux paramètres de la cancérologie (7).

3. Parcours de soins du patient atteint de cancer

La complexité croissante des stratégies thérapeutiques en oncologie, associée aux effets indésirables des traitements et aux répercussions physiques, psychologiques et sociales de la maladie, rend indispensable une prise en charge globale du patient. Au-delà du seul traitement anticancéreux, l'intégration des soins de support apparaît essentielle afin d'améliorer l'adhésion thérapeutique, la qualité de vie et le vécu du patient tout au long de la maladie. Cette approche globale ne peut toutefois être efficiente qu'à travers une organisation coordonnée des acteurs de santé, s'inscrivant dans une logique de parcours.

Le parcours de soin du patient atteint de cancer comporte de nombreuses étapes faisant intervenir plusieurs professionnels (*Figure 11*). Chacune de ces étapes est individualisée afin de s'adapter au mieux au patient. Cette individualisation passe par la prise en compte de la maladie, du type de traitement ainsi que des besoins spécifiques du patient.

Ainsi, on peut définir ce parcours de soins comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux, assurant la coordination des interventions de tous les acteurs impliqués, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. En effet, comme précisé dans la dernière stratégie décennale de prise en charge du cancer, le patient occupe désormais une place centrale dans sa prise en charge. Il n'est plus seulement bénéficiaire des soins, mais acteur principal de sa santé, pleinement impliqué dans les décisions qui le concernent. Cette évolution traduit une transformation profonde du système de santé, orientée vers la qualité de vie, l'autonomie du patient, l'accès universel aux innovations et la réduction des inégalités face au cancer.

Enfin, les soins de support et les associations de patients jouent également un rôle important dans le parcours de soins du patient atteint de cancer.

a. Organisation du parcours de soins.

Dépistage

La première étape avant de rentrer concrètement dans un parcours de soins est le dépistage. En effet, la prévention secondaire des cancers s'adresse à des individus ne présentant pas de symptômes, mais susceptibles d'être à risque. Elle repose alors sur le dépistage, qui consiste à rechercher, de manière systématique au sein d'une population en apparente bonne santé, des anomalies ou signes précoces susceptibles d'indiquer un risque de cancer. Le test de dépistage permet ainsi d'identifier les personnes pour lesquelles des examens diagnostiques complémentaires sont nécessaires en cas de résultat positif. L'objectif principal du dépistage est de réduire la mortalité liée au cancer, critère essentiel permettant d'en évaluer l'efficacité. Par ailleurs, le dépistage favorise la détection précoce des cancers, améliorant ainsi les chances de guérison et la qualité de vie des patients (30).

En France, deux types de dépistage coexistent : le dépistage organisé, proposé à l'ensemble de la population ciblée selon des critères d'âge et de sexe, et le dépistage individualisé, destiné aux personnes présentant des antécédents personnels ou familiaux, ou encore des facteurs de risque particuliers.

Trois programmes nationaux de dépistage organisé sont actuellement en place :

- le dépistage du cancer du sein, proposé aux femmes âgées de 50 à 74 ans, tous les deux ans, associant une mammographie et un examen clinique des seins ;
- le dépistage du cancer colorectal, destiné aux hommes et femmes de 50 à 74 ans, reposant sur un test de recherche de sang occulte dans les selles, à réaliser à domicile tous les deux ans ;
- le dépistage du cancer du col de l'utérus, généralisé depuis 2018, qui invite les femmes âgées de 25 à 65 ans à effectuer, tous les trois ans puis tous les cinq ans, un test de dépistage cervico-utérin.

Diagnostic

À la suite d'un dépistage ou devant une suspicion de cancer, un bilan diagnostic, quel que soit le contexte, est réalisé. Il comporte un bilan initial (confirmer, localiser et définir le type de cancer) et un bilan d'extension (évaluer l'étendue et déterminer le stade

du cancer) réalisé la plupart du temps à l'hôpital via des techniques d'imagerie (IRM, scanner...) (31).

Dispositifs d'annonce

Le dispositif d'annonce définit des temps de consultations réalisés par différents professionnels de santé. Parmi elles, un temps médical d'annonce, réalisé par le médecin référent, permet de poser le diagnostic et de proposer au patient de rentrer dans une démarche de traitement de sa tumeur, qu'il peut accepter ou non, certains patients ne souhaitant pas forcément bénéficier de traitements, mais être simplement accompagnés pour vivre le mieux possible avec leur cancer jusqu'à leur fin de vie. Ensuite vient une consultation d'infirmière d'annonce, pour accompagner et repérer les besoins du patient, ainsi que l'accès aux soins de support. Enfin, un temps d'articulation avec la médecine de ville est également mis en place, se traduisant par une consultation de synthèse en ville. Ce dispositif d'annonce a été instauré en 2005 lors du premier plan cancer décrit plus haut, et fait désormais partie des conditions transversales de qualité que les établissements de santé doivent satisfaire afin d'avoir l'autorisation pour traiter le cancer (31).

Réunions de Concertation Pluridisciplinaire

Les différents types de traitements existants peuvent être utilisés seuls ou en association. Le choix de la stratégie thérapeutique se fait par plusieurs professionnels de santé lors des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). Ces réunions ont lieu préalablement à l'initiation du traitement anti-cancéreux, mais également avant d'envisager toute modification de traitement ultérieurement. Elles doivent réunir au minimum 3 médecins différents dont les spécialités sont jugées nécessaires pour prendre la décision médicale (par exemple : spécialistes d'organes, chirurgiens, oncologues, radiologues, médecins nucléaires et anatomopathologistes), mais peuvent aussi prévoir d'associer d'autres professionnels médicaux et paramédicaux (32).

Il est notamment possible d'y associer :

- Infirmiers d'annonce, de coordination ou de pratique avancée
- Professionnels intervenant dans le champ des soins oncologiques de support et des soins palliatifs
- Pharmaciens pour leur expertise des traitements médicamenteux, mais aussi des dispositifs médicaux, pour anticiper des préparations de traitements complexes notamment de thérapies cellulaires
- Équipes des sites associés aux traitements médicamenteux systémiques du cancer prenant en charge les patients
- Médecins généralistes
- Attachés de recherche clinique.

Programme Personnalisé de Soins

Dans le cadre du dispositif d'annonce, le programme personnalisé de soins (PPS) est envoyé à tous les patients après le temps consacré à la proposition thérapeutique, à la suite de la RCP. Il offre au patient une vue d'ensemble du parcours de soins en présentant l'accompagnement du patient et sa chronologie dans le temps. Construit en collaboration par le médecin et le patient, il peut ensuite être réexpliqué et enrichi, notamment en ce qui concerne les soins de support, par un autre professionnel de santé.

Il comprend une section consacrée aux renseignements généraux (informations administratives, contacts pratiques...), avec notamment les coordonnées de la structure de coordination ou d'interface ville-hôpital et d'une personne référente dans cette structure, ainsi qu'une section « soins » dédiée au programme thérapeutique comprenant les diverses méthodes de traitement contre le cancer (chirurgie, médicaments, radiothérapie, radiologie et endoscopie interventionnelle...), ainsi que des soins de soutien programmés.

Enfin, le PPS sera repris par le programme personnalisé de l'après cancer (PPAC) dirigé par les médecins traitants, afin de commencer une nouvelle phase de prise en charge, celle de l'après cancer (31). Ce PPS est donc le résumé de toutes les étapes par lesquelles le patient va passer au fil de son parcours, et représente donc un point important de la prise en charge, à ne pas négliger.

Dossier Communiquant de Cancérologie

Il permet de partager des informations médicales entre les professionnels de santé hospitaliers et libéraux avec ainsi pour objectif premier d'améliorer la qualité et l'échange des informations de soins et de suivi entre les professionnels de santé étant impliqués dans le parcours de cancérologie. Les changements dans le parcours de soins, le retour à une vie active des patients et l'évolution de l'organisation des soins ambulatoires motivent d'autant à une meilleure ouverture et des échanges facilités entre la ville et l'hôpital (33).

L'après-cancer

Le suivi après le traitement a pour principaux objectifs de détecter une éventuelle récurrence, détecter la potentielle apparition d'un autre cancer ainsi que la mise en œuvre de soins de support pour assurer au mieux la qualité de vie du patient. Comme évoqué plus tôt, c'est là qu'intervient le Programme Personnalisé de l'Après-Cancer (PPAC). Organisé en collaboration avec les médecins traitants, le PPAC remplace le PPS à la fin du traitement afin de marquer le début d'une nouvelle phase de prise en charge, celle de l'après-cancer (ou de l'après-traitement). Au terme des traitements actifs, il est prévu de l'envoyer au patient afin qu'il puisse intégrer son suivi dans sa vie quotidienne, de façon à ce qu'il soit adapté à ses besoins et révisable au fil du temps (31).

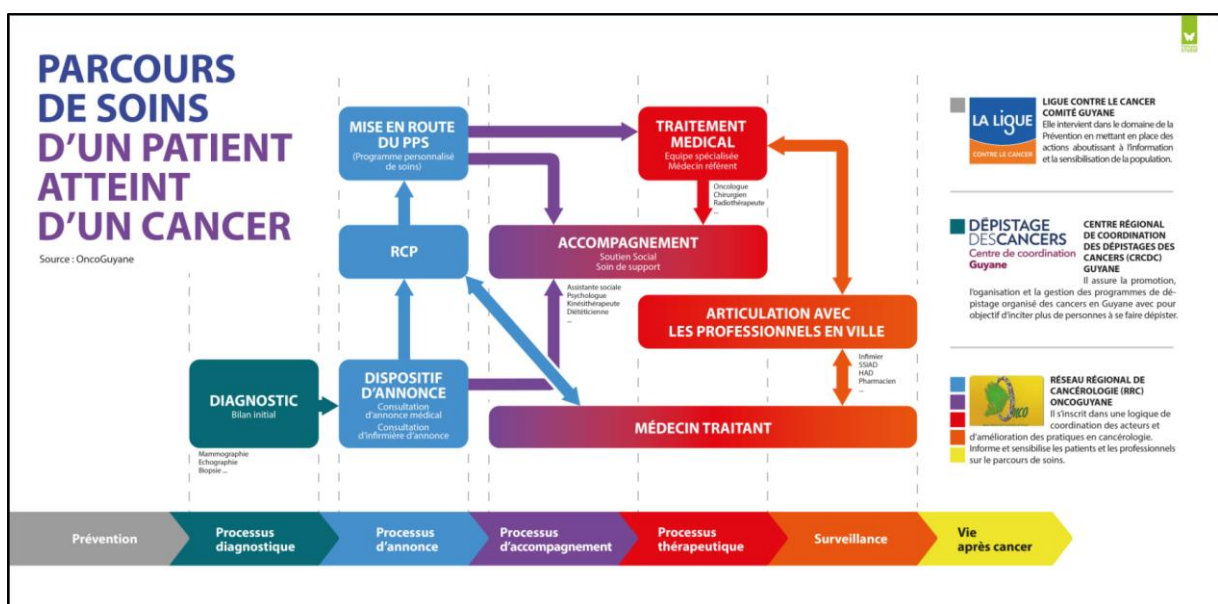


Figure 11. Schéma des différentes étapes du parcours de soins du patient atteint de cancer (32).

b. Soins de support

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 » (34), les soins oncologiques de supports (SOS) ne sont pas à négliger dans le parcours du patient.

Panier des soins de support

Certains soins de support sont reconnus par l'Etat comme « indispensables », et constituent un « panier des soins de support ». Au nombre de 9, ces derniers sont définis par l'instruction DGOS/INCa du 23 février 2017, et bénéficient d'un remboursement total ou partiel par l'Assurance Maladie (35).

Premièrement, on y retrouve 4 soins dits « socles », concernant les prises en charge suivantes : douleur (y compris hypnoalgésie et l'analgésie intrathécale), diététique et nutritionnelle, psychologique et enfin sociale, familiale et professionnelle. A ceux-là s'ajoutent des soins de supports complémentaires, au nombre de 5, concernant l'activité physique adaptée (APA), les conseils d'hygiène de vie (arrêt du tabac et de l'alcool notamment), la préservation de la fertilité, et les troubles de la sexualité, ainsi que le soutien psychologique des proches et aidants à ne pas négliger.

Dans le cas des cancers avancés et de mauvais diagnostic, les soins palliatifs font partie intégrante des soins de support, étant essentiels dans la prise en charge de la douleur et des effets secondaires des traitements. Cette démarche palliative s'entreprind au plus tôt, une intervention précoce étant recommandée par les standards internationaux (36).

Dans tous les cas, les besoins en termes de soins de support doivent être évalués tout au long du parcours de soins du patient, mais également lors de la phase de l'après-cancer. Ces évaluations peuvent s'effectuer à l'aide d'outils, comme des grilles de repérage et d'évaluation des besoins en soins de support mis en place dans le référentiel organisationnel national des soins oncologiques de support des patients adultes atteints de cancer, datant de juillet 2021 (37).

Enfin, de nombreuses autres pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique peuvent se retrouver dans les soins oncologiques de support (SOS), comme par exemple,

la relaxation, la sophrologie, le yoga, la réflexologie plantaire, mais encore l'ostéopathie, la chiropraxie, l'acupuncture ou même l'hypnose. L'homéopathie et l'oligothérapie sont elles aussi des pratiques courantes dans les soins de support, malgré le manque de preuves scientifiques. Certains régimes, compléments alimentaires, ainsi que de la phytothérapie ou aromathérapie peuvent être envisagés par les patients, mais ne doivent jamais s'effectuer sans contrôle médical et avis de l'oncologue, du fait des interactions possibles avec de nombreux traitements anti-cancéreux. Dans ce contexte, le pharmacien joue un rôle important en tant que leueur d'alerte sur l'utilisation des plantes et autres composés naturels d'apparence inoffensif chez les patients, mais pouvant interférer avec leurs traitements.

Coordination des soins de support

Pour aiguiller les patients et professionnels de santé, des annuaires référençant les soins de support accessibles sur chaque territoire sont mis en ligne sur les sites internet des DSRC (38). La coordination des parcours de soins de support est effectuée au niveau local par l'établissement autorisé aux soins de cancer, notamment via les infirmières de coordination (IDEC), mais aussi par des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) lors de situations complexes, et par les 3C au niveau régional.

Dans le cadre d'une prise en charge en ville, la coordination des soins de support est assurée par le trio médecin généraliste-pharmacien-infirmier libéral, principaux acteurs de santé en lien avec le patient. Ils doivent collaborer avec les professionnels et structures impliqués, y compris l'équipe soignante à l'hôpital (médecin référent, oncologue, etc.). Pour faciliter cette coordination, ils peuvent s'appuyer là encore sur l'aide des DAC, mais aussi des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), ou encore des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) (36).

Enfin, tous les soins de support mis en place doivent être tracés à minima dans le PPS intégré au dossier communiquant de cancérologie (DCC).

c. Rôle des associations de patients

Les associations jouent un rôle crucial dans le soutien aux personnes atteintes de cancer. Elles apportent non seulement une aide psychologique et sociale aux patients et à leurs familles, mais elles facilitent également l'accès à l'information, à des ressources pratiques et à des services complémentaires qui améliorent la qualité de vie tout au long du parcours de soin. Ces structures sont souvent une source de réconfort et de solidarité, permettant aux malades de partager leurs expériences et de trouver du soutien auprès de personnes ayant vécu des situations similaires. Elles jouent donc un rôle essentiel dans la prise en charge globale du patient en complément du suivi médical.

Dans le département du Nord, plusieurs associations de patients œuvrent pour accompagner les personnes atteintes de cancer. Nous pouvons citer parmi elles :

- La Ligue contre le cancer – Comité du Nord : qui propose des activités de prévention, d'accompagnement social, des soins de support (psychologie, soins esthétiques, activité physique adaptée, etc.) et un soutien financier pour les patients en difficulté (39).
- Au-delà du cancer : qui a pour objectif de sensibiliser à la prévention et au dépistage des cancers ainsi que d'accompagner les malades et leur famille, notamment dans la réalisation de rêves et de défis (40).
- Cami Sport & Cancer : propose des activités physiques adaptées aux personnes atteintes de cancer (41).
- Espace Ressources Cancer : implanté dans plusieurs régions dont le Nord, l'association offre un accompagnement aux malades et à leurs proches à travers des thérapies complémentaires, des groupes de parole, d'activité physique, des ateliers de gestion du stress et des consultations (42).
- Les Blouses Roses : centrée sur l'animation et l'accompagnement dans les hôpitaux, l'association soutient également les malades, y compris ceux atteints de cancer, en leur proposant des activités ludiques et récréatives pour améliorer leur moral pendant leur hospitalisation (43).

4. Collaboration interprofessionnelle et place du pharmacien.

Un grand nombre d'acteurs, professionnels de santé ou non (pharmaciens, médecins, intervenants médicaux et paramédicaux, assistants sociaux, thérapeutes...) est susceptible d'intervenir dans le parcours de soin du patient, en ville comme à l'hôpital, faisant de la coordination entre tous les intervenants du parcours patient un enjeu primordial.

a. De nombreux professionnels au service du patient.

Aujourd'hui, la prise en charge des patients atteints de cancer repose sur l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé exerçant en ville comme à l'hôpital.

Premièrement, le **médecin généraliste** occupe une place centrale dans le parcours de soins en assurant le suivi longitudinal du patient : il intervient lors du repérage des premiers signes cliniques, initie les démarches diagnostiques et oriente vers les structures spécialisées. Durant les traitements actifs, il assure la surveillance de l'état général du patient, adapte les prescriptions symptomatiques et maintient un accompagnement psychologique et social indispensable.

Le **médecin oncologue**, ainsi que les **internes en oncologie**, quant à eux, constituent le référent médical spécialisé du parcours cancérologique. Ils posent le diagnostic, expliquent au patient les différentes alternatives thérapeutiques, décident de la stratégie curative ou palliative en fonction de la volonté du patient, et assurent la surveillance clinique spécialisée. Leur rôle de coordination est indispensable dans la prise en charge globale, notamment dans la participation aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP).

L'infirmier(ère) Diplômé(e) d'État occupe une position privilégiée dans le suivi rapproché du patient. Il assure non seulement les soins au patient (administration de traitements, soins d'hygiène, pansements, suivi biologique, etc.), mais coordonne également la prise en charge entre l'hôpital et les différents acteurs de ville. En effet depuis la création des infirmiers coordinateurs lors du second Plan Cancer, ils veillent à la transmission des données administratives, notamment les demandes d'aides à

domicile ou d'auxiliaire de vie (31). Ils évaluent également les effets secondaires rapportés, en véritable relais entre patient et médecin, et contribuent à l'adaptation des soins de support ainsi qu'à la détection précoce des complications liées aux traitements.

De plus, depuis l'adoption des décrets n°2018-629 du 18 juillet 2018 et n°2019-835 du 12 août 2019, **l'Infirmier(ère) en Pratique Avancée (IPA)** spécialisé(e) en oncologie intervient lors de consultations dédiées et effectue un suivi clinique renforcé (44,45). L'IPA peut évaluer les toxicités, reconduire la prescription de l'anticancéreux en adaptant sa dose, prescrire des traitements symptomatiques et coordonner les démarches de prise en charge globale (46). Son rôle contribue à fluidifier les parcours complexes, particulièrement chez les patients traités par anticancéreux oraux ou présentant des comorbidités importantes.

Enfin, le **masseur-kinésithérapeute** intervient tout au long du parcours thérapeutique afin de préserver les capacités fonctionnelles et d'améliorer la qualité de vie. Il prend en charge les troubles postopératoires, les douleurs musculo-squelettiques, les limitations de mobilité et les complications telles que le lymphœdème. Par ailleurs, de l'activité physique adaptée (APA) est généralement mise en place par le kinésithérapeute, afin de mobiliser le patient. Les professionnels formés à l'APA, reconnue aujourd'hui comme un élément thérapeutique à part entière, peuvent ainsi se déplacer au domicile du patient, ou le voir en séance lors de ces cures à l'hôpital.

Pour finir les **métiers paramédicaux et sociaux** ont également toute leur place dans le parcours du patient atteint de cancer. Les psychologues, assistants sociaux et aides à domicile soutiennent le patient à chaque étape de son parcours de soins(31). D'autres professionnels, comme les sexologues, sophrologues, art-thérapeutes ou socio-esthéticiens, peuvent aussi être impliqués, et ne doivent pas être à négliger, tant leur rôle dans l'accompagnement et le bien-être du patient est important, pour améliorer la qualité de vie, et trouver des solutions aux effets collatéraux néfastes du cancer (perte de libido, peau sensibilisée, etc...) (31).

b. Missions, rôles et implication du pharmacien hospitalier et officinal, et du préparateur en pharmacie.

Pharmacien hospitalier

Le pharmacien joue un rôle clé dans la prise en charge du cancer. Historiquement, l'implication du pharmacien hospitalier en cancérologie a débuté avec la préparation et la dispensation des chimiothérapies et autres anticancéreux injectables. Désormais en lien direct avec l'oncologue, le radiopharmacien s'occupe de la préparation et de la distribution des radiopharmaceutiques. Au sein des établissements hospitaliers, le pharmacien hospitalier garantit donc la sécurisation du circuit des anticancéreux : analyse et validation des prescriptions, préparation des chimiothérapies injectables, gestion des modalités de dispensation nominative... De plus, le pharmacien hospitalier clinicien joue un rôle essentiel, assurant les entretiens pharmaceutiques lors de l'initiation des traitements oraux. Ces entretiens permettent d'informer le patient sur les objectifs et modalités de son traitement, ainsi que sur les effets indésirables majeurs, et assurent un suivi de son traitement. Il est également très souvent sollicité par les services afin de réaliser des conciliations médicamenteuses, des bilans de médication (notamment avant administration de la première perfusion de thérapie anti-cancéreuse), et, dans certains cas, pour discuter de la marche à suivre lors de la prise en charge thérapeutique des patients, en tant qu'expert des médicaments, notamment lors des RCP (31).

Pharmacien d'officine

Depuis 2009, le pharmacien d'officine, quant à lui, a vu son rôle de professionnel de santé s'élargir et ses compétences valorisées grâce aux missions définies dans le Code de la Santé Publique à travers l'article 38 de la loi HPST (47). Le pharmacien d'officine contribue de manière essentielle au suivi en ville, en particulier lors de traitements anticancéreux oraux, et joue un rôle tout aussi important en tant qu'intermédiaire entre les différents professionnels de santé et le patient. Il a acquis avec le temps de nouvelles missions afin d'accompagner au mieux le patient atteint de cancer, étant le dernier relai du parcours de soin, à proximité directe du patient. Cette proximité lui confère une visibilité globale de l'ensemble des traitements du patient, mais aussi de

ses consommations annexes, telles que l'automédication ou la consommation de compléments alimentaires. Il sécurise la dispensation des médicaments, vérifie les interactions potentielles, délivre des conseils individualisés pour aider à la bonne gestion des différents effets indésirables, et renforce l'observance thérapeutique. Il se voit progressivement attribuer davantage de responsabilités, s'orientant ainsi vers la pratique de la pharmacie clinique en ville, exercée depuis longtemps par les pharmaciens hospitaliers, avec les entretiens pharmaceutiques sur les anticancéreux oraux, mais également les bilans partagés de médication.

Également, le pharmacien officinal exerce un grand rôle dans la prévention et le diagnostic des cancers, avec les actions de santé publique décrites plus haut, comme la remise des kits de dépistage pour le cancer du côlon, et la vaccination HPV.

Enfin, le pharmacien d'officine, tout comme le socio-esthéticien, est à même de conseiller et d'implanter des gammes de produits cosmétiques développées pour les personnes atteintes de cancer, en réponse à des peaux sensibilisées, et en complément des soins de support, comme chez les laboratoires MEME Cosmetics, Eye Care, Evaux Laboratoires, Ozalys. De plus, il connaît et conseille certains produits haute tolérance commercialisés chez des laboratoires comme Avène et La Roche Posay. Il peut aussi être formé dans l'accompagnement des patientes atteintes de cancer du sein dans le choix de prothèses mammaires externes, sous-vêtements et maillots de bain adaptés aux poitrines opérées et sensibles, avec la gamme AMOENA, ou encore en proposant également des prothèses capillaires, perruques, et bandeaux.

Ainsi, il peut se spécialiser et développer au sein de l'officine un véritable « pôle cancérologie », afin d'accompagner au mieux les patients atteints de cancer, pendant, avant et après les traitements actifs. Son rôle en tant que professionnel de santé de proximité dans la prise en charge du patient cancéreux et donc désormais primordial.

Pharmacien correspondant

Depuis la publication du décret du 28 mai 2021, le dispositif de « pharmacien correspondant » est officiellement entré en application. Ce dispositif, prévu par la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, permet à un patient de désigner un pharmacien (titulaire ou adjoint d'officine,

ou pharmacien exerçant en pharmacie mutualiste ou minière) comme pharmacien correspondant auprès de l'Assurance maladie (48).

Dans le cadre d'un exercice coordonné tel qu'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ou une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), et avec l'accord préalable du médecin traitant, ce pharmacien peut renouveler certaines prescriptions médicales dans le cadre de traitements chroniques. Il est également habilité à ajuster la posologie si cela est prévu par le médecin sur l'ordonnance initiale. Ce renouvellement, incluant l'éventuel ajustement de posologie, ne peut toutefois pas dépasser une durée totale de douze mois. Certaines molécules sensibles ou à surveillance particulière peuvent être exclues de ce dispositif par arrêté ministériel. Le pharmacien doit impérativement tracer ses interventions, notamment dans le dossier pharmaceutique (DP) et le dossier médical partagé (DMP), et informer régulièrement le médecin prescripteur, conformément au projet de santé de l'équipe coordonnée (49).

L'entrée en vigueur de ce dispositif s'inscrit dans une dynamique plus large de renforcement du rôle du pharmacien dans la coordination des soins, notamment pour l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques. Elle illustre l'évolution des pratiques professionnelles vers une approche plus collaborative et centrée sur le parcours de soins du patient.

Préparateurs en pharmacie

Bien qu'ils ne puissent pas prendre part aux nouvelles missions en tant que telles, le préparateur en pharmacie a un rôle à jouer dans l'information des patients sur ces nouvelles missions. En effet, étant au comptoir, il peut détecter les patients éligibles aux entretiens, les en informer, et les rediriger vers le pharmacien d'officine. Il peut également être spécialisé en dermo-cosmétique, et est également à même de conseiller les patients atteints de cancer sur les gammes adaptées.

Entretiens pharmaceutiques anticancéreux oraux

La réalisation d'entretiens pharmaceutiques sur les thérapies anti-cancéreuses orales, réalisés en milieu hospitalier en premier lieu, est désormais possible à l'officine (50).

Avant de débiter les entretiens, le pharmacien réalise une analyse des interactions des thérapies du patient avec l'ensemble de ses traitements. En parallèle, le pharmacien aura également recueilli le consentement du patient via un bulletin d'adhésion spécifique téléchargeable sur le site de l'Assurance maladie. Une fois ce document complété et signé par le patient et le pharmacien, celui-ci peut alors facturer le code acte adhésion via le logiciel de dispensation de l'officine. Le patient et le pharmacien gardent un exemplaire du bulletin d'adhésion. Ces entretiens ne sont proposés qu'à des patients majeurs, et ne concernent pas les thérapies injectables.

