



HAL
open science

Place du pharmacien dans l'accompagnement non médicamenteux de la femme atteinte d'un cancer du sein (enquête auprès des pharmaciens d'officine)

Pernelle Vincerot, Tiffany Welsch

► To cite this version:

Pernelle Vincerot, Tiffany Welsch. Place du pharmacien dans l'accompagnement non médicamenteux de la femme atteinte d'un cancer du sein (enquête auprès des pharmaciens d'officine). Sciences pharmaceutiques. 2020. hal-03298118

HAL Id: hal-03298118

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298118>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ
DE PHARMACIE

UNIVERSITE DE LORRAINE

2020

FACULTE DE PHARMACIE

T H E S E

Présentée et soutenue publiquement

le 29 avril 2020, sur un sujet dédié à :

**Place du Pharmacien dans l'accompagnement non médicamenteux
de la femme atteinte d'un cancer du sein (enquête auprès des
pharmaciens d'officine)**

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par **Pernelle VINCEROT** née le 07/11/1995 et **Tiffany WELSCH** née le 27/03/1995

Membres du Jury

Président : Mme Christine CAPDEVILLE-ATKINSON, Professeur des universités

Juges : Mme Anne MAHEUT-BOSSER, Docteur en Médecine

Mme Anne JOUMARD, Docteur en Pharmacie

M Julien GRAVOULET, Docteur en Pharmacie

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2019-2020

DOYEN

Raphaël DUVAL

Vice-Doyen

Julien PERRIN

Directrice des études

Marie SOCHA

Conseil de la Pédagogie

Présidente, Brigitte LEININGER-MULLER

Vice-Présidente, Alexandrine LAMBERT

Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier

Présidente, Béatrice DEMORE

Commission Prospective Facultaire

Président, Christophe GANTZER

Vice-Président, Jean-Louis MERLIN

Commission de la Recherche

Présidente, Caroline GAUCHER

Chargés de Mission

Communication

Innovation pédagogique

Référente ADE

***Référente dotation sur projet
(DSP)***

Référent vie associative

Aline BONTEMPS

Alexandrine LAMBERT

Virginie PICHON

Marie-Paule SAUDER

Arnaud PALLOTTA

Responsabilités

Filière Officine

Filière Industrie

Filière Hôpital

Pharma Plus ENSIC

Pharma Plus ENSAIA

Caroline PERRIN-SARRADO

Julien GRAVOULET

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Béatrice DEMORE

Marie SOCHA

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Xavier BELLANGER

***Pharma Plus ENSGSI
Cellule de Formation Continue et Individuelle
Commission d'agrément des maîtres de stage
ERASMUS***

Igor CLAROT
Luc FERRARI
François DUPUIS
Mihayl VARBANOV

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE
Francine PAULUS
Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON
Max HENRY
Pierre LEROY
Philippe MAINCENT
Claude VIGNERON

***PROFESSEURS
HONORAIRES***

Jean-Claude BLOCK
Pierre DIXNEUF
Chantal FINANCE
Marie-Madeleine GALTEAU
Thérèse GIRARD
Pierre LABRUDE
Vincent LOPPINET
Alain NICOLAS
Janine SCHWARTZBROD
Louis SCHWARTZBROD

***MAITRES DE CONFERENCES
HONORAIRES***

Monique ALBERT
Marianne BEAUD
François BONNEAUX
Gérald CATAU
Jean-Claude CHEVIN
Jocelyne COLLOMB
Bernard DANGIEN
Marie-Claude FUZELLIER
Françoise HINZELIN
Marie-Hélène LIVERTOUX
Bernard MIGNOT
Blandine MOREAU
Dominique NOTTER
Francine PAULUS
Christine PERDICAKIS
Marie-France POCHON
Anne ROVEL
Gabriel TROCKLE
Maria WELLMAN-ROUSSEAU
Colette ZINUTTI

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE
Annie PAVIS

ENSEIGNANTS	<i>Section CNU *</i>	<i>Discipline d'enseignement</i>
<i>PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS</i>		
Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ	82	<i>Thérapie cellulaire</i>
Béatrice DEMORE	81	<i>Pharmacie clinique</i>
Jean-Louis MERLIN	82	<i>Biologie cellulaire</i>
Jean-Michel SIMON	81	<i>Economie de la santé, Législation pharmaceutique</i>
Nathalie THILLY	81	<i>Santé publique et Epidémiologie</i>

***PROFESSEURS DES
UNIVERSITES***

Ariane BOUDIER	85	<i>Chimie Physique</i>
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	86	<i>Pharmacologie</i>
Igor CLAROT	85	<i>Chimie analytique</i>
Joël DUCOURNEAU	85	<i>Biophysique, Acoustique, Audioprothèse</i>
Raphaël DUVAL	87	<i>Microbiologie clinique</i>
Béatrice FAIVRE	87	<i>Hématologie, Biologie cellulaire</i>
Luc FERRARI	86	<i>Toxicologie</i>
Pascale FRIANT-MICHEL	85	<i>Mathématiques, Physique</i>
Christophe GANTZER	87	<i>Microbiologie</i>
Frédéric JORAND	87	<i>Eau, Santé, Environnement</i>
Isabelle LARTAUD	86	<i>Pharmacologie</i>
Dominique LAURAIN-MATTAR	86	<i>Pharmacognosie</i>
Brigitte LEININGER-MULLER	87	<i>Biochimie</i>
Patrick MENU	86	<i>Physiologie</i>
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
Bertrand RIHN	87	<i>Biochimie, Biologie moléculaire</i>

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Alexandre HARLE	82	<i>Biologie cellulaire oncologique</i>
Julien PERRIN	82	<i>Hématologie biologique</i>
Loïc REPPPEL	82	<i>Biothérapie</i>

Marie SOCHA	81	<i>Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique</i>
-------------	----	--

**MAITRES DE
CONFÉRENCES**

Xavier BELLANGER ^H	87	<i>Parasitologie, Mycologie médicale</i>
Emmanuelle BENOIT ^H	86	<i>Communication et Santé</i>
Isabelle BERTRAND ^H	87	<i>Microbiologie</i>
Michel BOISBRUN ^H	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
Cédric BOURA ^H	86	<i>Physiologie</i>
Sandrine CAPIZZI	87	<i>Parasitologie</i>
Antoine CAROF	85	<i>Informatique</i>
Sébastien DADE	85	<i>Bio-informatique</i>
Dominique DECOLIN	85	<i>Chimie analytique</i>
Natacha DREUMONT ^H	87	<i>Biochimie générale, Biochimie clinique</i>
Florence DUMARCAY ^H	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
François DUPUIS ^H	86	<i>Pharmacologie</i>
Reine EL OMAR	86	<i>Physiologie</i>
Adil FAIZ	85	<i>Biophysique, Acoustique</i>
Anthony GANDIN	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Caroline GAUCHER ^H	86	<i>Chimie physique, Pharmacologie</i>
Stéphane GIBAUD ^H	86	<i>Pharmacie clinique</i>
Thierry HUMBERT	86	<i>Chimie organique</i>
Olivier JOUBERT ^H	86	<i>Toxicologie, Sécurité sanitaire</i>

	<i>Section CNU *</i>	<i>Discipline d'enseignement</i>
--	--------------------------	----------------------------------

ENSEIGNANTS (suite)

Alexandrine LAMBERT	85	<i>Informatique, Biostatistiques</i>
Julie LEONHARD	86/01	<i>Droit en Santé</i>
Christophe MERLIN ^H	87	<i>Microbiologie environnementale</i>
Maxime MOURER ^H	86	<i>Chimie organique</i>
Coumba NDIAYE	86	<i>Epidémiologie et Santé publique</i>
Arnaud PALLOTTA	85	<i>Bioanalyse du médicament</i>
Marianne PARENT	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Caroline PERRIN-SARRADO	86	<i>Pharmacologie</i>
Virginie PICHON	85	<i>Biophysique</i>
Sophie PINEL ^H	85	<i>Informatique en Santé (e-santé)</i>
Anne SAPIN-MINET ^H	85	<i>Pharmacie galénique</i>

Marie-Paule SAUDER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Guillaume SAUTREY	85	<i>Chimie analytique</i>
Rosella SPINA	86	<i>Pharmacognosie</i>
Sabrina TOUCHET	86	<i>Pharmacochimie</i>
Mihayl VARBANOV	87	<i>Immuno-Virologie</i>
Marie-Noëlle VAULTIER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Emilie VELOT ^H	86	<i>Physiologie-Physiopathologie humaines</i>
Mohamed ZAIYOU ^H	87	<i>Biochimie et Biologie moléculaire</i>

PROFESSEUR ASSOCIE

Julien GRAVOULET	86	<i>Pharmacie clinique</i>
------------------	----	---------------------------

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD	11	<i>Anglais</i>
--------------------	----	----------------

^H *Maître de conférences titulaire
HDR*

** Disciplines du Conseil National
des Universités :*

80 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

82 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

85 ; Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

86 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

87 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

11 : Professeur agrégé de lettres et sciences humaines en langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

Serment des Apothicaires

" Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

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

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

« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR »

Remerciements :

A nos deux directrices de thèse :

Docteur Anne MAHEUT-BOSSER,

Pour avoir accepté de diriger notre thèse. Nous vous remercions également pour votre investissement, le temps que vous avez consacré à nous aider et pour vos conseils précieux qui ont rendu possible la rédaction de ce travail.

Docteur Anne JOUMARD,

Pour être à l'origine de notre sujet de thèse : l'espace dédié aux femmes atteintes d'un cancer du sein présent dans votre officine nous a largement inspiré. Nous vous remercions également pour vos conseils, votre disponibilité et toute la documentation fournie au cours de la réalisation de notre thèse.

Anne, travailler à vos côtés depuis de nombreuses années m'a permis d'acquérir de nombreuses connaissances et compétences et de devenir le pharmacien que je suis à l'heure actuelle... merci pour votre confiance. Pernelle

A la présidente du jury et co-directrice de thèse :

Professeur Christine CAPDEVILLE-ATKINSON,

Pour avoir adhéré à la réalisation d'une thèse à deux, merci d'avoir compris notre démarche et d'avoir ensuite accepté d'être la co-directrice de notre thèse ainsi que la présidente de notre jury.

Au membre du jury :

Docteur Julien GRAVOULET,

Pour avoir accordé de l'intérêt à notre thèse et avoir accepté d'être un membre de notre jury. Nous vous remercions également pour les enseignements de qualité que vous nous avez dispensés au cours de nos années d'étude.

A l'ensemble des pharmaciens d'officine sollicités lors de notre enquête :

Merci pour votre disponibilité, votre intérêt pour notre sujet et le partage de vos pratiques professionnelles.

Remerciements Tiffany :

A ma famille,

Pour m'avoir apporté votre soutien tout au long de mes études.

A mes parents,

Pour avoir constitué une présence rassurante toutes ces années, vos nombreux allers et retours à Nancy et votre aide en toute circonstance.

A mes grands-parents,

Pour m'avoir apporté une aide précieuse durant toutes mes études.

A Joël,

Pour m'avoir soutenue et accompagnée, quels que soient mes choix au cours de ces années et pour être toujours présent pour moi.

A mes amis,

Pour notre amitié, nos beaux moments passés ensemble ainsi que nos futures aventures. Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir soutenue.

A la Pharmacie des Bijoux et toute l'équipe,

Pour m'avoir accueillie à bras ouverts au sein de la pharmacie. Vous m'avez transmis les connaissances nécessaires pour débiter dans le monde de la pharmacie, et répondu à mes nombreuses questions avec beaucoup de patience.

A la Pharmacie Le Paige et toute l'équipe,

A Madame Le Paige, pour m'avoir offert une place au sein de l'équipe et pour votre confiance. Marjory, Angela, Audrey et Judicaëlle, merci pour m'avoir aussi bien intégré dès le début.

A Pernelle,

Binôme de Travaux Pratiques au début, nous voilà devenues binôme de thèse... et plus encore, nous sommes devenues de véritables amies. Merci pour m'avoir soutenue et aidée pendant ces nombreuses années.

Remerciements Pernelle :

A ma famille,

Pour votre soutien et vos encouragements, vous avez tous grandement contribué à la réussite de mes études

A ma maman,

Pour ton soutien tout au long de mes études et ton aide précieuse durant la rédaction de ma thèse.

A mon compagnon,

Pour ta présence, ton soutien et aussi ta patience durant la rédaction de ma thèse (et mes périodes d'examens...)

A mes amis d'enfance,

Pour votre soutien et notre formidable amitié qui dure depuis de nombreuses années

A mes camarades de la faculté de pharmacie,

Pour ces belles années d'études que nous avons partagées, notre amitié et tous les bons moments à venir...

A la pharmacie Joumard et toute son équipe,

J'ai découvert le monde officinal grâce à vous, vous m'avez transmis votre savoir et me permettez, depuis de nombreuses années, de travailler dans un cadre très enrichissant...

A Tiffany,

La réalisation d'une thèse à deux était une évidence pour moi, tu as été une véritable partenaire de travail et tu es devenue, au fil des années, une véritable amie... un grand merci pour ta présence et ton soutien essentiel tout au long de nos études.

Une thèse à deux

Pourquoi ?

Le choix de réaliser et soutenir une thèse conjointe est devenue une évidence en début de cinquième année de pharmacie.

Il découle de trois ans de travail en “binôme”, basé sur un engagement et une rigueur commune dans nos études mais aussi sur une entraide et un soutien réciproque.

Cette collaboration, dont les fondements sont avant tout une affinité et amitié partagées, a fonctionné et nous a permis de passer le cap de nos différentes années de formation avec succès.

Cette décision d’effectuer une thèse collective est donc la suite logique de notre démarche étudiante.

Nous avons réfléchi et choisi ensemble un objet d’étude pour lequel notre intérêt était identique.

Méthodologie de travail

Dès le début de ce travail, nous nous sommes répartis les champs de recherche.

Nous avons construit ensemble le questionnaire de l’enquête auprès des pharmaciens; nous nous sommes réparties les zones géographiques concernées: rural pour Tiffany, semi-rural pour Pernelle, le secteur urbain partagé.

Chacune a réalisé l’exploitation selon une grille commune et l’analyse de ses propres résultats tout en communiquant avec l’autre afin de garantir l’homogénéité de la méthode d’analyse.

L’élaboration du plan a été collective.

La rédaction s’est faite pour certaines parties séparément, pour d’autres à deux. Elles ont toutes été relues, corrigées, discutées, complétées par l’autre jusqu’à l’obtention d’un réel consensus.

Bénéfice de la démarche

Cette thèse conjointe a mis en exergue une vraie émulation collective mais elle a aussi demandé des ajustements et qualités spécifiques:

- une organisation cadrée et surtout un engagement commun dans le même espace-temps.
- Des échanges soutenus et une qualité de communication intégrant la gestion des doutes.
- Une acceptation du point de vue de l'autre, une adaptation à des idées, des conceptions pouvant être différentes.
- L'accueil constructif des remarques et objections de l'autre et donc l'ouverture à la critique.
- Une argumentation développée pour défendre son approche.

Nous avons donc mis notre réflexion, nos connaissances, notre expérience en commun.

Nous nous sommes enrichies de ces interactions et avons construit de la compétence collective.

Nous avons développé des capacités au fonctionnement collaboratif indispensable dans le travail d'équipe en officine.

Table des matières :

Introduction	9
I. Le cancer du sein	10
1.1 Epidémiologie	10
1.2 Classification TNM	11
1.3 Facteurs de risques.....	13
1.4 Diagnostic.....	14
1.4.1 <u>Circonstances de découverte.....</u>	14
1.4.2 <u>Démarche diagnostique</u>	14
1.5 Stratégies thérapeutiques du cancer du sein	15
1.5.1 <u>Le carcinome canalaire in situ</u>	16
1.5.2 <u>Le carcinome infiltrant et/ou métastatique</u>	17
1.6 Traitements adjuvants	18
1.6.1 <u>La chimiothérapie</u>	18
1.6.2 <u>L'hormonothérapie</u>	19
1.6.3 <u>Les thérapies ciblées</u>	20
1.7 Les complications des traitements et effets indésirables	21
1.7.1 <u>Les principaux effets indésirables</u>	21
1.7.2 <u>Les nouvelles missions du pharmacien d'officine dans le traitement du cancer du sein.....</u>	24
1.7.3 <u>Le lymphoedème : une complication spécifique du traitement du cancer du sein</u>	25
1.7.3.1 <u>Les facteurs de risque de lymphoedème après traitement d'un cancer du sein</u>	26
1.7.3.2 <u>Clinique et diagnostic</u>	26
1.7.3.3 <u>Lymphoedème et mesures de prévention.....</u>	27
1.7.3.4 <u>Le traitement</u>	27
1.7.3.5 <u>Lymphoedème et retentissement psychologique</u>	28
1.8 L'annonce du diagnostic.....	28
1.9 Les soins de support.....	31
1.9.1 <u>Cadre réglementaire et définition</u>	31
1.9.2 <u>Les soins de support oncologiques à l'officine.....</u>	33
1.10 Dépistage organisé	34
1.10.1 <u>Objectif et population ciblée.....</u>	35
1.10.2 <u>Modalités</u>	35
1.10.3 <u>Classification ACR</u>	35
1.10.4 <u>Avantages et inconvénients du dépistage</u>	36
1.10.5 <u>Le dépistage : une démarche de prévention encore difficile</u>	37
1.10.5.1 <u>Constat et réponses institutionnelles.....</u>	37
1.10.5.2 <u>Les freins psychologiques au dépistage</u>	37

1.11	Dépistage des femmes à haut risque : un suivi spécifique.....	42
1.12	Le cancer du sein : Un quotidien bouleversé.....	42
1.12.1	<u>Les changements dans la vie quotidienne.....</u>	42
1.12.2	<u>L'atteinte à la féminité.....</u>	43
1.12.3	<u>L'après-cancer</u>	45
II.	<u>Enquête sur la prise en charge non médicamenteuse des femmes atteintes de cancer du sein auprès des pharmaciens d'officine</u>	49
2.1	Méthode.....	49
2.1.1	<u>Contexte et objectifs de l'étude</u>	49
2.1.2	<u>Type d'étude</u>	49
2.1.3	<u>Elaboration du questionnaire et réalisation de l'enquête</u>	50
2.2	Résultats	51
2.2.1	<u>Première partie : Profil du pharmacien.....</u>	51
2.2.2	<u>Deuxième partie : Etat des lieux de la prise en charge en officine.....</u>	52
2.2.3	<u>Troisième partie : Le pharmacien d'officine dans le réseau de soin</u>	62
2.2.4	<u>Quatrième partie : Evolution de la place du pharmacien d'officine et axes d'amélioration de la prise en charge</u>	64
III.	<u>Discussion :.....</u>	68
3.1	Le pharmacien d'officine durant la phase de traitement.....	68
3.1.1	<u>La délivrance des traitements</u>	68
3.1.2	<u>L'observance médicamenteuse</u>	69
3.1.3	<u>La gestion des effets secondaires.....</u>	70
3.1.4	<u>Hormonothérapie/thérapies ciblées</u>	71
3.1.5	<u>Les médecines alternatives</u>	72
3.1.5.1	<u>L'homéopathie</u>	72
3.1.5.2	<u>La phytothérapie.....</u>	73
3.1.5.3	<u>L'aromathérapie</u>	75
3.1.6	<u>Les conseils hygiéno-diététiques</u>	75
3.2	Conseils officinaux et cancers du sein : les spécificités de cette pathologie	78
3.2.1	<u>Les conseils dermatologiques.....</u>	78
3.2.2	<u>Les Conseils esthétiques.....</u>	80
3.2.3	<u>Les prothèses mammaires.....</u>	82
3.2.4	<u>Le lymphoedème</u>	84
3.3	Soutien psychologique.....	85
3.3.1	<u>L'accompagnement et le soutien psychologique : le quotidien du pharmacien d'officine.....</u>	85
3.3.2	<u>Le pharmacien d'officine : un accompagnement à toutes les étapes de la maladie.....</u>	86
3.4	Le pharmacien d'officine : un acteur de sante	87
3.4.1	<u>Pharmacien d'officine et prévention du cancer du sein</u>	87
3.4.2	<u>Le pharmacien d'officine : un acteur incontournable en oncologie.....</u>	89
3.5	Synthèse et perspectives.....	89
3.5.1	<u>Synthèse.....</u>	89