Ensuite, une série de 3 entretiens doit être réalisée avec le patient. L'entretien initial se concentre sur les informations générales sur le patient, son ressenti par rapport à la maladie et au traitement, et enfin sur le schéma et les règles de prise de la thérapie (50). Lors du second entretien, le pharmacien évoque avec le patient les difficultés qu'il rencontre dans sa vie quotidienne en lien avec le traitement, ainsi que les éventuels effets indésirables auxquels il est confronté. Le pharmacien essaie de trouver des solutions à son échelle pour la gestion des effets indésirables, ou réoriente vers d'autres professionnels de santé si nécessaire.

Enfin, le dernier entretien concerne l'adhésion et l'observance du traitement, et permet de rappeler au patient son importance dans la réussite du but thérapeutique (guérison ou ralentissement de la progression). Le pharmacien réalise alors le score GIRERD pour évaluer cette observance, mais peut également s'aider de l'historique de délivrance, le questionnaire de GIRERD étant purement déclaratif (Figure 12).

OBSERVANCE (QUESTIONNAIRE DE GIRERD)

Chaque réponse négative vaut 1 point. Interprétation du score : 6 = bonne observance, 4 ou 5 = faible observance, ≤ 3 = non observance.

Questions	Réponses	Points
Ce matin, avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?	Non	1
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	Non	1
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	Non	1
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	Non	1
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	Non	1
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	Oui	0
TOTAL		5

Figure 12. Grille du questionnaire d'observance de GIRERD.

c. Outils d'aide à la réalisation des entretiens pharmaceutiques

Le pharmacien, hospitalier ou officinal, a de nombreux outils à sa disposition pour permettre le bon déroulement des entretiens pharmaceutiques. L'URPS Pharmaciens des Hauts de France, a rédigé une fiche de synthèse sur les outils d'aide à l'accompagnement pharmaceutique du patient traité par une chimiothérapie anticancéreuse orale et l'analyse des interactions médicamenteuses, dont vous pourrez trouver le lien en annexe (Annexe 1 & (51)).

d. Programmes de collaboration interprofessionnelle dans le Nord.

Dans une volonté d'améliorer le parcours de soin du patient et la collaboration interprofessionnelle, clé de la réussite d'une bonne prise en charge, des programmes se sont développés, et ont pu être portés à expérimentation ces dernières années sur le territoire du Nord-Pas-de-Calais. Nous allons présenter 3 programmes différents, portés par divers établissements de santé, et mêlant à la fois l'interdisciplinarité au sein des hôpitaux, mais également entre ville et hôpital.

Le programme *latroprev'*

Le programme *latroprev'* (pour *iatrogénie et prévention*) est une initiative régionale innovante déployée dans les Hauts-de-France, visant à prévenir les risques liés à la iatrogénie médicamenteuse, en particulier chez les personnes âgées de plus de 65 ans, polymédiquées, présentant donc un risque important d'interactions médicamenteuses. L'expérimentation menée pendant 4 ans de février 2021 à août 2023, est désormais close (52–54). Sur 380 patients inclus dans le programme, et bien qu'il concernait avant tout la gériatrie et ne se concentrait pas uniquement sur l'oncologie, un certain nombre de patients âgés sous anticancéreux oraux ont pu être inclus dans ce programme (54).

Ses objectifs principaux étaient de réduire les événements indésirables liés aux médicaments en renforçant la sécurisation du parcours médicamenteux grâce à une approche pluriprofessionnelle et coordonnée.

latroprev' est un projet dit « Article 51 », dans lequel l'ensemble des professionnels de santé impliqués sont rémunérés pour chaque patient inclus, à condition que le processus soit mené à son terme. Il comprenait une phase hospitalière, une réunion

pluridisciplinaire entre les professionnels de santé hospitaliers et de ville, ainsi qu'une phase de mise en œuvre en soins de ville. L'ensemble des phases était supervisé et suivi par un gestionnaire de cas (54).

Au cours de la phase hospitalière, un gériatre et un pharmacien clinicien identifiaient les patients âgés éligibles, les invitaient à participer au programme et vérifiaient que le médecin traitant et le pharmacien d'officine du patient acceptaient également d'y participer.

Le gériatre et le pharmacien clinicien réalisaient ensuite une revue de médication, optimisaient le traitement du patient au regard des pathologies aiguës (hospitalières) et chroniques, et rédigeaient un résumé de recommandations concernant les médicaments du patient (54).

La réunion pluridisciplinaire, réalisée par téléphone et réunissant le gériatre, le pharmacien clinicien, le médecin traitant et le pharmacien d'officine, avait lieu juste avant ou juste après la sortie du patient de l'unité aiguë gériatrique (AGU). Chacun des quatre professionnels de santé commentait les modifications thérapeutiques recommandées. À l'issue de la réunion, les recommandations validées par l'ensemble des quatre professionnels constituaient le plan pharmaceutique personnalisé du patient (54).

La phase de mise en œuvre en ville durait 90 jours. Le médecin traitant et le pharmacien d'officine étaient chargés de mettre en œuvre l'ensemble des recommandations figurant dans le plan pharmaceutique personnalisé du patient. Après 45 et 90 jours de suivi, le pharmacien d'officine devait fournir la liste des prescriptions du patient établies par le médecin traitant, et des informations concernant la mise en œuvre des recommandations générales émises lors de la réunion pluridisciplinaire. Si des informations nécessaires à un suivi adéquat étaient manquantes, le médecin traitant était contacté (54).

Les résultats de ce programme, publiés en mai 2025, montrent que les personnes âgées sortant d'une hospitalisation en unité aiguë gériatrique (AGU) présentaient un nombre élevé de modifications de traitement ainsi que de recommandations de suivi et d'accompagnement à domicile, et suggèrent qu'une réunion pluridisciplinaire associant le médecin traitant et le pharmacien d'officine au moment de la sortie d'hospitalisation

contribue à améliorer l'adhésion aux recommandations (54). En effet, bien que chaque patient ait reçu en moyenne 15 recommandations, le taux de mise en œuvre à 90 jours était élevé (taux global de 83%) (54). Toutefois, le refus fréquent des médecins traitants de participer au programme latroprev' limite la possibilité de proposer cette approche à l'ensemble des patients (54).

Le programme PHARE

Le programme PHARE a été lancé en 2016 par le Centre Oscar Lambret de Lille, hôpital privé à but non lucratif, dans le but d'améliorer l'accompagnement des patients recevant une primoprescription d'une chimiothérapie orale. Ce programme s'adresse aux patients des départements d'oncologie générale et oncothoracique, et vise à les rendre plus autonomes dans leur parcours de soins en leur fournissant les savoirs et compétences nécessaires. L'objectif est également d'améliorer leur qualité de vie pendant les traitements (55).

Le programme PHARE repose sur un parcours interdisciplinaire, uniquement en milieu hospitalier, impliquant plusieurs professionnels de santé :

- L'oncologue médical, qui prescrit le traitement et explique ses effets secondaires.
- Le pharmacien hospitalier, qui analyse les interactions médicamenteuses entre le traitement habituel et la thérapie orale, et prodigue des conseils sur la prise du médicament.
- L'infirmière d'éducation thérapeutique, qui vérifie que les informations reçues ont bien été comprises et réajuste l'apprentissage de la conduite à tenir si nécessaire. Elle recense également les besoins éventuels en soins de support du patient.

Lors de la première consultation, le patient reçoit un classeur contenant des conseils sur la prise des traitements et sur la gestion des effets indésirables éventuels. Les coordonnées des personnes à contacter en cas de besoin, notamment le numéro de la hotline infirmière, y sont également détaillées (55).

Au trentième jour du traitement, chaque patient est à nouveau reçu par les équipes du Centre : l'oncologue analyse la tolérance aux traitements et les effets secondaires rencontrés, tandis que l'infirmière fait la synthèse du suivi effectué par le patient pendant son traitement (55).

En 2017, 98 patients avaient bénéficié de ce programme, et la grande majorité d'entre eux se sont déclarés satisfaits. Selon le Dr Diane Pannier, oncologue au Centre, « avec le programme PHARE, les patients se sentent soutenus et en sécurité » (55).

Le programme Onco'Link

Le programme Onco'Link s'inscrit dans le cadre des expérimentations nationales de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale, visant à promouvoir de nouveaux modes de prise en charge et de financement dans le domaine de la santé (56). Mis en place depuis octobre 2021 et ayant terminé en septembre 2025, ce dispositif vise spécifiquement à améliorer l'accompagnement des patients sous anticancéreux oraux (57). Le Centre Oscar Lambret, centre régional de lutte contre le cancer situé à Lille, est le seul établissement des Hauts-de-France engagé dans cette expérimentation, aux côtés d'une quarantaine d'autres centres en France (58).

Ce programme repose sur une coordination étroite entre les différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patientes, à l'hôpital comme en ville. Il associe notamment l'oncologue, le médecin traitant, le pharmacien d'officine, le pharmacien hospitalier et une infirmière de coordination (58).

Cette organisation permet de structurer un parcours de soins en trois phases successives. La première correspond à l'initiation du traitement et à sa primo-délivrance, où les patientes bénéficient d'un temps d'information approfondi et d'échange avec les professionnels de ville. La deuxième séquence implique un suivi rapproché, durant les trois premiers cycles de traitement, marqué par un accompagnement téléphonique renforcé par l'équipe hospitalière et des entretiens réguliers avec le pharmacien d'officine. Enfin, une dernière séquence de suivi à distance sur six cycles, durant laquelle la coordination entre les acteurs se poursuit, tout en renforçant l'implication du médecin généraliste (58).

L'originalité du programme Onco'Link réside également dans son mode de financement. Chaque séquence de suivi donne lieu à une rémunération forfaitaire pour les professionnels de santé, valorisant leur temps et leur engagement dans le suivi des patientes, selon un modèle dérogatoire au droit commun. Cette approche innovante

reconnait le rôle essentiel du pharmacien d'officine et du médecin généraliste dans le suivi de ces traitements complexes, tout en assurant une continuité de prise en charge au plus proche du domicile de la patiente (56,58).

Depuis son lancement, le programme a permis de suivre plus de 10 000 patients à l'échelle nationale. Au Centre Oscar Lambret, ce sont 128 patientes atteintes de cancer du sein qui ont intégré ce dispositif. Les premiers retours sont très positifs : les patientes expriment un fort sentiment de sécurité et de soutien, tandis que les professionnels saluent la structuration du parcours et la fluidité des échanges interprofessionnels. Comme le souligne l'équipe du Centre, ce dispositif contribue à humaniser le parcours de soins et à sécuriser la prise en charge, dans un contexte où les traitements oraux complexifient le suivi et augmentent le risque d'iatrogénie en ambulatoire (58).

Ainsi, le programme Onco'Link, vise à structurer le suivi des patients atteints de cancer sous thérapies anticancéreuses orales via une coordination ville-hôpital pluridisciplinaire. Ce dispositif organisationnel innovant a permis de mettre en place un accompagnement coordonné entre les équipes hospitalières et les professionnels de ville, avec un rôle central du pharmacien d'officine à chaque étape du parcours de soins, incluant entretiens pharmaceutiques, conciliation médicamenteuse et échanges structurés avec l'hôpital. Les résultats intermédiaires de cette expérimentation suggèrent une amélioration de l'observance thérapeutique, une meilleure gestion des effets indésirables et une efficacité notable pour le système de santé, tout en renforçant la coordination entre les acteurs et la satisfaction des patients et des professionnels (58,60).

Après plus de quatre années d'expérimentation nationale et l'inclusion de plus de 13 800 patients, le comité technique de l'innovation en santé (CTIS) et le conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS) ont rendu, en novembre 2025, un avis favorable à la généralisation du dispositif en droit commun, reconnaissant son efficacité clinique, organisationnelle et économique. Cette recommandation ouvre la voie à une phase de transition de 18 mois, destinée à définir les modalités de déploiement et de financement pérenne du programme à l'échelle nationale, ce qui marque une avancée majeure pour l'intégration de ce modèle de suivi dans le système de soins (59).

III. Présentation et résultats de l'étude

1. Présentation et justificatif de l'étude

Depuis de nombreuses années, la lutte contre le cancer en France s'appuie sur les différents Plan Cancer mobilisant l'ensemble des acteurs participant à la prévention, au dépistage, aux soins, ou à la recherche, mais également au soutien des patients et de leurs proches. Aussi, la cancérologie est un domaine d'innovations importantes, qu'elles soient scientifiques, techniques ou organisationnelles.

En effet, l'avancée des traitements et la chronicisation de la maladie rendent les parcours de soins plus complexes, avec d'un côté des soins techniques prodigués dans des centres hyperspécialisés, et d'autre part, un nombre croissant de traitements réalisés en ambulatoire, en dehors des grands centres, ou même à domicile. Ces évolutions, couplées à l'allongement des parcours de soins et à la multiplication des intervenants, rendent nécessaire une coordination renforcée entre les professionnels hospitaliers et les soignants de proximité (médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, et autres professionnels de santé de ville).

Au-delà des outils de communication, indispensables mais insuffisants pour coordonner les soins, l'adhésion et la reconnaissance mutuelle des acteurs sont des notions essentielles pour établir de nouvelles organisations efficaces.

C'est dans ce cadre que se sont développées les nouvelles missions d'entretiens pharmaceutiques, à l'hôpital et en ville, ainsi que des programmes de collaboration interprofessionnelle entre professionnels de santé hospitaliers, puis incorporant ceux travaillant en ville.

Le but de cette étude est donc de déterminer, d'une part, le niveau de connaissance et de mise en pratique des entretiens pharmaceutiques, par les professionnels de santé impliqués dans le parcours de soin du patient atteint de cancer. Et d'autre part, d'évaluer le niveau de connaissance et l'implication de ces mêmes professionnels de santé dans les programmes de prise en charge interdisciplinaire existants sur le territoire du Nord (59) de la France. L'objectif est également d'identifier les freins et leviers à leur déploiement en officine et à l'hôpital.

2. Matériel et méthodes

a. Elaboration du questionnaire.

J'ai décidé de réaliser une étude fondée sur un questionnaire auto-administré. Ce design permet de collecter un "instantané" des pratiques et opinions des participants à un moment donné.

Mon questionnaire comportait un total de 27 questions, mais pour certaines questions, leur affichage était conditionné par la réponse à la question précédente (Annexe 2). Ainsi, et selon les réponses de chacun, les participants étaient amenés à compléter une quinzaine de questions, ce qui représente une durée de réponse au questionnaire de moins de 5 minutes.

Le questionnaire a été organisé en trois parties distinctes. Une première partie pour récolter les informations générales relatives aux répondants (métier, lieu d'exercice, etc...), puis une deuxième partie se concentrant sur la connaissance et la réalisation des entretiens pharmaceutiques relatifs aux traitements anticancéreux par voie orale, et enfin, une troisième partie portant sur les trois programmes de prise en charge interprofessionnelle mentionnés précédemment : PHARE, Iatroprev' et Onco'Link (cf Partie II. 4) d). Toutes les questions étaient fermées, sans possibilité d'expression libre.

Afin de suivre les règles en vigueur concernant le règlement général sur la protection des données (RGPD), le questionnaire a été totalement anonymisé, les adresses IP n'ont pas été sauvegardées, et une déclaration effectuée auprès du délégué à la protection des données (DPO) de l'Université de Lille a été effectuée en amont de la diffusion du questionnaire. Enfin, l'analyse des réponses à l'aide de LimeSurvey et d'Excel n'a pas permis l'identification des répondants.

b. Population étudiée.

La population ciblée par mon questionnaire se concentrait sur les professionnels de santé les plus impliqués dans le parcours de soin du patient atteint de cancer, et jouant un rôle dans la prescription, l'administration, la délivrance ou la dispensation des thérapies anticancéreuses orales. C'est-à-dire : pharmaciens hospitaliers et officinaux, internes en pharmacie hospitalière, étudiants en 6^e année de pharmacie (filiale officine),

préparateurs en pharmacie, médecins généralistes, infirmiers diplômés d'État, oncologues et internes en oncologie, ainsi que les infirmiers en pratique avancée (IPA) en oncologie. Le nombre d'IPA étant très limité sur le territoire étudié, je n'ai pas réussi à recueillir de réponses de leur part. Enfin, j'ai délibérément choisi de limiter la diffusion de mon questionnaire au département du Nord de la France (59), jugeant d'une part assez difficile de toucher toute la région Hauts-de-France, et voulant concentrer mon analyse sur une zone réduite, proche des centres hospitaliers de référence en oncologie et porteurs des programmes de prise en charge interdisciplinaire (PHARE, Onco'link, latroprev').

Mon questionnaire a été ouvert de début décembre 2024 à début juillet 2025, soit 6 mois. Cette longue période de diffusion s'explique par la difficulté à récolter un nombre suffisant de réponses pour chaque catégorie professionnelle, malgré de nombreuses relances via les canaux de diffusion cités ci-dessous.

c. Mode de diffusion.

Réalisé via la Plateforme Enquêtes de l'Université de Lille hébergée par LimeSurvey, mon questionnaire anonymisé a été diffusé via les réseaux sociaux (Facebook, LinkedIn, Instagram), mailing de divers groupements pharmaceutiques, et contact direct dans les pharmacies de la métropole lilloise ainsi que dans les services d'oncologie de l'hôpital Claude Huriez, du Centre Oscar Lambret et de la Clinique du Bois, à Lille. Le professeur Nicolas SIMON m'a également aidée à diffuser le questionnaire parmi les pharmaciens hospitaliers et internes en pharmacie, par mail. J'ai aussi contacté par mail le Centre de cancérologie Les Dentellières à Valenciennes, l'Institut André Dutreix à Dunkerque et le service d'oncologie du Centre Hospitalier de Maubeuge. Enfin, des proches, médecins généralistes, pharmaciens officinaux, et internes en pharmacie hospitalière ont également relayé le questionnaire via des moyens de communication moins formels (mails, SMS, etc...).

3. Résultats

J'ai finalement obtenu un total de 137 réponses considérées complètes par LimeSurvey.

a. Profil des répondants.

Le panel analysé regroupe 116 répondants, après exclusion de 21 répondants n'exerçant pas dans le Nord (59) de la France, répartis en plusieurs catégories professionnelles, avec une prédominance des métiers de la pharmacie. Seul un faible nombre d'oncologue (1 répondant) et d'internes en oncologie (2 répondants) a pu être capté : leurs réponses ont donc été regroupées pour l'analyse. Aucun IPA spécialisé en oncologie n'a pu être capté via le questionnaire, cette catégorie professionnelle a donc été retirée de l'analyse.

La répartition des répondants met en évidence une forte représentation des pharmaciens, suivis des étudiants en pharmacie et internes en pharmacie, puis des autres professionnels de santé (médecins, IDE). La prédominance des professions pharmaceutiques observée peut s'expliquer par l'objet du questionnaire, centré en partie sur les entretiens pharmaceutiques. La présence d'autres professions apporte un contrepoint interprofessionnel utile pour apprécier la notoriété perçue des dispositifs et les interfaces ville-hôpital (*Figure 13*).

Sur le plan territorial, 85 répondants exercent dans la MEL (73,3% des répondants), contre 31 hors MEL (26,7%). Ce paramètre permet d'explorer l'éventuelle influence de la proximité avec les structures hospitalières de référence sur la connaissance et la participation aux dispositifs. Toutes les professions sont majoritairement représentées dans la MEL. Par exemple, on dénombre 19 pharmaciens d'officine en MEL contre 11 hors MEL, 8 infirmiers en MEL contre 4 hors MEL. (*Figure 13*).

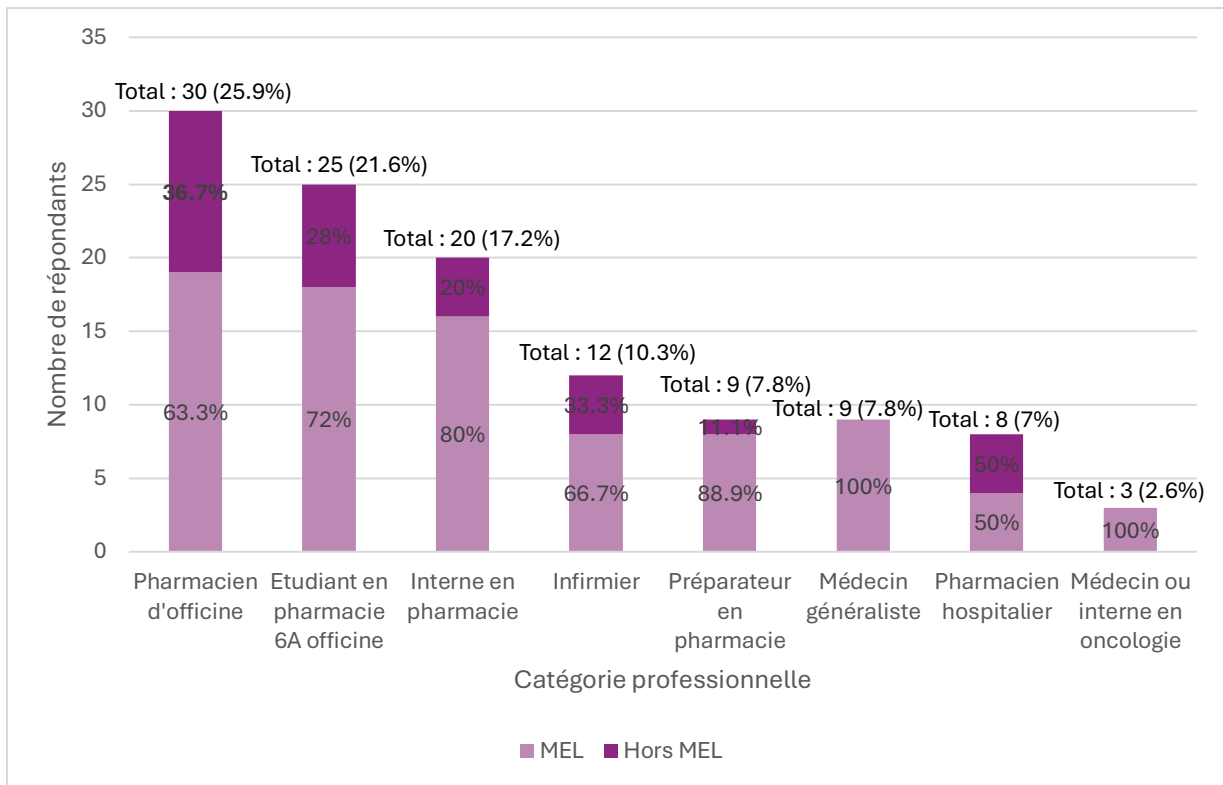


Figure 13. Répartition du nombre de répondants par catégorie professionnelle et localisation MEL/Hors MEL. Le pourcentage MEL/hors MEL est précisé pour chaque catégorie professionnelle. Pour chaque catégorie professionnelle, le nombre total et le pourcentage parmi les répondants sont indiqués au-dessus de l'histogramme.

Si on s'intéresse à la répartition selon le type d'établissement, on observe que la majorité des répondants exerce en officine (63 répondants, soit 48,8%). Viennent ensuite les établissements hospitaliers publics avec 35 répondants (27,1%), puis les cabinets libéraux avec 14 répondants (10,9%). Les établissements hospitaliers privés à but non lucratif regroupent 9 répondants (7%) et les établissements hospitaliers privés 4 répondants (3,1%). Seule une minorité de répondants travaille en hospitalisation à domicile et en maison de santé pluriprofessionnelle (Figure 14).

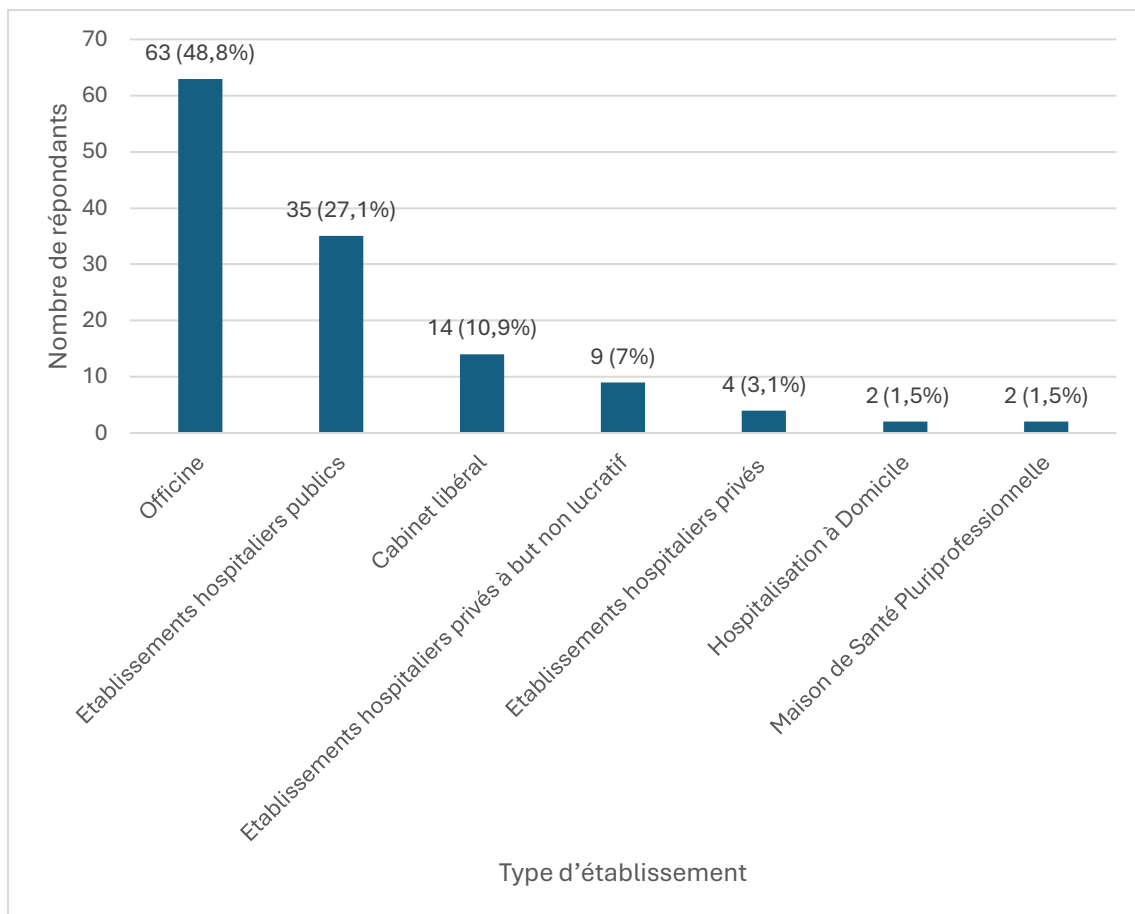


Figure 14. Répartition des répondants en fonction du type d'établissement de santé. Le pourcentage du type d'établissement parmi les répondants est indiqué au-dessus de chaque histogramme

Par ailleurs, certains répondants ont déclaré appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), élément pouvant favoriser l'interprofessionnalité et la circulation d'informations entre acteurs de santé. Globalement, seuls certains professionnels libéraux de premier recours, notamment les pharmaciens d'officine et médecins généralistes, présentent une implication notable dans les CPTS. Les autres catégories, en particulier les pharmaciens hospitaliers, internes, étudiants et préparateurs, demeurent peu intégrés dans ces dispositifs de coordination territoriale (Figure 15).