3.5.2	<u>Perspectives d'amélioration</u>	91
3.5.2.1	Une formation plus approfondie et continue.....	91
3.5.2.2	Une posture éducative à développer et à formaliser	92
3.5.2.3	Le travail en réseau pluridisciplinaire	93
3.6	Les limites de l'étude	96
	Conclusion	98
	Annexes :	99
	Bibliographie	109

Liste des abréviations

ACR : American College of Radiology

ADN : Acide Désoxyribonucléique

ANSM : Agence Nationale du Médicament et des produits de santé

BIRADS : Breast Imaging Reporting And Data System

CH : Centésimale Hahnemannienne

CNO : Compléments nutritionnels oraux

DMP : Dossier Médical Partagé

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme universitaire

ECG : Electrocardiogramme

EPST : Etat de Stress Post-Traumatique

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HER2 : Human Epidermal Growth Factor Receptor 2

ICL : Institut de Cancérologie de Lorraine

INCa : Institut National de Cancérologie

IP 50 + : Indice de protection 50 +

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

LHRH : luteinizing hormone - releasing hormone

Loi HPST : Loi Hopital Patients Santé Territoires

OMEDIT : Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique

PME : Prothèse Mammaire Externe

PPAC : Programme Personnalisé d'Après-Cancer

PPS : Plan de Soins Personnalisé

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RE : Récepteur aux Oestrogènes

RP : Récepteur à la Progestérone

SOS : Soins oncologiques de support

TNM : Tumor Nodes Metastasis

Liste des figures

FIGURE 1 : CLASSIFICATION TNM , MARION PIÑEROS, ET AL. ESSENTIAL TNM: A REGISTRY TOOL TO REDUCE GAPS IN CANCER STAGING INFORMATION LANCET ONCOL 2019; 20: e103–11	11
FIGURE 2 : MARION PIÑEROS, ET AL. ESSENTIAL TNM: A REGISTRY TOOL TO REDUCE GAPS IN CANCER STAGING INFORMATION LANCET ONCOL 2019; 20: e103–11	12
FIGURE 3 : EXAMENS LORS DE LA DECOUVERTE D'UN CANCER DU SEIN, <i>INSTITUT NATIONAL DU CANCER (INCA), CANCER DU SEIN DU DIAGNOSTIC AU SUIVI, 2016. DISPONIBLE: URL: E.CANCER.FR</i>	15
FIGURE 4 : STRATEGIES THERAPEUTIQUES, CANCER DU SEIN DU DIAGNOSTIC AU SUIVI, INSTITUT NATIONAL DU CANCER (INCA), 2016	17
FIGURE 5 : PRINCIPAUX EFFETS INDESIRABLES EN FONCTION DE LA STRATEGIE THERAPEUTIQUE, CANCER DU SEIN DU DIAGNOSTIC AU SUIVI, INSTITUT NATIONAL DU CANCER (INCA), 2016	23
FIGURE 6 : ENTREE DANS LE PARCOURS DE SOINS : DIAGNOSTIC, CONCERTATION ET ANNONCE, PARCOURS DE SOINS D'UN PATIENT ATTEINT DE CANCER, DU DIAGNOSTIC A L'OFFICINE, A. PENNETIER ET AL., 2018.....	31
FIGURE 7 : SOLUTION RIPOSTE, PLAQUETTE D'INFORMATION, CLUB D'ESCRIME DE VANDŒUVRE-LES-NANCY, CHU-NANCY.FR.....	33
FIGURE 8 : RECOMMANDATIONS SUR L'USAGE DE LA PHYTOTHERAPIE, ACTUALITES PHARMACEUTIQUES, N° 552, S. CHABOSSEAU, S. DERBRE, JANVIER 2016.....	34
FIGURE 9 : ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT, LE PHARMACIEN D'OFFICINE EN CANCEROLOGIE, UNE COLLABORATION HORS MURS POUR UNE DELIVRANCE OPTIMALE, J. SICARD, 2017 ...	48
FIGURE 10 : REPARTITION DES PHARMACIENS EN FONCTION DE LEUR MILIEU D'EXERCICE ET DE LEUR ANNEE DE THESE	52
FIGURE 11 : NOMBRE DE PATIENTES ATTEINTE DE CANCER DU SEIN AU SEIN DES OFFICINES EN FONCTION DU MILIEU.....	53
FIGURE 12 : STADE D'INTERVENTION DU PHARMACIEN LORS DE LA PATHOLOGIE CANCEREUSE EN FONCTION DU LIEU D'EXERCICE	53
FIGURE 13 : PRESENCE D'UN ESPACE DEDIE A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTES ATTEINTES DE CANCER DU SEIN EN FONCTION DU LIEU D'EXERCICE	54
FIGURE 14 : ATTENTES DES PATIENTES ATTEINTES DE CANCER DU SEIN EN FONCTION DU LIEU D'EXERCICE	55
FIGURE 15 ; EFFETS INDESIRABLES RESENTIS PAR LA PATIENTE LORS D'UNE CHIRURGIE, EN FONCTION DU LIEU D'EXERCICE.....	56
FIGURE 16 : EFFETS INDESIRABLES RESENTIS PAR LA PATIENTE EN RADIOTHERAPIE, EN FONCTION DU LIEU D'EXERCICE.....	57
FIGURE 17 : EFFETS INDESIRABLES RESENTIS PAR LA PATIENTE SOUS CHIMIOOTHERAPIE, EN FONCTION DU LIEU D'EXERCICE.....	57

FIGURE 18 : EFFETS INDESIRABLES RESENTIS PAR LA PATIENTE SOUS HORMONOTHERAPIE, EN FONCTION DU LIEU D'EXERCICE.....	58
FIGURE 19 : EFFETS INDESIRABLES RESENTIS PAR LA PATIENTE EN THERAPIE CIBLEE, EN FONCTION DU LIEU D'EXERCICE.....	59
FIGURE 20 : THERAPIES COMPLEMENTAIRES PROPOSEES PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE POUR PALLIER AUX EFFETS INDESIRABLES, EN FONCTION DU LIEU D'EXERCICE.....	60
FIGURE 21 : DISPOSITIFS DELIVRES PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE POUR PALLIER AUX EFFETS INDESIRABLES AFFECTANT L'IMAGE CORPORELLE EN FONCTION DU LIEU D'EXERCICE	61
FIGURE 22 : THEMES ABORDES PAR LA PATIENTE AU COMPTOIR EN FONCTION DU LIEU D'EXERCICE	62
FIGURE 23 : COLLABORATION DES PHARMACIENS AVEC LES HOPITAUX EN FONCTION DU LIEU D'EXERCICE	63
FIGURE 24 : COLLABORATION DES PHARMACIENS AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE EN FONCTION DU LIEU D'EXERCICE	64
FIGURE 25 : PERCEPTION DE L'EVOLUTION DU METIER DE PHARMACIEN EN FONCTION DU LIEU D'EXERCICE	65
FIGURE 26 : DIAGRAMME DES BESOINS EN FORMATION DANS LE DOMAINE ONCOLOGIQUE POUR LE PHARMACIEN D'OFFICINE EN FONCTION DU LIEU D'EXERCICE.....	66
FIGURE 27 : TYPE D'ENSEIGNEMENT SOUHAITE PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE EN FONCTION DU LIEU D'EXERCICE	66
FIGURE 28 : HISTOGRAMME SUR L'UTILITE DE BENEFICIER DE SUPPORTS PEDAGOGIQUES EN OFFICINE DE VILLE EN FONCTION DU LIEU D'EXERCICE	67
FIGURE 29 : PRINCIPAUX FACTEURS D'INOBSERVANCE, D'APRES <i>LE ROLE DU PHARMACIEN DANS L'OBSERVANCE</i> , H. VUILLET ET JM MROZOVSKI, MAI 2019	70
FIGURE 30 : PLANTES DEVANT ETRE UTILISEES AVEC PRECAUTION, CANCER DU SEIN : RECOMMANDATIONS SUR L'USAGE DE LA PHYTOTHERAPIE, S. CHABOSSEAU ET S. DERBRE, JANVIER 2016.....	74
FIGURE 31 : CANCER DU SEIN : RECOMMANDATIONS SUR L'USAGE DE LA PHYTOTHERAPIE, S. CHABOSSEAU ET S. DERBRE, JANVIER 2016.....	74
FIGURE 32 : LA PRISE EN CHARGE PRECOCE DES EFFETS SECONDAIRES EN ONCOLOGIE PAR UNE ALIMENTATION DEDIEE, P. POUILLARD ET C. BATTU, MAI 2018.....	77
FIGURE 33 : LA PRISE EN CHARGE PRECOCE DES EFFETS SECONDAIRES EN ONCOLOGIE PAR UNE ALIMENTATION DEDIEE, P. POUILLARD ET C. BATTU, MAI 2018.....	78

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : NOMBRE DE CAS PAR CLASSE D'AGE EN FRANCE EN 2018 (1).....	10
TABLEAU 2 : FACTEURS DE RISQUE DE CANCER DU SEIN D'APRES TUMEUR DU SEIN, LA REVUE DU PRATICIEN/VOL 67, NOVEMBRE 2017	13
TABLEAU 3 : CLASSIFICATION ACR (9,70).....	36
TABLEAU 4 : AVANTAGES ET INCONVENIENTS DU DEPISTAGE ORGANISE, (67)	36
TABLEAU 5 : CLASSIFICATION DES EXAMENS A REALISER LORS DU DEPISTAGE INDIVIDUEL CHEZ LES FEMMES A RISQUE ELEVE DE CANCER DU SEIN, D'APRES HAS/SERVICE EVALUATION ECONOMIQUE ET SANTE PUBLIQUE/MARS 2014.....	42
TABLEAU 6 : PRECISIONS SUR LES ATTENTES DES FEMMES ATTEINTES DE CANCER DU SEIN	55
TABLEAU 7 : PRINCIPAUX EFFETS INDESIRABLES ET QUELQUES CONSEILS (33,114,115).....	80

Liste des annexes

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE AUPRES DES PHARMACIENS D'OFFICINE.....	99
ANNEXE 2 : BROCHURE DEPISTAGE DES CANCERS DU SEIN : S'INFORMER ET DECIDER (SITE DU CESPHEM).....	105
ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE PRESCRIPTION D'UNE PROTHESE MAMMAIRE EXTERNE (SITE AMELI).....	107
ANNEXE 4 : SOIREE THEMATIQUE « REGARDS CROISES SUR LA PRISE EN CHARGE DU CANCER DU SEIN »	108

Introduction

Le cancer du sein est la tumeur maligne la plus fréquente dans la population féminine : près d'une femme sur huit développera un cancer du sein au cours de sa vie. Malgré un diagnostic précoce et des progrès thérapeutiques significatifs, cette maladie demeure la première cause de mortalité féminine par cancer. Toutefois, l'évolution des protocoles de soin génère peu à peu une chronicité de cette affection et une nécessaire mutation des modalités d'accompagnement.

Cette pathologie très complexe représente un groupe de tumeurs très hétérogènes. L'annonce du diagnostic de cancer du sein représente une rupture importante dans le parcours de vie pour la patiente elle-même mais aussi pour son entourage. En effet, le corps mais aussi le psyché sont particulièrement éprouvés, par conséquent les équilibres psycho-sociaux et la qualité de vie de la personne malade sont bouleversés.

Le cancer du sein est une atteinte directe à la féminité aux multiples impacts. Aussi, la patiente a besoin d'un accompagnement personnalisé prenant en compte tous les aspects de sa situation. Un accompagnement pluridisciplinaire est nécessaire tout au long du parcours de soins. Le pharmacien d'officine, acteur de santé de proximité, occupe une place centrale dans le parcours de soins de la patiente atteinte d'un cancer du sein. En effet, au-delà de son rôle spécialisé dans la délivrance médicamenteuse, le pharmacien d'officine est un acteur de santé fondamental de par son accessibilité et sa disponibilité. Il se doit de proposer un accompagnement spécifique où empathie, écoute, soutien et conseils sont primordiaux.

Dans une première partie, nous aborderons les connaissances pré-requises, tant sur le plan médical que psychologique afin que le pharmacien d'officine assure un accompagnement de qualité des femmes atteintes de cancer du sein.

La seconde partie sera dédiée à la présentation des résultats d'une enquête effectuée auprès de trente professionnels exerçant en officine. Cette étude a pour principal objectif d'évaluer la place actuelle du pharmacien dans l'accompagnement non médicamenteux de la femme atteinte du cancer du sein. Par ailleurs, nous souhaitons préciser si la formation reçue dans le cursus universitaire paraissait en adéquation avec la fonction spécifique du pharmacien dans le cadre de cette pathologie et quelles étaient les attentes des pharmaciens en terme de formation.

Une troisième partie sera consacrée à la discussion qui nous permettra de préciser le rôle du pharmacien d'officine à travers les réponses au questionnaire, les difficultés rencontrées dans l'exercice, de repérer les axes d'amélioration de la prise en charge et, au-delà, de proposer des actions concrètes et des pistes de réflexion.

I. Le cancer du sein

Tout pharmacien d'officine est amené à dispenser des traitements anticancéreux et à jouer un rôle privilégié dans l'accompagnement des patientes atteintes de cette pathologie grave, au pronostic variable selon la localisation et le stade d'évolution. Une bonne connaissance de la maladie tant sur le plan somatique que psychologique apparaît indispensable pour assurer un accompagnement de qualité. Nous proposons dans cette première partie d'aborder les notions actuelles sur le cancer du sein, les différentes stratégies thérapeutiques proposées et les soins de supports. Les campagnes de dépistage développées depuis l'année 2004 et la controverse actuelle autour de cette démarche seront également abordées, d'autant plus que le pharmacien d'officine est un acteur incontournable dans les actions de prévention quelle que soit la pathologie. Enfin, nous insisterons tout au long de cette approche théorique sur l'aspect psychologique, le vécu de cette pathologie et son retentissement psycho-socio-familial.

1.1 Epidémiologie

Responsable de 12 000 décès par an en France, le cancer du sein est la première cause de mortalité par cancer chez la femme (18% des causes de décès par cancer chez la femme en 2018), avec un âge médian au moment du décès de 74 ans. (1)

Avec 58 459 nouveaux cas en 2018, le cancer du sein se propulse au deuxième rang des cancers les plus fréquents si on considère l'ensemble de la population et au premier rang si l'on cible uniquement les personnes de sexe féminin (31 % des cancers féminins). (1)

L'incidence du cancer du sein connaît une augmentation d'environ +1,1% par an depuis 1990, et le nombre de cas a doublé entre 1990 et 2018. Ceci s'explique, en partie, par l'augmentation de la population et son vieillissement. En effet, si le taux d'incidence augmente dès l'âge de 30 ans, il est maximal à 70 ans. L'âge médian de dépistage se situe à 63 ans. (1)

Il convient de préciser que l'incidence reste importante au delà de 74 ans comme en témoignent les chiffres du tableau suivant alors que les campagnes de dépistage ne sont proposées qu'aux femmes âgées de 55 ans à 74 ans.

Age (an)	<40	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	>74
Nombre	2932	3386	5784	6318	5864	6717	8187	6719	12552

Tableau 1 : Nombre de cas par classe d'âge en France en 2018 (1)

En 2018, 12146 femmes sont décédées d'un cancer du sein. L'âge moyen de décès est de 74 ans. Une diminution de la mortalité est observée depuis 2010, plus spécifiquement chez les femmes de moins de 60 ans. (1)

Cette diminution de la mortalité observée depuis une quarantaine d'années pourrait s'expliquer par une prise en charge plus précoce et par les progrès thérapeutiques. (2)

La survie globale est de 87% à 5 ans et 78% à 10 ans avec cependant des disparités selon les tranches d'âge. Les meilleurs taux de survie touchent la tranche d'âge des patientes âgées de 45 à 54 ans (93% de survie à 5 ans et 86% à 10 ans).

En revanche , il est plus faible chez les sujets de 75 ans et plus (76% à 5 ans, 64% à 10 ans).(1)

1.2 Classification TNM

Le système TNM (Tumor, Node, Metastasis) a été développé en 1940 par un chirurgien français mais n'a été utilisé réellement qu'à partir des années 1980. Depuis, il a fait l'objet de nombreuses réactualisations au fur et à mesure de l'avancée des connaissances (3).

La dernière version date de 2018. Cette classification, reprise par toutes les sociétés savantes internationales, permet une description précise de la pathologie cancéreuse, en prenant en compte plusieurs critères comme la taille de la tumeur, l'atteinte ganglionnaire et la présence de métastases. Cette classification est déterminante dans la stratégie thérapeutique.

Pour apporter plus de précisions, chaque catégorie T, N, M est subdivisée en groupe ou stade permettant d'adopter des traitements appropriés en fonction de la gravité et d'homogénéiser des groupes de patients dans le cadre de la recherche, notamment en thérapeutique.

	Codes		Essential TNM stages and stage groups	
Metastasis (M)				
Presence of distant metastasis	M+	NA	Distant metastasis	IV
Absence of distant metastasis	M-	NA	No distant metastasis	NA
Nodes (N)				
Presence (and extent) of regional lymph nodes	R+	R2	Regional extensive	IV/III
Presence (and extent) of regional lymph nodes	R+	R1	Regional limited	III/II
Absence of regional lymph nodes	R-	NA	No involvement of nodes	NA
Tumour (T)				
Extent of the primary tumour	A	A2	Localised advanced	III/II
Extent of the primary tumour	A	A1	Localised advanced	III/II
Extent of the primary tumour	L	L2, L1	Localised limited	IV/I
TNM=Tumour, Node, Metastases. R=regional nodes. A=advanced extension. L=localised extension. NA=not applicable.				
Table 2: Essential TNM components, codes and stage groups				

Figure 1 : Classification TNM , Marion Piñeros, et al. Essential TNM: a registry tool to reduce gaps in cancer staging information Lancet Oncol 2019; 20: e103–11

Le schéma suivant illustre l'intérêt de cette classification appliquée au cancer du sein :

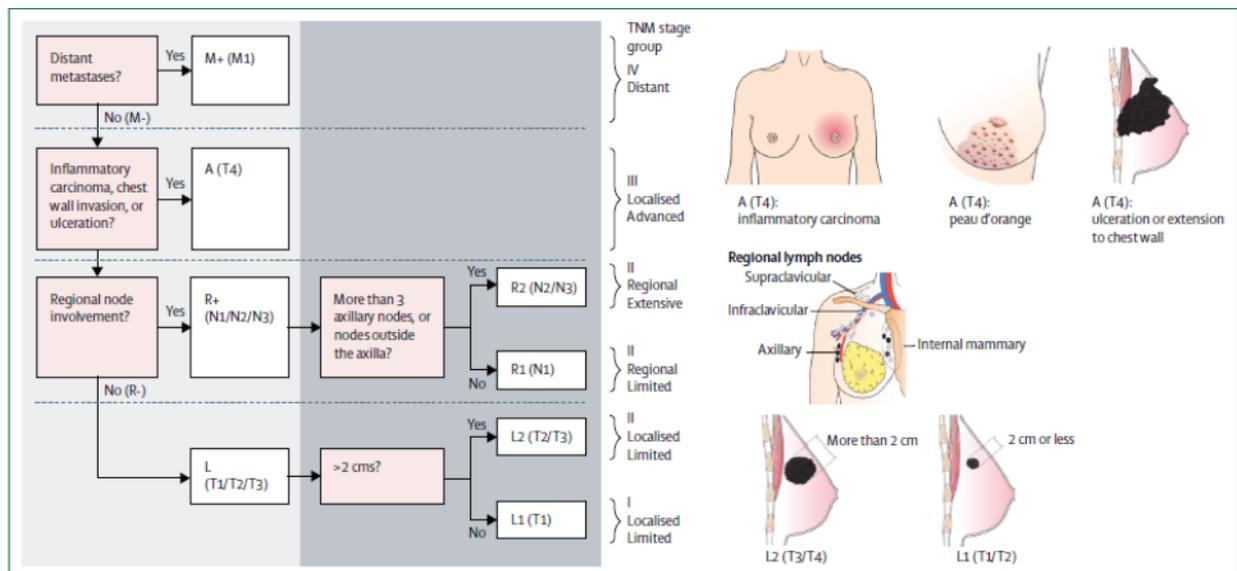


Figure 1: Breast cancer Essential TNM flowchart
Flowchart adapted from Brierley et al^a and anatomical images adapted from Wittekind et al^b by permission of Wiley. TNM= Tumour, Node, Metastasis. R=regional nodes. A=advanced extension. L=localised extension.

Figure 2 : Marion Piñeros, et al. Essential TNM: a registry tool to reduce gaps in cancer staging information Lancet Oncol 2019; 20: e103–11

En 2018, dans la huitième édition de la classification TNM sous l'égide de l'UICC (Union for International Cancer Control) et de l'AJCC (American Joint Committee on Cancer), des facteurs biologiques et des facteurs d'expression génique se sont ajoutés aux critères anatomiques traditionnels (4)

La prise en charge et le protocole thérapeutique vont s'inscrire dans une réflexion qui prendra en compte de nombreux critères : la nature histologique de la tumeur et son grade selon des classifications précises, la taille, l'existence de métastases, le statut ganglionnaire, les récepteurs hormonaux, les statuts immunohistochimiques des récepteurs aux œstrogènes (RE), à la progestérone (RP) et HER2 (human epidermal growth factor receptor 2) qui sont des facteurs prédictifs de réponse aux thérapies ciblées (5,6),

La complexité du choix du protocole de soins adapté à chaque patient impose une approche pluridisciplinaire et une décision collégiale au cours d'une réunion de concertation appelée communément "RCP" (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire).

1.3 Facteurs de risques

Les facteurs de risque ne sont pas des marqueurs prédictifs de l'apparition du cancer du sein : une personne présentant un ou plusieurs facteurs de risque ne développera pas obligatoirement le cancer du sein et inversement, une personne ne présentant pas de facteurs de risque identifiés pourra développer le cancer du sein. (7)

Dans ce tableau sont regroupés les principaux facteurs de risque classiquement décrits :

Age	▪ > 50 ans
Sexe	▪ Féminin versus masculin
Facteurs hormonaux	▪ Puberté précoce (<12 ans) ▪ Ménopause tardive (> 52 ans) ▪ Nulliparité ou première grossesse > 35 ans ▪ Absence d'allaitement ▪ Durée de traitement hormonal substitutif de la ménopause >5 ans
Facteurs histologiques	▪ Antécédents de cancer du sein infiltrant et/ou de carcinome canalaire in situ, d'hyperplasie épithéliale atypique, de carcinome lobulaire in situ ▪ Obésité
Facteurs Familiaux	▪ Antécédents familiaux de cancer du sein
Antécédents personnels	▪ Irradiation thoracique
Facteurs génétiques	▪ Mutation BRCA 1 et BRCA 2 ▪ Autres gènes de prédisposition (PALB2, TP53,...)
Mode de vie et environnement	▪ Sédentarité ▪ Alimentation riche en graisse ▪ Alcool et tabac ▪ Exposition à des polluants

Tableau 2 : facteurs de risque de cancer du sein d'après tumeur du sein, la revue du praticien/vol 67, Novembre 2017

L'âge et le sexe sont les facteurs de risque principaux : le cancer du sein chez l'homme est très rare.

Il est important de souligner que certains facteurs de risque sont modifiables comme par exemple, la consommation d'alcool, la sédentarité, l'obésité,... Ces facteurs peuvent donc faire l'objet de mesures préventives et seront mis en avant dans les campagnes de prévention. (8). Néanmoins, bien des questions demeurent sur ces différents facteurs de risque et comme le souligne M. Espié et al. "*il faut garder en mémoire que la grande majorité des patientes qui développent un cancer du sein n'ont pas de facteur de risque actuellement connu*" (1).

1.4 Diagnostic

1.4.1 Circonstances de découverte

Dans la grande majorité des cas (90%), un diagnostic est établi alors que la patiente est asymptomatique. La présence de signes d'appels cliniques est plus rare. (9)

Parmi les signes cliniques pouvant faire suspecter une anomalie, on retrouve par exemple :

- écoulement mammelonnaire
- grosseur, œdème, chaleur
- rétraction du mamelon
- Aspect peau d'orange du sein
- Méplat
- Asymétrie mammelonnaire
- ... (9,10)

1.4.2 Démarche diagnostique

Lors de la suspicion d'un cancer du sein, plusieurs bilans sont nécessaires. A l'examen clinique s'ajoutera un interrogatoire où l'on va aller à la recherche d'une asthénie, d'une perte pondérale, de douleurs osseuses sélectives qui pourraient faire suspecter des métastases osseuses.

L'imagerie comportera une mammographie et échographie des seins et des creux axillaires à la recherche de calcifications et de nodules.

En cas de résultats positifs, un bilan d'extension est nécessaire pour la recherche de métastases.

Une biopsie avec analyse histologique et immunohistologique est indispensable pour le choix des stratégies thérapeutiques.

On distingue 2 familles de cancer du sein :

- Le cancer intracanalair ou in situ : le traitement de référence repose sur l'exérèse chirurgicale suivie d'une radiothérapie
- Le cancer infiltrant: les stratégies thérapeutiques seront conditionnées par différents facteurs et notamment l'expression des récepteurs à l'œstrogène, à la progestérone et la surexpression des HER2 (9)

Le tableau suivant, proposé par l'institut national du cancer (INCa), en concertation avec la Haute autorité de la santé (HAS), résume les différents examens lors de la découverte d'un cancer du sein (8,11,12)

CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE DU CANCER DU SEIN	
Dépistage d'un cancer asymptomatique (90 % des cas)	
Éléments cliniques évocateurs (10 % des cas)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tumeur mammaire ■ Peau : rétraction ou inflammation ■ Mamelon : écoulement spontané, maladie de Paget ■ Adénopathie axillaire
Métastases	■ Osseuses, hépatiques, pulmonaires, cérébrales...
INTERROGATOIRE DEVANT UNE SUSPICION DE CANCER DU SEIN	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Appréciation du potentiel évolutif de la tumeur (évolution rapide, signes inflammatoires locaux) ■ Prise de traitement hormonal (y compris stérilet hormonal) ■ Statut ménopausique ■ Antécédents personnels et familiaux de cancer (en particulier sein et ovaire) 	
<p>Dans 5 à 10 % des cas, le cancer du sein est lié à une prédisposition génétique qui nécessite une approche spécifique. Le plus souvent, les mutations portent sur des gènes appelés BRCA1 et BRCA2. La mutation</p>	
<p>de ces gènes augmente le risque de développer un cancer du sein à un âge jeune (avant la ménopause), un cancer du sein bilatéral et un cancer de l'ovaire essentiellement à partir de 40 ans (3).</p>	
EXAMEN CLINIQUE DEVANT UNE SUSPICION DE CANCER DU SEIN	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Caractéristiques de la tumeur : palpable ou non, topographie, taille par rapport au volume du sein (qualifié en 80B par exemple.) ■ Mobilité et examen du revêtement cutané, de l'aréole et du mamelon ■ Aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires ■ Recherche de signes d'appel de localisation métastatique 	
BILAN INITIAL DEVANT UNE SUSPICION DE CANCER DU SEIN	
Mammographie bilatérale (CR en classification BI-RADS de l'ACR)	■ Systématique
Échographie mammaire bilatérale	■ En cas de mammographie non informative ou d'image douteuse ou de seins denses
Biopsie percutanée mammaire (microbiopsie pour des masses ou opacités suspectes, macrobiopsie pour des foyers de microcalcifications)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Systématique en cas d'images ACR 4 ou ACR 5 pour confirmer le diagnostic et préciser notamment le statut des récepteurs hormonaux (oestrogènes, progestérone) et le statut HER2 ■ Discuté en cas d'images ACR 3
Exploration échographique axillaire	■ Réalisée lors de l'échographie mammaire ou lors de la biopsie mammaire
<p>L'IRM mammaire est réservée à des situations cliniques bien identifiées et appréciées en milieu spécialisé (pour en savoir plus, « Dépistage et prévention du cancer du sein. Actualisation du référentiel des pratiques de l'examen périodique de santé. » HAS, page 18).</p>	

Figure 3 : Examens lors de la découverte d'un cancer du sein, *Institut National du Cancer (INCa), Cancer du sein du diagnostic au suivi, 2016. Disponible: URL: e.cancer.fr*

1.5 Stratégies thérapeutiques du cancer du sein

Au terme des différentes investigations, il sera nécessaire de définir une stratégie thérapeutique adaptée à chaque sujet.

La prise en charge thérapeutique des cancers du sein repose sur la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, l'hormonothérapie et les thérapies ciblées. (8,11,13,14)

La stratégie thérapeutique envisagée est discutée lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). La HAS définit précisément l'organisation d'une RCP : « Une RCP à visée diagnostique ou thérapeutique doit se faire en présence d'au moins 3 médecins de spécialités différentes intervenant auprès des patients atteints de cancer, permettant d'avoir un avis pertinent sur toutes les procédures envisagées. Dans le cas contraire, le dossier doit être représenté avec le spécialiste manquant dans les plus brefs délais. La présence du médecin traitant du patient est sollicitée, mais n'est pas obligatoire. » (15)

A l'issue de cet échange entre professionnels de santé, un plan de soins personnalisé (PPS) est défini. Ce dernier fixe les différentes étapes de la prise en charge, la séquence d'administration et les délais des différents traitements.

Ce PPS est ensuite proposé à la patiente par son médecin référent et sera mis en oeuvre en fonction du consentement de celle-ci. (11,13,14)

Les objectifs de ces traitements sont les suivants (16) :

- conduire un programme de soins adapté au stade de la pathologie cancéreuse tout en respectant les volontés de la patiente
- restreindre les risques de complications et séquelles induites par les thérapeutiques
- garantir et préserver la qualité de vie de la patiente (notamment par le recours aux soins de support)

1.5.1 Le carcinome canalaire in situ

Découverts suite à une anomalie radiologique dans 90% des cas, les carcinomes canauxaires in situ représentent la plus grande forme de cancer in situ du sein (90% des cancers in situ) et 15% des cancers du sein dépistés.

De bon pronostic, avec un taux de survie de 95% à 10 ans, on observe cependant des récurrences dans 15% des cas.

Des recommandations de prise en charge, éditées en 2009, ont fait l'objet de réactualisation en 2015. A l'initiative de l'INCa, elles font suite à des questionnements sur la possibilité de surdiagnostic ou de traitement de lésions cancéreuses qui n'auraient peut-être pas évoluées. L'objectif était d'harmoniser les pratiques lors de la découverte de microcalcifications à la mammographie en fonction des connaissances actuelles. (17)

Actuellement, le traitement repose sur une chirurgie mammaire (chirurgie mammaire totale ou conservatrice en fonction des situations avec reconstruction mammaire immédiate proposée). La radiothérapie est proposée selon le geste chirurgical : elle est préconisée après traitement chirurgical conservateur mais pas en cas de mastectomie totale. (17,18)

1.5.2 Le carcinome infiltrant et/ou métastatique

La stratégie thérapeutique du carcinome infiltrant dépendra de nombreux critères comme le volume de la tumeur, l'existence de métastases, l'expression ou non des récepteurs hormonaux...

La chirurgie reste indiquée dans la grande majorité des cas, associée à une reconstruction mammaire, soit dans le même temps opératoire, soit secondairement. (9)

Un projet de soins est proposé à la patiente au cours d'un entretien dédié appelé « consultation d'annonce » suite à la RCP.

Le schéma suivant proposé par l'INCa résume les différentes approches thérapeutiques possibles qui seront adaptées en fonction de chaque situation.

STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES				
Traitements	Cancer infiltrant	Cancer métastatique		
Traitement néoadjuvant (précédant la chirurgie) chimiothérapie conventionnelle +/- thérapie ciblée anti-HER2, hormonothérapie	Si cancer volumineux ou inflammatoire	Pas d'indication		
Chirurgie mammaire	Choix en fonction de la tumeur, du volume du sein et de l'avis de la patiente entre :	Si rémission de la maladie métastatique. Décision au cas par cas.		
	<table border="1"> <tr> <td>Mastectomie partielle (tumorectomie)</td> <td>Mastectomie totale, avec possibilité de reconstruction mammaire, immédiate ou le plus souvent différée</td> </tr> </table>		Mastectomie partielle (tumorectomie)	Mastectomie totale , avec possibilité de reconstruction mammaire , immédiate ou le plus souvent différée
Mastectomie partielle (tumorectomie)	Mastectomie totale , avec possibilité de reconstruction mammaire , immédiate ou le plus souvent différée			
Geste chirurgical axillaire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Soit technique du ganglion sentinelle, suivie éventuellement d'un curage axillaire ■ Soit curage axillaire (8 à 10 ganglions) d'emblée 			
Radiothérapie	<table border="1"> <tr> <td>Mammaire (+/- surimpression du lit tumoral) +/- ganglionnaire</td> <td>Paroi thoracique, selon les facteurs de mauvais pronostic associés +/- ganglionnaire</td> </tr> </table>	Mammaire (+/- surimpression du lit tumoral) +/- ganglionnaire	Paroi thoracique , selon les facteurs de mauvais pronostic associés +/- ganglionnaire	Si rémission de la maladie métastatique. Décision au cas par cas.
Mammaire (+/- surimpression du lit tumoral) +/- ganglionnaire	Paroi thoracique , selon les facteurs de mauvais pronostic associés +/- ganglionnaire			
Chimiothérapie conventionnelle (notamment anthracyclines et taxanes), thérapies ciblées (anti-HER2, anti-VEGF)	Indication et choix des traitements en fonction des facteurs pronostiques et des facteurs prédictifs de réponse aux traitements	Oui		
Hormonothérapie (notamment anti-oestrogènes et inhibiteurs de l'aromatase)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Si la tumeur exprime au moins un des deux récepteurs hormonaux. ■ Pendant une durée d'au moins 5 ans 			

Figure 4 : Stratégies thérapeutiques, Cancer du sein du diagnostic au suivi, Institut National du Cancer (INCa), 2016

1.6 Traitements adjuvants

1.6.1 La chimiothérapie

La chimiothérapie fait suite à la chirurgie. Elle a pour objectif d'éliminer d'éventuelles cellules tumorales non détectées et de prévenir des rechutes.

Les classes des anthracyclines et des taxanes sont privilégiées. (19,20)

Ces molécules ont une action sur l'ADN par 2 mécanismes :

- **action indirecte** : la molécule agit sur la synthèse de l'ADN en inhibant de la synthèse des acides nucléiques (antimétabolites) ou en perturbant la formation du fuseau mitotique au moment de la division cellulaire (taxanes) (21)
- **action directe** : la molécule induit des modifications de la structure de l'ADN : (anthracyclines) (21)

Le but de ces thérapies cytotoxiques est donc d'induire la mort des cellules à développement rapide (les cellules tumorales). Toutefois, elles manquent souvent de sélectivité à l'origine de nombreuses complications. (21) En effet, ces traitements entraînent des effets indésirables fréquents, comme une cardiotoxicité, toxicité hématologique, dépression médullaire, alopecie, troubles digestifs, douleurs musculaires paresthésies....(19,20)

Les anthracyclines ont la spécificité d'avoir à la fois une toxicité aiguë et chronique :

- La toxicité aiguë est imprévisible, n'est pas dose dépendante et se manifeste dans les 48 heures après l'injection d'anthracyclines par des troubles du rythme cardiaque ou une cardiomyopathie. Un ECG est indispensable avant administration d'anthracyclines.
- La toxicité chronique, irréversible se traduit par une cardiomyopathie ou une insuffisance cardiaque. La toxicité spécifique sur le plan cardiaque a conduit à définir une dose cumulative seuil à ne pas dépasser, définie pour chaque anthracycline. (22)

A noter également, sans caractère de gravité une coloration rouge des urines qui peut inquiéter la patiente en l'absence d'information.

Les anthracyclines entraînent également une chute des cheveux, complication redoutée avec un retentissement psychologique, social et esthétique sévère. On peut observer également une chute des cils et des sourcils ainsi qu'une dépilation axillaire et pubienne. Réversible dans la très grande majorité des cas, la repousse survient dans les 3 à 6 mois après la dernière cure de chimiothérapie avec cependant possibilité de modification de texture et de couleur des cheveux. L'alopecie est un effet secondaire particulièrement mal vécu, qui ne peut échapper au regard des autres, et perçu comme une atteinte à la féminité, à sa propre image dans un contexte de fragilité. (23)

L'information et l'accompagnement par les différents professionnels sont essentiels et comme le souligne C.Battu (23), « *Le patient est souvent en quête d'informations sur sa maladie et son traitement.....Les patients préfèrent que le pharmacien évoque l'alopecie ou la modification des cheveux et des poils, et bien sûr la façon dont ils peuvent la gérer, plutôt que la subir.Il est donc important de favoriser le dialogue, de susciter l'identification des barrières et des difficultés auxquelles le patient va devoir faire face* ».

L'accompagnement dans les techniques d'auto-maquillage est une mission qui peut être proposée à l'officine, essentielle en terme d'image de soi pour la patiente et pour affronter le regard d'autrui. (24)

1.6.2 L'hormonothérapie

Le lien entre exposition aux œstrogènes endogènes et exogènes est bien établi et les traitements anti-œstrogènes restent un traitement majeur pour les cancers du sein avec un score positif aux récepteurs oestrogéniques (RE +). L'objectif est d'assurer une privation d'exposition aux œstrogènes car le risque majeur d'un cancer du sein RE positif est la récurrence pouvant survenir très tardivement. (25)

Chez la femme non ménopausée, le traitement de référence est le tamoxifène, modulateur sélectif des récepteurs aux œstrogènes.

Chez la femme ménopausée, le traitement de référence repose sur le tamoxifène ou un inhibiteur de l'aromatase qui inhibe la transformation des androgènes surrénaliens en œstrogènes.

Plus récemment des études ont été menées sur l'intérêt de la suppression de la fonction ovarienne par des analogues de la LHRH (luteinizing hormone-releasing hormone) en association avec un traitement par tamoxifène ou un inhibiteur de l'aromatase, en d'autres termes une castration chimique.

Des études tendent à montrer l'intérêt de l'association tamoxifène/analogues de la LHRH chez la femme non ménopausée et il n'est pas exclu que les recommandations concernant l'hormonothérapie des cancers du sein RE positif évoluent prochainement (26).

La durée du traitement par hormonothérapie est de 5 ans mais des interrogations demeurent sur l'intérêt de le poursuivre au-delà. Pour le traitement par analogue LHRH, la durée n'est pas établie précisément. (25,26)

Si l'hormonothérapie a un intérêt évident sur le plan carcinologique, son retentissement sur la qualité de vie des patientes est important, comme le montre une étude récente (27). Celle-ci a inclus 4262 patientes atteintes d'un cancer du sein localisé, suivies pendant 2 ans.

L'objectif de cette étude était d'évaluer la qualité de vie des sujets avec des échelles spécifiques à l'annonce du diagnostic, avant le traitement chirurgical et 2 ans après. Trois quart des patientes ont bénéficié d'une hormonothérapie.

Cette étude montre une dégradation globale de la qualité de vie deux ans après le cancer et celle-ci apparaît plus importante chez les femmes ménopausées sous hormonothérapie. Ces résultats sont importants car la durée des traitements par hormonothérapie tend à être prolongé au-delà de 5 ans et soulignent bien la nécessité d'un accompagnement pour une thérapie peut-être banalisée.