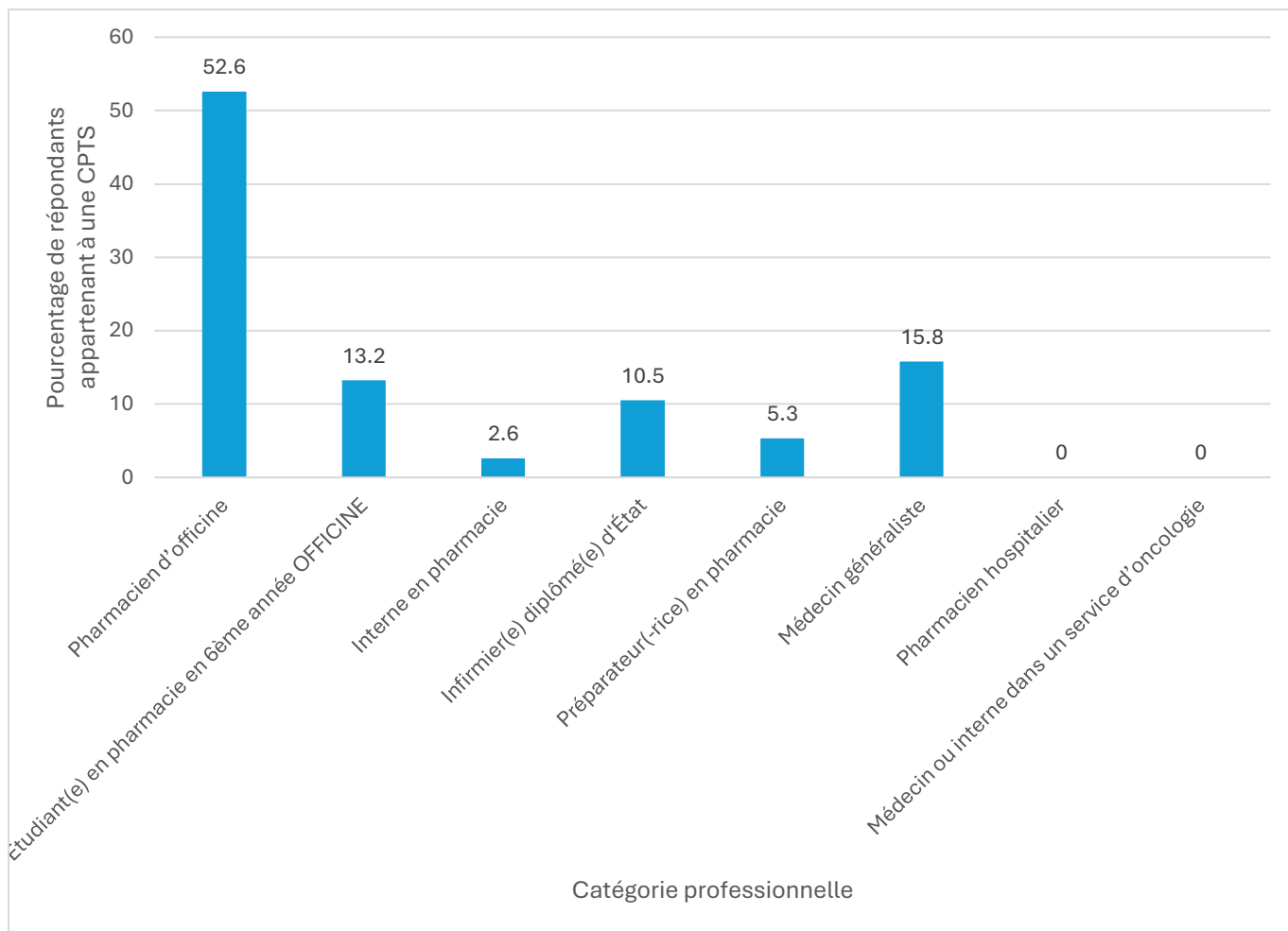


Figure 15. Appartenance à une CPTS.

La diversité des profils inclus permet d'obtenir une vision globale des connaissances et pratiques autour des entretiens pharmaceutiques. Toutefois, on peut noter un biais de représentativité en faveur des pharmaciens. La forte proportion de participants situés dans la MEL peut également influencer les résultats, ceux-ci pouvant bénéficier d'un environnement hospitalo-universitaire plus favorable à l'information et aux échanges interprofessionnels.

b. Connaissance, réalisation, freins et communication autour des entretiens pharmaceutiques.

Analyse de la connaissance des entretiens pharmaceutiques.

Dans le milieu pharmaceutique, la majorité des répondants connaissent les entretiens pharmaceutiques réalisés à l'officine, avec des pourcentages de connaissance supérieurs à 80 % pour toutes les catégories professionnelles. Concernant

les entretiens à l'hôpital, les taux de connaissance sont globalement plus faibles pour les pharmaciens officinaux (56,7%), qui représentent la catégorie professionnelle la moins informée, et les préparateurs en pharmacie (77,8%). On observe ainsi un écart notable de connaissance entre les deux types d'entretiens chez les pharmaciens officinaux et les préparateurs en pharmacie, en défaveur des entretiens hospitaliers. À l'inverse, les étudiants en 6^{ème} année officine, les pharmaciens hospitaliers et les internes présentent une connaissance environ équivalente, voire supérieure, des entretiens hospitaliers, traduisant probablement leur exposition plus récente à la formation universitaire, et leur pratique. Ces résultats suggèrent que la connaissance des entretiens pharmaceutiques à l'hôpital reste limitée en officine, tandis qu'elle est mieux maîtrisée par les jeunes générations en formation. Cela souligne l'importance d'un renforcement de la diffusion de ces dispositifs chez les officinaux (*Figure 16A*).

Pour les répondants hors milieu pharmaceutique, on remarque tout d'abord que tous les médecins et internes en oncologie déclarent connaître les entretiens pharmaceutiques, qu'ils soient réalisés à l'officine ou à l'hôpital (100%). Néanmoins, ce résultat est à prendre avec précaution, étant donné le faible nombre de répondants (n=3). En revanche, cette connaissance diminue fortement chez les autres catégories professionnelles. Seuls 33,3% des médecins généralistes connaissent les entretiens à l'officine et 22,2% ceux à l'hôpital. Les infirmiers (IDE) présentent des taux de connaissance des entretiens à l'officine encore plus faibles, avec 8,3%, pour 25% de taux de connaissance des entretiens à l'hôpital (*Figure 16B*).

On observe donc une nette différence entre les professionnels spécialisés en oncologie et les autres catégories médicales ou paramédicales. La méconnaissance observée chez les médecins généralistes et les infirmiers suggère un manque de diffusion de l'information hors des structures hospitalières spécialisées. Cela souligne la nécessité d'un renforcement de la communication interprofessionnelle pour favoriser la continuité du suivi médicamenteux entre la ville, l'hôpital et le domicile du patient.

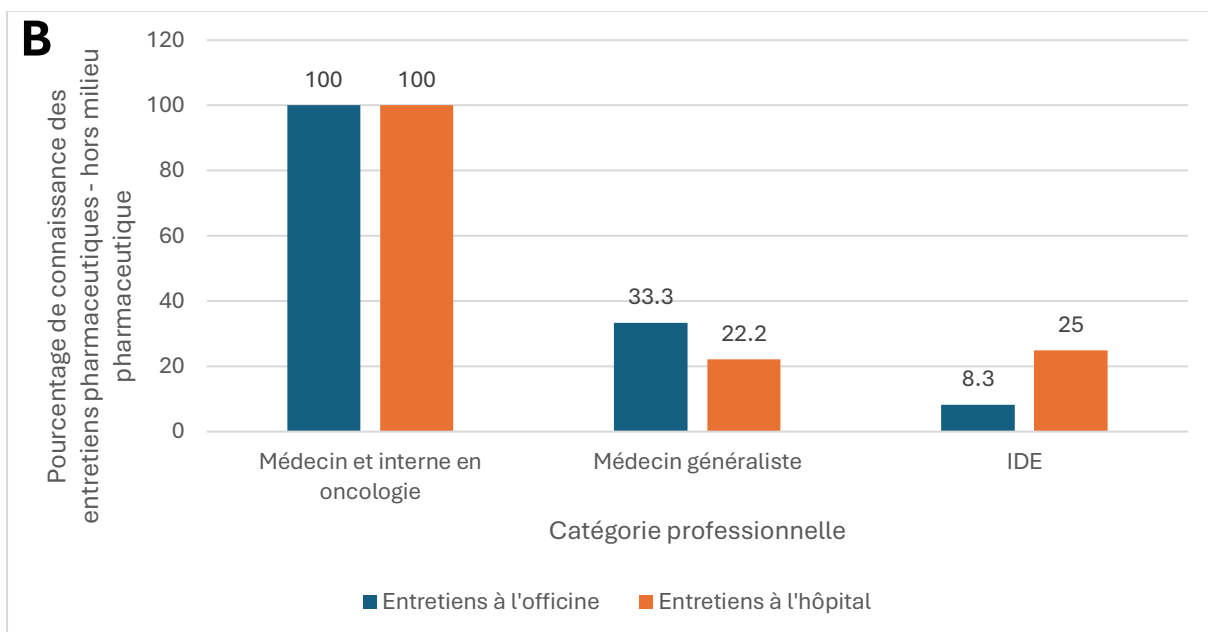
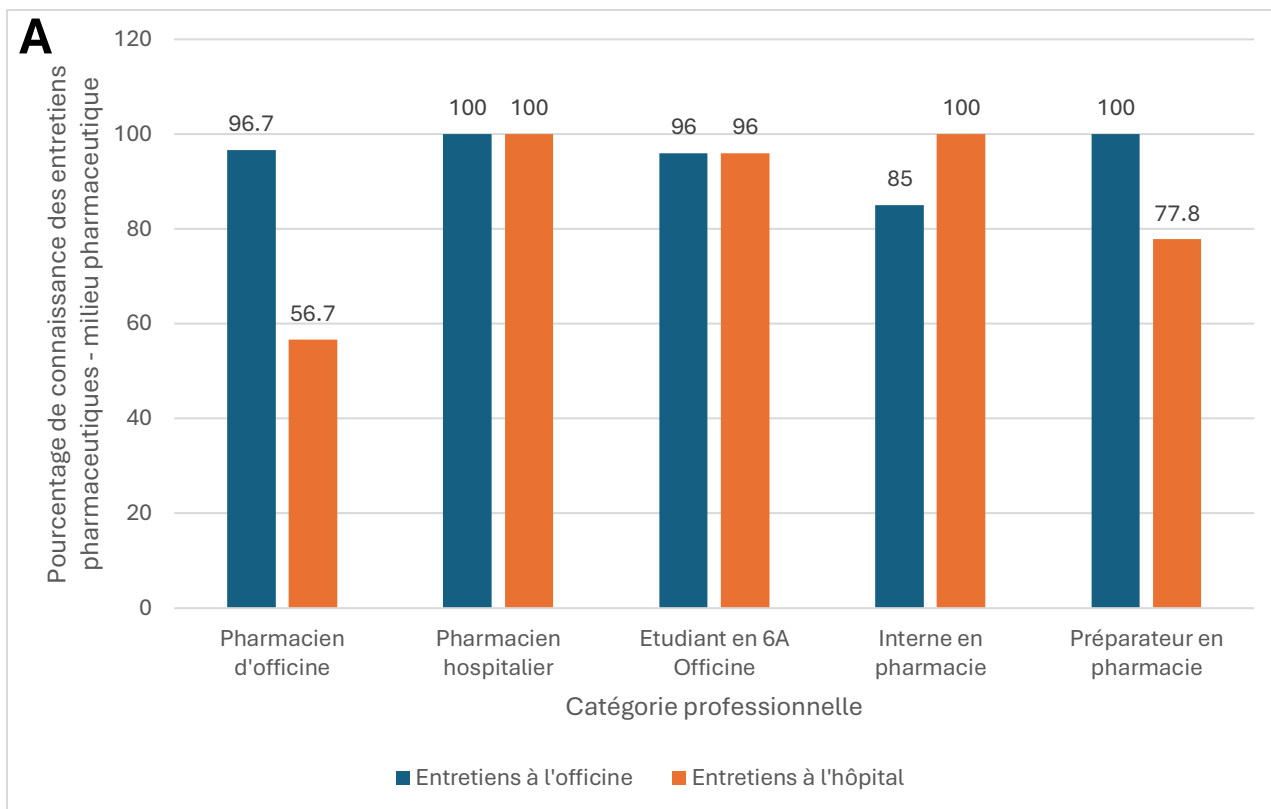


Figure 16. Pourcentage de connaissance des entretiens pharmaceutiques (A) pour le milieu pharmaceutique et (B) hors milieu pharmaceutique, en fonction de la catégorie professionnelle.

La connaissance des entretiens pharmaceutiques à l'officine est globalement élevée, quel que soit le lieu d'exercice. Pour le milieu pharmaceutique, la totalité des professionnels exerçant hors MEL déclarent connaître les entretiens à l'officine (100%). En revanche, au sein de la MEL, les pourcentages sont légèrement inférieurs : 94,7% pour

les pharmaciens, 94,4% pour les étudiants et 81,3% pour les préparateurs (*Figure 17A*). Tous les médecins généralistes et oncologues répondants appartenaient à la MEL, la comparaison MEL/hors MEL ne peut donc être réalisée pour ces catégories. En revanche, pour les IDE, aucun de ceux exerçant en dehors la MEL ne déclare être informé de la réalisation des entretiens pharmaceutiques par le pharmacien d'officine, et seuls 12,5% de ceux exerçant dans la MEL le sont. Néanmoins, ces résultats suggèrent que la localisation géographique n'est pas un facteur limitant majeur pour la connaissance des entretiens officinaux. Celle-ci dépend davantage de la profession exercée et de la proximité avec la pratique officinale.

En ce qui concerne la connaissance des entretiens pharmaceutiques à l'hôpital, la connaissance des entretiens hospitaliers est plus homogène hors MEL, où plusieurs catégories atteignent 100 %. Les taux les plus élevés sont observés chez les pharmaciens hospitaliers et internes en pharmacie, qui connaissent presque unanimement ces entretiens (100% en MEL comme hors MEL). Les différences les plus marquées concernent les préparateurs en pharmacie, avec 100% de connaissance hors MEL, contre 75% en MEL. Les étudiants en 6^{ème} année affichent des taux proches (94,4% en MEL et 100% hors MEL). Du milieu pharmaceutique, ce sont les pharmaciens d'officine en dehors de la MEL qui ont les moins bons taux de connaissance (45,5%), avec 63,2% pour ceux de la MEL. Enfin, on peut noter un pourcentage de 25% de taux de connaissance chez les infirmiers en MEL, mais également exerçant en dehors de la MEL. (*Figure 17B*).

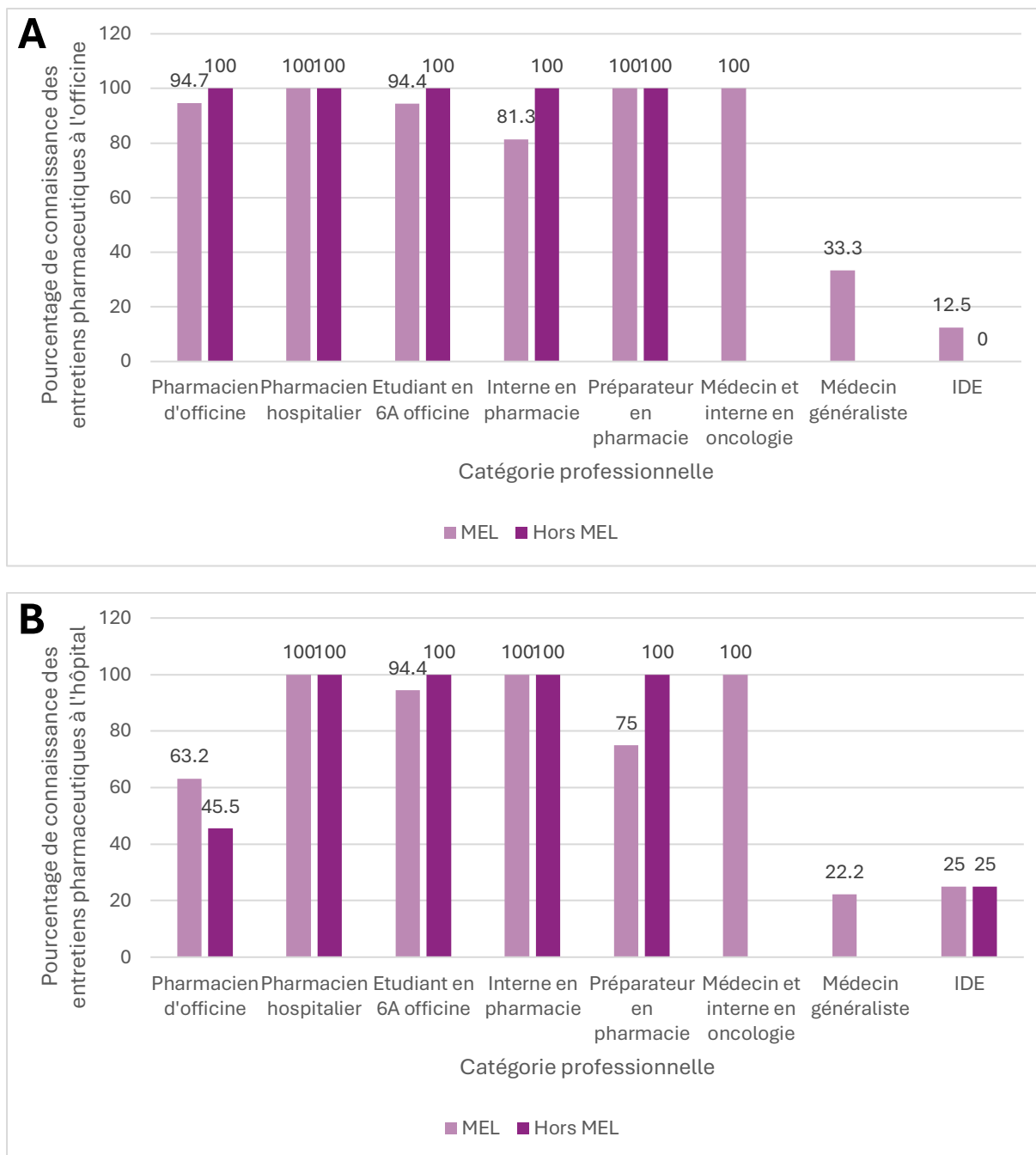


Figure 17. Pourcentage de connaissance des entretiens pharmaceutiques (A) officinaux et (B) hospitaliers en fonction de la catégorie professionnelle et de la localisation MEL vs Hors MEL.

Analyse de la mise en œuvre des entretiens pharmaceutiques et du désir de formation.

Si une proportion non négligeable des répondants connaît l'existence des entretiens pharmaceutiques sur les traitements anticancéreux oraux menés à l'officine et à l'hôpital, qu'en est-il réellement de leur réalisation sur le terrain ?

La figure 18 illustre la participation actuelle et le souhait de participation aux entretiens pharmaceutiques selon la catégorie professionnelle. Tous les pharmaciens hospitaliers (100%) ont déjà participé à au moins un entretien. En officine, seuls 30% des pharmaciens déclarent y participer, mais 42,9% des non-participants expriment le souhait de se former, et donc potentiellement d’y prendre part. Les internes en pharmacie présentent également une implication notable, avec 60% de participation, et la moitié des non-participants (50% pour un effectif de 2) souhaiteraient s’y former. Enfin, seuls 12% des étudiants en 6e année officine participent aux entretiens, mais tous les autres (100%) se déclarent intéressés par cette activité.

La participation effective est donc optimale pour les pharmaciens hospitaliers, et globalement bonne parmi les internes, tandis qu’elle demeure limitée en officine et quasi inexistante chez les étudiants de 6^e A officine. En revanche, le souhait de formation est particulièrement élevé chez les étudiants officinaux, traduisant un intérêt marqué des jeunes générations pour cette mission clinique du pharmacien. La comparaison entre officine et hôpital montre un décalage entre la pratique et l’intention : si les pharmaciens hospitaliers sont pleinement intégrés dans la démarche, on constate, pour les pharmaciens d’officine et les étudiants, un potentiel de développement encore non exploité. L’intérêt exprimé par les étudiants et internes constitue un levier prometteur pour l’avenir de la profession.

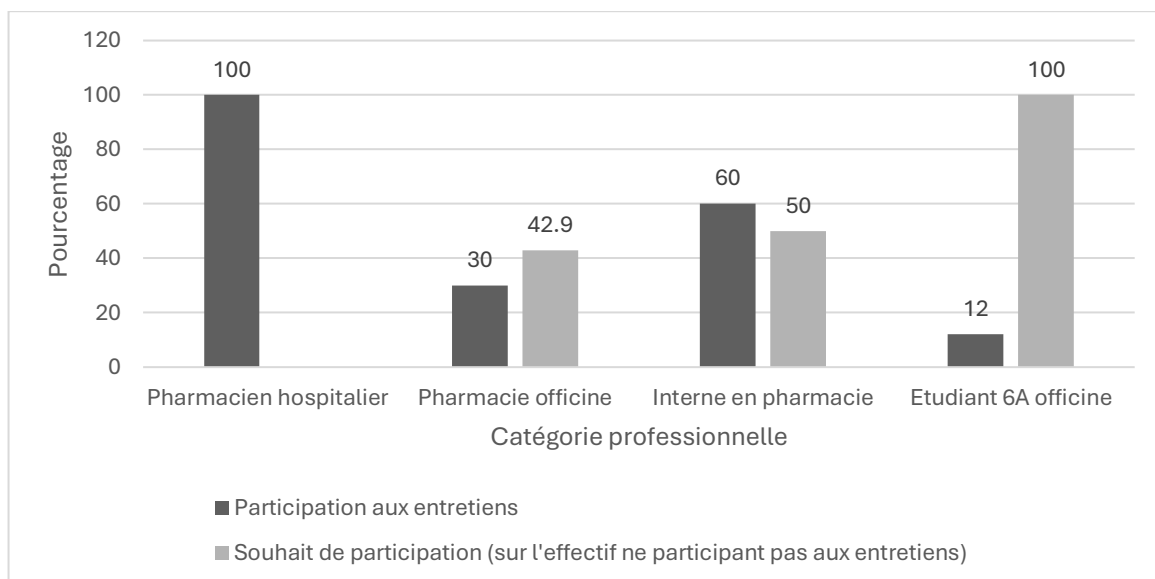


Figure 18. Pourcentage de participation et souhait de formation aux entretiens pharmaceutiques en fonction de la catégorie professionnelle.

Nous avons ensuite souhaité étudier ce paramètre en fonction de la localisation géographique des professionnels de santé, afin d'établir ou non un lien entre proximité des centres hospitaliers de référence de la MEL et participation aux entretiens. Ainsi, la figure 19 montre la répartition de la participation à au moins un entretien pharmaceutique en fonction de la catégorie professionnelle et de la localisation géographique. Chez les pharmaciens d'officine, la participation est variable : 42,1% en MEL contre seulement 9,1% hors MEL. La disparité observée en officine selon la zone géographique pourrait refléter des différences d'organisation et de sensibilisation aux entretiens entre les structures officinales. Les étudiants en 6^e année officine participent peu, quelle que soit la localisation (11,1% en MEL, et 14,3% hors MEL). Ceci peut s'expliquer par le fait qu'ils doivent normalement être accompagnés par un pharmacien diplômé pour les réaliser. Enfin, les internes en pharmacie affichent un fort taux de participation, particulièrement hors MEL (75%), contre 56,3% en MEL. Cette différence observée pour les internes doit néanmoins être considérée avec précaution, car nous n'avons pas pris en compte les services dans lesquels ils ont exercé, ce qui pourrait influencer les opportunités de participation aux entretiens.

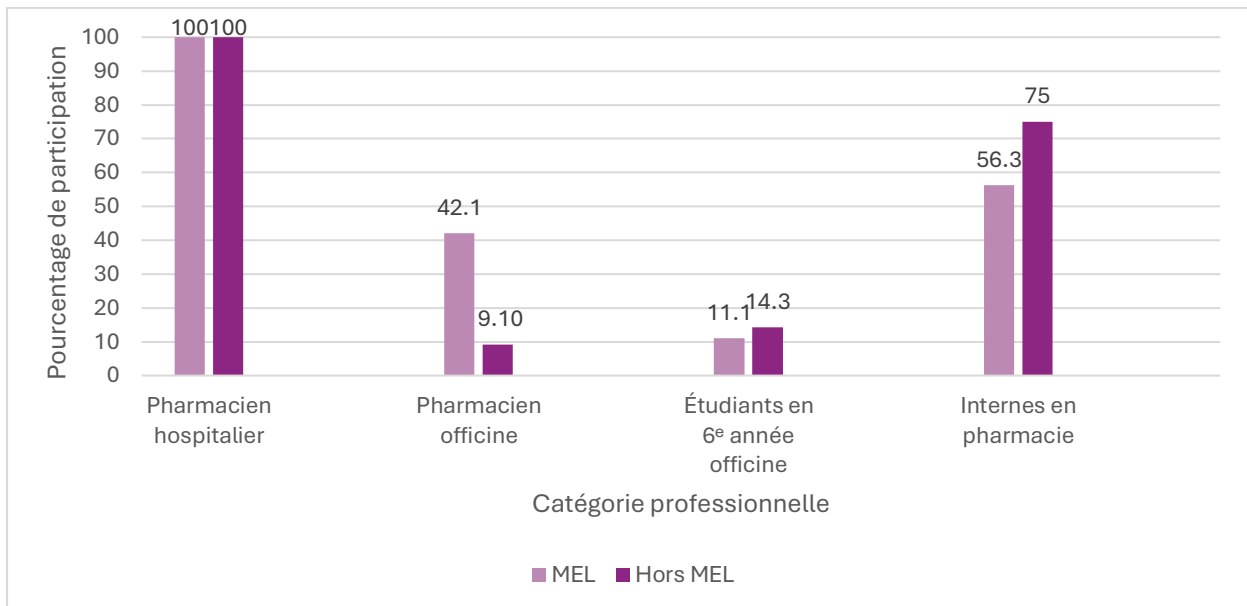


Figure 19. Pourcentage de participation à au moins un entretien pharmaceutique en fonction de la catégorie professionnelle et de la localisation MEL vs Hors MEL.