En revanche, une autre étude (28), certes moins ambitieuse puisque menée auprès d'un nombre nettement moins important de patientes (428) ne corrobore pas exactement les résultats de la précédente. Cela montre bien les difficultés d'évaluation de la qualité de vie selon les critères retenus. Dans cette étude, les patientes étaient globalement satisfaites de l'accompagnement et des informations communiquées en terme d'effets secondaires. Elle n'a pas trouvé de lien entre le score de satisfaction et l'observance au traitement. Dans ce travail, les auteurs insistent sur l'importance de la relation oncologue-patiente qui a un impact sur le vécu de la pathologie et des effets secondaires induits par les traitements. L'accompagnement adapté à chaque patiente est essentiel. Et les auteurs de conclure *"il apparaît important de développer des outils adaptés à l'évaluation de la prise en charge des patients en ambulatoire avec une évaluation des pratiques hospitalières mais également ambulatoires (médecin traitant, pharmacien d'officine). En effet, depuis l'essor des thérapies anticancéreuses orales, une adaptation des organisations hospitalières et ambulatoires est nécessaire pour garantir la dispensation de soins de haute qualité."*(28)

1.6.3 Les thérapies ciblées

Le manque de sélectivité des chimiothérapies et leur toxicité ainsi que la meilleure connaissance des mécanismes de la cancérogénèse ont mené au développement de nouveaux traitements anticancéreux : "les thérapies ciblées anticancéreuses" qui agissent sur les anomalies moléculaires des cellules cancéreuses ou sur la cancérogénèse. (29)

La thérapie ciblée a été définie par la société américaine de cancérologie NCI (Nationale Cancer Institute) *"comme un médicament ou une substance bloquant la croissance et la propagation du cancer en interférant avec des molécules spécifiques impliquées dans la croissance et la propagation tumorale "* (30)

Les thérapies ciblées ont débuté il y a une dizaine d'année. Si la guérison est peu fréquente avec ces traitements, ils ont apporté un net bénéfice en terme de survie chez les patientes avec métastases. Le trastuzumab est le premier anticorps développé visant le HER2 avec un bénéfice démontré. L'intérêt de ces thérapies est d'agir sur la cancérogénèse et sur la spécificité des cellules tumorales. (31)

Les thérapies ciblées appartiennent aux classes :

- des anticorps monoclonaux
- des inhibiteurs des protéines kinases

Ces traitements ne sont pas dénués d'effets secondaires variables selon les classes médicamenteuses et susceptibles d'entraîner un retentissement sur la qualité de vie. (32)

1.7 Les complications des traitements et effets indésirables

1.7.1 Les principaux effets indésirables

Il paraît bien difficile d'établir une liste exhaustive des différentes complications et effets indésirables des médicaments. Sur le plan chirurgical, des complications peuvent survenir précocement dans les suites du geste opératoire ou plus à distance comme le lymphoedème, complication spécifique de la chirurgie du sein. Le geste opératoire et les conséquences potentielles induites varient en fonction de la taille de la tumeur, de sa localisation et ne peuvent être décrites spécifiquement...

Quant à la radiothérapie, des complications cutanées peuvent survenir et les conseils du pharmacien seront particulièrement utiles. Quelques-uns pourront être rappelés comme le soulignent S.Lemoine et S. Faure (33) :

- *"Privilégier les douches rapides et pas trop chaudes ;*
- *Utiliser des produits n'asséchant pas la peau (savon surgras ou syndet)*
- *Sécher sans frotter et éviter de gratter, ne pas effacer les "marquages" au niveau de la peau*
- *Porter des vêtements en coton amples*
- *Bien hydrater la peau mais stopper toute application dans les quatre heures précédant la séance*
- *Eviter toute exposition au soleil la première année qui suit le traitement et appliquer une crème solaire IP50+*
- *Utiliser uniquement un rasoir électrique*
- *Eviter d'appliquer parfums et déodorants*
- *Proscrire tout traitement sans avis médical car certains médicaments photosensibilisants augmentent la sensibilité aux radiations ionisantes" (33)*

L'INCa a proposé un résumé des complications rencontrées dans le cadre d'un cancer du sein, complications suite au geste chirurgical, aux différents traitements médicamenteux dans les tableaux suivants et à la radiothérapie. (11)

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS DU CANCER DU SEIN

Principaux effets indésirables	Conduite à tenir
CHIRURGIE MAMMAIRE	
Troubles de la cicatrisation, hématomes, infections, phlyctènes par pansements trop ajustés	<ul style="list-style-type: none"> ■ Avis chirurgical demandé en cas de doute, au moins par téléphone ■ Surveillance, soins infirmiers, antibiothérapie, drainage si nécessaire par le chirurgien
Douleurs et raideur de l'épaule	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antalgiques, mobilisation précoce de l'épaule
Altération de l'image corporelle, syndrome anxio-dépressif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consultation psychologique
Sérome mammaire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ponction si symptomatique ■ Avis chirurgical si douleurs, inflammation locale, compression
CURAGE GANGLIONNAIRE	
Lymphoedème	<ul style="list-style-type: none"> ■ Information sur les mesures de précaution, ■ +/- compression (manchon), drainage lymphatique, cure thermique
Lymphocèle axillaire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ponction si symptomatique ■ Avis chirurgical si douleurs, inflammation locale, compression
Brides lymphatiques axillaires	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prévention par hydratation et par émoullients ■ Kinésithérapie précoce
RADIOTHÉRAPIE (6)	
Radioépithélite dont le premier grade est l'érythème cutané (à partir de la troisième semaine, diminution un mois après la radiothérapie), desquamation humide au niveau du sillon sous mammaire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Application de crème hydratante après la séance de radiothérapie (pas d'application de crème avant la séance)
Lymphoedème	<ul style="list-style-type: none"> ■ Information sur les mesures de précaution ■ +/- compression (manchon), drainage lymphatique, cure thermique
Exceptionnel oedème du sein	<ul style="list-style-type: none"> ■ Avis du radiothérapeute
Douleurs proportionnelles à l'oedème du sein	<ul style="list-style-type: none"> ■ Éviter les vêtements trop serrés, prescription d'antalgiques (paracétamol)
Asthénie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Repos, bilan étiologique : anémie, dénutrition, dépression, etc.

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS DU CANCER DU SEIN	
Principaux effets indésirables	Conduite à tenir
CHIMIOTHÉRAPIE CONVENTIONNELLE ET THÉRAPIES CIBLÉES (4)	
Toxicité digestive	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antiémétiques lors des cures et des périodes d'inter-cures à domicile, antidiarrhéiques
Toxicité hématologique (anémie, neutropénie, thrombopénie)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prescription initiale hospitalière de facteurs de croissance possible selon les protocoles et les facteurs de risques. Sauf cas très particuliers, les facteurs de croissance ne sont pas prescrits une fois la neutropénie installée ■ Si T° > 38,5°C : NFS et antibiothérapie jusqu'à la sortie d'agranulocytose. Hospitalisation si mauvaise tolérance ou signes de localisation
Stomatite	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prévention par une bonne hygiène buccodentaire ■ Soins de bouche à base de bicarbonate de sodium 5 à 6 fois par jour ■ +/- prescription d'antimycosique, de lidocaïne (gel)
Alopécie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prothèse capillaire
Asthénie (parfois d'apparition soudaine)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Repos, conseils hygiéno-diététiques, activité physique adaptée (2)
Toxicité cardiovasculaire pouvant être potentialisée en cas d'irradiation thoracique ou d'exposition cumulée aux différents produits et selon le terrain du patient	<ul style="list-style-type: none"> ■ Suivi rapproché et conforme aux précautions d'utilisations prévues dans le résumé des caractéristiques des différentes molécules ■ Cette toxicité est souvent retardée de plusieurs années
Toxicité unguéale (pieds et mains)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prévention par application de vernis hydratant (non remboursé)
Toxicité neurologique périphérique (paresthésies avec troubles de la sensibilité, pouvant être irréversibles)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antalgiques
Toxicité ovarienne <ul style="list-style-type: none"> ■ aménorrhée temporaire ■ infertilité liée à une baisse de la réserve ovarienne ■ ménopause précoce avec une symptomatologie plus intense et une ostéoporose accélérée 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Avis spécialisé
HORMONOTHÉRAPIE (4)	
Troubles vasomoteurs	
Accident thromboembolique (anti-oestrogènes)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Arrêt du traitement anti-oestrogène ■ Traitement anti-coagulant, contention veineuse
Arthralgies (inhibiteurs de l'aromatase)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Optimisation du traitement antalgique ■ Pause thérapeutique possible pendant un mois avant avis oncologique ■ Relais thérapeutique par anti-oestrogènes en l'absence de contre-indication

Figure 5 : Principaux effets indésirables en fonction de la stratégie thérapeutique, Cancer du sein du diagnostic au suivi, Institut National du Cancer (INCa), 2016

Les effets indésirables sont nombreux et ont un retentissement important sur la qualité de vie. M. Jodar et al. (34) se sont intéressés au vécu de patientes traitées pour un cancer du sein non métastatique par chimiothérapie et hormonothérapie. Des entretiens ont été menés auprès de 14 patientes. Il ressort de cette étude que les symptômes les plus difficiles à supporter sont la fatigue, les douleurs, l'atteinte buccale et cutanée, conséquences qui s'aggravent au fur et à

mesure des cures. La chute des phanères, stigmatisante, est également un effet indésirable entraînant un retentissement important sur l'image de soi. Concernant l'hormonothérapie, les bouffées vasomotrices et arthralgies ont largement perturbé la vie des patientes. Cette étude porte certes, sur un effectif limité, mais a le mérite d'explorer le ressenti des patientes. Il est important également de souligner que les femmes interrogées suggèrent plusieurs axes d'amélioration, notamment des réunions de soutien pendant les cures, une meilleure écoute et une information individualisée. Cette écoute personnalisée est essentielle et doit s'inscrire dans les missions du pharmacien d'officine qui accompagne la patiente atteinte d'un cancer du sein.

1.7.2 Les nouvelles missions du pharmacien d'officine dans le traitement du cancer du sein

"Nous entrons dans une ère nouvelle d'activité interprofessionnelle qui verra le pharmacien sortir de son officine, apprendre à travailler avec les autres soignants et devenir un professionnel de santé à part entière, légitime, créateur de valeur ajoutée dans la chaîne de soins du patient." écrivent J.Sicard et F.Feron (35)

La prise en charge de ces cancers font appel à des traitements susceptibles d'entraîner de nombreuses complications qu'il est nécessaire de connaître pour le pharmacien d'officine qui sera amené à dispenser des ordonnances de chimiothérapie, d'hormonothérapie et de thérapies ciblées. La politique de santé avec le plan cancer 2014-2019 (36) encourage la prise en charge ambulatoire ce qui place le pharmacien d'officine au cœur de la prise en charge de la patiente.

L'objectif 2 du plan Cancer 2014-2019 consacré à *"garantir la qualité et la sécurité des prises en charge"* précise l'importance de la coordination ville-hôpital et des échanges entre les différents acteurs de santé et notamment le pharmacien d'officine. *"La prise en charge en oncologie évolue (augmentation des prises en charge à domicile et développement des allers et retours ville/hôpital) en sollicitant plus fortement les professionnels de premier recours, en première ligne desquels, le médecin traitant, mais également les professionnels IDE, dans le cadre de la délivrance des traitements à domicile, et les pharmaciens dans le cadre du conseil et de l'information en matière d'interactions médicamenteuses et d'effets indésirables des traitements"* (36)

Au-delà de la délivrance des traitements et des conseils associés, l'accompagnement psychologique de la patiente dans son parcours de soin souvent long, source d'angoisse et de contraintes s'intègre dans les missions du pharmacien d'officine comme le rappellent S. Lemoine et S.Faure (33). *« Par ailleurs, les patientes atteintes de cancer du sein ont besoin d'être écoutées et comprises. Elles demandent une information claire, précise et objective. Elles ne souhaitent ni être brutalisées ni surprotégées. Dans ce contexte, le pharmacien d'officine doit offrir un soutien psychologique de qualité, d'autant plus que les traitements, lourds, ont un impact notable sur le quotidien »* (33)

Nous l'avons vu précédemment, le pharmacien est bien un acteur de santé incontournable dans l'accompagnement de la patiente atteinte du cancer du sein. Le développement des anticancéreux par voie orale a modifié le parcours de soins des patients en privilégiant la prise en soin ambulatoire très vivement encouragée dans le cadre du plan cancer 2014-2019. Ce changement de paradigme a conduit à donner de nouvelles missions au pharmacien d'officine. En effet, la surveillance étroite de l'observance médicamenteuse, le repérage des effets indésirables des anticancéreux oraux, voire de complications sont des enjeux majeurs.

Le pharmacien d'officine a un rôle essentiel dans le circuit du médicament et sa sécurisation. (37). Ces nouvelles missions du pharmacien imposent des connaissances spécifiques, une formation oncologique ce qui n'est pas le cas de l'ensemble des professionnels comme nous le verrons dans notre enquête. S.Renet et al (38) ont montré dans une étude les risques induits par les anticancéreux oraux et les conséquences sur le parcours de soins du patient. Pour S.Renet et al l'administration et la dispensation sont les étapes les plus à risque ; le défaut de formation et d'informations seraient à l'origine de 80% de la déstructuration et de rupture dans le parcours de soins. (38). Par ailleurs, l'implication des pharmaciens dans les programmes d'éducation thérapeutique (ETP) est essentielle et doit être promue. Des programmes d'ETP centrés sur l'observance, les risques de l'automédication, et la gestion du traitement sont particulièrement utiles.

Il est aussi intéressant de connaître les attentes des patientes atteintes de cancer vis à vis du pharmacien d'officine. Une enquête a été menée auprès de patientes traitées en ambulatoire et suivies dans un hôpital spécialisé en cancérologie de la région parisienne. Elle nous apporte des informations intéressantes. 1272 questionnaires ont été analysés avec une participation importante (78% de réponses). 36% des sujets étaient prêts à partager avec leur pharmacien des informations sur leur hospitalisation mais 31 % n'étaient pas d'accord. 60 % étaient favorables à la transmission de l'ordonnance de sortie d'hospitalisation à la pharmacie référente. Les attentes des patients vis-à-vis de leur pharmacien concernent plus précisément la gestion des effets iatrogènes des traitements (75 %), ce qui montre que dans l'inconscient collectif, le pharmacien est bien le spécialiste du médicament. (39)

1.7.3 Le lymphoedème : une complication spécifique du traitement du cancer du sein

Le lymphoedème est la conséquence d'un dysfonctionnement du système lymphatique entraînant une stase de la lymphe et l'augmentation du volume du membre.

La haute autorité de la santé (HAS) (40) propose la définition suivante: "*Le lymphoedème est une maladie chronique et évolutive causée par l'accumulation de liquide lymphatique à forte teneur protéique dans les espaces interstitiels et les tissus sous-cutanés, principalement adipeux et conjonctifs.*"

Le lymphoedème peut être primaire ou secondaire. Le cancer du sein traité représente la principale étiologie de lymphoedème secondaire.

Sa fréquence est finalement mal connue avec des chiffres entre 14 et 40 % (41). En fait, la principale difficulté réside dans la définition du seuil d'augmentation de volume pour retenir

le diagnostic. Si l'on retient une différence volumétrique de 10 % au moins entre les 2 membres, la fréquence est évaluée à 15 à 20 % après curage axillaire (42).

1.7.3.1 Les facteurs de risque de lymphoedème après traitement d'un cancer du sein

Stanley G. Rockson, dans un article dans le *New England* (41) identifie 9 facteurs de risque, 7 liés à la pathologie tumorale et aux stratégies thérapeutiques mises en œuvre et 2 facteurs indépendants de la maladie cancéreuse. Les facteurs de risque identifiés sont les suivants (41) :

- curage ganglionnaire avec ou sans chirurgie mammaire extensive
- radiothérapie du sein atteint ou axillaire, sous claviculaire, mammaire interne
- infection ou complication post-opératoires
- trouble veineux du côté du sein atteint lié (cathéter veineux central, pacemaker, cathéter de dialyse, thrombose veineuse)
- cancer avancé ou récurrent
- traumatisme du bras
- chimiothérapie à base de taxanes
- nombreux ganglions lymphatiques positifs en particulier si plus de 8 ganglions sont atteints
- tumeur envahissant la capsule du sein.

Les 2 facteurs de risque indépendants du cancer du sein sont : l'obésité et l'hypertension artérielle, facteurs de risque qui apparaît dans certaines études.

Si des facteurs de risque sont identifiés, il n'y a pas à l'heure actuelle de critères permettant de savoir quelle patiente présentera ou pas un lymphoedème. Dans 90 % des cas, le lymphoedème apparaît dans les deux mois qui suivent le traitement et dans 10% des cas, il survient des années plus tard. (41)

1.7.3.2 Clinique et diagnostic

La clinique variera en fonction de la sévérité du lymphoedème. La symptomatologie peut s'exprimer initialement par une sensation de gonflement, d'inconfort qui touche le membre supérieur, au niveau de l'avant-bras le plus fréquemment. Des atteintes de la paroi thoracique, la région scapulaire et le sein peuvent apparaître également sans ce que le membre supérieur ne soit systématiquement touché.

Au stade débutant, une compression externe réduit le lymphoedème. (40,41). A un stade plus sévère, la compression externe et la surélévation du membre ne réduisent plus le volume et des troubles trophiques peuvent apparaître avec épaissement et perte de l'élasticité de la

peau. Un lymphœdème n'est pas douloureux en soi, en dehors d'un inconfort ou d'une gêne fonctionnelle dans les formes sévères. La présence d'un tableau algique doit faire rechercher d'autres causes d'augmentation du volume du membre supérieur, comme une thrombose veineuse profonde et une dermohypodermite aiguë bactérienne streptococcique (érysipèle). Le diagnostic de lymphœdème est clinique, basé sur l'examen physique et l'anamnèse. (40,41) Le recours à des examens complémentaires comme la lymphoscintigraphie reste exceptionnel. (41)

1.7.3.3 Lymphoedème et mesures de prévention

Des mesures de prévention sont classiquement décrites. La haute autorité de la santé propose les mesures de prévention suivantes : (40)

- *"modifier les activités et le mode de vie (éviter les activités répétitives et éviter de porter des charges lourdes)*
- *éviter la constriction des membres (éviter de prendre la pression artérielle sur le membre atteint et éviter de porter des vêtements serrés sur le membre atteint) ;*
- *éviter de s'exposer à des températures extrêmes ;*
- *utiliser des vêtements de compression appropriés ;*
- *maintenir un poids de santé ;*
- *soigner la peau et les ongles ;*
- *éviter les blessures ou piqûres du membre atteint (notamment en se protégeant par le port de gants lors d'activités à risque) ;*
- *détecter précocement les premiers symptômes du lymphoedème et agir rapidement"*

Ces recommandations sont dispensées aux patientes à travers différents supports pédagogiques mais il s'avère que ces différentes recommandations n'ont pas été étayées par des études. (41)

1.7.3.4 Le traitement

Aucun traitement médicamenteux n'a fait preuve d'efficacité. A noter que l'endotelon®, oligomères procyanidoliques, garde une indication dans le lymphœdème bien qu'aucune étude n'ait confirmé son intérêt. (43)

Il ne s'agit que d'un traitement complémentaire aux méthodes physiques et surtout à la contention comme le souligne l'Agence Nationale du Médicament et des produits de Santé (ANSM) dans le résumé des caractéristiques du produit. (44)

Le traitement est symptomatique et repose essentiellement sur des mesures physiques assurées par des kinésithérapeutes dans un objectif de réduction de l'œdème, du préjudice esthétique et

dans les formes sévères, le handicap fonctionnel. La prise en soin par le kinésithérapeute repose sur :

- un drainage lymphatique manuel
- des bandages compressifs multicouches
- des compressions pneumatiques
- des exercices physiques

Le port de vêtement de compression est indispensable pour maintenir la réduction de l'œdème et prévenir l'aggravation du lymphœdème. (40)

Des techniques de microchirurgie pour rétablir la fonctionnalité du système lymphatique ont été proposées mais restent encore expérimentales. Des techniques de liposuccion sont utilisées dans des formes très sévères. (41)

Quoi qu'il en soit la prise en charge de référence actuellement reste le traitement physique et le port de vêtement de compression.

1.7.3.5 Lymphoedème et retentissement psychologique

Le lymphoedème secondaire au cancer du sein représente une épreuve de plus dans un parcours de soins déjà contraignant. Comme l'alopecie secondaire à la chimiothérapie et ou aux thérapies ciblées, il s'agit d'une complication qui engendre un préjudice esthétique non négligeable susceptible d'entraîner des états dépressifs, un retrait social par peur du regard des autres et un retentissement certain sur la qualité de vie. (45)

Sans possibilité de guérison, source d'un handicap fonctionnel dans la vie quotidienne dans les formes sévères, le lymphœdème modifie l'apparence de la personne, image du corps déjà bien éprouvée par les différents traitements et leurs effets indésirables. Si certains ont pu se "réparer" comme l'alopecie, en revanche, aucun traitement à visée curative n'existe pour cette complication et comme le soulignent S. Lantheaume et al. (46) *"Les modifications de l'image du corps et de soi ne reposent pas uniquement sur les changements « objectifs » du corps cités précédemment, mais sur ce qui relève du corps perçu et vécu par les patientes au cours de la maladie"*.

Il est primordial que le pharmacien d'officine puisse accompagner la patiente par une écoute empathique. Il sera amené à prendre des mesures lors de la dispensation de manchon de contention et cette proximité offre un espace de parole privilégié. La patiente peut exprimer ses difficultés, son ressenti et sa souffrance...

1.8 L'annonce du diagnostic

L'annonce du diagnostic constitue une expérience psychologique traumatique. La maladie est ressentie comme une véritable cassure dans l'existence des patientes.

Il s'agit d'un événement particulièrement complexe pour l'ensemble des protagonistes. D'une part, c'est une expérience inévitablement violente pour la patiente et d'autre part, c'est un

véritable acte thérapeutique s'appuyant sur des compétences cliniques et relationnelles pour le médecin annonciateur. En effet, les qualités humaines du praticien auront une influence certaine sur la perception de l'annonce et seront déterminantes pour nouer une alliance thérapeutique efficace. La relation en résultant sera fondamentale pour la suite de la prise en charge.(47-49)

« Il n'y a pas une annonce, mais une succession d'annonces, tout au long de la prise en charge, au rythme des patients, à laquelle participe chaque professionnel d'une équipe » précise la haute autorité de la Santé. (50)

«Annoncer un diagnostic grave n'est pas une simple information mais c'est aussi définir des perspectives thérapeutiques pour une maladie nommée après une période d'attente et d'incertitude. » (50)

L'annonce du diagnostic a été protocolisée dans la mesure 40 du Plan Cancer 2003-2007 et la **CIRCULAIRE N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005** relative à l'organisation des soins en cancérologie (51)

Ce dispositif s'articule en quatre étapes : (51)

- **Un temps médical** spécifiquement dédié : Au cours d'une ou plusieurs consultations médicales, l'oncologue :
 - annonce le diagnostic
 - présente au patient la stratégie thérapeutique envisagée, définie lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire(RCP),
 - formalise en accord avec la patiente la stratégie thérapeutique dans un programme personnalisé de soin (PPS)

- **Un temps d'accompagnement soignant** : Le dispositif d'annonce met à disposition du malade et de ses proches des soignants qui les écouteront, reformuleront et compléteront les informations délivrées lors de l'annonce du diagnostic. Ils aideront la patiente à cheminer dans l'acceptation de sa maladie, à son rythme et pourront répondre à différentes questions. Cet accompagnement soignant est proposé à toutes les étapes de la prise en charge et ne se limite pas à la période d'annonce. Les soignants ont également la possibilité d'orienter vers d'autres professionnels en fonction de chaque situation singulière (service social, psychologue ou psychiatre, soins de support, associations de patients). L'accompagnement soignant est une démarche innovante et essentielle mais n'est pas imposé à la patiente.

- **Un accès à une équipe impliquée dans les soins de support** : les soins de supports que nous développerons spécifiquement dans un autre paragraphe ont pour objectif de maintenir au mieux la qualité de vie des patients atteints d'une pathologie cancéreuse, dans une approche globale socio-familiale, psychologique et professionnelle.

- **Un temps d'articulation ville/hôpital** : la communication entre l'équipe hospitalière et le médecin traitant est essentielle pour assurer la continuité des soins et générer un

climat de sécurité profitable pour le patient. L'annonce du diagnostic est une étape décisive dans tout le processus de soins et déterminante au niveau de l'alliance thérapeutique.

L'annonce constitue un réel bouleversement psychique : le cancer apparaît comme une expérience désorganisatrice se traduisant par la perte de repères : perte de l'illusion d'immortalité, de la bonne santé, de la force physique, du rôle familial, social et professionnel (52,53). Le vécu de l'annonce d'une maladie grave est lié à différents paramètres :

- la nature de la tumeur qui conditionne la durée et la complexité du traitement et au-delà le pronostic
- les effets indésirables des différents traitements
- la situation personnelle de la patiente tant familiale que professionnelle ainsi que son étayage socio-familial
- la personnalité de la patiente et son histoire de vie.

S'il n'existe pas de "bonnes recettes" pour annoncer une mauvaise nouvelle, la haute autorité de la santé (50) insiste sur 3 dimensions à respecter :

- le temps : savoir prendre le temps avec le patient, respecter son rythme
- l'écoute : espace de parole qui permet au patient de poser des questions, exprimer ses interrogations et ses craintes
- l'importance du choix des mots.

Quoi qu'il en soit, comme le souligne la Haute Autorité de la Santé (50) « *L'important c'est ce qui est compris, pas ce qui est dit. L'objectif est d'adapter l'information transmise à ce dont le patient a besoin à ce moment-là. Toujours se rappeler que ce qui est dit n'est pas ce qui est entendu par le patient et avoir à l'esprit que c'est le patient qui montre la voie à suivre* ».

Le schéma suivant proposé par A.Pennetier et al. résume la procédure d'annonce (54)

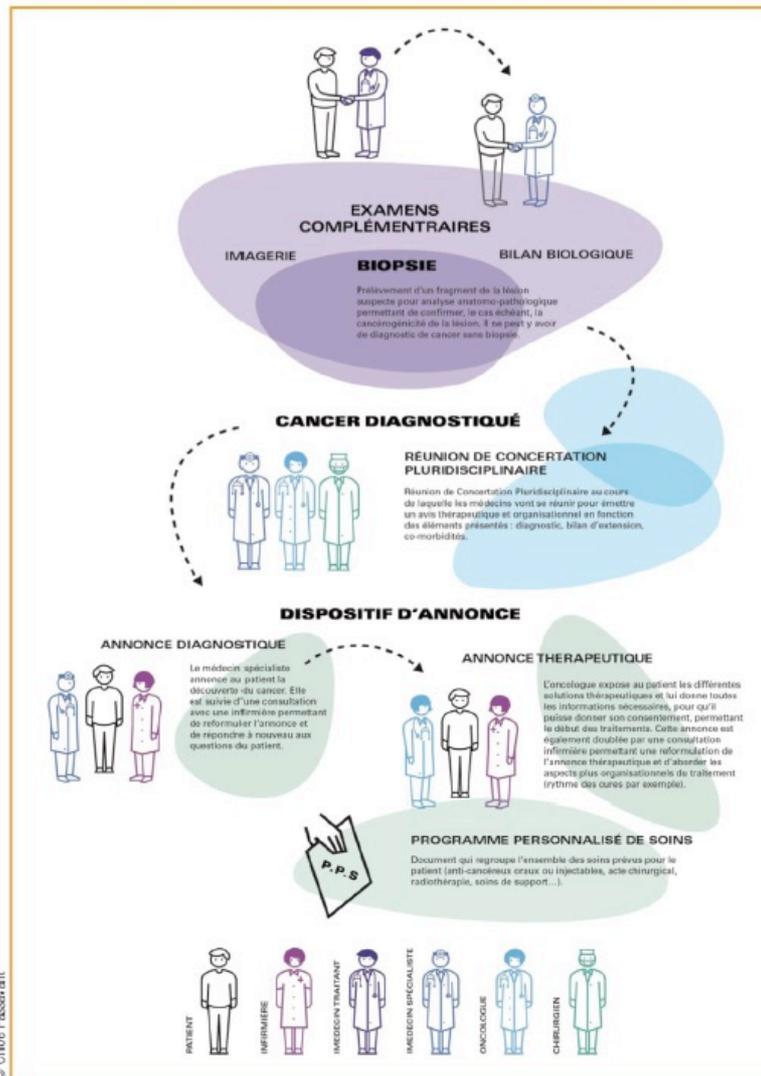


Figure 6 : Entrée dans le parcours de soins : diagnostic, concertation et annonce, Parcours de soins d'un patient atteint de cancer, du diagnostic à l'officine, A. Pennetier et al., 2018

1.9 Les soins de support

1.9.1 Cadre réglementaire et définition

La **CIRCULAIRE N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005**, relative à l'organisation de la prise en charge en cancérologie définit les soins oncologiques de support (SOS) comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques lorsqu'il y en a ».

(55)

Les soins oncologiques de support sont accessibles à tous les patients indépendamment du lieu de prise en charge, de l'annonce du diagnostic à l'après traitement, quelle que soit la phase de la maladie (curative, palliative, fin de vie). (56)

La prise en charge ambulatoire de plus en plus importante et l'augmentation du nombre de patients porteurs d'un cancer imposent des modifications de l'offre de soin. L'INCA, dans son rapport, précise qu'elle doit se développer dans les domaines suivants : préservation de la fertilité, troubles de la sexualité, préservation de l'image corporelle, aide au sevrage tabagique et différentes thérapies complémentaires (art-thérapie, musicothérapie) (56)

La conclusion du rapport d'expertise est la suivante : *" Ainsi, outre les quatre soins de support constituant le socle de base (prise en charge de la douleur, prise en charge diététique et nutritionnelle, psychologique et la prise en charge sociale, familiale et professionnelle), cinq soins de support supplémentaires ont été identifiés (activité physique, conseils d'hygiène de vie, soutien psychologique des proches et des aidants, soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité, prise en charge des troubles de la sexualité). Seule la socio-esthétique ou prise en charge des troubles de l'image corporelle ne peut être retenue actuellement en raison d'un niveau de preuve insuffisant sur son bénéfice même si cela concourt au bien-être des malades".*(56)

Si les soins de support sont essentiels dans l'accompagnement des patientes atteintes de cancer, leur accès n'est pas toujours simple et l'offre de soins diffère selon les territoires ; des carences sont soulignées notamment pour les patientes traitées à domicile (57)

L'INCa n'a pas retenu dans son rapport la prise en charge des troubles de l'image corporelle, pourtant bien présents et documentés dans différentes études. En revanche, l'activité physique fait partie des soins de support supplémentaires. Une expérience dans ce domaine a été menée à Nancy auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein par **l'association Solution RIPOSTE** (Reconstruction, Image de soi, Posture, Oncologie, Santé, Thérapie, Escrime). Cette activité, en cours collectif, animée par des professionnels formés spécifiquement, est proposée aux patientes 4 à 6 semaines après la chirurgie. Un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie ne contre-indique pas la poursuite de l'activité sportive. Elle a un intérêt majeur dans le cadre du cancer du sein dans la prévention de l'enraidissement de l'épaule, complication post-chirurgicale fréquente. Mais au delà, bien d'autres bénéfices sont attendus comme le précise l'association Solution RIPOSTE *"Se battre contre la maladie et pour la vie, prendre les armes, les avoir pour s'en sortir, orienter sa colère, la diriger, faire ressortir sa violence intérieure, évacuer les émotions refoulées..."*(58)

Pour qui ?
Des cours d'escrime qui s'adressent aux femmes, sportives ou non.
Des 4 à 6 semaines après la chirurgie du sein.

Une pratique de l'escrime adaptée

- ▶ Avec un matériel léger et adapté à la pathologie des patientes : le sabre
- ▶ Soumise à l'aval du milieu médical
- ▶ Dispensée par des Maîtres d'armes spécialement formés à la pratique de l'escrime adaptée
- ▶ Complémentaire de la rééducation-kinésithérapie

Totale gratuité la première année
De la licence fédérale
Des cours avec le Maître d'armes
Des équipements

Nos soutiens

Pour plus d'informations
Institut de Cancérologie de Lorraine
Espace de Rencontres et d'Information
03 83 59 84 62

CHRU de Nancy
Service des Examens de la Fonction Respiratoire et de l'Adaptation à l'Exercice
Médecine du Sport
03 83 15 78 21

Solution RIPOSTE
Un programme original pour les femmes opérées d'un cancer du sein

Des séances hebdomadaires dans votre club d'escrime

Club d'Escrime de Vandœuvre-lès-Nancy
Labellisé par la Fédération Française d'Escrime
Pavé des Sports des Nations, rue de Gembloux
54500 VANDEUVRE-LÈS-NANCY
Internet : www.cerote-escrime-vandoeuvre-les-nancy.fr
E-mail : vandescrime@orange.fr

Figure 7 : Solution RIPOSTE, plaquette d'information, Club d'escrime de Vandœuvre-lès-Nancy, chu-nancy.fr

1.9.2 Les soins de support oncologiques à l'officine

De par sa proximité et son accessibilité, le pharmacien d'officine est régulièrement impliqué dans la prise en charge de patientes atteintes de cancer du sein. Au-delà des traitements médicamenteux, le pharmacien a également un rôle important dans la mise en œuvre des soins de support. Il participe à la préservation de l'image corporelle : délivrance de prothèses mammaires, prothèses capillaires, produits dermo-cosmétiques adaptés, de manchon de contention dans la cadre de lymphœdème...

Son rôle est essentiel dans le domaine de l'homéopathie, phytothérapie (30 à 60 % des femmes traitées pour cancer du sein y ont recours (59)), compléments alimentaires, ...

Dans une étude menée dans un hôpital de la région parisienne auprès de patientes traitées pour cancer du sein, 37% d'entre elles avaient recours à des médecines alternatives (34% utilisaient de la phytothérapie et 31% de l'homéopathie. (60) Dans une autre étude, menée auprès de femmes bénéficiant d'une radiothérapie pour cancer du sein, 70 % d'entre elles avaient recours à une médecine alternative. L'utilisation de l'homéopathie était superposable à la précédente étude mais moindre pour la phytothérapie. (61)

Les plantes médicinales peuvent être toxiques et interagir avec les médicaments anticancéreux ; leur utilisation nécessite toujours une évaluation en terme de bénéfice-risque d'autant plus que le médecin oncologue comme le médecin traitant sont rarement informés de cette démarche.

S. Chabosseau et S Derbré (59), dans un article très documenté, donnent des exemples de drogues végétales déconseillées en cas de cancer du sein.

Tableau 4. Drogues végétales non recommandées chez les femmes traitées pour un cancer du sein.		
Indications thérapeutiques	Plantes	Commentaires
Lutter contre les flatulences et les ballonnements	Camomille allemande (<i>capitule</i>) (<i>Matricaria recutita</i>)	Plante pouvant avoir, à haute dose, des effets anti-estrogéniques
Lutter contre les troubles digestifs	Camomille allemande (<i>capitule</i>) (<i>Matricaria recutita</i>)	Plante pouvant avoir, à haute dose, des effets anti-estrogéniques
	Réglisse (racine) ¹ (<i>Glycyrrhiza glabra</i>)	Plante à phytoestrogènes : par précaution, à éviter en cas d'antécédents de cancer hormonodépendant
Favoriser la digestion en augmentant la production de bile	Curcuma (rhizome) (<i>Curcuma longa</i>)	Plante pouvant modifier l'efficacité de certains médicaments utilisés dans le traitement du cancer du sein
Protecteur hépatique	Desmodium (parties aériennes) (<i>Desmodium adscendens</i>)	Plantes actuellement insuffisamment connues pour être recommandées chez les femmes atteintes d'un cancer du sein
Lutter contre le stress	Griffonia (graine) (<i>Griffonia simplicifolia</i>)	
Limiter les bouffées de chaleur	Plantes à phyto-estrogènes : soja, trèfle rouge, luzerne, houblon, lin, kudzu, réglisse	Par précaution, à éviter en cas d'antécédents de cancer hormonodépendant
Plantes anti oxydantes dites "anticancer" ²	Curcuma (rhizome) (<i>C. longa</i>)	Plante pouvant modifier l'efficacité de certains médicaments utilisés dans le traitement du cancer du sein
	Pamplemousse (fruit) (<i>Citrus paradisi</i>)	Inhibiteur enzymatique qui augmente les effets indésirables et la toxicité de certains médicaments utilisés dans le traitement du cancer du sein

¹ Usage traditionnel reconnu par l'HMPC. ² Les données scientifiques ne permettent pas de démontrer l'existence de plantes médicinales "anticancer"; une supplémentation en antioxydants ne permet pas de prévenir les cancers, en revanche, dans certains cas (tabagisme notamment), cette conduite peut avoir des effets délétères.

Figure 8 : Recommandations sur l'usage de la phytothérapie, Actualités pharmaceutiques, n° 552, S. Chabosseau, S. Derbré, Janvier 2016

Le recours à la phytothérapie est courant comme en témoignent les différentes études. Cela a conduit certains observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) à proposer des documents afin de rechercher d'éventuelles interactions médicamenteuses avec les traitements conventionnels (62)

Quant à l'homéopathie, à l'heure actuelle, son efficacité reste controversée (63,64) et son coût n'est pas négligeable. Quoi qu'il en soit, il revient au pharmacien d'officine de bien spécifier aux patientes que ces traitements ne peuvent en rien remplacer les traitements conventionnels.

1.10 Dépistage organisé

Le dépistage du cancer du sein suscite bien des polémiques avec de nombreux débats scientifiques sans consensus actuellement. En effet, toute la difficulté est d'évaluer son impact sur la réduction de la mortalité en tenant compte des effets délétères de cette démarche (mammographie à répétition, sur-diagnostic entraînant un sur-traitement particulièrement lourd avec de nombreux effets secondaires). La pertinence du dépistage pose des questions

éthiques, car comme l'écrivent H.Sancho-Garnier et al. "*comme il n'existe pas de dépistage totalement inoffensif, l'impératif éthique en matière de dépistage est d'assurer que, pour la population éligible, les bénéfices potentiels soient nettement supérieurs aux effets néfastes*" (65)

1.10.1 Objectif et population ciblée

L'objectif du dépistage est de réduire la mortalité par cancer du sein par un diagnostic précoce, diminuer la lourdeur du traitement et les séquelles. Organisé sur l'ensemble du territoire français depuis 2004, il s'adresse aux femmes âgées de 50 à 74 ans sans facteur de risque ni symptôme. Les femmes présentant un haut risque de survenue du cancer du sein bénéficient, elles d'une surveillance particulière.