L'appartenance à une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) pourrait favoriser la collaboration interprofessionnelle et, par conséquent, influencer la participation aux entretiens pharmaceutiques. La figure 20 compare les taux de

participation entre les professionnels affiliés ou non à une CPTS. Les résultats montrent que la participation aux entretiens pharmaceutiques est hétérogène en fonction de l'appartenance, ou non, à une CPTS. Tous les pharmaciens hospitaliers non-membres d'une CPTS participent à ces entretiens (100 %). Les internes en pharmacie hospitalière, quant à eux, affichent également des taux élevés, avec 63,2% de participation pour les affiliés à une CPTS et 100% pour les non-affiliés (n=1). Néanmoins, l'effet de l'appartenance ne peut être interprété de manière fiable dans ce groupe du fait des effectifs très faibles. Les étudiants en 6^{ème} année officine présentent un faible taux de participation de 33,3% pour ceux intégrés à une CPTS. Leur taux de participation atteint 66,7% chez ceux ne faisant pas partie d'une CPTS. A l'inverse, pour les pharmaciens d'officine appartenant à une CPTS, la participation atteint 77,8%, contre 22,2% pour ceux n'en faisant pas partie.

Ces résultats suggèrent que l'appartenance à une CPTS pourrait constituer un facteur facilitateur de participation aux entretiens pharmaceutiques pour les officinaux probablement grâce à une dynamique collaborative renforcée et à une meilleure structuration territoriale des pratiques. Cela montre également la nécessité de mieux intégrer les étudiants et jeunes professionnels dans ces dispositifs afin de favoriser leur engagement futur dans les entretiens pharmaceutiques.

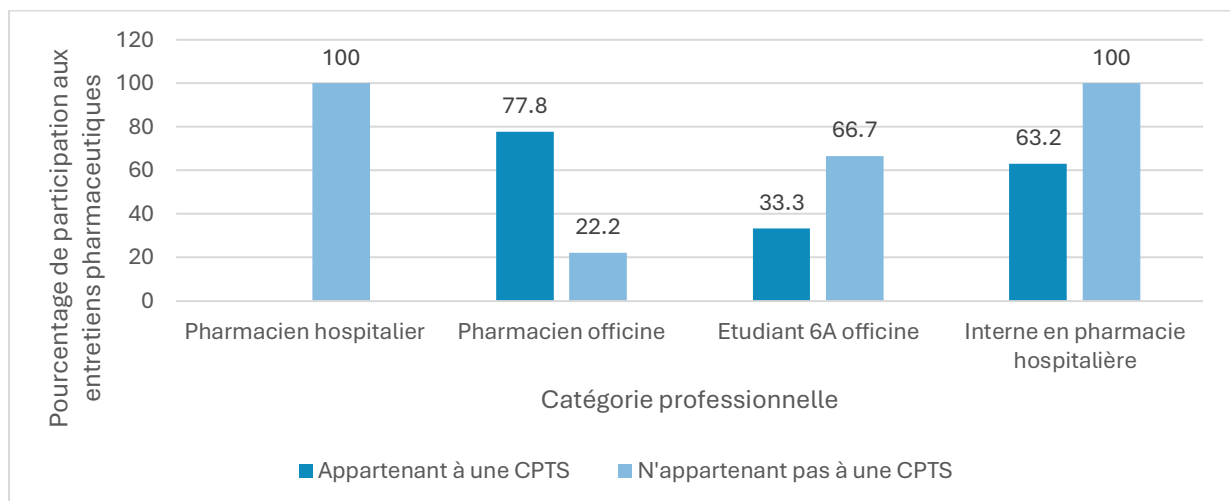


Figure 20. Pourcentage de participation à au moins un entretien pharmaceutique en fonction de la catégorie professionnelle et de l'appartenance à une CPTS ou non.

Afin d'approfondir l'analyse de la participation aux entretiens pharmaceutiques, la figure 21 ci-dessous présente la répartition du nombre de patients suivis chaque année selon le lieu d'exercice (officine ou hôpital). Cette donnée permet d'évaluer plus concrètement le niveau d'activité des pharmaciens impliqués dans le suivi des patients sous traitement anticancéreux oral. Les résultats mettent en évidence des différences marquées entre les pharmaciens d'officine et les pharmaciens hospitaliers. En officine, les entretiens restent ponctuels : la grande majorité des entretiens réalisés (75%) se font pour 0 à 5 patients par an, tandis que 16,7% des officinaux en réalisent pour 5 à 10 patients par an, et seulement 8,3% pour 10 à 20 patients par an. À l'inverse, à l'hôpital, la majorité des professionnels suivent un volume important de patients : 25% des pharmaciens hospitaliers suivent entre 0 et 5 patients, 5 % entre 5 et 30 patients, et 60% plus de 30 patients par an. Ainsi, un pharmacien hospitalier suit en moyenne près de 27 patients par an, contre seulement 3 à 4 patients pour un pharmacien d'officine.

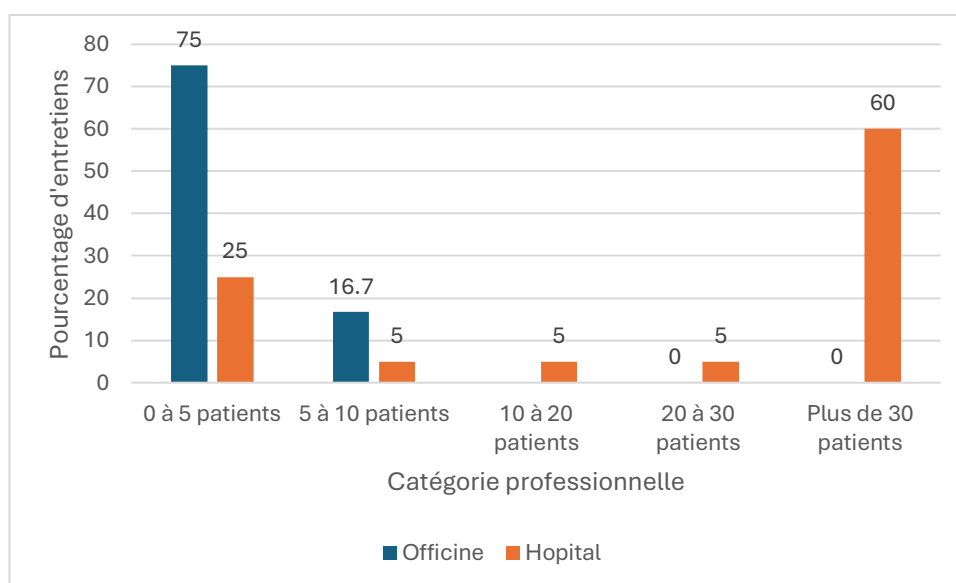
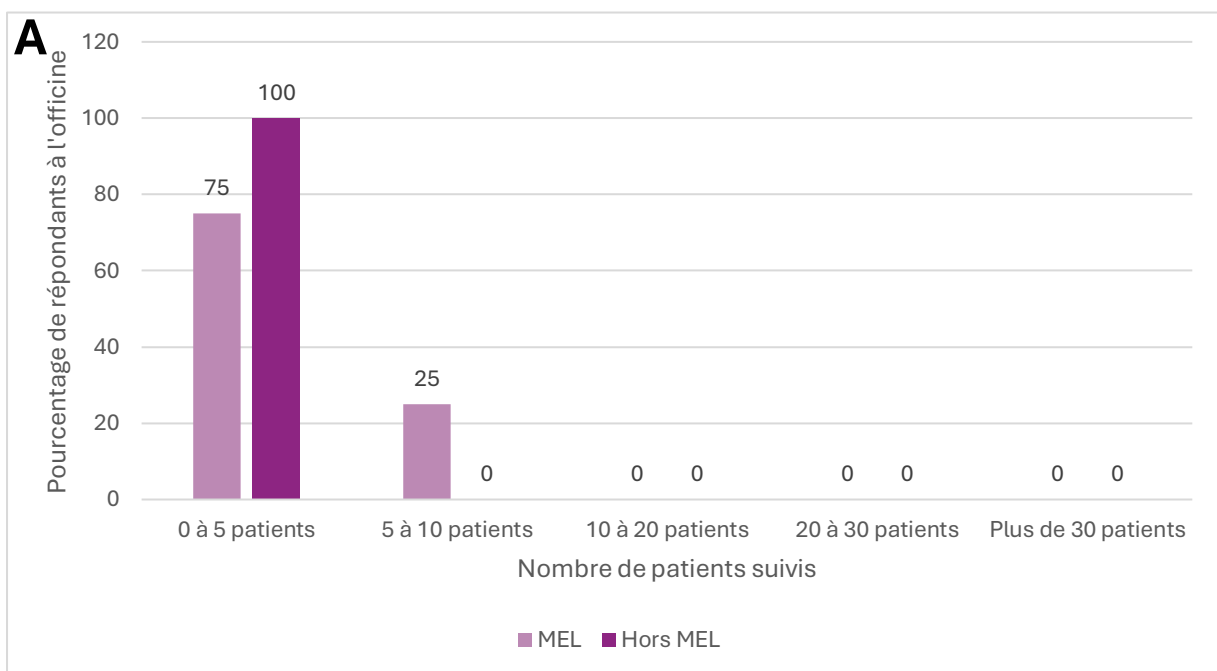


Figure 21. Pourcentage global de réalisation d'entretiens pharmaceutiques par nombre de patients par an, et lieu d'exercice.

La comparaison du nombre de patients reçus en entretien pharmaceutique en fonction de la localisation géographique MEL/hors MEL ne met pas en évidence de différence notable, qu'il s'agisse des entretiens à l'officine (Figure 22A) ou à l'hôpital (Figure 22B).

Globalement ces données illustrent une disparité de pratique entre officine et milieu hospitalier, avec une faible pratique des entretiens pharmaceutiques en officine, quel que soit le territoire. L'absence de différence notable entre les deux localisations géographiques MEL/hors MEL suggère que la mise en œuvre des entretiens à l'officine dépend moins du contexte géographique que de facteurs organisationnels, de formation ou de sensibilisation propres à chaque équipe officinale. Le renforcement des dispositifs de formation continue et la valorisation institutionnelle de cette mission pourraient permettre d'en accroître le déploiement à l'officine sur l'ensemble du territoire. Afin d'améliorer le suivi thérapeutique des patients atteints de cancer, et d'assurer une continuité de la prise en charge entre l'hôpital et la ville. La pratique hospitalière des entretiens pharmaceutiques apparaît bien ancrée dans les établissements de soins, quel que soit le territoire. Cette homogénéité témoigne de la structuration des dispositifs hospitaliers dédiés au suivi pharmaceutique des patients atteints de cancer, et soutenue par les réseaux régionaux. L'enjeu réside désormais dans le renforcement de la coordination avec le secteur officinal, encore peu impliqué.



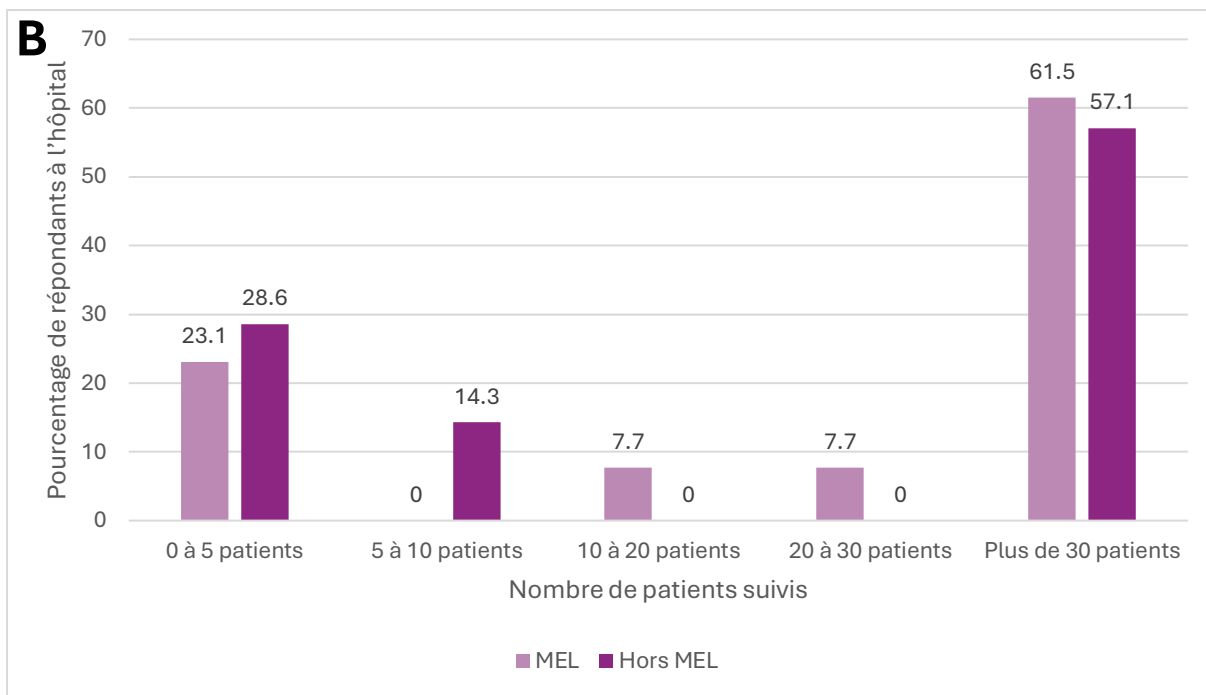


Figure 22. Comparaison du nombre de patients reçus en entretiens pharmaceutiques chaque année, en fonction de la MEL vs Hors MEL, (A) en milieu officinal et (B) en milieu hospitalier.

Freins à la réalisation des entretiens pharmaceutiques.

Afin d'éclairer les raisons limitant la performance et la généralisation des entretiens pharmaceutiques, une analyse des freins rencontrés par les répondants a été menée. Pour ne pas biaiser l'analyse, seuls les freins évoqués par les professionnels exerçant en officine ont été étudiés. En effet, l'effectif des répondants hospitaliers à cette question étant particulièrement faible ($n=4$), leur analyse isolée n'aurait pas permis d'obtenir des résultats interprétables ou pertinents.

Parmi les 50 professionnels de santé non hospitaliers ayant répondu à cette question, soit 20 pharmaciens d'officine, 22 étudiants en 6^{ème} année officine et 9 préparateurs, plusieurs freins majeurs à la réalisation des entretiens pharmaceutiques émergent (*Figure 23*). Le manque de temps est le facteur le plus fréquemment cité (36,5%), suivi de l'absence d'opportunité ou de proposition (33,3%) et du manque de personnel au sein de l'officine (28,6%). 20,6% des répondants indiquent que le fait de ne pas réaliser les entretiens pharmaceutiques résulte d'un choix du titulaire, et 19,1% indiquent ne pas les réaliser car ils n'y sont pas formés. D'autres obstacles sont également mentionnés, tels que l'appréhension de se lancer (17,5%), le manque de

connaissances des outils adaptés (12,7%) ou encore une activité jugée insuffisamment rémunérée (9,5%). Enfin, quelques répondants citent comme frein le désintérêt pour les entretiens (1,6% chacun).

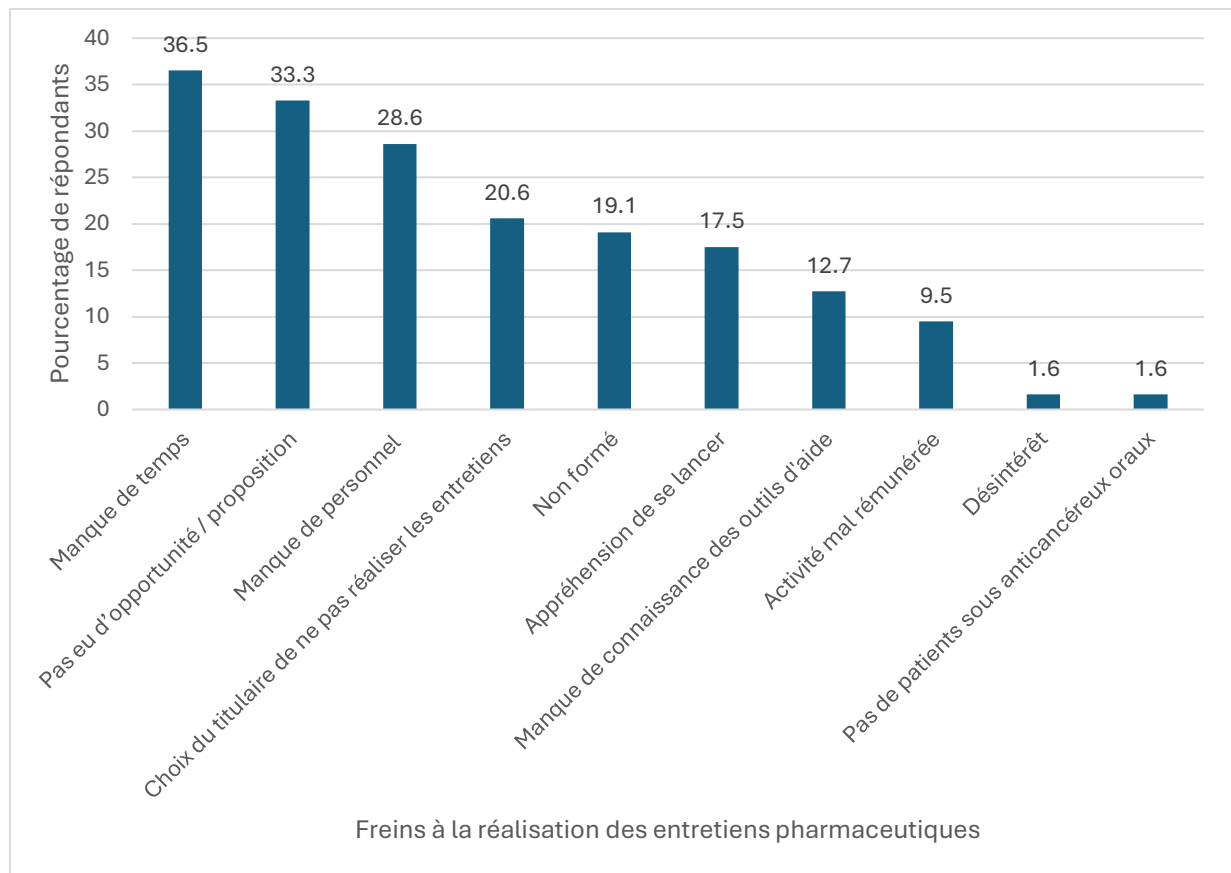


Figure 23. Obstacles à la réalisation des entretiens pharmaceutiques à l'officine.

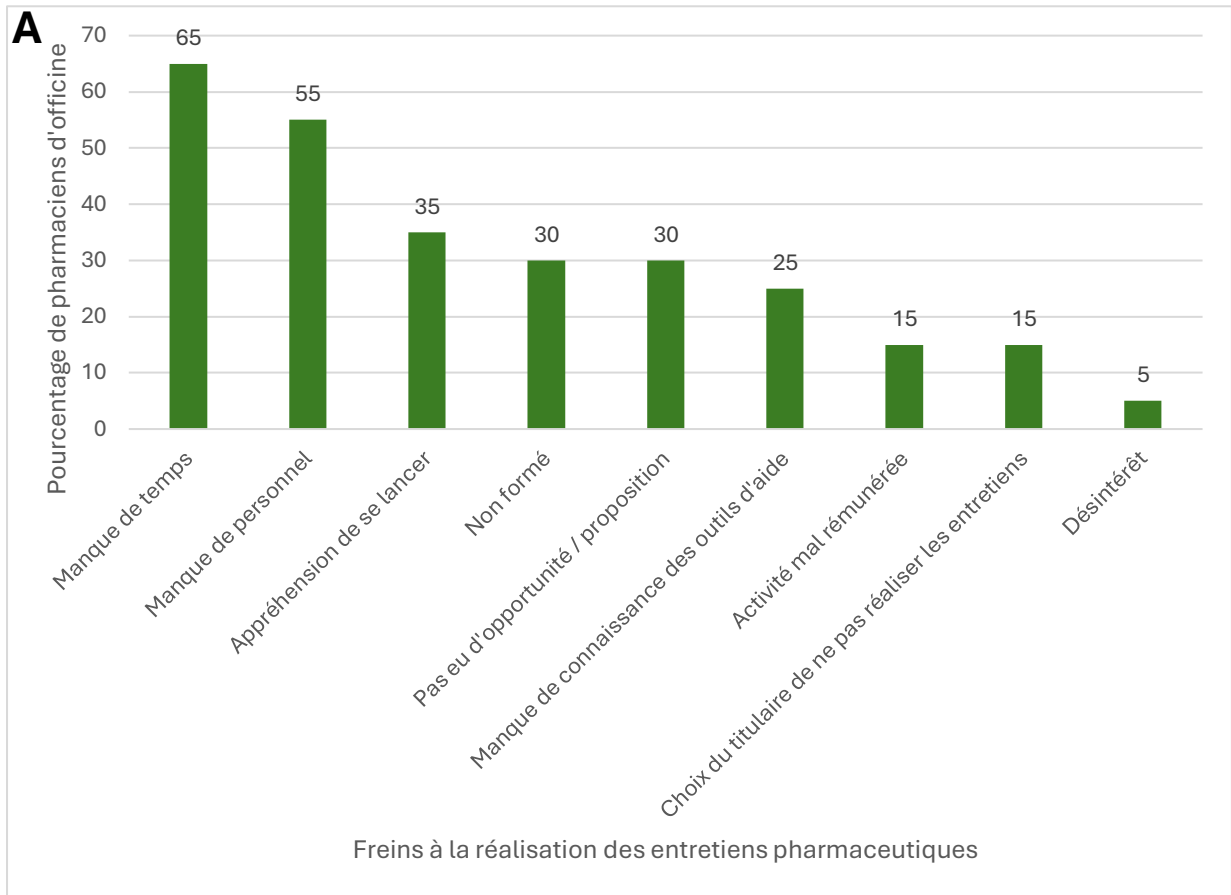
Si l'on se penche plus spécifiquement sur les obstacles mentionnés par les pharmaciens d'officine, le manque de temps constitue l'obstacle le plus fréquemment cité (65%), suivi du manque de personnel (55%) (Figure 24A). L'appréhension de se lancer (35%) ainsi que l'absence d'opportunité ou de proposition pour réaliser les entretiens (30%) sont également des freins importants. Une proportion identique de répondants (30%) indique ne pas être formée à ces entretiens. D'autres obstacles, moins fréquents mais significatifs, sont rapportés : manque de connaissance des outils adaptés (25%), activité jugée insuffisamment rémunérée ou encore choix du titulaire de ne pas les réaliser (15%). Enfin, le désintérêt représente un frein marginal (5%).

Chez les pharmaciens d'officine, les obstacles évoqués relèvent principalement de contraintes organisationnelles, avec le manque de temps et le manque de personnel en

tête. Les freins liés aux compétences ou à la confiance (formation insuffisante, appréhension) sont également représentés, traduisant des besoins clairement identifiés en accompagnement professionnel. Les obstacles plus structurels tels que la méconnaissance des outils d'aide ou une rémunération jugée faible, bien que moins fréquemment cités, témoignent de difficultés pratiques persistantes.

Chez les étudiants de 6^{ème} année officine, le frein le plus fréquemment cité est l'absence d'opportunité ou de proposition d'en réaliser (50%), suivi du choix du titulaire de ne pas mettre en place les entretiens (40,9%) et du manque de temps (31,8%) (*Figure 24B*). Le manque de personnel dans l'officine est également rapporté par 18,2% des étudiants, et la même proportion déclare appréhender de se lancer. On peut également noter que le manque de connaissance des outils d'aide à la réalisation des entretiens est un frein pour 13,6% d'entre eux. D'autres obstacles, moins fréquents mais non négligeables, concernent une rémunération jugée insuffisante et le fait de ne pas y être formé (9,1%).

Les freins rencontrés par les étudiants diffèrent de ceux rapportés par les pharmaciens titulaires ou adjoints. Ici, les obstacles sont principalement liés à des facteurs externes, propres au lieu de stage/emploi étudiant : manque d'opportunité, choix du titulaire, manque de personnel ou organisation interne. À l'inverse, les freins liés à l'appréhension restent présents mais apparaissent moins déterminants que pour les pharmaciens diplômés. La question de la rémunération, bien que secondaire, est également plus marginale dans ce groupe, reflétant un statut différent et une implication plus opportuniste qu'institutionnalisée dans les entretiens.



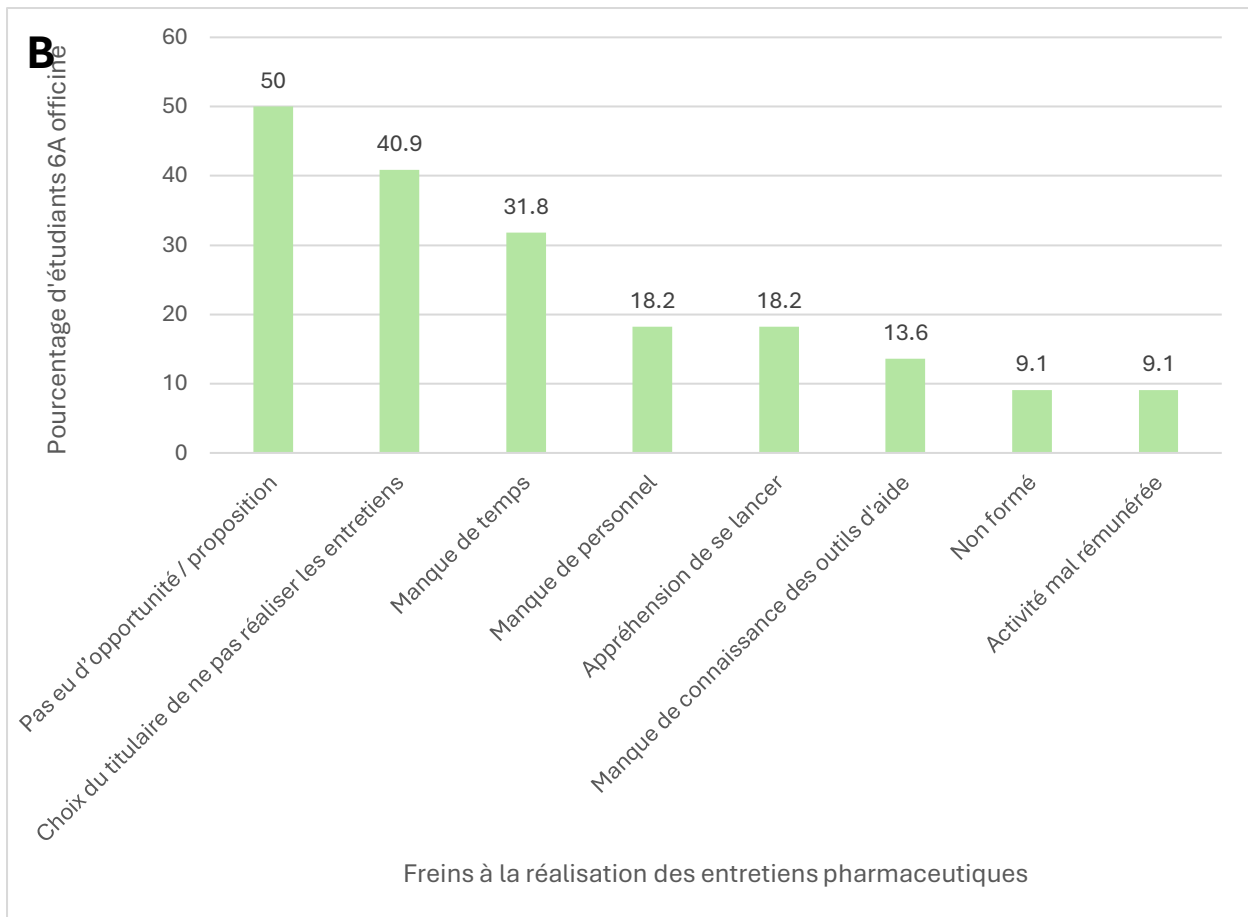


Figure 24. Obstacles à la réalisation des entretiens pharmaceutiques pour (A) les pharmaciens d'officine et (B) les étudiants en 6A officine.