1.10.2 Modalités

Une lettre accompagnée de la liste des radiologues agréés dans le département est adressée à toutes femmes entre 50 et 74 ans tous les 2 ans (10,66). La prise en charge est assurée à 100% par l'assurance maladie. (20)

Le dépistage repose sur une mammographie. Si elle jugée sans anomalie, elle bénéficie systématiquement d'une seconde lecture. Cette double lecture constitue une particularité du programme de dépistage français, permettant d'augmenter le taux de détection de lésions précancéreuses, sans toutefois générer un trop grand nombre de faux positifs. (8,66)

En cas d'anomalie, les résultats sont transmis à la patiente qui doit aller rapidement voir son médecin traitant afin de réaliser la suite de la prise en charge. (8)

Le radiologue peut être amené à compléter l'examen par une échographie mammaire avec prise en charge dans les conditions habituelles de remboursement, ce qui devrait être modifié lors de l'application des recommandations du plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein. (68)

1.10.3 Classification ACR

La lecture des clichés mammographiques est soumise à la classification ACR, basée sur le système BIRADS de l'American College of Radiology. (69)

Ainsi, on note 6 catégories possibles suite à la réalisation d'une mammographie :

Classification	Images
ACR 0	Score d'attente Une autre lecture ou des examens complémentaires sont nécessaires pour attribuer un autre score ACR qui sera définitif.
ACR1	Pas d'anomalie
ACR 2	Anomalies bénignes ne nécessitant pas de suivi particulier : opacité ronde, lipome, macrocalcification
ACR 3	Anomalie bénigne nécessitant une surveillance sur le court terme (échographie, nouvelle mammographie,...)
ACR 4	Images suspectes nécessitant une échographie et une vérification histologique (biopsie)
ACR 5	Images évocatrices d'un cancer

Tableau 3 : classification ACR (9,70)

Quel que soit le score attribué à l'imagerie réalisée, il ne s'agit pas d'un diagnostic. Des examens complémentaires sont nécessaires afin de statuer définitivement sur le caractère cancéreux d'une lésion détectée. (8,9)

1.10.4 Avantages et inconvénients du dépistage

	Diminution de la mortalité par cancer du sein	Diminution globale estimée à 1,6 par an sur les 20 dernières années (67)
Avantages	Repérage de la lésion à un stade précoce, avant l'apparition des symptômes	Cette détection précoce permet d'augmenter les chances de guérison Traitement moins contraignant pour la patiente
	Optimisation du suivi des patientes Sensibilisation des femmes à des modifications de leurs glandes mammaires	
	Amélioration des appareils d'imagerie Amélioration des techniques de mammographie	Création d'un contrôle de qualité des appareils d'imagerie
Inconvénients	Surdiagnostic	Source de polémique
	Faux négatifs et faux positifs Risque de Cancer radio induit	Leur survenue reste très rare

Tableau 4 : avantages et inconvénients du dépistage organisé, (67)

A l'heure actuelle, la balance bénéfico-risque en faveur du dépistage reste discutée. En effet, si la mortalité par cancer du sein diminue en France depuis plus de 20 ans, *"Diagnostic précoce et amélioration des traitements se partagent cette réussite sans que l'on puisse déterminer la part attribuable à chacune de ces actions"* soulignent les H. Sancho-Garnier et al. (65)

1.10.5 Le dépistage : une démarche de prévention encore difficile

1.10.5.1 Constat et réponses institutionnelles

Le taux de dépistage organisé est de 51,5%, auquel s'ajoute le dépistage individualisé dont les chiffres ne sont pas connus précisément. Quoiqu'il en soit, le dépistage en France est loin des recommandations européennes qui retiennent un seuil de 70% (65).

Ces chiffres insuffisants ont conduit à une consultation citoyenne à l'initiative du Ministre de la Santé en 2016, suivie d'un plan d'action pour la rénovation du dépistage du cancer du sein rédigé par l'INCa. (68)

Dans les mesures retenues, la possibilité de bénéficier d'une consultation dédiée auprès d'un médecin traitant ou d'un médecin gynécologue est proposée aux femmes à partir de 50 ans avec pour objectif d'identifier des facteurs de risque, définir des modalités de dépistage et de suivi, écouter les éventuelles réticences de la personne, ses interrogations, en d'autre termes personnaliser le dépistage. Par ailleurs, si une échographie mammaire s'avérait nécessaire, la prise en charge sera effectuée par la caisse d'assurance maladie. Une autre mesure est proposée dans ce plan : une consultation dédiée remboursée également pour les femmes de 25 ans dans un objectif de recherche d'antécédents familiaux, de facteurs de risques. (68)

1.10.5.2 Les freins psychologiques au dépistage

Le refus du dépistage peut-être lié à de multiples raisons :

➤ La peur du diagnostic :

Malgré les progrès dans le diagnostic et le traitement de nombreux cancers, la représentation de cette pathologie dans la société reste associée à la peur, la douleur, la dégradation physique et la mort. Le baromètre cancer, dont la mission est d'évaluer les opinions, les connaissances, les comportements de la population par rapport au cancer a mené une étude en 2015 en concertation avec l'INCa. Il s'agissait d'une enquête téléphonique auprès de sujets tirés au sort (4139 personnes) (71)

Les résultats sont riches d'enseignement. Plus de 96 % des français interrogés considèrent le cancer comme la maladie la plus grave. Cette perception de gravité est homogène quelle que

soit la classe d'âge interrogée, toutefois elle varie avec le sexe (dans cette étude, les femmes semblent plus disposées à citer le cancer comme l'une des trois maladies les plus graves) mais elle se modifie aussi avec la classe socio-économique (les individus sans diplôme, sans emploi ou avec un revenu inférieur à 1500 euros net par mois, à l'inverse, placent moins fréquemment le cancer dans les maladies les plus dangereuses). (71)

En ce qui concerne les localisations les plus courantes, 65,3 % des enquêtés citent le cancer du sein. Si l'on tient compte du sexe, ce cancer majoritairement féminin est considéré comme prédominant (84 % des enquêtés féminines contre 45 % des enquêtés masculins) et aussi comme le plus grave par la population féminine essentiellement (33,5 % des femmes contre 19,9 % des hommes). (72)

Ainsi, à l'issue de la mammographie, si le résultat s'avère positif, la femme sera donc confrontée à toutes ses représentations négatives qui persistent dans notre société. Cette perspective d'être malade peut conduire certaines femmes à éluder l'examen recommandé : la peur irraisonnée prévaut alors sur le potentiel danger encouru.

➤ **Les controverses autour du dépistage :**

Cette crainte du diagnostic est accentuée par toutes les controverses quant à l'efficacité du dépistage, à l'origine de polémique. En effet, chaque année, le dépistage est à l'origine de fausse alerte et de surdiagnostic ; il génère des examens complémentaires, des actes invasifs et des traitements pour une tumeur qui n'aurait peut-être jamais évoluée vers un cancer mortel durant la vie de la patiente. Ce surdiagnostic a pour conséquence un ensemble de préjudices : anxiété, souffrances physiques, mutilations inutiles, complications iatrogènes.... (73)

Dans la littérature, ce surdiagnostic fait l'objet de nombreuses études puisqu'il est inhérent à cette démarche de dépistage organisé. Une revue systématique méthodologique de la littérature a été réalisée en 2018 ; elle avait pour objectif de relier les divergences de méthodes utilisées pour évaluer ce surdiagnostic et les divergences de surdiagnostic. Au final, on obtient une fourchette entre de 1 à 30 % selon les études. (74)

Selon le rapport de l'Académie de Médecine, sur 720 femmes âgées de 50 à 69 ans, participant au dispositif de dépistage organisé, on aura : (65)

- 4 cas de surdiagnostic
- Sur 204 femmes avec des clichés positifs, 26 seront exemptes de traitement après la réalisation d'examens complémentaires leur confirmant l'absence de lésions cancéreuses.

Cette polémique ne favorise-t-elle pas une méfiance vis à vis du dépistage organisé ? La mise en place de consultation dédiée au dépistage du cancer du sein comme le préconise l'INCa (68) est une réponse intéressante qui aura le mérite de permettre aux femmes d'exprimer leur craintes et leurs interrogations.

A ce surdiagnostic, s'ajoute les cancers radio-induits. Ce risque est favorisé non seulement par la réalisation du dépistage mais aussi par le surdiagnostic et le surtraitement qui nécessiteront la réalisation d'un ensemble d'examen. Les cancers radio-induits, secondaires à la mammographie, restent très rares. En effet, sur 100 000 femmes âgées de 40 à 80 ans, une mammographie annuelle peut entraîner entre 20 et 25 décès dû à un cancer radio-induit. (65,75). De plus, le dépistage organisé tient compte de ce facteur en proposant de réaliser une mammographie seulement tous les deux ans et pour les femmes à partir de 50 ans uniquement. (76,77)

Il est essentiel que le pharmacien d'officine connaisse ces polémiques suscitées par le dépistage organisé, afin de donner des informations documentées. « *Il faut renforcer les possibilités de choix en informant de manière plus transparente, précise, honnête et compréhensible toutes les femmes sur le rapport bénéfices / risques de ce dépistage, tel qu'il est connu actuellement et avec les doutes qui s'y rattachent* » comme il est souligné dans le rapport suite à la concertation (78). Selon ce rapport, les informations ne sont pas toujours aussi claires. " *Pourtant, la consultation publique sur le dépistage organisé du cancer du sein, qu'il s'agisse des contributions en ligne déposées sur le site dédié ou bien des avis tant des citoyennes que des professionnels, a permis de mettre en évidence le caractère très lacunaire des informations accessibles aux femmes sur ce dépistage*". (78)

Une enquête européenne appelée My-PeBS (My-PersonalBreast Screening) est actuellement en cours et a pour objectif « d'évaluer une nouvelle stratégie de dépistage du cancer du sein, basée sur le risque individuel de chaque femme de développer cette maladie » (65)

Il est donc aussi essentiel que le pharmacien suive attentivement l'évolution des recommandations dans ce domaine qui reste particulièrement sensible.

➤ **La peur de l'examen :**

La peur de l'examen est un facteur non négligeable : la mammographie est souvent perçue comme une expérience inconfortable. En effet, afin d'obtenir des clichés, il est nécessaire de comprimer le sein entre deux plaques et la pression exercée sur la poitrine peut être plus ou moins désagréable. La femme appréhende donc la douleur même si celle-ci ne sera éprouvée que quelques minutes seulement. (76,79,80)

La qualité de la prise en charge et l'accompagnement prodigué par les membres de l'équipe professionnelle (secrétaire médicale, manipulateur en électroradiologie, radiologue...) aura une influence sur le ressenti de la femme : une approche humaine et chaleureuse permettra d'apaiser les potentielles tensions liées à l'examen et aux résultats, preuve que tout acteur du domaine de la santé peut agir afin de promouvoir l'adhésion au dépistage du cancer du sein. (81)

Ces facteurs doivent être impérativement pris en compte puisqu'ils conditionneront notamment la participation secondaire au dépistage organisé (81)

➤ **Le déni du risque :**

Certaines femmes reconnaissent ne pas se sentir concernée par le dépistage du cancer du sein. L'absence de douleur et de signes cliniques tels qu'une grosseur, une modification de l'aspect de la peau, un changement de morphologie, ... ajoutée à cela la sensation d'être en pleine forme les confortent dans la non participation au dépistage. (76)

Est également mis en exergue la corrélation entre facteurs de risque et apparition du cancer. Pour certaines d'entre elles, avoir une bonne hygiène de vie contribue suffisamment à prévenir la survenue d'un quelconque cancer. (76)

Enfin, la non-implication peut s'expliquer aussi par l'absence de cancer du sein dans le cercle familial : certaines femmes focalisent sur le caractère héréditaire du cancer du sein en occultant les autres facteurs de risques. (76)

➤ **La place de la communication :**

L'accès au dépistage pour l'ensemble de la population pourrait être notamment favorisé par l'optimisation de l'information délivrée, tant au niveau de son contenu et de sa clarté qu'au niveau de son mode de diffusion. L'implication et le renforcement du rôle des professionnels de santé en tant que vecteur d'informations et d'aide à la décision sont également primordiaux, notamment le médecin traitant et le pharmacien d'officine qui sont des acteurs de proximité. (82)

Les messages transmis ont évolué avec un discours initial centré sur la promotion du dépistage à un discours maintenant plus objectif suite aux controverses. (83)

Le but véritable est d'informer les femmes pour qu'elles soient actrices de leur santé. (82)

➤ **Dépistage organisé et dépistage individuel :**

Le processus de dépistage organisé ne convient pas à l'ensemble de la population. (79,80)
Certaines femmes s'orientent vers le dépistage individuel.

En effet, une étude a été menée, en 2013 par E. Ferrat et al, elle incluait deux groupes de personnes : un ensemble de femmes adhérant à la démarche de dépistage individuel et un deuxième regroupant des femmes ne se faisant pas dépister ou participant au dépistage organisé. Pour les deux groupes, l'étude explorait les attitudes et les perceptions des femmes au sujet de la santé, du cancer et du dépistage. (80)

Au cours des différents échanges, les femmes du premier groupe ont apporté des arguments pour expliquer leur choix qu'est le dépistage individuel. Tout d'abord, elles indiquent considérer leur santé comme un « héritage génétique » devant être protégé par une hygiène de vie saine et ceci explique leur attitude positive concernant le dépistage. Ensuite, elles estiment que le dépistage individuel est meilleur car il est adapté à chaque patiente, il est réalisé suite à

l'avis d'un professionnel de santé et peut être effectué à tout âge (contrairement au dépistage organisé entre 50 et 74 ans). Elles ont aussi évoqué leurs doutes sur la fiabilité des équipements et la qualité de la prise en charge des centres agréés pour le dépistage organisé. Toutefois, certaines d'entre elles manquent d'informations concernant le dépistage organisé : par exemple, elles ne connaissaient pas l'existence de la double lecture réalisée, avantage pourtant non négligeable. (80)

Un travail s'inscrivant dans l'étude globale INES (Inégalités socio-économique et dépistage du cancer du sein) confirme les résultats obtenus dans l'étude citée précédemment et apporte des réponses complémentaires : la volonté de ces femmes de rester actrices, autonomes et libres dans la gestion de leur santé. (84)

➤ **Un accès aux soins pas toujours aisé :**

La difficulté d'accès aux soins apparaît également comme un frein : il est vrai que dans certaines régions, cet accès devient de plus en plus complexe en raison de la désertification médicale, notamment pour les cabinets de radiologie. En milieu rural, un cabinet de radiologie n'est pas nécessairement à proximité et la patiente doit alors se rendre dans la ville la plus proche pour réaliser l'examen de contrôle. Cela nécessite de l'organisation, des moyens de transport et du temps que les femmes ne prennent malheureusement pas toujours. (76)

Enfin, le manque de moyen est également un facteur de non-adhésion au dépistage. En effet, la mammographie dans le cadre du dépistage organisé est prise en charge totalement par l'assurance maladie. En revanche si des examens complémentaires s'avèrent nécessaires, ils entreront dans le cadre des remboursements habituels avec une avance de frais possible selon la couverture pour la patiente, voire une part financière restant à charge en l'absence d'assurance complémentaire. Ainsi, une inégalité socio-économique persiste dans l'accès aux soins. (82)

La prévention du cancer du sein inclut certes, dans la politique de santé actuelle, le dépistage du cancer du sein par mammographie. Toutefois, il ne faut pas oublier toute la prévention primaire (gestion des facteurs de risque évitables) et tertiaire qui permettent de limiter la morbidité et la mortalité liées au cancer.

L'ensemble des professionnels de santé doit s'impliquer dans la prévention et la sensibilisation au dépistage de leur patient. De par son accessibilité et sa disponibilité, le pharmacien d'officine est un acteur de prévention privilégié qui doit continuer à œuvrer pour aider au mieux ses patientes.

1.11 Dépistage des femmes à haut risque : un suivi spécifique

Pour ces patientes, la HAS a émis des recommandations de prise en charge rappelées dans le tableau suivant :

Les modalités de suivi :		
Antécédents de cancer du sein ou carcinome canalaire in situ	Antécédents d'hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire	Antécédents d'irradiation thoracique à haute dose (Maladie de Hodgkin)
Un examen clinique tous les 6 mois pendant les 2 ans suivant la fin du traitement puis, tous les ans Et une mammographie annuelle unilatérale ou bilatérale, suivie ou non d'une échographie	Une mammographie annuelle pendant 10 ans suivie ou non d'une échographie A la fin des 10 ans : <ul style="list-style-type: none">- la patiente > 50 ans : elle est dirigée vers le dépistage organisé- La patiente < 50 ans : mammographie avec ou sans échographie tous les 2 ans jusqu'à 50 ans	1 examen clinique et IRM tous les ans à partir de 8 ans après la fin de l'irradiation 1 mammographie annuelle et 1 éventuelle échographie recommandées (au plus tôt 20 ans pour l'examen clinique et 30 ans pour l'IRM)

Tableau 5 : Classification des examens à réaliser lors du dépistage individuel chez les femmes à risque élevé de cancer du sein, d'après HAS/Service évaluation économique et santé publique/Mars 2014

1.12 Le cancer du sein : Un quotidien bouleversé

1.12.1 Les changements dans la vie quotidienne

Le cancer vient remettre en cause, non seulement l'état de santé de la patiente mais également sa vie quotidienne. Il s'agit d'une véritable rupture biographique : la patiente ne peut maintenir ses relations sociales, professionnelles et familiales telles qu'elles demeuraient avant l'annonce de la pathologie cancéreuse.

Elle se voit dans l'incapacité de remplir l'ensemble des fonctions qui rythmaient sa vie et ceci induit un déséquilibre du cadre socio-familial dans lequel elle évoluait jusqu'alors. Différentes responsabilités seront bouleversées en raison son état de santé altéré : la responsabilité affective (prise en charge des enfants, des parents âgés...), la responsabilité matérielle (tâches effectuées par la femme au sein du foyer), la responsabilité professionnelle et financière. (85,86)

Cette précarité psychologique est aussi ressentie par l'entourage de la patiente qui voit cette dernière affaiblie et très affectée. Tout comme elle, ils doivent apprendre à vivre avec ce nouveau rythme de vie imposé par la maladie. Les proches deviennent des personnes aidantes et se voient attribuer de nouvelles contraintes auxquelles ils n'étaient pas forcément préparés :

les relations ne sont donc pas toujours simples et une adaptation de la part de l'entourage sera également nécessaire. (53)

Bien souvent, les patientes sont réellement préoccupées par les retentissements actuels ou futurs que pourraient induire la maladie sur le développement psychique de leurs enfants. Leur véritable priorité est de protéger ces derniers: elles souhaitent, avant tout, éviter d'induire un quelconque traumatisme chez eux et tentent donc de faire bonne figure pour préserver l'équilibre familial. (87)

Cette période marque la survenue de nouvelles angoisses liées aux traitements. En effet, il est fréquent que les traitements anticancéreux provoquent des effets secondaires altérant la qualité de vie des patientes comme nous l'avons vu.

Ces retentissements concernent tous les types de traitement: chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie... Ils sont évidemment de nature physique (asthénie, alopecie, brulures, mutilation...). En raison de la rapidité du changement corporel induit par la chirurgie, on assiste à une réelle rupture identitaire induisant un sentiment d'étrangeté vis-à-vis de ce corps mutilé. Mais ces altérations peuvent également avoir des conséquences psychosociales considérablement négatives: anxiété, dépression, perte de confiance en soi, ...

1.12.2 L'atteinte à la féminité

Dans ce contexte, la femme doit renoncer à l'image de soi précédente et investir la nouvelle: il s'agit d'une véritable étape de transition qui accentue la détresse psychologique ressentie par la patiente.

Un cheminement sera nécessaire à l'acceptation de la situation. Il passe par un retour de la femme sur son histoire personnelle: ses pertes, ses deuils, ...toutes les blessures antérieures de son existence et la place de la maladie dans ce contexte. Ce travail d'élaboration psychique sera déterminant: il influencera la manière dont la patiente va vivre après sa mastectomie. (49)

Les seins sont les représentants de la féminité, symboliquement ils renvoient à l'identité sexuée des femmes. Leur développement à l'adolescence propulse la jeune fille dans l'univers de la séduction: le sein est donc un organe investi comme un élément de plaisir et de séduction. (88,89)

En raison de cette atteinte à la féminité, la vie sexuelle peut donc être perturbée: certains gestes naturels ne le sont plus, des peurs réciproques se sont développées et il sera nécessaire pour les deux conjoints de les dépasser et de s'approprier à nouveau afin de retrouver une certaine intimité. (89)

Ces difficultés peuvent être liées à différents facteurs :

- des facteurs somatiques puisque les traitements anticancéreux sont à l'origine de nombreux effets indésirables : nausées, asthénie, prise de poids, perte de sensibilité...dont des troubles de la fonction sexuelle : sécheresse vaginale...
- des facteurs psychologiques : l'ensemble des traitements portent atteinte à l'intégrité corporelle de la patiente et évidemment à la confiance en soi. Comment être désirée quand on ne sent pas soi-même désirable ? (85)
- On ajoute à cela l'asthénie persistante d'un organisme qui lutte contre la maladie et qui aspire toute l'énergie des patientes. (85)
- des facteurs relationnels : le cancer vient accentuer les difficultés sexuelles déjà présentes auparavant. (85)

Pour les jeunes femmes, se posent également la question des grossesses à venir : une maternité ne serait-elle pas à l'origine d'une récurrence ? N'y a-t-il pas un risque de transmission à l'enfant ? (88) Si la grossesse n'est pas contre-indiquée après rémission complète, bien des questions se posent d'autant plus qu'il s'agit actuellement de situations rares. (90)

De plus, certains traitements anticancéreux peuvent induire une stérilité ainsi, certaines femmes sont amenées à faire face à une nouvelle perte et donc à réaliser le deuil de leur fécondité.