Enfin, pour les préparateurs en pharmacie, les principaux freins évoqués sont le manque d'opportunité et de formation (45%), ainsi que le manque de temps et de personnel (33,3%). Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les préparateurs ne sont pas autorisés à réaliser des entretiens, mais observent néanmoins que la pratique par les pharmaciens est chronophage.

Pour conclure, ces résultats mettent en évidence que la réalisation des entretiens pharmaceutiques en dehors du milieu hospitalier demeure largement conditionnée par des barrières structurelles et organisationnelles plutôt que par un manque d'intérêt des professionnels eux-mêmes. La forte influence du titulaire souligne l'importance du pilotage interne dans l'intégration de cette activité. De même, l'absence de formation et le manque de connaissance des outils traduisent la nécessité d'une meilleure structuration du dispositif, accompagnée d'un renforcement de l'offre de formation et de

ressources pratiques. L'ensemble de ces éléments suggère que pour favoriser le déploiement de ces entretiens, il est indispensable d'agir sur l'organisation interne des officines.

Communication avec les autres professionnels de santé sur la réalisation des entretiens pharmaceutiques.

Parce qu'ils ne peuvent se développer sans être connus et compris, les entretiens pharmaceutiques nécessitent une communication efficace, véritable moteur de leur réalisation. Dans cette perspective, l'analyse des réponses à la question « *Avez-vous informé d'autres professionnels(les) de santé de la mise en œuvre de ces entretiens pharmaceutiques dans votre officine / votre service ?* » permet d'apprécier concrètement le niveau d'investissement des répondants dans cette dynamique de communication.

Les résultats montrent que seule la moitié des répondants déclarent communiquer sur la réalisation des entretiens pharmaceutiques (50,9 %), ce qui traduit une communication encore insuffisante autour des entretiens pharmaceutiques, malgré leur intérêt reconnu dans la coordination des soins. La moitié des professionnels réalisant des entretiens pharmaceutiques reste à mobiliser pour renforcer la visibilité et la collaboration interprofessionnelle autour de ces dispositifs.

Afin d'examiner l'éventuel impact territorial sur les pratiques, nous avons analysé l'influence de la localisation, au sein de la MEL ou hors MEL, sur les comportements de communication relatifs aux entretiens pharmaceutiques. La figure 25 présente les pourcentages de professionnels déclarant communiquer aux autres acteurs de santé que la pharmacie ou le service où ils exercent propose les entretiens pharmaceutiques, en distinguant les répondants situés dans la MEL et hors MEL. On observe que les pharmaciens hospitaliers, quel que soit leur lieu d'exercice, communiquent systématiquement à ce sujet (100%). Chez les internes en pharmacie, la tendance est également élevée, avec un taux de communication légèrement supérieur hors MEL (66,7%) qu'au sein de la MEL (53,8 %). Les étudiants en 6^e année officine montrent des comportements contrastés : 50 % de ceux exerçant dans la MEL communiquent, contre aucun hors MEL. Pour les préparateurs en pharmacie, seuls 33,3 % travaillant dans la MEL déclarent communiquer sur les entretiens pharmaceutiques. Enfin, chez les

pharmaciens d'officine, la communication reste minoritaire et légèrement moins répandue hors MEL (20 %) qu'au sein de la MEL (27,3 %).

Globalement, la communication sur la mise en œuvre des entretiens pharmaceutiques est donc nettement plus élevée dans les milieux hospitaliers que dans les structures d'officine, quel que soit le territoire. Si l'hôpital se distingue par une communication systématique et homogène, l'officine présente un enjeu majeur d'harmonisation et de structuration de la communication, indépendamment du territoire. Le caractère plus variable des pratiques en ville suggère un besoin d'accompagnement, de visibilité et de coordination renforcée pour favoriser la transmission d'informations autour des entretiens pharmaceutiques et améliorer la dynamique interprofessionnelle.

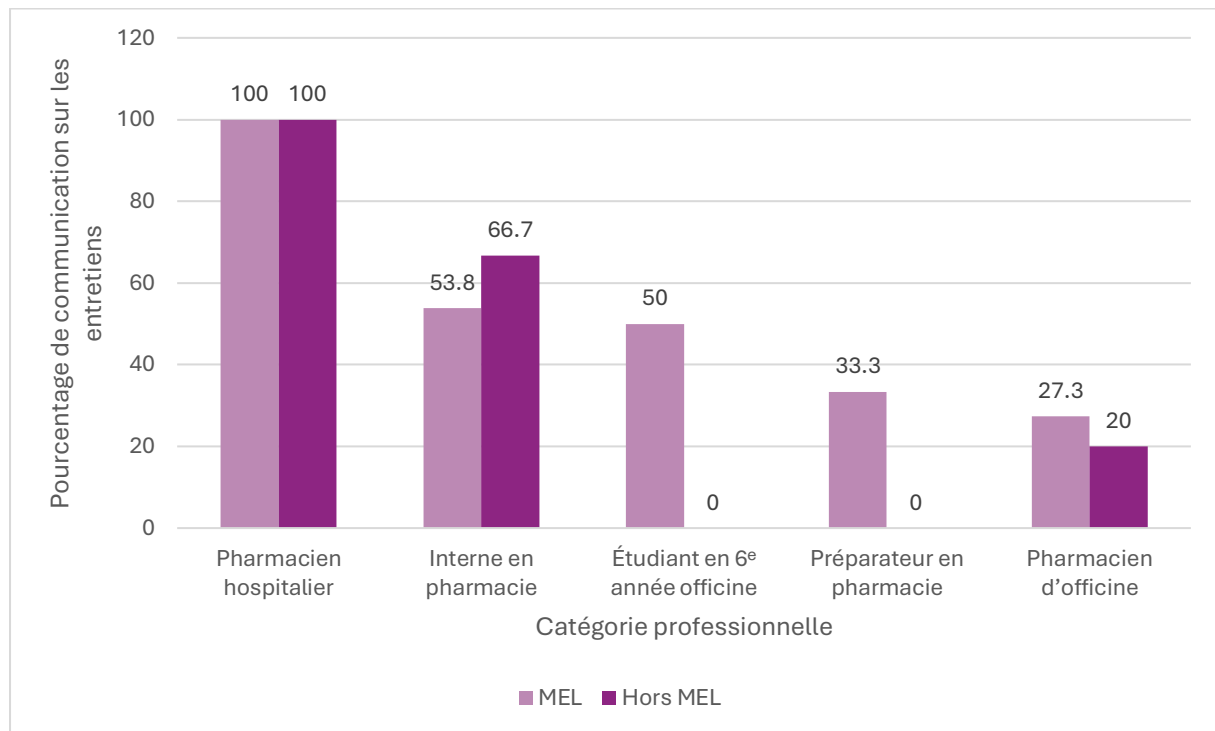


Figure 25. Pourcentage de répondants communiquant sur les entretiens pharmaceutiques avec d'autres professionnels de santé, en fonction de la catégorie professionnelle et de la localisation MEL vs Hors MEL.

Enfin, afin d'examiner si l'appartenance à une CPTS favorise la diffusion d'informations autour des entretiens pharmaceutiques, nous avons comparé les taux de communication déclarés selon que les répondants appartiennent ou non à une CPTS. La figure 26 met en évidence une différence notable de communication autour des entretiens pharmaceutiques selon l'appartenance à une CPTS. Parmi les professionnels

intégrés à une CPTS ayant répondu à la question, c'est-à-dire 11 pharmaciens d'officine, 2 préparateurs en pharmacie, 1 étudiant en 6^{ème} année et 1 interne en pharmacie, seulement 26,7% déclarent communiquer sur la réalisation des entretiens. Ce taux est nettement plus élevé chez les répondants n'appartenant pas à une CPTS, avec 58,3% de communication déclarée.

Contrairement à ce que l'on pourrait attendre, l'appartenance à une CPTS, structure pourtant conçue pour renforcer la coordination interprofessionnelle, ne s'accompagne pas d'une communication plus fréquente autour des entretiens pharmaceutiques. Au contraire, les professionnels extérieurs aux CPTS communiquent presque deux fois plus, ce qui suggère que l'intégration à ces structures ne garantit pas, en pratique, un renforcement des échanges sur ce dispositif spécifique.

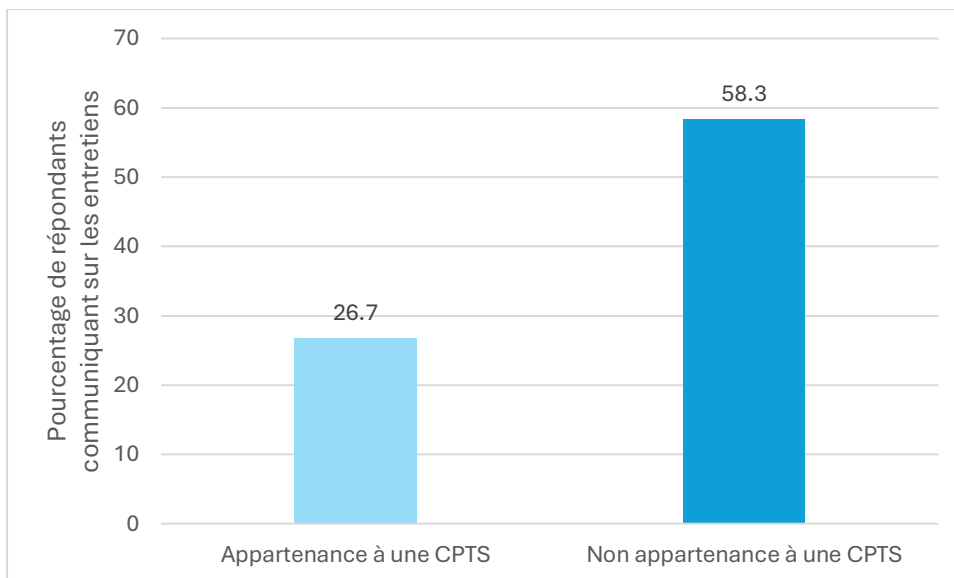


Figure 26. Pourcentage de répondants (pharmaciens, étudiants 6A officine et interne en pharmacie) communiquant sur les entretiens pharmaceutiques avec d'autres professionnels de santé, en fonction de l'appartenance à une CPTS.

c. Connaissance, participation aux programmes de prise en charge interdisciplinaire et souhait d'implication.

Connaissance des programmes de prise en charge interdisciplinaire.

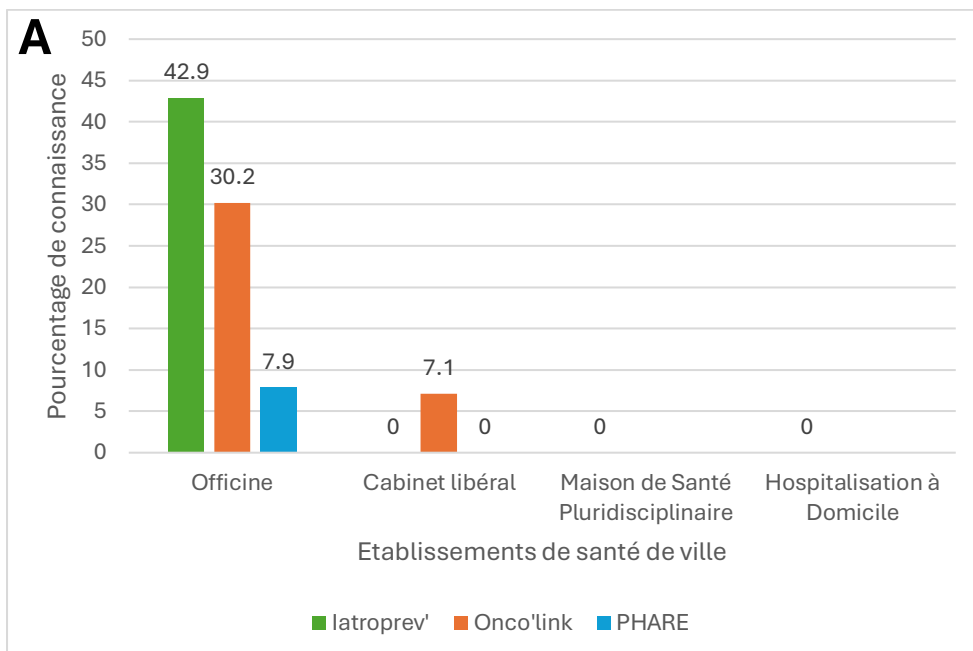
La figure 27A met en évidence une connaissance très inégale des dispositifs d'accompagnement du patient atteint de cancer selon le type d'établissement de santé. En ville, les trois programmes (Iatroprev, Onco'link et PHARE) ne sont connus presque que dans les officines, avec des taux respectifs de 42,9%, 30,2% et 7,9%. Seul Iatroprev est connu pour 7,1% des répondants en cabinet libéral, et aucun de ceux exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle ou en hospitalisation à domicile ne connaît ces dispositifs.

Ainsi, la connaissance de ces programmes est quasi exclusivement officinale, ce qui illustre une appropriation plus forte de ces outils de suivi des traitements anticancéreux par les personnels travaillant en officine. Parmi ces programmes, Iatroprev est le plus connu, suivi d'Onco'link, tandis que PHARE reste très peu identifié, potentiellement du fait de son caractère exclusivement hospitalier. Cette hiérarchie pourrait refléter également une différence de diffusion entre ces dispositifs.

Ces résultats soulignent le rôle central du pharmacien d'officine dans la connaissance et la mise en œuvre des programmes d'accompagnement des patients sous anticancéreux oraux. L'absence de connaissance de ces dispositifs dans les autres structures de soins ambulatoires traduit un manque de communication interprofessionnelle et une faible visibilité des programmes en dehors du réseau officinal.

La figure 27B met en évidence, quant à elle, une connaissance variable des trois dispositifs d'accompagnement (Iatroprev, Onco'link et PHARE) selon le type d'établissement hospitalier. Les établissements hospitaliers privés à but non lucratif (tel que le Centre Oscar Lambret à Lille) présentent les taux les plus élevés, avec 70% pour Iatroprev, 80 % pour Onco'link et 40% pour PHARE. Dans les établissements hospitaliers publics, la connaissance est également importante pour Iatroprev (65,7%) et Onco'link (62,9%), mais plus limitée pour PHARE (17,1%). En revanche, dans les établissements hospitaliers privés, les pourcentages sont plus faibles : 50% pour Iatroprev, 25% pour

Onco'link et aucune connaissance rapportée pour PHARE. La connaissance globale des dispositifs est donc meilleure dans les structures à but non lucratif et publiques que dans les établissements privés. Ces résultats traduisent une meilleure implantation des dispositifs d'accompagnement du patient cancéreux dans les secteurs hospitaliers public et privé à but non lucratif, probablement liée à leur intégration dans les réseaux de cancérologie régionaux et les programmes institutionnels de santé. À l'inverse, la faible connaissance observée dans le secteur privé peut s'expliquer par une moindre participation à ces réseaux ou un accès limité à la formation interprofessionnelle. Le renforcement des partenariats entre établissements publics et privés apparaît essentiel pour homogénéiser la connaissance et l'utilisation de ces dispositifs sur l'ensemble du territoire.



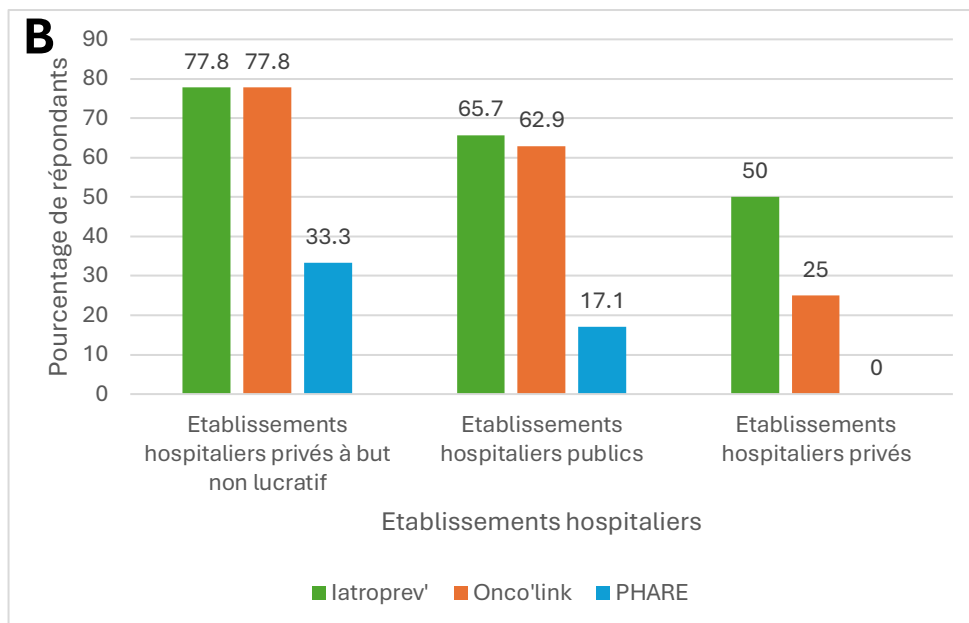


Figure 27. Pourcentage de connaissance des programmes de prise en charge en fonction de l'établissement de santé (A) de ville et (B) hospitalier.

Après avoir étudié les pourcentages de connaissances dans les différents établissements, l'analyse se porte sur la connaissance des différents professionnels de santé pour chaque programme.

Tout d'abord, la figure 28 met en évidence une forte hétérogénéité de connaissance du programme Onco'link selon les catégories professionnelles. Les pharmaciens hospitaliers présentent le taux de connaissance global le plus élevé (87,5%), et aussi bien en MEL (75%) qu'hors MEL (100%). Les internes en pharmacie affichent également un niveau élevé (70%), suivi des médecins et internes en oncologie (66,7%) (n=3). Chez les étudiants en 6^{ème} année officine, près de la moitié connaît le programme (48%), tandis que les pharmaciens d'officine restent nettement moins informés (23,3%). Enfin, la connaissance demeure marginale parmi les médecins généralistes (11,1%), les IDE (8,3%) et les préparateurs en pharmacie (0%).

Les professionnels exerçant en milieu hospitalier ou spécialisés en oncologie affichent systématiquement des taux de connaissance très supérieurs à ceux exerçant en ville, même s'il est nécessaire de noter leur faible effectif. L'écart est particulièrement marqué entre pharmaciens hospitaliers (87,5%) et pharmaciens d'officine (23,3%). Concernant l'impact de la localisation, les résultats suggèrent que la connaissance du programme est souvent plus élevée hors MEL (internes en pharmacie, étudiants en officine,

pharmaciens hospitaliers), traduisant peut-être une meilleure structuration locale ou une communication plus active autour d'Onco'link dans ces zones.

Ces résultats montrent que la connaissance du programme Onco'link reste principalement concentrée chez les professionnels intervenant directement dans la prise en charge hospitalière du cancer, alors qu'elle demeure limitée en officine et dans les autres professions de ville. Cette disparité pourrait compromettre la fluidité du parcours patient et souligne la nécessité de renforcer la diffusion d'information auprès des acteurs libéraux. L'analyse de la connaissance des autres programmes permettra de déterminer si cette tendance se confirme dans l'ensemble des dispositifs de prise en charge interdisciplinaire existants.

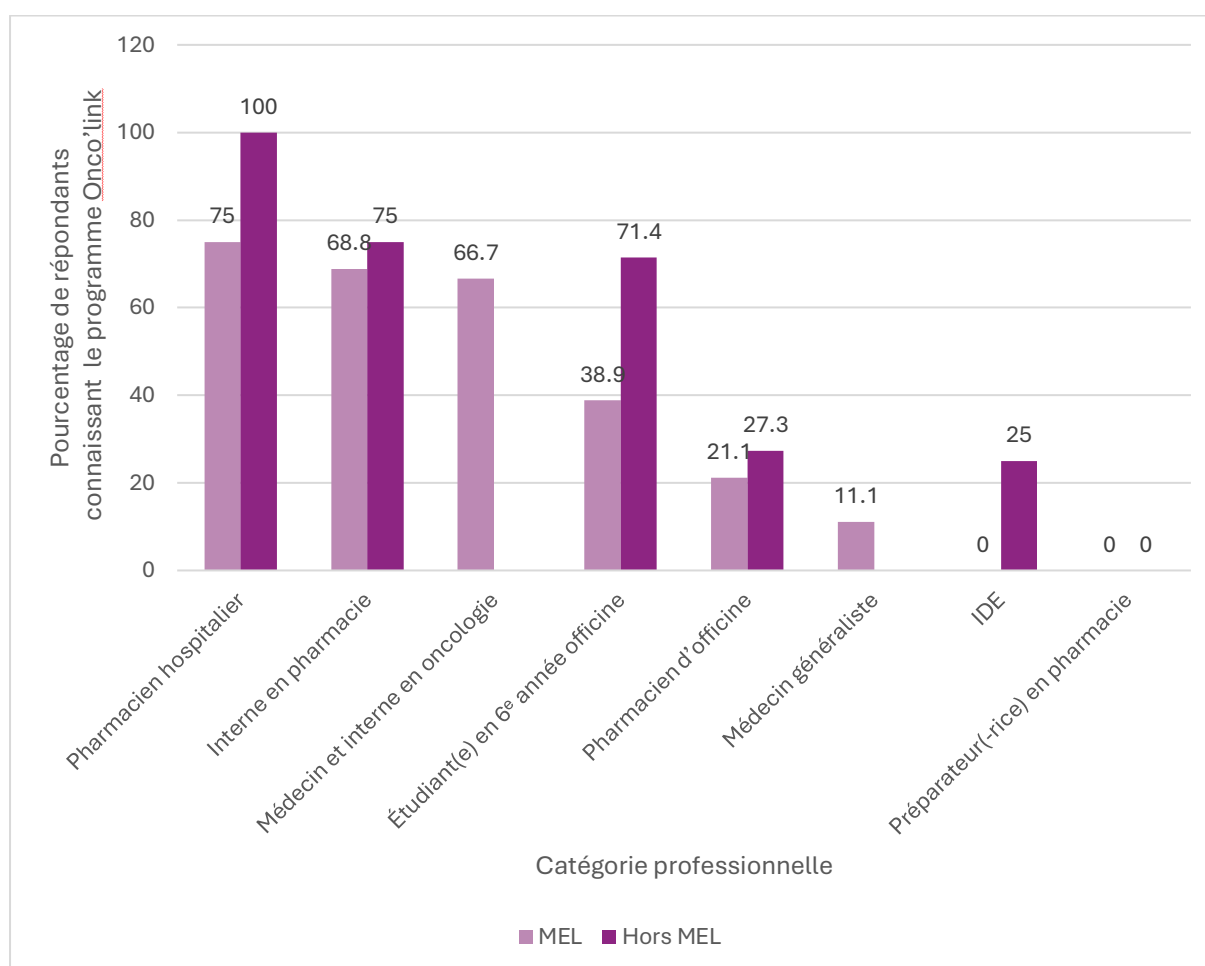


Figure 28. Pourcentage de connaissance du programme Onco'link en fonction de la catégorie professionnelle, et de la localisation MEL vs Hors MEL.

La figure 29 met en évidence de fortes variations de connaissance du programme latroprev' selon les catégories professionnelles. Les internes en pharmacie apparaissent

comme les plus informés, avec une excellente connaissance hors MEL (100%) et très élevée en MEL (87,5%). Les pharmaciens hospitaliers suivent de près avec 75% de connaissance en dehors de la MEL, et 100% en zone MEL. Les étudiants en 6e année officine présentent également un niveau de connaissance notable de 50% dans la MEL et 71,4% hors MEL. Les pharmaciens d'officine affichent des résultats plus modestes, avec 40% de connaissance globale. Enfin, la connaissance du programme reste marginale chez les préparateurs en pharmacie (12,5% en MEL), et totalement absente chez les IDE, les médecins généralistes, les médecins oncologues et les internes en médecine.

Les données montrent une opposition nette entre les professionnels hospitaliers ou en formation avancée (internes, étudiants), qui présentent des niveaux élevés de connaissance, et les professionnels de ville, dont la connaissance est nettement plus faible. On observe par ailleurs que, pour plusieurs catégories, la connaissance est plus élevée hors MEL (internes, étudiants, préparateurs), suggérant que certains territoires hors métropole lilloise sont davantage exposés au programme ou à ses relais d'information. Le contraste est particulièrement marqué entre les internes en pharmacie (90% de connaissance globale) et les pharmaciens d'officine (40% de connaissance globale), révélant une connaissance inégale du dispositif selon le lieu d'exercice.

Ces résultats illustrent une connaissance encore principalement hospitalo-centrée du programme *latroprev'*, avec une faible appropriation en officine malgré le rôle des pharmaciens de ville dans l'accès à ce programme. Cette tendance rejoint les constats effectués pour le programme *Onco'link*, soulignant un déficit d'information au sein des acteurs de ville.

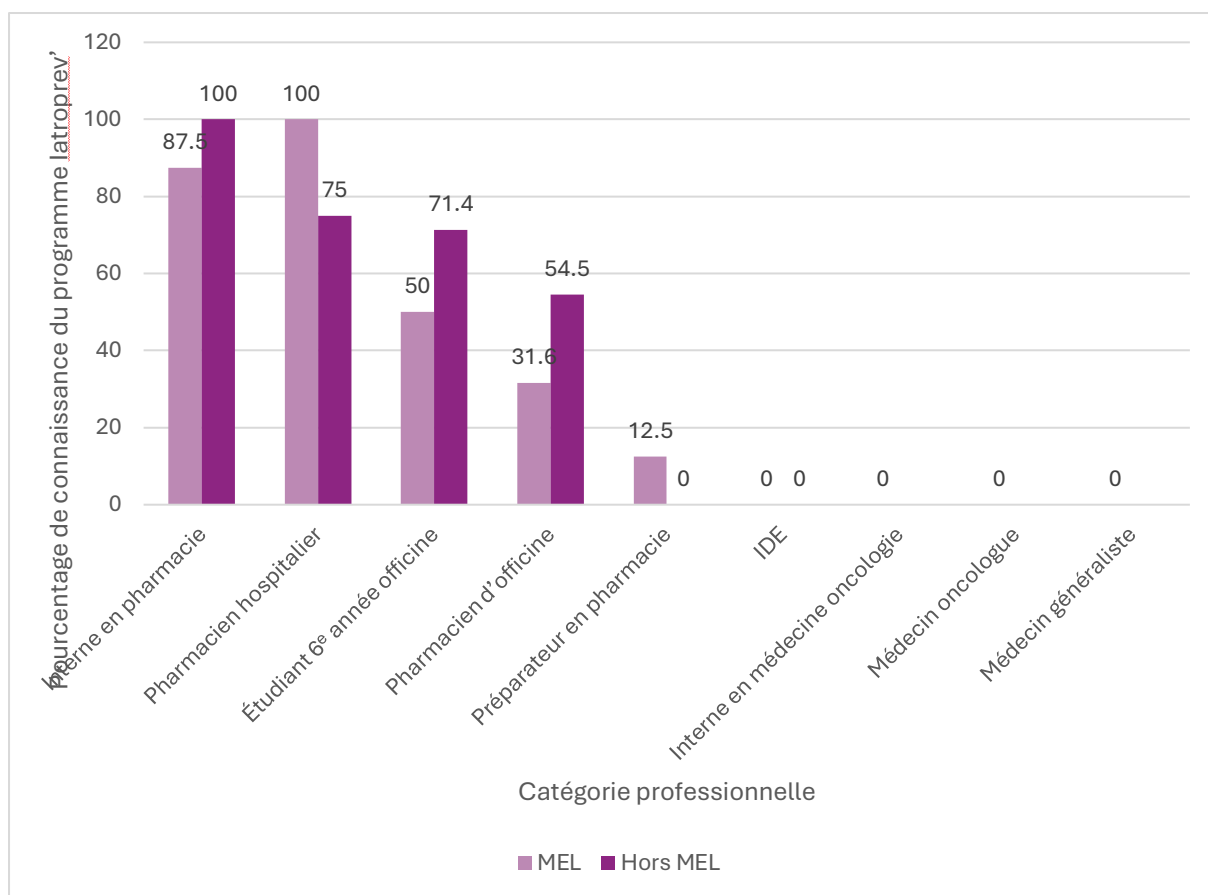


Figure 29. Pourcentage de connaissance du programme latroprev' en fonction de la catégorie professionnelle, et de la localisation MEL vs Hors MEL.

Enfin, la figure 30 révèle un niveau de connaissance globalement faible du programme PHARE, avec de fortes disparités selon les catégories professionnelles. Les médecins et internes en oncologie atteignent un taux total de connaissance de 33,3%, constituant un des groupes les mieux informés, mais n'inclut que 3 répondants, ce qui ne peut donc être représentatif. Les internes en pharmacie présentent un niveau modéré de connaissance, indépendamment de leur localisation dans ou en dehors de la MEL (25%). Les pharmaciens hospitaliers déclarent exclusivement 50% de connaissance en MEL (aucune connaissance hors MEL n'est rapportée). Les étudiants en 6e année officine affichent une connaissance limitée (16,7% en MEL), et les préparateurs en pharmacie un niveau comparable (12,5% en MEL). Enfin, les pharmaciens d'officine présentent une connaissance très faible (5,3% en MEL), tandis que les IDE et les médecins généralistes ne rapportent aucune connaissance du programme.

La connaissance du programme PHARE est donc nettement plus faible que celle d'latroprev' ou d'Onco'link, même parmi les catégories les mieux informées sur les 2

autres programmes. Les niveaux de connaissance chutent fortement chez les internes en pharmacie et les pharmaciens hospitaliers, en deçà des taux observés pour les autres programmes. La situation est encore plus marquée en ville : les pharmaciens d'officine, les préparateurs, les étudiants officinaux et l'ensemble des autres professions libérales présentent des taux de connaissance extrêmement faibles. Concernant l'effet du territoire, la connaissance est quasi exclusivement localisée en MEL dans certaines catégories (pharmaciens hospitaliers, pharmaciens d'officine), tandis qu'elle est plus équilibrée pour les internes en pharmacie.

Ces résultats indiquent une méconnaissance du programme PHARE parmi les dispositifs de prise en charge interprofessionnelle étudiés. La concentration de la connaissance chez les acteurs hospitaliers et en oncologie, couplée à une quasi-absence d'information en officine et en ville peut néanmoins s'expliquer par le fait que le programme PHARE est un programme impliquant des professionnels de santé strictement hospitaliers, uniquement au Centre Oscar Lambret.

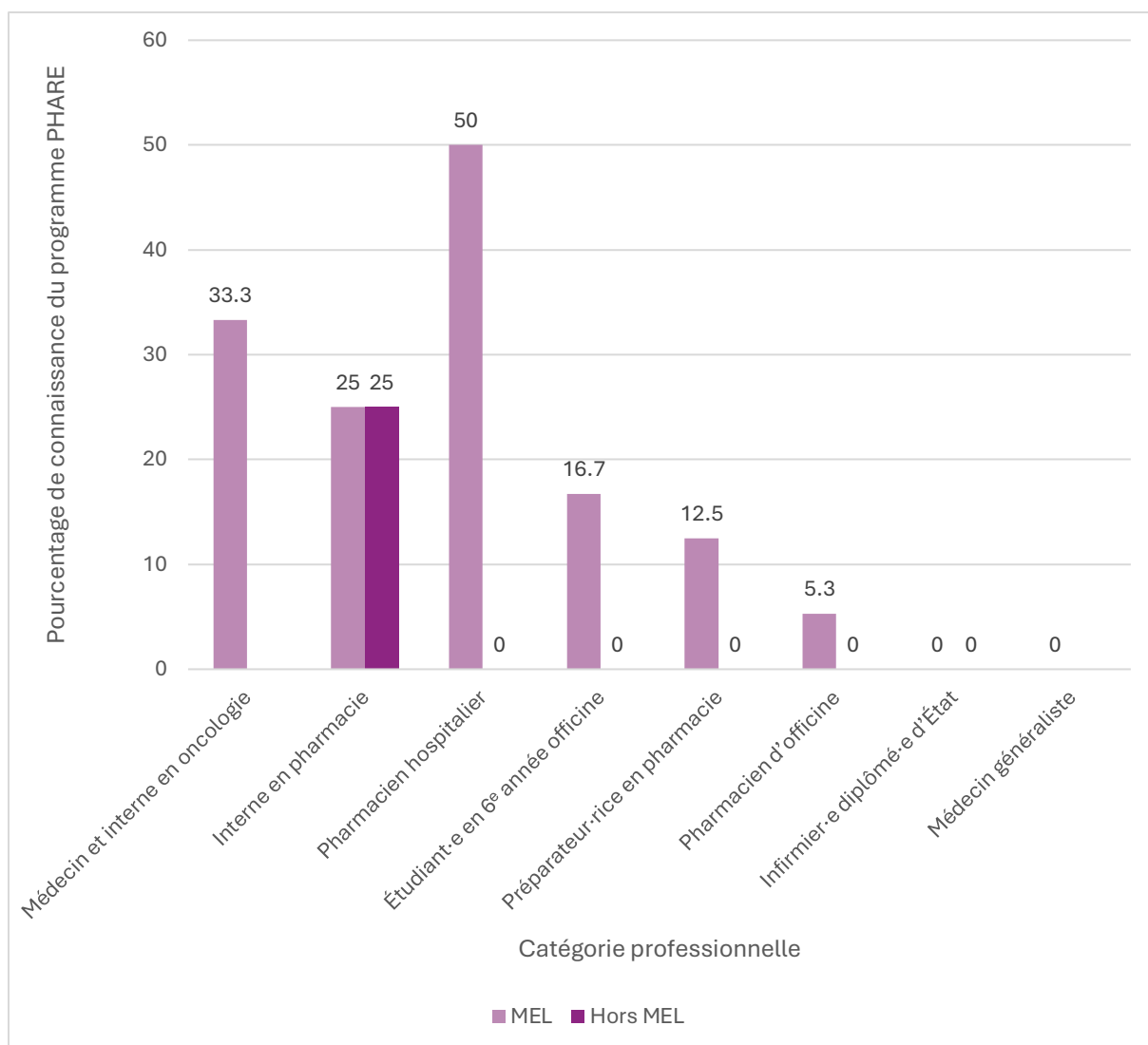


Figure 30. Pourcentage de connaissance du programme PHARE en fonction de la catégorie professionnelle, et de la localisation MEL vs Hors MEL.

Chez les professionnels appartenant à une CPTS, les taux de connaissance sont relativement modestes : 34,2% pour Iatoprev', 28,9% pour Onco'link et 5,3% pour PHARE.

À l'inverse, les professionnels non affiliés à une CPTS déclarent des niveaux de connaissance plus élevés : 50% pour Iatoprev', 42,3% pour Onco'link et 14,1% pour PHARE (Figure 31). Ainsi, quel que soit le programme considéré, les professionnels hors CPTS présentent systématiquement une meilleure connaissance. Cette observation est contre-intuitive : on pourrait s'attendre à ce que les CPTS, structures conçues pour encourager la coordination, facilitent l'accès à l'information sur ces dispositifs de coordination en oncologie, ce qui ne semble pas être le cas ici.

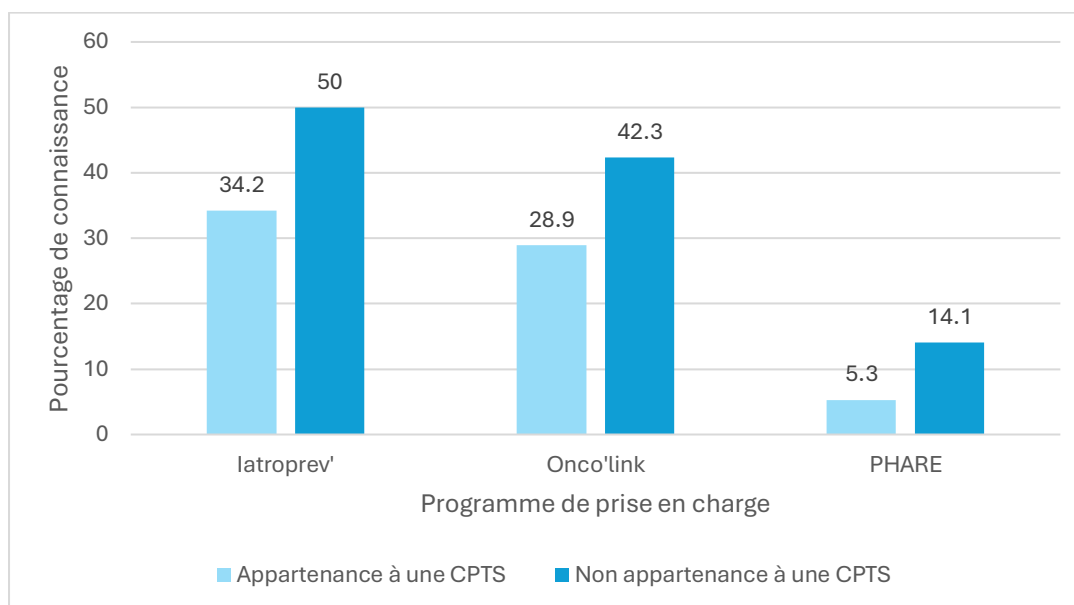


Figure 31. Pourcentage de connaissance des différents programmes de prise en charge interprofessionnelle en fonction de l'appartenance à une CPTS.

Afin de mieux comprendre les modalités d'accès à l'information concernant ces dispositifs, les répondants connaissant au moins un programme ont été interrogés sur la manière dont ils en avaient entendu parler. La figure suivante met en évidence les principaux canaux de diffusion de ces informations. Les résultats montrent que deux voies d'information dominent très largement : les échanges avec d'autres professionnels déjà impliqués (49,5%), et la présentation des programmes au cours des études (37,9%). Ces données soulignent l'importance du bouche-à-oreille professionnel, entre collègues ou lors de congrès, et de la formation initiale dans la diffusion des dispositifs interprofessionnels. En comparaison, la recherche personnelle n'est citée que par 11,6% des répondants, suggérant que l'appropriation spontanée des informations reste marginale. A noter qu'un des répondants a répondu connaître un de ces programmes car il indiquait avoir été impliqué dans sa création.

On observe donc un contraste net entre les modes d'information « passifs » (transmis par des pairs ou enseignés) et l'engagement personnel, qui apparaît beaucoup plus faible. Cela confirme que la connaissance des programmes dépend majoritairement d'une transmission orchestrée plutôt que d'une démarche individuelle. Ces résultats renforcent l'idée que la diffusion des programmes interprofessionnels repose sur la structuration des réseaux professionnels et sur leur intégration dans les parcours de

formation, laissant entrevoir de possibles axes d'amélioration pour rendre l'information plus accessible et homogène (Figure 32).

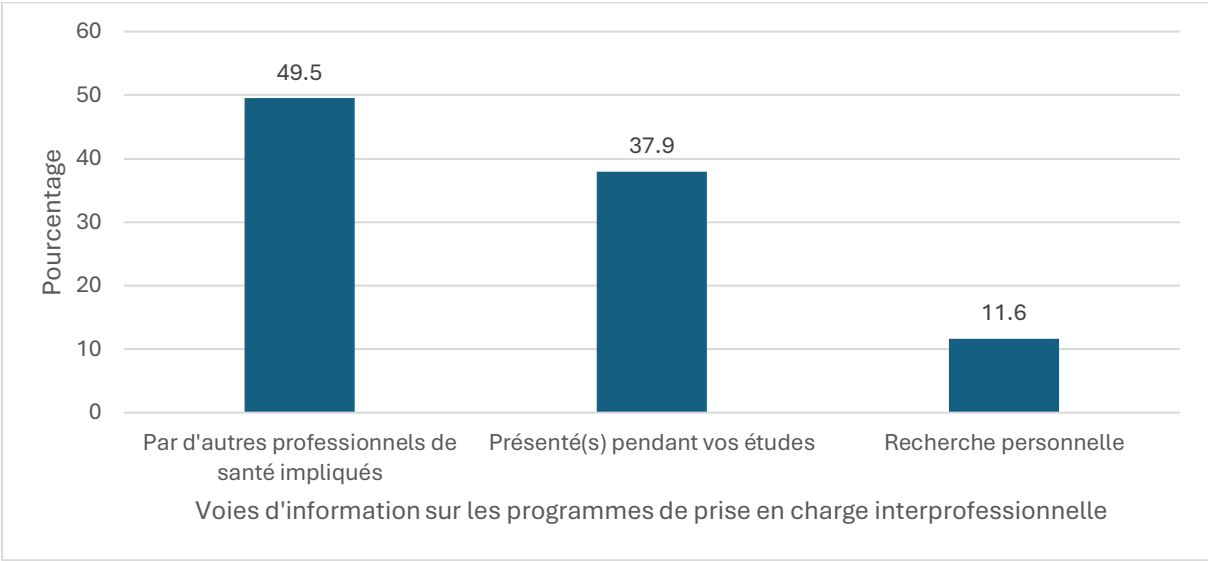


Figure 32. Pourcentage des différentes voies d'information sur les programmes de prise en charge interprofessionnelle.

Participation effective aux programmes de prise en charge interdisciplinaire.

Après avoir évalué la connaissance des différents programmes de prise en charge interdisciplinaire, nous avons examiné dans quelle mesure les professionnels y participent réellement. Cette analyse permet de mesurer l'écart éventuel entre connaissance et mise en pratique et d'évaluer si d'autres facteurs (organisationnels, territoriaux, professionnels) interviennent dans l'adoption des dispositifs interdisciplinaires. Seuls 14 des répondants au questionnaire ont participé à au moins un programme, ce qui ne me permet pas de faire une analyse poussée des résultats obtenus. Néanmoins, on peut observer que le programme Onco'link est celui regroupant le plus de participants (7), et que ce sont les pharmaciens officinaux travaillant en dehors de la MEL qui semblent avoir été le plus impliqués dans les 3 programmes considérés (7) (*Tableau 1*).

Tableau 1. Tableau récapitulatif de la participation aux programmes de prise en charge interdisciplinaire (Onco'link, latroprev' et PHARE) en fonction de la catégorie professionnelle et de la localisation géographique MEL vs Hors MEL. NC : Non Concerné. Les valeurs sont exprimées en nombre absolu.

Programme Onco'link			
Catégorie professionnelle	MEL	Hors MEL	TOTAL
Pharmacien d'officine	0	3	3
Pharmacien hospitalier	1	0	1
Etudiant 6A officine	1	0	1
Interne en pharmacie	1	0	1
Préparateur en pharmacie	0	0	0
Médecin généraliste	0	NC	0
Oncologue et interne en oncologie	1	NC	1
Infirmier Diplômé d'Etat	0	0	0
TOTAL	4	3	7
Programme latroprev'			
Pharmacien d'officine	0	4	4
Pharmacien hospitalier	1	0	1
Etudiant 6A officine	0	0	0
Interne en pharmacie	1	0	1
Préparateur en pharmacie	0	0	0
Médecin généraliste	0	NC	0
Oncologue et interne en oncologie	0	NC	0
Infirmier Diplômé d'Etat	0	0	0
TOTAL	2	4	6
PHARE			
Pharmacien d'officine	0	0	0
Pharmacien hospitalier	1	0	1
Etudiant 6A officine	1	0	1
Interne en pharmacie	2	0	2
Préparateur en pharmacie	0	0	0
Médecin généraliste	0	NC	0
Oncologue et interne en oncologie	0	NC	0
Infirmier Diplômé d'Etat	0	0	0
TOTAL	4	0	4

Freins et souhait d'implication dans les programmes de prise en charge interdisciplinaire.

Nous avons examiné les raisons évoquées à la non-implication dans les programmes, ainsi que le potentiel d'engagement futur. Ainsi, seuls les professionnels de santé n'ayant pas encore participé à ces dispositifs ont été interrogés.

Premièrement, la figure 33 montre que la très grande majorité des 58 professionnels de santé connaissant les programmes mais n'y participant pas déclarent ne jamais avoir eu l'opportunité ou la proposition de s'y impliquer (84,7%). Les autres motifs sont beaucoup moins fréquemment cités : le manque de temps (8,5%), le manque de personnel (5,1%) et, plus marginalement, l'absence de patients à inclure (1,7%). Ces résultats indiquent clairement que l'obstacle principal n'est pas un refus ou un manque de motivation, mais plutôt une absence d'accès concret au dispositif.

L'écart de pourcentage entre la première raison et les autres est particulièrement frappant : la proportion de répondants déclarant ne pas avoir eu d'opportunité est au moins dix fois supérieure aux autres motifs. Chez les officinaux, cela peut s'expliquer vis-à-vis du programme PHARE, strictement hospitalier : ils ne peuvent donc pas y prendre part. Contrairement aux freins observés pour les entretiens pharmaceutiques (où le manque de temps et de personnel figurait parmi les principaux motifs), ces aspects organisationnels jouent ici un rôle très secondaire.

Ainsi, pour ces programmes interprofessionnels, la barrière principale semble être structurelle, liée à l'organisation des programmes, ou au manque d'interactions entre professionnels, plutôt qu'à des contraintes internes de travail.

Ces résultats suggèrent que le déficit d'implication dans les programmes de prise en charge interdisciplinaire ne provient pas d'un désintérêt ou d'un manque de volonté des professionnels, mais plutôt d'un manque de sollicitation et d'intégration dans les parcours proposés. Au-delà de ces dispositifs « pilotes », cela met en lumière un enjeu important pour le déploiement effectif de programmes interdisciplinaire de ce type : la stratégie de diffusion des informations et des modalités d'intégration au sein des réseaux de soins, afin de permettre aux professionnels déjà informés de jouer pleinement leur rôle dans ces dispositifs.

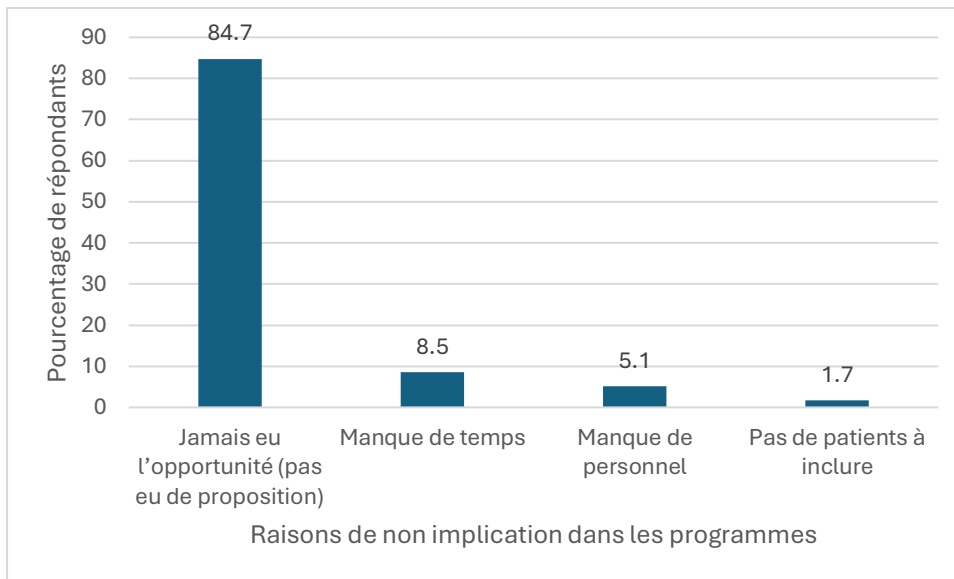


Figure 33. Pourcentage des raisons de non-implication dans les différents programmes de prise en charge interprofessionnelle, malgré connaissance d'au moins un programme.

Enfin nous avons évalué si cette absence de participation s'accompagne d'une motivation latente à rejoindre ces programmes. La figure 34 montre un niveau globalement très élevé de souhait d'implication dans les programmes de prise en charge interprofessionnelle, toutes catégories professionnelles confondues. Plusieurs groupes atteignent même 100%, avec les médecins et internes en oncologie, les pharmaciens hospitaliers ainsi que les préparateurs en pharmacie. Les pharmaciens d'officine présentent également une forte motivation (87,5%), suivis des internes en pharmacie (75,5%) et des étudiants de 6^e année officine (75%). En revanche, aucun médecin généraliste ni IDE n'émet le souhait d'y être impliqué.

Si toutes les catégories apparaissent fortement intéressées, quelques différences sont observables. Les professions déjà fortement intégrées dans la prise en charge hospitalière du cancer (médecins oncologues, pharmaciens hospitaliers) présentent logiquement les pourcentages les plus élevés, sans aucune réserve exprimée. Les professions davantage réparties en milieu ambulatoire (pharmaciens d'officine, étudiants officinaux) affichent un enthousiasme également important mais légèrement inférieur. Cette répartition témoigne d'une dynamique commune : malgré des niveaux de connaissance et de participation parfois faibles, voire nuls, dans les volets précédents, le potentiel d'engagement futur est massif.

Ces résultats suggèrent que les professionnels expriment une réelle volonté de s'investir, ce qui constitue un levier majeur pour renforcer les parcours de soins en cancérologie. Cela ouvre la voie à des actions de structuration, de formation et d'accompagnement facilitant la mise en œuvre effective de ces dispositifs, en capitalisant sur cette motivation largement partagée. L'enjeu est donc de lever les freins d'accès afin de permettre aux professionnels de s'engager dans ces démarches.

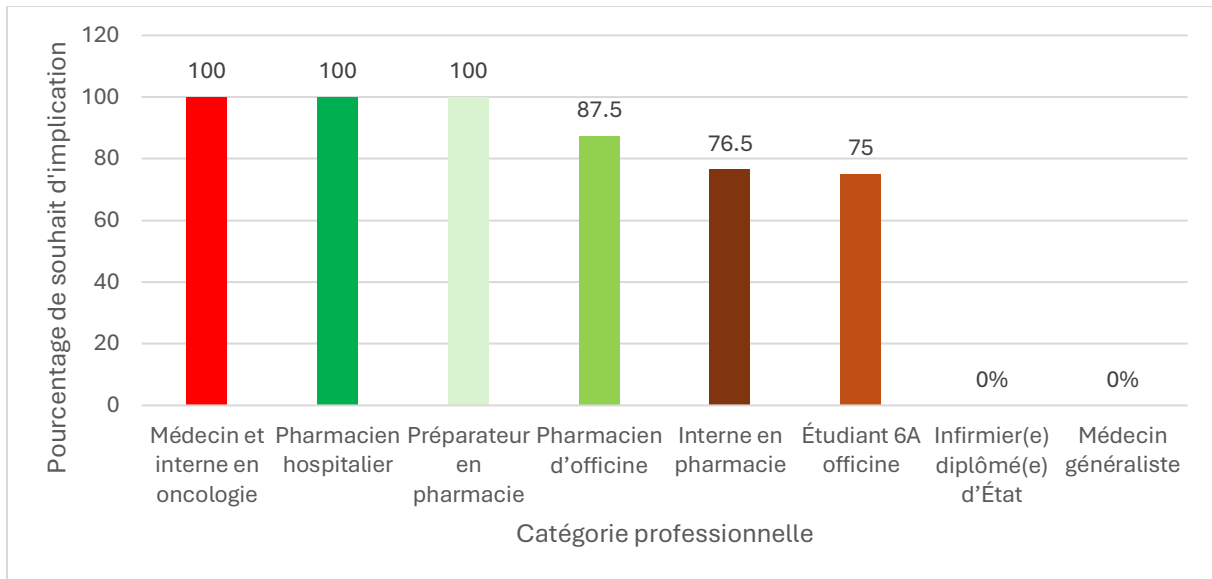


Figure 34. Pourcentage du souhait d'implication dans les programmes de prise en charge interprofessionnelle en fonction de la catégorie professionnelle.

IV. Discussion

Les résultats mettent en évidence une dissociation nette entre la connaissance des entretiens pharmaceutiques et leur mise en œuvre effective, particulièrement en officine. Si les pharmaciens, les internes et les étudiants en pharmacie présentent une bonne connaissance du dispositif, celle-ci ne se traduit pas systématiquement par une pratique régulière en ville, soulignant un décalage entre les pratiques officinale et hospitalière. À l'inverse, les autres professionnels de santé, notamment les médecins généralistes et les infirmiers, apparaissent peu informés de l'existence et du contenu de ces entretiens, ce qui limite leur intégration dans une logique réellement interprofessionnelle.

Les freins identifiés à la réalisation des entretiens pharmaceutiques en ville relèvent majoritairement de contraintes structurelles comme le manque de temps, le manque de personnel, liés au choix du titulaire de ne pas les mettre en place, mais aussi le manque d'opportunités et de formation pratique, davantage que d'un désintérêt pour la mission. De plus, les données recueillies renforcent l'idée qu'une meilleure intégration des étudiants en 6^{ème} année dans les missions cliniques, notamment via une sensibilisation des maîtres de stage par exemple, pourrait favoriser leur participation et contribuer à installer, dès la formation initiale, une culture de l'entretien pharmaceutique.