La mastectomie engendre un travail de deuil : celui de la perte d'un organe. Nous avons vu que la reconstruction mammaire peut être immédiate ou différée. (91)

La reconstruction immédiate permet d'éviter la sensation de perte induite par une mastectomie totale. Toutefois, il faut être vigilant avec ce type de pratique qui peut générer un bouleversement psychologique chez certaines patientes qui n'ont pas le temps de comprendre ce que leur arrive. (88)

La reconstruction différée permet dans un premier temps, de se concentrer sur les traitements puis d'accepter progressivement la perte du sein et ensuite seulement prendre la décision de se faire reconstruire ou non. Les femmes acceptant ce type d'intervention voit en cette reconstruction un remède à la mutilation, un moyen de réparation face à la perte qu'elles ont endurée. Elles peuvent se défaire de la prothèse mammaire externe qui n'est pas toujours bien tolérée et qui est parfois vécue comme un rappel à la mutilation et donc à la maladie cancéreuse. (88)

Quel que soit le type de reconstruction, les femmes devront apprendre à vivre avec ce sein reconstruit. La satisfaction peut être au rendez-vous ou non. Bien-sûr, cette dimension dépendra du résultat esthétique : il peut y avoir des asymétries mammaires, des malpositions aréolaires, une déformation du sein suite à la radiothérapie post-chirurgicale...mais pas seulement, le cheminement psychologique aura également une place majeure : la

reconstruction psychique est étroitement liée à la reconstruction physique, les patientes devront s'approprier cette nouvelle image de soi afin de retrouver un certain équilibre.

1.12.3 L'après-cancer

L'après cancer est une autre étape difficile. Un suivi est proposé à chaque patiente à l'issue de la période de traitement intensive : il devra être régulier et prolongé sur plusieurs années. (11,92)

Ce suivi a pour objectifs de

- détecter les éventuelles séquelles tardives des différentes options thérapeutiques
- détecter les signes de récurrence locale ou d'apparition d'un nouveau cancer du sein homo ou controlatéral
- accompagner la patiente afin de retrouver un équilibre psychologique, familial, social et professionnel.

Ces consultations de suivi sont toujours une épreuve rappelant au sujet son statut de patient "en sursis".

Au sentiment de soulagement se mêle des ressentis de peur, regret, angoisse. En effet, quitter le statut malade avec un rapport renouvelé à la temporalité et le retour à la normalité peut être très insécurisant et entraîner un réel flou identitaire. Dans l'expérience du cancer, M. Derzelle (93) décrit qu'au temps de la rémission, l'effet cadre des traitements et le lien soutenu et étayant du corps médical cessent; la patiente se retrouve "à découvert". Le quotidien n'est plus ponctué par la prise en charge médicale et la patiente peut vivre un sentiment d'abandon.... Il est nécessaire de s'affranchir de la dépendance aux soignants, à l'hôpital, certains malades parlent même de sevrage.

L'après-cancer est une période difficile à définir. Le début fait en général référence à la période correspondant à la fin des traitements curatifs mais la fin est très difficile à circonscrire. En effet, la définition de la guérison en cancérologie est le plus souvent statistique, mais une définition objective et unifiée est difficile à appréhender dès lors qu'on aborde la singularité d'un individu. La fin des traitements est en général perçue de façon très ambivalente par les malades. Lors de la rémission, la persistance de troubles psychologiques peut être fréquente et ce même plusieurs années après la fin des traitements. (93)

Des syndromes spécifiques à l'après-cancer ont été décrits :

- La peur de la récurrence est une réalité constante. Le moindre symptôme, les examens de contrôle sont anxiogènes et des affects anxieux et dépressifs peuvent dominer.
- Le syndrome de Lazare (J.Holland). Il désigne le lot de difficultés que rencontre la personne en rémission d'un cancer, particulièrement la restauration des relations avec un entourage qui a effectué un travail de « pré-deuil » dès l'annonce de la maladie. Le

patient apparaît donc comme un « rescapé ». Les symptômes les plus fréquents sont la peur de la rechute, de la mort, la difficulté à réintégrer sa vie familiale, sociale, professionnelle, un isolement social, un sentiment d'abandon. Le syndrome de Lazare décrit une détresse réactionnelle occasionnée par la rémission (94)

- Un état de stress post-traumatique (ESPT), se caractérisant par un état d'alerte, des pensées envahissantes à propos du cancer et de la mort, des attitudes d'évitement, des cauchemars, flashbacks...avec un impact important sur la qualité de vie. (95)

Le cancer du sein entraîne un retentissement psychologique majeur. Une évaluation et si nécessaire un accompagnement psychologique sont essentiels. Ils sont recommandés dans le Plan Cancer et s'intègrent dans le socle de base des soins de support.

Conclusion :

Le cancer du sein est, comme nous l'avons vu précédemment, le cancer féminin le plus largement répandu dans la population française.

Pour lutter contre ce cancer à forte prévalence, de nombreuses options thérapeutiques existent : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, thérapies ciblées avec un pronostic vital qui s'est très nettement amélioré depuis plus de 20 ans.

En sus de cet arsenal thérapeutique, il existe un programme de dépistage organisé depuis 2004 afin de détecter les lésions cancéreuses à un stade précoce et d'optimiser la prise en charge. Toutefois, celui-ci suscite actuellement bien des questionnements.

Le cancer est une expérience de vie éprouvante qui affecte non seulement le corps mais également l'esprit : il s'agit d'une véritable épreuve psychologique et émotionnelle survenant dans la vie de la patiente ainsi que dans celle de son entourage. Ses retentissements sont aussi bien physiques, psychiques que sociaux ; l'adaptation psychologique nécessaire qui en découle se fera de manière progressive selon un processus spécifique à l'histoire du sujet et à sa structure psychologique. Chaque individu vivra les étapes clés de la prise en charge de la pathologie cancéreuse (dépistage, annonce du diagnostic, traitement et après-cancer) de manière singulière : un même événement pourra susciter des émotions parfois bien différentes d'une patiente à l'autre.

Ainsi, la conjugaison de connaissances médicales et psychologiques dans le champ du cancer du sein apparaît indispensable à un accompagnement de qualité par le pharmacien d'officine. Le développement des médicaments anticancéreux oraux qui permettent une prise en charge ambulatoire donne de nouvelles missions aux pharmaciens officinaux en collaboration avec les différents protagonistes du parcours de soins.

Le schéma suivant proposé par J.Sicard (96) illustre de façon synthétique les différents acteurs impliqués dans l'accompagnement du patient atteint d'une pathologie cancéreuse.

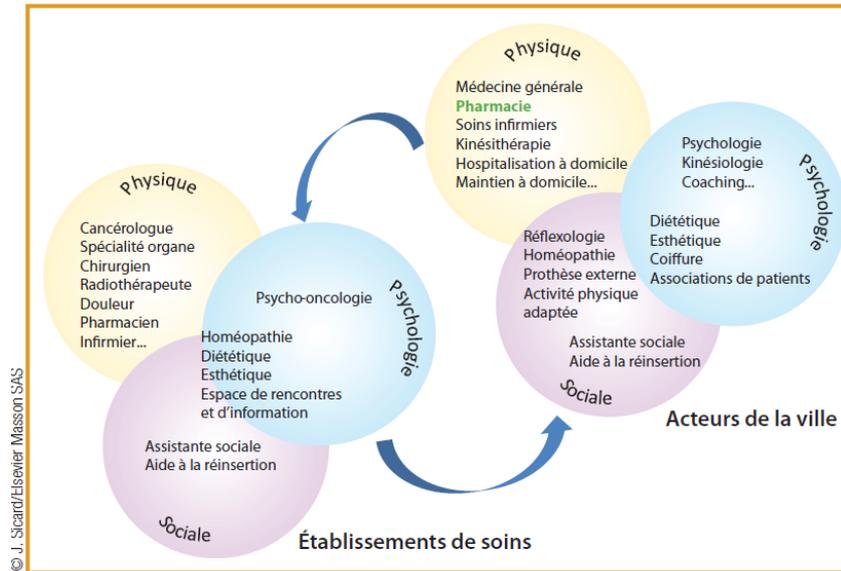


Figure 9 : Accompagnement du patient, Le pharmacien d'officine en cancérologie, une collaboration hors murs pour une délivrance optimale, J. Sicard, 2017

Par ailleurs, nous l'avons vu, les attentes des sujets atteints d'un cancer vis-à-vis du pharmacien d'officine restent centrées sur le cœur du métier, à savoir la gestion des médicaments et des effets indésirables, ce qui impose aux pharmaciens d'officine des connaissances précises en cancérologie. C'est dans ce contexte que nous avons choisi de mener une enquête auprès d'officinaux de la région Grand Est afin d'évaluer les pratiques professionnelles, leurs difficultés au quotidien, et au-delà leurs attentes et besoins pour assurer ses multiples missions auprès des femmes atteintes du cancer du sein.

La présentation des résultats de notre enquête fait l'objet du prochain chapitre.

II. Enquête sur la prise en charge non médicamenteuse des femmes atteintes de cancer du sein auprès des pharmaciens d'officine

2.1 Méthode

2.1.1 Contexte et objectifs de l'étude

Grâce aux avancées thérapeutiques majeures, le cancer du sein est une pathologie qui tend à se chroniciser. De plus, on observe également un accroissement des traitements anticancéreux par voie orale : les séjours à l'hôpital se raccourcissent et les chimiothérapies sont réalisées de plus en plus fréquemment à domicile. Dans ce contexte, le rôle du pharmacien dans la prise en charge des patientes atteintes du cancer du sein se confirme. Le pharmacien se doit de faire valoir ses compétences par des réponses aux multiples questions et inquiétudes des patientes mais aussi apporter un soutien personnalisé à ces dernières.

Ainsi, dans la première partie, nous avons rassemblé le socle de connaissances nécessaires au pharmacien d'officine afin de fournir des informations claires et complètes aux femmes.

Dans cette deuxième partie, nous avons réalisé une enquête auprès des pharmaciens d'officine. L'objectif de cette dernière était d'évaluer la place actuelle du pharmacien dans l'accompagnement non médicamenteux de la femme atteinte du cancer du sein.

2.1.2 Type d'étude

Nous avons réalisé une enquête observationnelle auprès **de 30 officines**.

Nous avons choisi de proposer ce questionnaire à des pharmaciens d'officine thésés ou non dans différents milieux (urbain, semi-rural et rural). Il nous paraissait utile de préciser si le cadre d'exercice pouvait modifier le rôle du pharmacien dans l'accompagnement d'une patiente atteinte d'un cancer du sein. En d'autres termes, l'éloignement géographique d'un lieu de soins peut-il conduire le pharmacien d'officine à être un professionnel de santé de recours de proximité et d'autant plus avec la désertification médicale dans les zones rurales ?

Les différents secteurs de l'enquête ont été sélectionnés de la manière suivante :

- Etudiantes à Nancy lors de l'enquête, nous avons désigné Nancy comme espace urbain
- L'une de nous deux étant originaire de Jarny (Meurthe et Moselle), cette petite ville constitue donc le point d'origine pour l'étude en milieu semi-rural
- La campagne vosgienne correspond à notre milieu rural puisque l'une de nous deux est originaire de Taintrux (Vosges)

Ainsi, nous avons pu balayer un vaste territoire avec notre questionnaire.

Dans un souci de praticité, nous avons délimité un périmètre de 20 km autour de chacun de ces lieux (Nancy, Jarny, Taintrux).

Nous avons listé les différentes pharmacies situées dans ce périmètre et nous avons ensuite procédé à un tirage au sort pour définir les différentes officines à interroger.

Au final, nous avons :

- Population globale : 30 officines
- Population secteur rural : 10 officines
- Population secteur semi-rural : 10 officines
- Population secteur urbain : 10 officines

2.1.3 Elaboration du questionnaire et réalisation de l'enquête

Le questionnaire a été réalisé informatiquement grâce au logiciel Microsoft Word (Annexe 1).

Cette enquête se compose de 6 pages et inclut 21 questions regroupées par thème :

- Un premier chapitre destiné à établir le profil du pharmacien interrogé
- Un second visant à évaluer le nombre de femmes concernées dans la patientèle de l'officine, à identifier leurs attentes et les effets indésirables des différents traitements évoqués par ces dernières et enfin à observer les différentes réponses apportées à ces troubles par le pharmacien
- Un troisième chapitre traite de la place du pharmacien dans le réseau de soins
- Un quatrième chapitre porte sur la formation du pharmacien d'officine en oncologie et en psychologie et des pistes pour une éventuelle amélioration de la formation et donc ensuite de la prise en charge.

Les questions semi-ouvertes, à choix unique ou multiple, permettent au pharmacien de pouvoir y répondre, tout en apportant des précisions et des remarques s'il trouve cela nécessaire.

Cette enquête a été réalisée de Février à Octobre 2019. Pour collecter les réponses, nous avons opté pour des entretiens semi-directifs. Plus précisément, nous nous sommes déplacées dans chaque officine sélectionnée, nous avons expliqué notre démarche et réalisé ensuite le remplissage du questionnaire en échangeant avec le pharmacien interrogé.

Remplir le questionnaire en direct avec le pharmacien nous permettait de rebondir sur certaines remarques et d'approfondir les réponses quand des précisions nous semblaient nécessaires.

Une seule réponse par pharmacie a été demandée et les participants pouvaient être pharmacien titulaire ou pharmacien adjoint.

Cette méthode d'enquête nous a demandé un certain temps. En effet, plusieurs mois ont été nécessaires puisqu'il fallait se déplacer pour expliquer notre démarche, puis parfois planifier des rendez-vous quand la réalisation du questionnaire n'était pas possible immédiatement.

De plus, nous avons été confrontées à plusieurs refus de la part de certaines officines, le manque de temps a souvent été évoqué, et ceci nous a malheureusement compliqué la tâche.

2.2 Résultats

La majorité des résultats sera présentée sous forme d'histogramme avec en ordonnée, le nombre de réponses obtenues pour chaque item et en abscisse, le milieu d'exercice correspondant.

2.2.1 Première partie : Profil du pharmacien

Afin d'établir un « profil pharmacien », quelques questions générales leur ont été posées au début du questionnaire.

Cette enquête a été menée auprès de 30 pharmaciens dont 21 femmes et 9 hommes, ce qui est représentatif des pharmaciens d'officine en terme de sex ratio (70% de femmes et 30% d'hommes dans notre population.). En effet, sur le plan national, si l'on s'en réfère aux dernières données épidémiologiques transmises par l'ordre national des pharmaciens sur les 74043 officinaux en 2017, on retrouvait 67,3% et 32,7% d'hommes. (97)

Nous avons également voulu recueillir la date de soutenance de thèse, l'objectif étant de trouver une éventuelle corrélation entre l'ancienneté du diplôme, le niveau de connaissances sur cette pathologie et les besoins en formation. Dans notre population, les années de thèse s'échelonnent entre 1976 à 2018. Nous avons choisi de regrouper les résultats en fonction des modalités suivantes : « plus de 10 ans » ou « moins de 10 ans ».

Les résultats sont très intéressants comme nous le montre les diagrammes suivants :

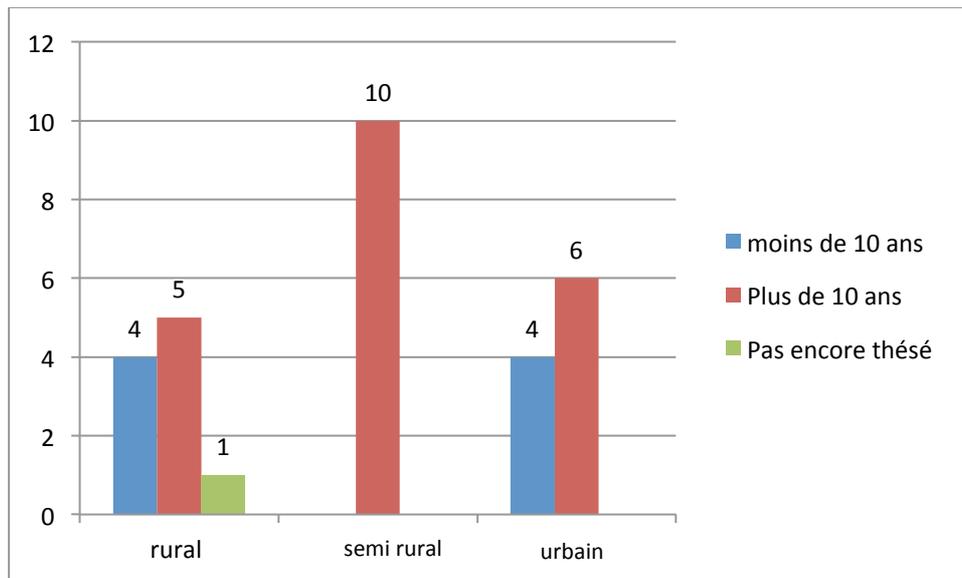


Figure 10 : répartition des pharmaciens en fonction de leur milieu d'exercice et de leur année de thèse

En effet , dans notre population, on note des disparités puisque l'ensemble des officinaux exerçant en milieu semi-rural sont plus âgés et ont tous soutenus leur thèse il y a plus de 10 ans. Le milieu urbain, quant à lui, est plus homogène, et enfin, les pharmaciens non thésés ne représentent qu'une seule réponse dans le secteur rural. Nous n'avons pas d'explication précise concernant ces divergences, les participants à l'enquête ayant été choisis aléatoirement, ces résultats sont donc le fruit du hasard.

Afin de mieux préciser le profil de notre population, il était important de savoir si les pharmaciens interrogés avaient reçu une formation spécifique validée en oncologie. Au total, un seul pharmacien sur les 30 interrogés dispose de ce type de formation.

2.2.2 Deuxième partie : Etat des lieux de la prise en charge en officine

L'objectif de cette partie est d'établir un « état des lieux » de la patientèle concernée, ainsi que les observations/constatations des pharmaciens d'officine par rapport à la prise en charge. Nous souhaitons également cibler leurs besoins et leurs attentes dans le domaine oncologique.

Il nous semblait important de voir si l'oncologie occupait une place importante au sein de leurs pratiques officinales. La totalité des pharmaciens interrogés ont déclaré prendre en charge des patientes atteintes du cancer du sein. Pour quantifier cette prise en charge de façon plus précise, nous avons regroupé les résultats en fonction des modalités suivantes : « moins de 5 » et « plus de 5 ».

Les résultats sont présentés dans l’histogramme ci-dessous :

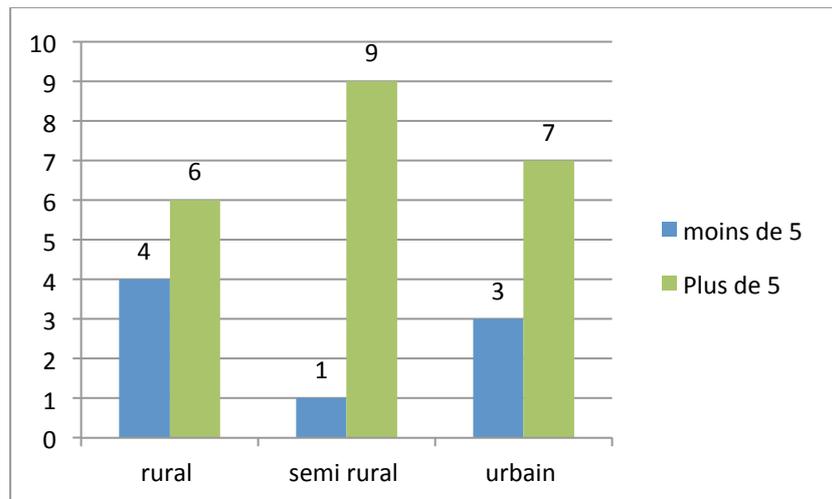


Figure 11 : nombre de patientes atteinte de cancer du sein au sein des officines en fonction du milieu

On note des disparités au sein de la population sur l’ensemble des officinaux. En effet, les officinaux exerçant en milieu semi-rural semblent accueillir plus de femmes atteintes de cancer du sein que les autres officinaux exerçant dans d’autres milieux.