La communication entre professionnels de santé autour des entretiens pharmaceutiques en oncologie demeure également insuffisante, y compris au sein de dispositifs pourtant dédiés à la coordination, tels que les CPTS, dont l'impact apparaît limité.

Ces constats suggèrent que les entretiens pharmaceutiques restent encore perçus comme une mission isolée pour le pharmacien d'officine, insuffisamment intégrée dans le parcours global du patient, a contrario de l'entretien réalisé par le pharmacien hospitalier, alors même qu'ils pourraient constituer un levier central de sécurisation des traitements anticancéreux oraux en ville.

Concernant les programmes de prise en charge interdisciplinaire, l'étude met en lumière une connaissance globalement suboptimale et très hétérogène, en particulier chez les professionnels exerçant en ville. Malgré l'existence de dispositifs structurés localement, tels que PHARE, Onco'Link ou Iatroprev', leur connaissance reste limitée, traduisant un

manque d'accessibilité aux parcours et une communication potentiellement insuffisante autour de ces programmes.

La participation effective demeure marginale, mais contraste fortement avec le souhait d'implication exprimé par une majorité de répondants, notamment chez les pharmaciens d'officine et les étudiants, révélant un potentiel d'engagement encore largement sous-exploité. Le décalage entre intérêt et participation effective souligne que les freins à l'implication ne sont pas principalement liés à un rejet du modèle interdisciplinaire, mais plutôt à des obstacles informationnels, et d'inclusion dans ces programmes. La future généralisation du programme Onco'Link et son déploiement national pourraient permettre de structurer plus efficacement la coordination ville-hôpital et de favoriser une implication plus large et homogène des professionnels de santé, en particulier des pharmaciens d'officine, désireux de s'impliquer dans l'accompagnement des patients traités par anticancéreux oraux.

Ces résultats soulignent que la mise en œuvre de programmes interprofessionnels visant à contribuer à améliorer la continuité des soins, la sécurisation des traitements et l'adhésion thérapeutique des patients atteints de cancer, implique d'implémenter des stratégies de communication/diffusion efficaces pour toucher largement les professionnels de santé impliqués dans le parcours patient.

Ainsi, l'ensemble des résultats met en lumière une connaissance suboptimale des entretiens pharmaceutiques et des programmes d'accompagnement, un engagement inégalement réparti entre ville et hôpital, et la persistance de freins organisationnels importants en officine. La coordination interprofessionnelle, bien que théoriquement encouragée par les dispositifs institutionnels, reste insuffisamment développée en pratique, limitant la continuité du suivi médicamenteux entre la ville, l'hôpital et le domicile du patient. Cette situation met toutefois en évidence une réelle attente des professionnels, dans la volonté de décloisonner les pratiques, et de mieux intégrer les entretiens pharmaceutiques et programmes de prise en charge interprofessionnelle dans le parcours de soins. Cette analyse s'inscrit dans la continuité des orientations observées à l'international, notamment au Québec ou au Royaume-Uni, où l'intégration du pharmacien comme acteur pivot de la prise en charge oncologique interdisciplinaire a

permis d'améliorer significativement la fluidité du parcours patient et la coordination des soins.

1. Forces et limites de l'étude

Cette enquête présente plusieurs forces. Elle a permis de recueillir un échantillon diversifié de professionnels de santé, reflétant la pluridisciplinarité de la prise en charge en oncologie. Le fait d'avoir ciblé exclusivement le Nord de la France constitue autant un atout qu'une faiblesse. Un atout car ce département est un territoire pilote pour plusieurs programmes (Onco'link, PHARE, Iatroprev'), ce qui permet d'obtenir une vision pertinente de leur diffusion locale, que ce soit proche des hôpitaux porteurs de programmes interdisciplinaires (MEL), mais également plus éloignés (Hors MEL). Une faiblesse car cela a limité le nombre de réponses au questionnaire : en l'élargissant au Nord-Pas-de-Calais, cela aurait sûrement permis d'obtenir une plus grosse cohorte. Néanmoins, 137 répondants ont participé à mon étude, dont 116 questionnaires complets retenus pour l'analyse. Cette base assure une puissance descriptive correcte pour dégager des tendances interprofessionnelles et comparer officine/hôpital, tout en restant prudents pour les sous-groupes aux effectifs faibles.

D'autres limites doivent être soulignées. Le questionnaire a été diffusé principalement via des réseaux pharmaceutiques, entraînant un biais de sélection en faveur des pharmaciens. Les autres professionnels de santé sont donc sous-représentés, ce qui peut limiter la portée des résultats et restreindre certaines comparaisons, notamment entre différentes catégories professionnelles. Par exemple, l'analyse des réponses des internes et médecins oncologues est toujours biaisée par leur faible effectif, le questionnaire n'ayant réussi qu'à toucher 3 personnes appartenant à cette catégorie professionnelle.

Enfin, l'auto-déclaration des pratiques peut induire un biais de désirabilité sociale, certains répondants pouvant surestimer leur implication réelle.

2. Comparaison avec la littérature

Les résultats de cette étude rejoignent les difficultés qui s'observent dans l'application de l'avenant n° 21 à la convention nationale pharmaceutique, qui a pourtant

consacré la mise en place d'entretiens pharmaceutiques spécifiques pour les patients traités par anticancéreux oraux, en définissant trois types d'entretiens (initial, effets indésirables, observance) et en prévoyant une valorisation financière (60). Pour favoriser le développement de ces nouvelles missions, une fiche mémo sur les entretiens pharmaceutiques a été réalisée par la Société Française de Pharmacie Clinique en 2019 (61). De manière plus spécifique, l'Ordre a également publié un article récapitulant les conditions d'intégration et les étapes de l'entretien pharmaceutique sur les anticancéreux oraux, et l'USPO, entre autres, a créé un guide à destination des pharmaciens d'officine, afin de les accompagner dans la mise en œuvre de ces entretiens, confirmant ainsi l'existence d'outils pratiques mais encore à la fois peu diffusés et exploités (62,63).

De plus, des recommandations comme celles du Conseil national professionnel de Pharmacie d'Officine et Pharmacie Hospitalière (CPOPH) sur le parcours pharmaceutique en oncologie, ou le référentiel de l'AFSOS sur l'accompagnement des patients atteints de cancer par l'équipe officinale, insistent également sur la nécessité de développer des protocoles structurés, et de donner plus de place aux activités de pharmacie clinique, en intégrant les entretiens pharmaceutiques en ville, comme à l'hôpital, et en élargissant ces missions à toute l'équipe pharmaceutique (64,65). En effet, dans les recommandations du CPOPH, certaines activités peuvent également être confiées aux préparateurs en pharmacie, afin d'assister le pharmacien dans ses missions de pharmacie clinique, sous condition d'une formation spécifique garantissant un niveau de connaissance et de rigueur adapté. Ainsi, le pharmacien pourrait déléguer au préparateur en pharmacie certaines tâches relevant de la pharmacie clinique, comme la collecte de données dans les dossiers et auprès du patient, le soutien à la rédaction des procédures et le repérage de patients en difficulté avec leur traitement (observance, effets indésirables...). Malgré la multiplication de ces cadres de référence, la mise en œuvre effective en ville reste limitée, confirmant un décalage entre recommandations et pratiques. Cette généralisation de la pratique en ville pourrait avoir un impact considérable sur la qualité de vie du patient, lui garantissant une prise en charge complète et optimale, afin d'améliorer son adhésion et son observance au traitement anticancéreux, et de mieux repérer et gérer les effets indésirables de son traitement,

instaurant un véritable lien de confiance avec le pharmacien pendant son parcours de soin.

À l'hôpital, plusieurs études françaises confirment une meilleure connaissance et mise en place des entretiens, en lien avec l'existence d'équipes pluridisciplinaires et de réseaux spécialisés. Par exemple, Lattard *et al.* (2023) ont montré que les interventions de pharmacie clinique en oncologie, incluant les entretiens pharmaceutiques, permettaient de réduire les événements indésirables liés aux traitements anticancéreux injectables et d'améliorer la qualité de vie des patients, tout en générant un bénéfice économique pour le système de santé (66). Une autre étude menée par H. Fiji (2022), met en évidence que l'amélioration, par le pharmacien, des soins de support destinés à la prise en charge des effets indésirables, notamment les nausées et vomissements, la neuropathie périphérique et la douleur, pourrait contribuer à une amélioration de la qualité de vie des patients ambulatoires traités par chimiothérapie. L'intervention des pharmaciens, en collaboration étroite avec les médecins, apparaît bénéfique pour préserver et améliorer la qualité de vie ainsi qu'optimiser la gestion des effets indésirables tout au long du traitement anticancéreux (67). De même, Giraud *et al.* (2025), ont démontré que les programmes multidisciplinaires d'évaluation des risques, notamment la consultation pharmaceutique pré-thérapeutique de thérapies antitumorales injectables et orales, réduisait significativement les problèmes liés aux interactions médicamenteuses et engendrait des économies substantielles (68). Ces observations s'inscrivent dans les recommandations de la Société Française de Pharmacie Oncologique (SFPO), qui a publié dès 2017 des guides pratiques définissant les modalités des consultations pharmaceutiques sur les thérapies anticancéreuses orales (69). Plus récemment, un papier de position de la SFPO rappelle le rôle pivot du pharmacien dans la sécurisation des parcours, et plaide pour la valorisation du rôle de pharmacien spécialisé en oncologie qui dispose de compétences étendues et spécifiques, faisant d'eux des acteurs incontournables de l'équipe interdisciplinaire en cancérologie. Leurs apports ont été largement décrits dans la littérature, mettant en évidence un rôle central dans l'optimisation des résultats cliniques et des parcours de soins des patients. Cet article met en exergue plusieurs dimensions majeures de la

pratique pharmaceutique en oncologie et souligne l'impact significatif des pharmaciens sur la qualité des soins délivrés (70).

Au-delà du cadre réglementaire, plusieurs dispositifs expérimentaux nationaux et régionaux illustrent la volonté d'intégrer le pharmacien dans le parcours oncologique. Le programme PHARE a notamment montré son intérêt dans l'amélioration de l'observance et la détection précoce des effets indésirables. De même, les initiatives Onco'Link et latroprev' témoignent de la pertinence d'un suivi coordonné entre ville et hôpital. Notre enquête montre que ces dispositifs restent trop peu connus des professionnels de santé, notamment en ville, ce qui renforce l'idée que la communication et la formation sont des leviers majeurs pour leur déploiement.

Les constats de notre étude trouvent également écho dans un rapport régional qui dresse un état des lieux sur la conciliation médicamenteuse et le bilan de médication des patients atteints de cancer (71). Ce rapport observe que le déploiement de ces activités reste toutefois hétérogène selon les établissements, et largement hospitalo-centrée, avec une diffusion limitée en ville en raison d'un manque de connaissance des pratiques et d'une faible lisibilité des parcours de soins, malgré une adhésion unanime à ces activités. Il pointe des freins organisationnels (temps requis, manque d'outils, cloisonnement informationnel). L'absence d'harmonisation nationale, les difficultés de communication et d'accès à l'information constituent des freins majeurs, expliquant que certains parcours en cancérologie restent insuffisamment couverts par ces dispositifs. Ces résultats confirment que les conclusions et obstacles identifiés dans notre enquête ne sont pas isolés, mais bien structurels et partagés à l'échelle régionale et nationale.

À l'étranger, les données confirment également l'hétérogénéité de la pratique. Une enquête canadienne de 2014 a montré que seulement 13,6% des pharmaciens officinaux (appelés « communautaires ») se déclaraient suffisamment formés pour accompagner les patients sous thérapie orale anticancéreuse, et moins de 10% se sentaient à l'aise pour assurer l'éducation thérapeutique de ces patients (72). Faisant suite à cette enquête, une étude nipponne de 2017 a voulu faire la comparaison avec la pratique des pharmaciens d'officine au Japon, et arrive à ces conclusions : seulement 54% se sentaient à l'aise pour dispenser des agents anticancéreux par voie orale et seulement 40% se sentaient à l'aise pour informer les patients sur la chimiothérapie orale (73). Ces

résultats, bien que meilleurs que ceux de l'étude canadienne, démontre un besoin similaire de formation et d'enseignement supplémentaires en chimiothérapie orale.

En Belgique, une revue systématique récente conduite par Fares *et al.* en 2025 a montré que les interventions pharmaceutiques en officine amélioraient l'adhésion et la compréhension des traitements des patients atteints de diverses pathologies chroniques, dont le cancer (74). Les interventions variaient entre l'éducation et le conseil, la révision des médicaments, la gestion de la thérapie, le suivi, la vaccination et le dépistage des maladies. Pour les patients atteints de cancer, l'utilisation de technologie de santé numérique par le pharmacien a contribué de manière significative à la gestion de la douleur. Toutefois, les auteurs soulignent que la littérature reste limitée par l'hétérogénéité des méthodologies et l'absence d'essais randomisés de grande ampleur, ce qui ne permet pas encore de confirmer de façon robuste l'impact de ces interventions à large échelle.

Au Québec, la Direction générale de cancérologie (DGC) du ministère de la Santé et des Services sociaux a publié en 2016 un rapport complet visant à définir le rôle du pharmacien en oncologie au sein des établissements de santé. Ce document, élaboré par le Comité de l'évolution de la pratique des soins pharmaceutiques (CEPSP), constitue une référence nationale pour l'organisation des soins pharmaceutiques en cancérologie (75). L'objectif principal est de déterminer les responsabilités du pharmacien et les effectifs requis pour garantir des soins pharmaceutiques sécuritaires, accessibles, continus et de qualité, tout en assurant une intégration optimale dans les équipes interprofessionnelles de cancérologie. Le modèle québécois repose donc sur une collaboration interdisciplinaire forte entre le pharmacien hospitalier spécialisé en oncologie, l'oncologue, l'infirmière pivot, le médecin généraliste et le pharmacien d'officine. Le pharmacien hospitalier est décrit comme un acteur pivot du parcours thérapeutique : il évalue, ajuste et sécurise les traitements anticancéreux tout en soutenant le patient dans son adhésion et la gestion des effets indésirables. Cette approche valorise la continuité du suivi entre l'hôpital et la ville, notamment grâce à la rédaction d'un plan de transfert transmis par le pharmacien en oncologie au pharmacien d'officine, garantissant une transmission fluide de l'information.

Aussi, nous pouvons remarquer que cela s'inscrit dans une dynamique comparable à celle observée dans d'autres pays anglophones (Canada anglais, Australie, Royaume-

Uni, États-Unis), où la pharmacie oncologique est reconnue comme une spécialité clinique à part entière. En effet, la certification américaine BCOP (Board Certified Oncology Pharmacist), mentionnée dans le rapport de la DGC, est d'ailleurs une référence internationale pour la reconnaissance des compétences du pharmacien, et met l'accent sur la sécurité, la traçabilité, l'éducation du patient et la collaboration interprofessionnelle dans le continuum de soins (76).

Enfin, au niveau européen, le Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU) souligne le rôle central du pharmacien dans le cadre du Plan européen Cancer. Un rapport publié en 2020 met en avant l'exemple français d'un service structuré d'accompagnement pharmaceutique en oncologie de ville, comprenant des entretiens programmés pour évaluer l'adhésion, dépister les effets indésirables et améliorer la coordination interprofessionnelle (77). Ce constat rejoint les perspectives actuelles en France, où plusieurs sociétés savantes (SFPO, SFO) et instances professionnelles insistent sur la nécessité de renforcer la formation initiale et continue des pharmaciens, mais aussi de pérenniser les financements alloués aux programmes d'accompagnement.

3. Perspectives d'amélioration

Les résultats de ce travail mettent en lumière plusieurs axes d'amélioration. En premier lieu, il apparaît nécessaire de renforcer la formation continue des pharmaciens et autres professionnels de santé, sur l'intérêt et les modalités pratiques des entretiens pharmaceutiques en oncologie. Globalement, la formation initiale des étudiants et internes en pharmacie semble assurer une meilleure connaissance des entretiens, ce qui est encourageant, mais pourrait être améliorée pour les programmes de prise en charge interdisciplinaire. Une sensibilisation précoce, dès les études médicales et pharmaceutiques, permettrait de diffuser une culture commune. Pour les professionnels de santé diplômés depuis plus longtemps, des offres privées de formation continue existent pour les entretiens pharmaceutiques à l'officine. De plus, au sein de la faculté de Pharmacie de Lille, un EPU « entretiens pharmaceutiques pour la dispensation des anticancéreux oraux » est proposé pour les officinaux.

En second lieu, il est indispensable de continuer à valoriser l'activité par une rémunération adaptée et une reconnaissance institutionnelle, afin d'encourager sa mise en œuvre en pratique quotidienne, particulièrement en officine où les contraintes organisationnelles sont fortes. En effet, ces activités de pharmacie clinique et d'entretiens à l'officine prennent du temps et du personnel, qui ne sont pas facilement mobilisables à l'officine, ou au détriment des autres activités nécessaires à la gestion financière de la pharmacie.

La communication interprofessionnelle doit également être développée. L'appartenance à des réseaux comme les CPTS pourrait théoriquement constituer un levier fort de collaboration, en favorisant les échanges d'informations entre professionnels de santé, mais le questionnaire semble démontrer un fonctionnement sous-optimal de ces structures. Reste également à développer le lien ville-hôpital, qui semble compliqué à mettre en place. Il semblerait plus efficace de généraliser l'utilisation des canaux de communication dédiés à la prise en charge d'un patient, dès lors qu'il rentre dans le parcours de soin, et qui seraient communs à tous les soignants le prenant en charge. Nous pourrions ainsi nous inspirer des modèles étrangers, comme au Québec, en permettant aux professionnels de santé de ville d'avoir un accès facilité et immédiat au DCC et au PPS du patient, et en leur donnant la possibilité de le rédiger avec les professionnels de santé prenant en charge le patient à l'hôpital. Cela permettrait de faciliter les échanges, et d'établir dès le début de la prise en charge, un lien direct entre hôpital et ville, mais le manque de temps et/ou de personnel pourraient freiner de telles initiatives.

Enfin, la diffusion et le déploiement des programmes de prise en charge interprofessionnelles à l'instar de PHARE, Onco'link et latroprev' doivent être amplifiés, comme avec la future généralisation du programme Onco'link. En effet, au-delà de critères d'inclusion sélectifs, des campagnes d'information ciblées, notamment pour les professionnels de santé exerçant en ville, pourraient permettre d'accroître leur visibilité et leur impact. À plus long terme, cette meilleure intégration des entretiens pharmaceutiques et des programmes interprofessionnels dans le parcours du patient atteint de cancer pourrait contribuer à améliorer l'adhésion thérapeutique, la qualité de vie et la sécurité des traitements.

Globalement, toutes ces perspectives d'amélioration s'inscrivent en cohérence avec la stratégie décennale de lutte contre les cancers. En effet, l'axe « S'assurer que les progrès bénéficient à tous » prévoit de développer les compétences des professionnels de santé et de favoriser la diffusion d'actions innovantes dans tous les territoires, visant ainsi à réduire les inégalités d'accès à l'innovation de prise en charge du patient atteint de cancer, et à garantir que les progrès en cancérologie soient effectivement accessibles à tous, y compris en ville.

Conclusion

La prise en charge du patient atteint de cancer s'inscrit aujourd'hui dans un contexte profondément marqué par la complexification des thérapeutiques et la nécessité d'une approche interprofessionnelle coordonnée. L'essor des traitements oraux, en particulier, a modifié le rôle des professionnels de santé et placé le pharmacien au cœur d'enjeux nouveaux comme le suivi thérapeutique, l'éducation du patient, la prévention des interactions médicamenteuses et la détection précoce des effets indésirables.

La littérature française, européenne et internationale met en évidence la pertinence des interventions pharmaceutiques dans ce domaine, tant à l'hôpital qu'en ville. Les bénéfices démontrés concernent aussi bien l'adhésion thérapeutique et la qualité de vie des patients que la réduction des événements indésirables. La mise en place d'entretiens pharmaceutiques, ainsi que les programmes PHARE, Onco'link ou Iatroprev', associés aux recommandations de sociétés savantes comme la SFPO ou l'AFSOS, montrent qu'il existe déjà un cadre structuré et des outils opérationnels pour intégrer pleinement le pharmacien dans le parcours de soins oncologique. Pourtant, leur diffusion reste limitée en pratique quotidienne, notamment en officine.

L'enquête menée dans le cadre de ce travail confirme ce constat : si les professionnels de santé interrogés reconnaissent la valeur ajoutée du pharmacien, les entretiens pharmaceutiques sont encore trop peu réalisés à l'officine, et les dispositifs existants largement méconnus. Le principal frein identifié n'est pas tant l'absence de cadre ou de financement, que le manque de temps et les contraintes organisationnelles qui pèsent sur les pratiques de terrain. À cela s'ajoute une insuffisante communication entre ville et hôpital, qui freine l'instauration d'un continuum de prise en charge.

Ces observations soulignent la nécessité de renforcer l'intégration du pharmacien dans l'équipe interprofessionnelle de cancérologie. La formation et la communication apparaissent prioritaires : développer la formation initiale et continue des différents professionnels de santé au contact des patients atteints de cancer dans cette prise en charge, favoriser des organisations plus flexibles permettant de dégager le temps nécessaire à la réalisation des entretiens pharmaceutiques en officine comme à

l'hôpital, améliorer la communication et les outils de coordination entre professionnels de ville et hospitaliers, pour assurer la continuité et la sécurité du parcours patient.

En conclusion, cette thèse met en lumière l'écart persistant entre les recommandations institutionnelles et la réalité de la pratique pharmaceutique en cancérologie. Des dispositifs et outils existent, mais sont insuffisamment utilisés ou connus. Elle confirme que le pharmacien dispose des compétences et des outils nécessaires pour jouer un rôle central dans l'accompagnement du patient atteint de cancer, mais que son implication doit encore être soutenue et structurée. L'avenir de la pharmacie oncologique en France, à l'hôpital comme à la ville, repose sur la reconnaissance de cette place spécifique, indispensable pour améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité du parcours de soins.

Bibliographie

1. Des essais cliniques sur les tumeurs solides recrutent des volontaires - Essais cliniques MSD [Internet]. MSD. [cité 24 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.msclinicaltrials.com/oncologie/tumeurs-solides/?lang=fr>
2. Alliance Canadienne pour la Recherche sur le Cancer. Comprendre le cancer : qu'est-ce que le cancer et quels sont les types de cancers? nov 2019; Disponible sur: <https://www.ccra-acrc.ca/wp-content/uploads/2021/09/Understanding-Cancer-What-is-Cancer-and-Types-of-Cancer-FR.pdf>
3. Épidémiologie des cancers - Les chiffres du cancer en France [Internet]. [cité 11 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>
4. Lapôtre-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 [Internet]. Bull Épidémiol Hebd.; 2023. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023_12-13_1.html
- 5.: Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E,, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Synthèse [Internet]. Saint-Maurice : Santé publique France; 2019. Disponible sur: <https://lesdonnees.e-cancer.fr/>
6. Panorama des cancers_2023. Institut National du Cancer; 2023.
7. Aulagner G, Cazin JL, LEMARE F, LIMAT S. "Pharmacie Clinique Pratique en Oncologie". 2^e éd. Elsevier Masson; 2020.
8. Commentaire-6. L'immunoediting des cancers — Site des ressources d'ACCES pour enseigner les Sciences de la Vie et de la Terre [Internet]. [cité 24 juin 2025]. Disponible sur: <https://acces.ens-lyon.fr/acces/thematiques/evolution/dossiers-thematiques/immunotherapie-cellulaire/commentaire-6-l2019immunoediting-des-cancers>
9. Dunn GP, Old LJ, Schreiber RD. The immunobiology of cancer immunosurveillance and immunoediting. Immunity. août 2004;21(2):137-48.
10. ARCAGY-GINECO DBP. Infocancer. 2024 [cité 11 oct 2024]. La dénomination des tumeurs. Disponible sur: <https://www.arcagy.org/infocancer/en-savoir-plus/le-cancer/la-nomenclature-des-tumeurs.html/>

11. Réduire les risques de cancer - Comprendre, prévenir, dépister [Internet]. [cité 11 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer>
12. Les agents cancérigènes selon le CIRC [Internet]. CNRS Prévention du risque chimique. [cité 11 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.prc.cnrs.fr/outils/les-agents-cancerogenes-selon-le-circ/>
13. Infections et risques de cancer • Cancer Environnement [Internet]. Cancer Environnement. [cité 11 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/fiches/expositions-environnementales/infections-et-cancer/>
14. La vaccination pour mieux se protéger | Ligue contre le cancer [Internet]. [cité 18 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net/nos-missions/xla-vaccination-et-le-cancer/la-vaccination-pour-mieux-se-protger>
15. Radioactivité et effets sur la santé • Cancer Environnement [Internet]. Cancer Environnement. [cité 11 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/fiches/expositions-environnementales/radioactivite-rayonnements-ionisants/>
16. Les prédispositions génétiques - Oncogénétique et plateformes de génétique moléculaire [Internet]. [cité 11 oct 2024]. 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>
17. Chirurgie en cancérologie - Traitement contre le cancer | Centre Léon Bérard Lyon [Internet]. [cité 30 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.centreleonberard.fr/patient-proche/parcours-de-soins/traitements-contre-le-cancer/chirurgie>
18. La radiothérapie - curiethérapie | Oscar Lambret [Internet]. [cité 30 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.centreoscarlambret.fr/radiotherapie-curietherapie>
19. *Anticancéreux : Les points essentiels [Internet]. [cité 30 sept 2025]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/anticancereux-les-points-essentiels>
20. Barrière J. Les-anticorps-conjugues-a-des-medicaments [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://sfc.asso.fr/wp-content/uploads/2024/10/3-Les-anticorps-conjugues-a-des-medicaments-Conflit-lie-au-codage-Unicode-1.pdf>
21. INCa. Développement des anticancéreux oraux - Projections à court, moyen et long termes, Collection Etats des lieux et des connaissances. 2016.
22. Les Plans cancer - Stratégie de lutte contre les cancers en France [Internet]. [cité 11 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer>

23. Cancer IND. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 [Internet]. [cité 24 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.cancer.fr/l-institut-national-du-cancer/la-strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-france/strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030>
24. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2012-2030 - Feuille de route 2021-2025. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_-_strategie_decennale_de_lutte_contre_les_cancers.pdf
25. Institut national du cancer. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, 3e rapport au président de la République. [Internet]. 2024. Disponible sur: https://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2024/04/INCa_RapportPresident-strategie-decennale_02-2024.pdf
26. RESOMEDIT [Internet]. 2024 [cité 11 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.omedit-auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/resomedit>
27. Missions des DSRC et labellisation - Dispositifs spécifiques régionaux du cancer [Internet]. [cité 28 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Dispositifs-specifiques-regionaux-du-cancer/Missions-des-DSRC-et-labellisation>
28. Les dispositifs spécifiques régionaux du cancer (DSRC) - L'organisation de l'offre de soins [Internet]. [cité 28 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Dispositifs-specifiques-regionaux-du-cancer>
29. Coordonnées des dispositifs spécifiques régionaux du cancer - Dispositifs spécifiques régionaux du cancer [Internet]. [cité 28 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Dispositifs-specifiques-regionaux-du-cancer/Coordonnees-des-DSRC>
30. La prévention des cancers | Ligue contre le cancer [Internet]. [cité 18 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net/articles/la-prevention-des-cancers>
31. Parcours de soins personnalisé du patient : les outils - Parcours de soins des patients [Internet]. [cité 12 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Les-outils#toc-le-programme-personnalis-de-soins>
32. Institut national du cancer. La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie. Collection Recommandations et référentiels. [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.cancer.fr/Media/files/la-rcp-en-cancerologie_actualisation-dec.-2023

33. Le dossier communicant de cancérologie - Parcours de soins des patients [Internet]. [cité 12 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Le-dossier-communicant-de-cancerologie>
34. Que sont les soins de support ? - AFSOS [Internet]. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support. [cité 30 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.afsos.org/les-soins-de-support/mieux-vivre-cancer/>
35. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - 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 [Internet]. [cité 17 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=41950>
36. Les soins de support tout au long du parcours de soins - Parcours de soins des patients [Internet]. [cité 17 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Soins-de-support-dans-le-parcours-de-soins>
37. Institut national du cancer. Soins oncologiques de support des patients adultes atteints de cancer / Référentiel organisationnel national / avis d'experts. [Internet]. 2021. Disponible sur: https://ressources-aura.fr/wp-content/uploads/2021/11/RefOrg_PatientsCancers_WEB.pdf
38. ONCO Hauts de France [Internet]. [cité 17 oct 2024]. Soins Oncologiques de Support. Disponible sur: <https://www.onco-hdf.fr/soins-oncologiques-de-support/>
39. Présentation du Comité du Nord | Ligue contre le cancer [Internet]. [cité 17 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net/59-nord/actualites/presentation-du-comite-du-nord>
40. Au delà du cancer [Internet]. [cité 17 oct 2024]. Au delà du cancer. Disponible sur: <https://associationaudeladucancer.com/>
41. CAMI Sport & Cancer [Internet]. [cité 17 oct 2024]. Disponible sur: <https://sportetcancer.com>
42. Espace Ressources Cancers Lille Métropole Sud [Internet]. erc-hauts-de-france. [cité 17 oct 2024]. Disponible sur: <https://erc-hauts-de-france.ars.sante.fr/erc/espace-ressources-cancers-lille-metropole-sud/>
43. ONCO Hauts de France [Internet]. [cité 17 oct 2024]. Association Les Blouses Roses, comité Grand Lille. Disponible sur: <https://www.onco-hdf.fr/structure/association-les-blouses-roses-comite-grand-lille/>
44. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018.

45. Décret n° 2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie. 2019-835 août 12, 2019.
46. Elsan [Internet]. 2024 [cité 9 déc 2025]. Infirmière : qu'est-ce que la pratique avancée en oncologie ? Disponible sur: <https://www.elsan.care/fr/hopital-prive-nancy-lorraine/nos-actualites/infirmiere-quest-ce-que-la-pratique-avancee-en>
47. Article 38 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 29 oct 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879490
48. 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.
49. CNOP [Internet]. [cité 24 juin 2025]. Pharmacien correspondant : le dispositif entre en application. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/pharmacien-correspondant-le-dispositif-entre-en-application>
50. L'accompagnement pharmaceutique des patients sous anticancéreux par voie orale [Internet]. [cité 29 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/pharmacien/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/anticancereux-voie-orale>
51. URPS HDF. OUTILS D'AIDE À L'ACCOMPAGNEMENT PHARMACEUTIQUE DU PATIENT TRAITÉ PAR UNE CHIMIOTHÉRAPIE ANTICANCÉREUSE ORALE - Fiche de synthèse [Internet]. Disponible sur: https://www.urps-pharmaciens-na.fr/fichiers/uploads/2024/07/2_Fiches-Onco-2023_A5_BD.pdf
52. iatroprev - CHU Amiens-Picardie [Internet]. CHU D'Amiens. [cité 24 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.chu-amiens.fr/patients-et-visiteurs/services-et-contacts/medecine/geriatrie/iatroprev/>
53. IATROPREV - URPS Pharmaciens HDF [Internet]. [cité 24 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.urps-pharmaciens-hdf.fr/action/iatroprev/>
54. Cornille C, Lenglet A, Decaudin B, Puisieux F, Mondet L, Toulemonde A, et al. A multidisciplinary meeting for generating a personalized pharmaceutical plan for older adults at hospital discharge: the IATROPREV study. *Br J Clin Pharmacol*. 2025;91(10):2885-91.
55. Mieux accompagner les patients bénéficiant de thérapies orales | Oscar Lambret [Internet]. [cité 24 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.centreoscarlambret.fr/actualites/mieux-accompagner-patients-beneficiant-therapies-orales>

56. Article 51 : un dispositif qui a trouvé sa vitesse de croisière - 122 expérimentations en cours de déploiement [Internet]. 2022 [cité 24 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2022-11-14-cp-article-51>
57. Daouphars M. L'expérimentation Onco'Link, vers un parcours intégré du patient atteint de cancer. Actual Pharm. 1 avr 2025;64(645):31-5.
58. Oncolink : Une nouvelle approche pour mieux accompagner les patientes atteintes d'un cancer du sein métastatique au Centre | Oscar Lambret [Internet]. [cité 24 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.centrescarlambret.fr/actualites/oncolink-nouvelle-approche-mieux-accompagner-patientes>
59. Onco'Link : l'expérimentation nationale pilotée par Unicancer validée pour une généralisation en droit commun [Internet]. Unicancer. [cité 4 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.unicancer.fr/fr/communique-de-presse/oncolink-lexperimentation-nationale-pilotee-par-unicancer-validee-pour-une-generalisation-en-droit-commun/>
60. Avenant 21 à la convention nationale du 4 avril 2012 [Internet]. Disponible sur: <https://uspo.fr/wp-content/uploads/2020/08/2020-avenant-21-signé.pdf>
61. SFPC. Fiche Mémo - Les entretiens pharmaceutiques [Internet]. Disponible sur: https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/sfpc_les_entretiens_pharmaceutiques.pdf
62. CNOP [Internet]. [cité 12 déc 2025]. Anticancéreux oraux : les officines initient de nouveaux accompagnements pharmaceutiques. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/anticancereux-oraux-les-officines-initient-de-nouveaux-accompagnements-pharmaceutiques>
63. USPO. Guide d'aide à la réalisation des entretiens pharmaceutiques [Internet]. Disponible sur: https://uspo.fr/wp-content/uploads/2020/10/2020-guide-accompagnement-anticancereux-oraux-guide-daide-a-la-realisation-uspo_.pdf
64. Brouard A, Burtin C, Dory A, Garenaux M, Guérout-Accolas L, Honoré S, et al. Recommandations de bonnes pratiques de pharmacie clinique dans le parcours pharmaceutique des patients en oncologie. 2020.
65. Aim R, Colonna S, Nicolas D, Parent D, Valque H, Vincent C, et al. Accompagnement du patient atteint de cancer par l'équipe officinale. 7 avr 2022;
66. Lattard C, Baudouin A, Larbre V, Herledan C, Cerutti A, Cerfon MA, et al. Clinical and economic impact of clinical oncology pharmacy in cancer patients receiving injectable anticancer treatments: a systematic review. J Cancer Res Clin Oncol. août 2023;149(10):7905-24.

67. Fujii H, Ueda Y, Hirose C, Ohata K, Sekiya K, Kitahora M, et al. Pharmaceutical intervention for adverse events improves quality of life in patients with cancer undergoing outpatient chemotherapy. *J Pharm Health Care Sci.* 2 mars 2022;8:8.
68. Giraud JS, Korb-Savoldelli V, Perrin G, Jouinot A, Sabatier B, Batista R, et al. Clinical and economic impact of pharmacist interventions to identify drug-related problems in multidisciplinary cancer care: a prospective trial. *The Oncologist.* 4 août 2025;30(8):oyae213.
69. Bertrand B, de Grasse C, Chevrier R, Perrin CJ, Maillan G, de Limoges C, et al. Recommandations S.F.P.O. sur la réalisation de Consultations Pharmaceutiques en Oncologie.
70. Ranchon F, Slimano F, Borget I, Boulin M, Bardin C, Coliat P, et al. Oncology pharmacy practice: Key insights, challenges, and perspectives - A position paper from the French Society for Oncology Pharmacy (SFPO). *Ann Pharm Fr.* 10 juill 2025;S0003-4509(25)00111-7.
71. Institut national du cancer. Conciliation médicamenteuse et bilan de médication des patients atteints de cancer / Rapport, collection «État des lieux et des connaissances ». 2024.
72. Abbott R, Edwards S, Whelan M, Edwards J, Dranitsaris G. Are community pharmacists equipped to ensure the safe use of oral anticancer therapy in the community setting? Results of a cross-country survey of community pharmacists in Canada. *J Oncol Pharm Pract Off Publ Int Soc Oncol Pharm Pract.* févr 2014;20(1):29-39.
73. Suzuki S, Abbott R, Sakurai H, Kawasumi K, Johnson PE, Tahara M, et al. Evaluation of community pharmacist ability to ensure the safe use of oral anticancer agents: a nationwide survey in Japan. *Jpn J Clin Oncol.* 1 mai 2017;47(5):413-21.
74. Fares R, Marjorie B, Chaballe C, Crunenbergh R. The outcomes of pharmacist-led pharmaceutical care within community pharmacies: An overview of systematic reviews. *Res Soc Adm Pharm.* mai 2025;21(5):332-9.
75. Recommandations sur le rôle du pharmacien en oncologie dans les établissements de santé: Rapport du Comité de l'évolution de la pratique des soins pharmaceutiques. Québec, QC, CA: Santé et des Services sociaux; 2016.
76. Oncology Pharmacy [Internet]. Board of Pharmacy Specialties. [cité 13 déc 2025]. Disponible sur: <https://bpsweb.org/oncology-pharmacy/>
77. Pharmaceutical Group of European Union. PGEU Position Paper on Cancer [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2020/12/The-Community-Pharmacy-Contribution-to-Europe-s-Beating-Cancer-Plan-Web.pdf>

Annexes

Annexe 1. Lien vers la fiche de synthèse d'outils d'aide à l'accompagnement pharmaceutique du patient traité par une chimiothérapie anticancéreuse orale – URPS Hauts-de-France, Septembre 2023 https://www.urps-pharmaciens-na.fr/fichiers/uploads/2024/07/2_Fiches-Onco-2023_A5_BD.pdf

Annexe 2. Questionnaire.

Prise en charge interprofessionnelle du patient atteint de cancer

Bonjour, je suis Florine DELINS, étudiante en 6e année de Pharmacie (filière Officine) à LILLE.

Dans le cadre de ma thèse d'exercice, je réalise un questionnaire sur la prise en charge interprofessionnelle du patient atteint de cancer, et à la place du pharmacien dans cette prise en charge.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier le niveau de connaissance des programmes de prise en charge interdisciplinaire existants dans le Nord (59) de la France, et d'évaluer le degré de mise en oeuvre des entretiens pharmaceutiques pour les thérapies anticancéreuses orales.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez exercer/étudier dans le Nord et être : médecin généraliste, pharmacien d'officine ou hospitalier, étudiant(e) en Pharmacie en 6ème année filière OFFICINE, interne en pharmacie, préparateur(-rice) en pharmacie, médecin ou interne en service d'oncologie, infirmier(e) diplômé(e) d'Etat, ou Infirmier(e) en Pratique Avancée en oncologie.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 minutes seulement !

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de rectification.

Veillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.

Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Merci à vous !

Il y a 27 questions dans ce questionnaire.

Informations générales

Travaillez-vous dans le Nord (59) de la France ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Travaillez-vous dans la Métropole Européenne de Lille (MEL) ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question ' [G01Q21]' (Travaillez-vous dans le Nord (59) de la France ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Etes-vous : *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

[G01Q21](#) == 'Y'

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pharmacien d'officine
- Pharmacien hospitalier
- Étudiant(e) en pharmacie en 6ème année OFFICINE
- Interne en pharmacie
- Préparateur(-rice) en pharmacie
- Médecin généraliste
- Médecin dans un service d'oncologie
- Interne en médecine dans un service d'oncologie
- Infirmier(e) diplômé(e) d'État
- Infirmier(e) en pratique avancée dans un service impliquant de l'oncologie

Dans quel(s) type(s) d'établissement(s) travaillez-vous ?

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

[G01Q21](#) == 'Y'

Cochez tout ce qui s'applique

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Officine
- Cabinet libéral
- Établissements hospitaliers publics
- Établissements hospitaliers privés
- Établissements hospitaliers privés à but non lucratif
- Hospitalisation à Domicile
- Maison de Santé Pluriprofessionnelle

Faites-vous partie d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)

? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

[G01Q21](#) == 'Y'

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Entretiens pharmaceutiques

Avez-vous été formé(e) aux entretiens pharmaceutiques ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Étudiant(e) en pharmacie en 6ème année OFFICINE' ou 'Pharmacien hospitalier' ou 'Pharmacien d'officine' ou 'Interne en pharmacie' à la question '[G01Q01]' (Etes-vous :)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Envisagez-vous de suivre une formation pour les entretiens pharmaceutiques ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question ' [G02Q23]' (Avez-vous été formé(e) aux entretiens pharmaceutiques ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

A quelle occasion avez-vous été formé(e) à ces entretiens pharmaceutiques ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question ' [G02Q23]' (Avez-vous été formé(e) aux entretiens pharmaceutiques ?)

Cochez tout ce qui s'applique

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Pendant vos études
- Formation continue au sein d'une université
- Formation continue par un organisme privé
- Autre:

Savez-vous que les pharmaciens d'officine peuvent proposer aux patients atteints de cancer des entretiens pharmaceutiques sur leur thérapie anticancéreuse orale ?

*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Savez-vous que les pharmaciens hospitaliers peuvent proposer aux patients atteints de cancer des entretiens pharmaceutiques sur leur thérapie anticancéreuse orale ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Si oui, comment en avez-vous entendu parler ?

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était 'Oui' à la question ' [G02Q03]' (Savez-vous que les pharmaciens d'officine peuvent proposer aux patients atteints de cancer des entretiens pharmaceutiques sur leur thérapie anticancéreuse orale ?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était 'Oui' à la question ' [G02Q04]' (Savez-vous que les pharmaciens hospitaliers peuvent proposer aux patients atteints de cancer des entretiens pharmaceutiques sur leur thérapie anticancéreuse orale ?)

Cochez tout ce qui s'applique

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Notion abordée pendant vos études
- Communication sur ces entretiens par les pharmaciens
- Recherche personnelle sur le sujet
- Autre:

Si rédaction, veuillez ne pas fournir d'informations pouvant vous rendre identifiable dans vos réponses.

Ces entretiens pharmaceutiques sont-ils proposés dans le service auquel vous êtes rattachés / auquel vous avez été rattachés ?

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était 'Pharmacien hospitalier' *ou* 'Interne en pharmacie' à la question ' [G01Q01]' (Etes-vous :) *et* La réponse était 'Oui' à la question ' [G02Q04]' (Savez-vous que les pharmaciens hospitaliers peuvent proposer aux patients atteints de cancer des entretiens pharmaceutiques sur leur thérapie anticancéreuse orale ?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était 'Pharmacien d'officine' à la question ' [G01Q01]' (Etes-vous :) *et* La réponse était 'Établissements hospitaliers privés' à la question ' [G01Q02]' (Dans quel(s) type(s) d'établissement(s) travaillez-vous ?) *et* La réponse était 'Oui' à la question ' [G02Q04]' (Savez-vous que les pharmaciens hospitaliers peuvent proposer aux patients

atteints de cancer des entretiens pharmaceutiques sur leur thérapie anticancéreuse orale ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Avez-vous déjà participé à au moins un entretien pharmaceutique sur les anti-cancéreux oraux à l'hôpital ?

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question ' [G02Q06]' (Ces entretiens pharmaceutiques sont-ils proposés dans le service auquel vous êtes rattachés / auquel vous avez été rattachés ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Ces entretiens pharmaceutiques sont-ils proposés dans l'officine où vous travaillez/êtes en stage ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Officine' à la question ' [G01Q02]' (Dans quel(s) type(s) d'établissement(s) travaillez-vous ?) et La réponse était 'Oui' à la question ' [G02Q03]' (Savez-vous que les pharmaciens d'officine peuvent proposer aux patients atteints de cancer des entretiens pharmaceutiques sur leur thérapie anticancéreuse orale ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Avez-vous déjà participé à au moins un entretien pharmaceutique sur les anti-cancéreux oraux à l'officine ?

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Officine' à la question ' [G01Q02]' (Dans quel(s) type(s) d'établissement(s) travaillez-vous ?) et La réponse était 'Oui' à la question ' [G02Q03]'

(Savez-vous que les pharmaciens d'officine peuvent proposer aux patients atteints de cancer des entretiens pharmaceutiques sur leur thérapie anticancéreuse orale ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Si vous n'avez jamais participé à des entretiens pharmaceutiques sur les anti-cancéreux oraux à l'officine et/ou à l'hôpital, pourquoi ?

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était 'Non' à la question ' [G02Q07]' (Avez-vous déjà participé à au moins un entretien pharmaceutique sur les anti-cancéreux oraux à l'hôpital ?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était 'Non' à la question ' [G02Q09]' (Avez-vous déjà participé à au moins un entretien pharmaceutique sur les anti-cancéreux oraux à l'officine ?)

Cochez tout ce qui s'applique

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Manque de temps
- Manque de personnel
- Problème de rémunération (vous trouvez que l'activité n'est pas rémunérée correctement)
- Désintérêt
- Pas de patients sous anti-cancéreux oraux
- Appréhension de se lancer
- Choix du titulaire de ne pas réaliser les entretiens pharmaceutiques dans l'officine
- Choix du service de ne pas proposer les entretiens pharmaceutiques
- Manque de connaissance des outils d'aide : guides, fiches médicaments, outils d'analyse d'ordonnance...
- Non formé

- Pas eu d'opportunité/proposition d'y participer
- Autre:

Si rédaction, veuillez ne pas fournir d'informations pouvant vous rendre identifiable dans vos réponses.

Pour combien de patient(e)s réalisez-vous des entretiens pharmaceutiques, en moyenne, dans une année ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était 'Oui' à la question ' [G02Q07]' (Avez-vous déjà participé à au moins un entretien pharmaceutique sur les anti-cancéreux oraux à l'hôpital ?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était 'Oui' à la question ' [G02Q09]' (Avez-vous déjà participé à au moins un entretien pharmaceutique sur les anti-cancéreux oraux à l'officine ?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0 à 5
- 5 à 10
- 10 à 20
- 20 à 30
- Plus de 30

Avez-vous informé d'autres professionnels(lles) de santé de la mise en oeuvre de ces entretiens pharmaceutiques dans votre officine / votre service ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était 'Oui' à la question ' [G02Q06]' (Ces entretiens pharmaceutiques sont-ils proposés dans le service auquel vous êtes rattachés / auquel vous avez été rattachés ?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était 'Oui' à la question ' [G02Q08]' (Ces entretiens pharmaceutiques sont-ils proposés dans l'officine où vous travaillez/êtes en stage ?)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Prise en charge interprofessionnelle

Avez-vous déjà participé à une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire cancer ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Médecin dans un service d'oncologie' ou 'Médecin généraliste' ou 'Interne en pharmacie' ou 'Pharmacien hospitalier' ou 'Interne en médecine dans un service d'oncologie' ou 'Infirmier(e) diplômé(e) d'État' ou 'Infirmier(e) en pratique avancée dans un service impliquant de l'oncologie' à la question ' [G01Q01]' (Etes-vous :)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Connaissez-vous le programme de prise en charge interdisciplinaire ONCOLINK (Centre Oscar Lambret à LILLE) ?

*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Connaissez-vous le programme de prise en charge interdisciplinaire PHARE (Base régionale : Centre Oscar Lambret à LILLE) ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Connaissez-vous le programme de prise en charge interdisciplinaire latroprev' (CHU de LILLE + CHU Amiens-Picardie, expérimenté de février 2021 à avril 2024) ?

*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Si vous connaissez au moins un de ces programmes, comment en avez-vous entendu parler ?

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était 'Oui' à la question ' [G03Q12]' (Connaissez-vous le programme de prise en charge interdisciplinaire ONCOLINK (Centre Oscar Lambret à LILLE) ?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était 'Oui' à la question ' [G03Q13]' (Connaissez-vous le programme de prise en charge interdisciplinaire PHARE (Base régionale : Centre Oscar Lambret à LILLE) ?)

----- ou Scenario 3 -----

La réponse était 'Oui' à la question ' [G01Q14]' (Connaissez-vous le programme de prise en charge interdisciplinaire latroprev' (CHU de LILLE + CHU Amiens-Picardie, expérimenté de février 2021 à avril 2024) ?)

Cochez tout ce qui s'applique

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Communication autour de ces programmes par d'autres professionnels de santé impliqués
- Recherche personnelle sur le sujet
- Présenté(s) pendant vos études
- Autre:

Si rédaction, veuillez ne pas fournir d'informations pouvant vous rendre identifiable dans vos réponses.

Avez-vous déjà été impliqué(e) au moins une fois dans un de ces programmes ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était 'Oui' à la question ' [G03Q12]' (Connaissez-vous le programme de prise en charge interdisciplinaire ONCOLINK (Centre Oscar Lambret à LILLE) ?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était 'Oui' à la question ' [G03Q13]' (Connaissez-vous le programme de prise en charge interdisciplinaire PHARE (Base régionale : Centre Oscar Lambret à LILLE) ?)

----- ou Scenario 3 -----

La réponse était 'Oui' à la question ' [G01Q14]' (Connaissez-vous le programme de prise en charge interdisciplinaire Iatroprev' (CHU de LILLE + CHU Amiens-Picardie, expérimenté de février 2021 à avril 2024) ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Si vous avez été impliqué dans le protocole IATROPREV' pour un patient gériatrique n'ayant pas de traitements anti-cancéreux, merci de ne pas cocher oui

Lequel/lesquels ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question ' [G03Q16]' (Avez-vous déjà été impliqué(e) au moins une fois dans un de ces programmes ?)

Cochez tout ce qui s'applique

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ONCOLINK
- PHARE
- IATROPREV' (dans le cadre d'une prise en charge d'un patient gériatrique sous anti-cancéreux)

Si vous connaissez au moins un des programmes mais que vous n'y avez jamais été impliqué(e), pourquoi ?

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était 'Oui' à la question ' [G03Q12]' (Connaissez-vous le programme de prise en charge interdisciplinaire ONCOLINK (Centre Oscar Lambret à LILLE) ?) et La réponse était 'Non' à la question ' [G03Q16]' (Avez-vous déjà été impliqué(e) au moins une fois dans un de ces programmes ?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était 'Oui' à la question ' [G03Q13]' (Connaissez-vous le programme de prise en charge interdisciplinaire PHARE (Base régionale : Centre Oscar Lambret à LILLE)

?) et La réponse était 'Non' à la question ' [G03Q16]' (Avez-vous déjà été impliqué(e) au moins une fois dans un de ces programmes ?)

----- ou Scenario 3 -----

La réponse était 'Oui' à la question ' [G01Q14]' (Connaissez-vous le programme de prise en charge interdisciplinaire latroprev' (CHU de LILLE + CHU Amiens-Picardie, expérimenté de février 2021 à avril 2024) ?) et La réponse était 'Non' à la question ' [G03Q16]' (Avez-vous déjà été impliqué(e) au moins une fois dans un de ces programmes ?)

Cochez tout ce qui s'applique

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Pas d'opportunité d'en faire partie (jamais eu de proposition)
- Refus par manque de temps
- Refus par problème de rémunération
- Refus par manque de personnel
- Refus par manque d'envie/désintérêt
- Refus par appréhension de se lancer
- Pas de patients à inclure dans ces programmes
- Autre:

Si rédaction, veuillez ne pas fournir d'informations pouvant vous rendre identifiable dans vos réponses.

Souhaiteriez-vous être impliqué(e) dans un ou plusieurs de ces programmes ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question ' [G03Q16]' (Avez-vous déjà été impliqué(e) au moins une fois dans un de ces programmes ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Si vous êtes ici, c'est que vous avez fini le questionnaire ou que vous n'appartenez pas à la population ciblée (hors 59).

Merci beaucoup pour votre participation !

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : florine.delins.etu@univ-lille.fr

03/07/2025 – 10:17

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Université de Lille UFR3S-Pharmacie
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Année Universitaire 2025/2026

Nom : Delins

Prénom : Florine

Titre de la thèse : Accompagnement du patient atteint de cancer par le pharmacien : enquête sur la mise en œuvre des entretiens pharmaceutiques et les programmes de prise en charge interprofessionnelle dans le département du Nord.

Mots-clés : Cancer, prise en charge, interdisciplinarité, entretiens pharmaceutiques, programmes (Iatroprev', Onco'link, PHARE)

Résumé : Cette thèse s'intéresse à la prise en charge interprofessionnelle du patient atteint de cancer et à la place du pharmacien dans ce parcours, dans un contexte marqué par la complexification des thérapeutiques et l'essor des anticancéreux oraux.

L'analyse de la littérature met en évidence l'impact positif des interventions pharmaceutiques sur l'adhésion thérapeutique, la qualité de vie des patients et la réduction des événements indésirables. Plusieurs dispositifs structurants existent déjà comme les entretiens pharmaceutiques sur les thérapies anticancéreuses orales, et les programmes de prise en charge interdisciplinaire PHARE, Onco'link et Iatroprev'.

L'enquête menée auprès de 116 professionnels de santé du Nord de la France met en évidence une méconnaissance et une faible réalisation des entretiens pharmaceutiques spécialisés, ainsi qu'une participation hétérogène aux dispositifs interprofessionnels. Les freins identifiés sont principalement organisationnels : manque de temps, absence de structuration locale, communication insuffisante entre la ville et l'hôpital. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer la formation initiale et continue des professionnels, la valorisation et le temps dédié aux entretiens pharmaceutiques, ainsi que les outils de coordination et d'échange d'informations entre secteurs hospitalier et de ville.

Enfin, un écart persistant entre les recommandations nationales et la pratique de terrain est observé. Néanmoins, le pharmacien dispose des compétences pour occuper un rôle central dans la prise en charge oncologique. Une meilleure structuration de cette implication permettrait d'améliorer la qualité, la continuité et la sécurité du parcours de soins des patients atteints de cancer.

Membres du jury:

Président : Monsieur SIMON Nicolas, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU-PH), Département de Pharmacie, Université de Lille

Assesseur : Madame ROGEL Anne, Maître de Conférence des Universités (MCU), Département de Pharmacie, Université de Lille

Membres extérieurs : Madame LECOLIER Sarah, Pharmacienne adjointe à Hallennes-lez-Haubourdin & Madame HOUPPERMANS Sophie, Pharmacienne titulaire à Marquette-lez-Lille