Comme nous l’avons vu précédemment, la maladie cancéreuse peut se décomposer en plusieurs stades : diagnostic, traitement, après cancer, ... Afin de préciser le domaine d’intervention du pharmacien, il nous semblait important de leur demander à quel stade ils considéraient intervenir le plus.

Nous avons obtenu des résultats significatifs, comme nous le montre le diagramme suivant :

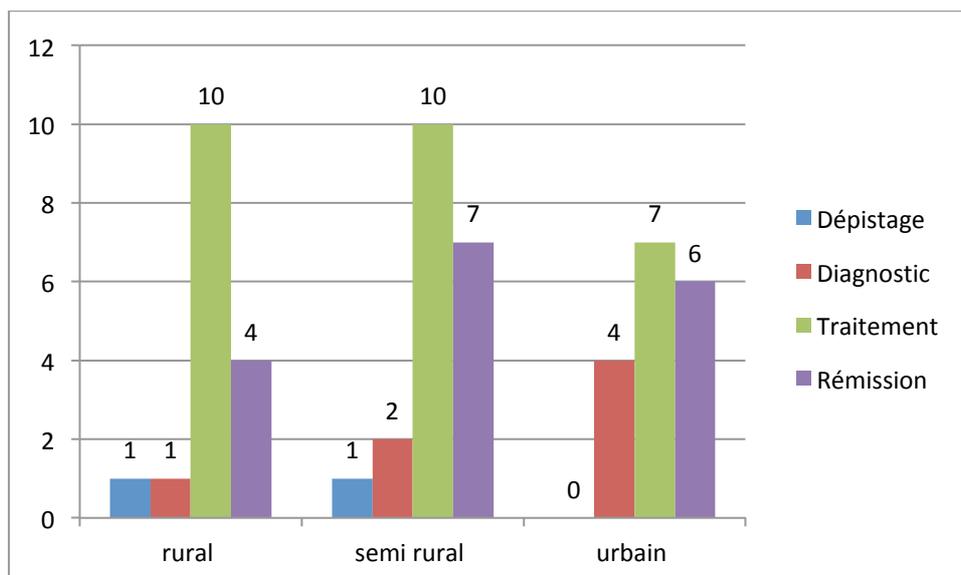


Figure 12 : stade d’intervention du pharmacien lors de la pathologie cancéreuse en fonction du lieu d’exercice

En effet :

- Quel que soit le lieu d'exercice du pharmacien d'officine, il semblerait qu'il soit plus sollicité au cours du traitement, ce qui corrobore les changements apportés par les anticancéreux oraux qui permettent une prise en soins ambulatoires. On note toutefois une légère différence avec les officinaux exerçant en milieu urbain. Cette différence pourrait s'expliquer par la présence de structures spécialisées comme l'institut de cancérologie de Lorraine (ICL) à Nancy. En effet, les patientes résidant à proximité de ce centre ont peut-être plus tendance à se tourner vers celui-ci, par rapport aux autres lieux d'exercices, où la pharmacie peut être leur seul recours de proximité.
- Les officinaux exerçant en milieu rural semblent moins intervenir au cours de la rémission que leurs confrères exerçant dans d'autres lieux.
- Le diagnostic semble occuper une place plus conséquente au comptoir pour les officinaux exerçant en milieu urbain.

Pour les deux derniers points, nous n'avons pas d'hypothèse qui pourrait justifier de tels résultats.

Nous avons également voulu collecter des informations sur la présence d'un espace dédié à la prise en charge des patientes atteintes du cancer du sein. Nous avons obtenu les résultats suivants, regroupés dans le diagramme ci-dessous :

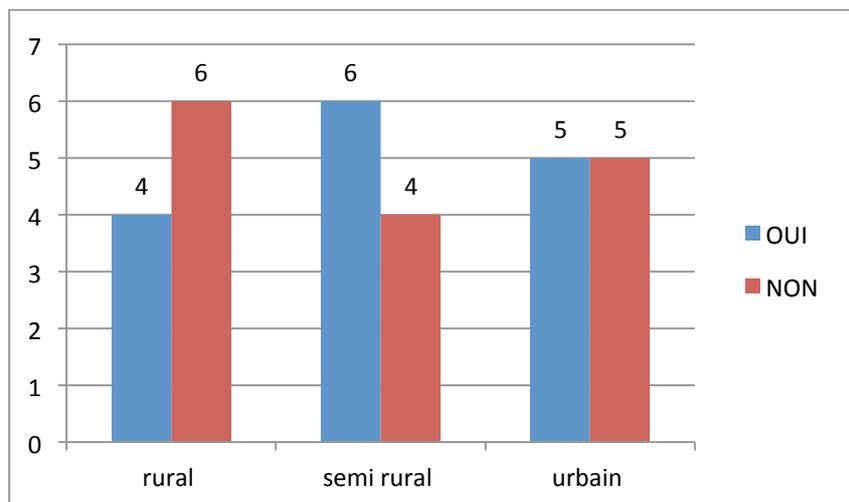


Figure 13 : présence d'un espace dédié à la prise en charge des patientes atteintes de cancer du sein en fonction du lieu d'exercice

Malgré l'ensemble des réponses positives collectées, nous nous sommes rapidement rendues compte que beaucoup des pharmaciens interrogés considéraient qu'un espace de confidentialité correspondait à cet espace dédié.

Afin de préciser notre état des lieux en officine, il nous semblait fondamental de savoir quelles sont les attentes des patientes au comptoir.

Les résultats peuvent être regroupés comme suit :

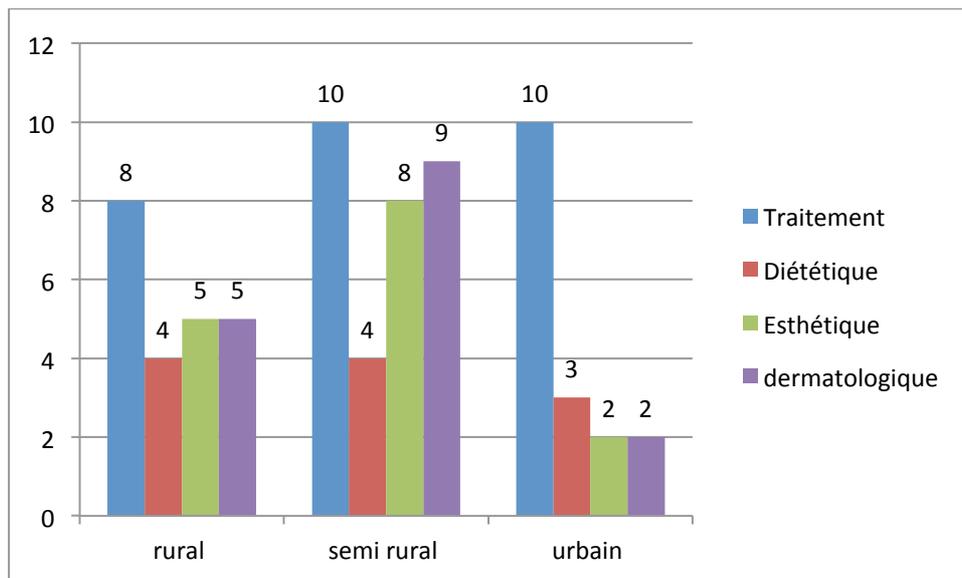


Figure 14 : attentes des patientes atteintes de cancer du sein en fonction du lieu d'exercice

Le questionnaire étant semi-directif, nous avons pu recueillir plus de détails sur les réponses des officinaux :

Domaine concerné	Précisions sur les attentes
Conseils sur le traitement médicamenteux	Gestion des effets indésirables, explication sur le traitement, interactions médicamenteuses, plan de prise
Conseils diététiques	Troubles du goût et aides possibles, aide pour supporter les nausées et vomissements/mucites, lutte contre la dénutrition, hygiène alimentaire adaptée,
Conseils esthétiques	Redirection vers des spécialistes (coiffeur, perruques,...), prothèse mammaire et lingerie adaptée, prothèse capillaire, conseils sur les soins des ongles et des cheveux
Conseils dermatologiques	Soins hydratants adaptés, soins solaires et soins capillaires
Autres	/

Tableau 6 : Précisions sur les attentes des femmes atteintes de cancer du sein

- Les conseils à propos des traitements médicamenteux occupent la première place sans hésitation, ce qui correspond aux attentes des patientes comme l'a montré l'enquête menée en région parisienne (39)
Les traitements prescrits sont nombreux et les effets indésirables que ceux-ci engendrent font que le pharmacien a un rôle majeur dans la gestion des traitements.
- Les demandes à propos de l'esthétique et de la dermatologie sont également conséquentes. Elles sont décrites surtout par les pharmaciens exerçant en zone rurale et semi-rurale (5 à 9 officines en fonction du lieu d'exercice). En milieu urbain, seul 2 officinaux se trouvent confrontés à des sollicitations à ce sujet. Cette différence peut sans doute s'expliquer par la proximité de l'institut de cancérologie de Lorraine qui possède un service de socio-esthétique.

- L'intervention du pharmacien au niveau diététique est moindre quel que soit le milieu d'exercice considéré. En effet, les professionnels interrogés affirment qu'ils participent à la délivrance de compléments nutritionnels parfois nécessaires face à la dénutrition engendrée par la maladie. Toutefois, ils nous font remarquer que, bien souvent, ces compléments sont directement prescrits par les médecins et le pharmacien n'a alors qu'à accompagner la patiente dans le choix des textures et des saveurs. Les conseils hygiéno-diététiques, quant à eux, ont été abordés mais par une infime partie des pharmaciens seulement. Or, comme dans de nombreuses pathologies (diabète, maladie cardiovasculaire, ...), la délivrance de conseils d'ordre hygiéno-diététique est un rôle essentiel du pharmacien.

Les effets indésirables au cours du traitement sont nombreux et le pharmacien d'officine est un acteur de premier plan pour aider à leur gestion.

Nous avons donc fait le choix de consacrer plusieurs questions à ces effets indésirables. Plus particulièrement, nous avons demandé aux pharmaciens d'officine quels étaient ceux qui ressortaient le plus au comptoir.

Pour exploiter au mieux les résultats, nous avons listé les effets indésirables les plus fréquents connus pour chaque stratégie thérapeutique.(98) Afin de ne pas limiter les réponses à ces seules options, nous avons inséré une réponse « Autre », où le pharmacien était libre de compléter s'il le souhaitait.

Les résultats sont représentés ci-dessous, sous la forme d'histogrammes. Nous avons séparé les résultats en fonction de chaque stratégie thérapeutique :

Chirurgie :

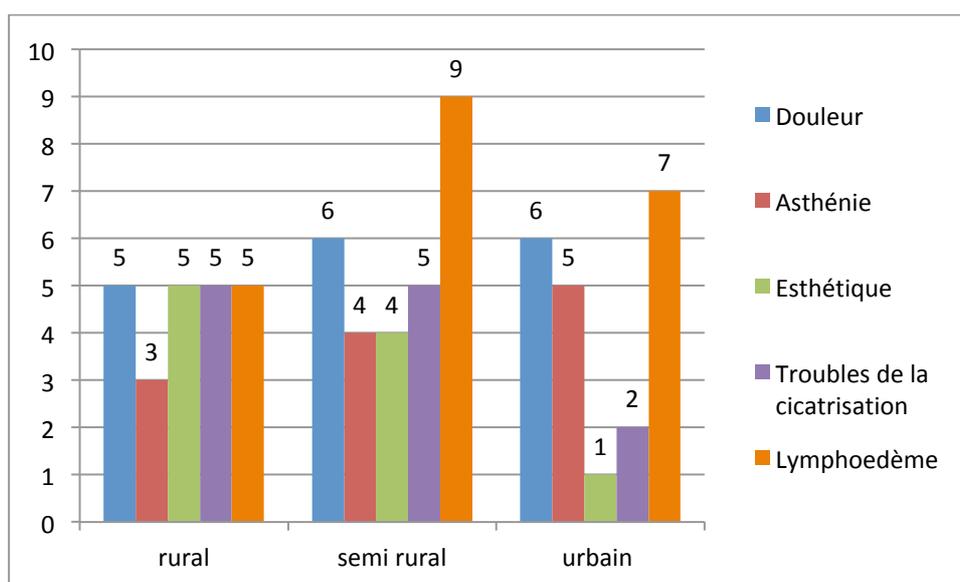


Figure 15 ; effets indésirables ressentis par la patiente lors d'une chirurgie, en fonction du lieu d'exercice

Dans notre étude, on peut remarquer que le préjudice esthétique lié à l'intervention chirurgicale n'est pas l'effet indésirable le plus fréquent. En effet, les complications algiques ainsi que la survenue d'un lymphœdème dominant les plaintes des patientes.

Radiothérapie :

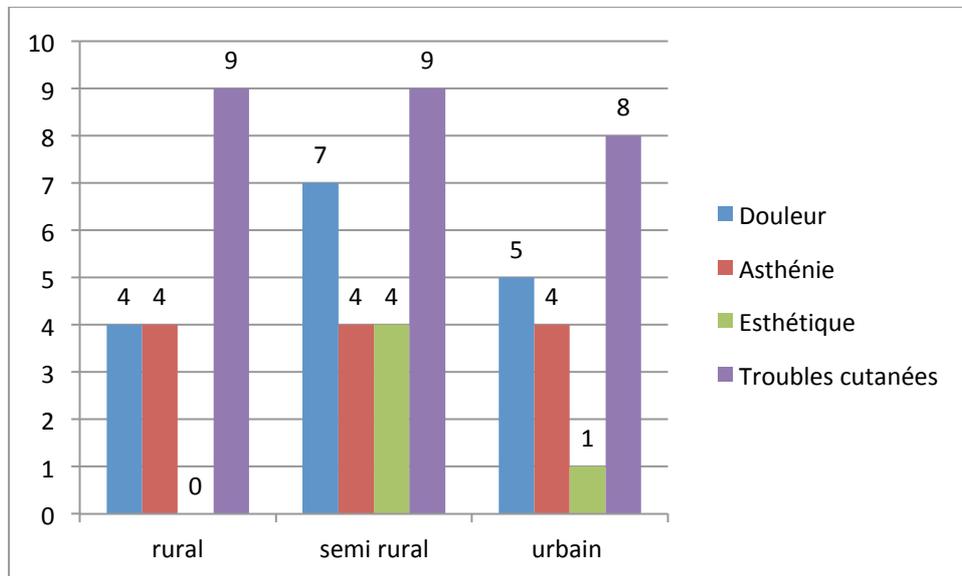


Figure 16 : effets indésirables ressentis par la patiente en radiothérapie, en fonction du lieu d'exercice

Au vu des réponses, ce sont incontestablement les complications cutanées qui posent le plus de problèmes aux patientes, suivies par les douleurs.

Chimiothérapie :

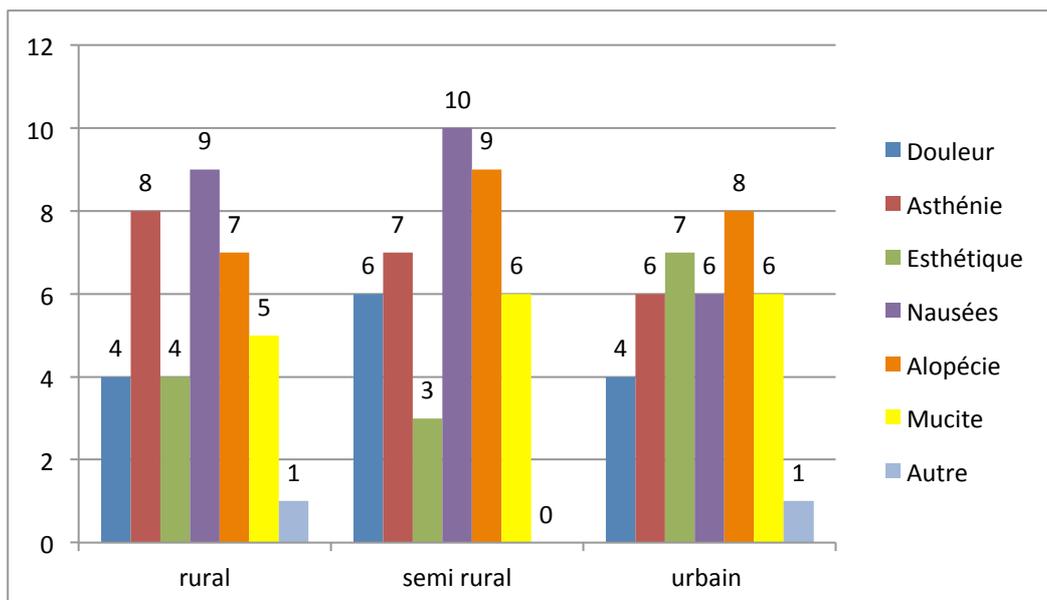


Figure 17 : effets indésirables ressentis par la patiente sous chimiothérapie, en fonction du lieu d'exercice

Remarque : réponse classée dans la catégorie « Autre » :

- Lieu d'exercice rural : « syndrome main pied »
- Lieu d'exercice urbain : « anémie et leucopénie »

Ici, les plaintes des patientes ne ressortent pas de façon homogène en fonction du lieu d'exercice du pharmacien. Néanmoins, l'alopecie semble être une source dominante de problèmes pour les patientes, ainsi que les nausées et l'asthénie.

Hormonothérapie

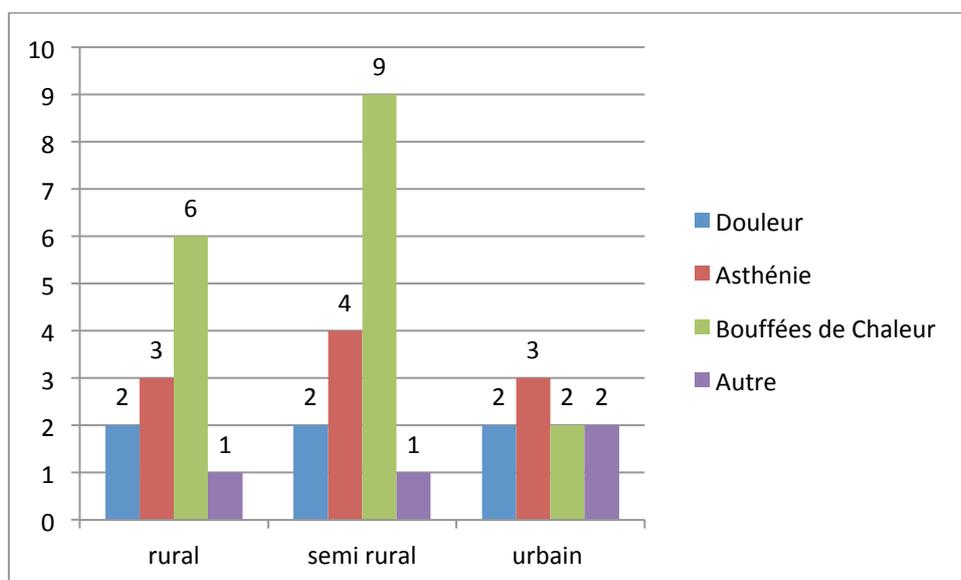


Figure 18 : effets indésirables ressentis par la patiente sous hormonothérapie, en fonction du lieu d'exercice

Sauf en lieu d'exercice urbain, les bouffées de chaleur constituent la source de problèmes dominante pour les patientes.

Remarque : réponse classée dans la catégorie « Autre »

- Lieu d'exercice rural : « prise de poids »
- Lieu d'exercice semi-rural : « prise de poids »
- Lieu d'exercice urbain : « troubles du sommeil », « nausées et vomissements »

Thérapie ciblée

Sur l'ensemble des pharmaciens interrogés, seulement certains d'entre eux ont apporté une réponse à cette question. En effet, les effets secondaires des thérapies ciblées restent les moins souvent évoqués. Ces traitements sont disponibles depuis quelques années seulement et les pharmaciens disposent donc d'un recul moindre sur cette thérapeutique.

Pour chaque lieu d'exercice, sur les 10 officines interrogées, seules 2 d'entre-elles ont répondu à cette question.

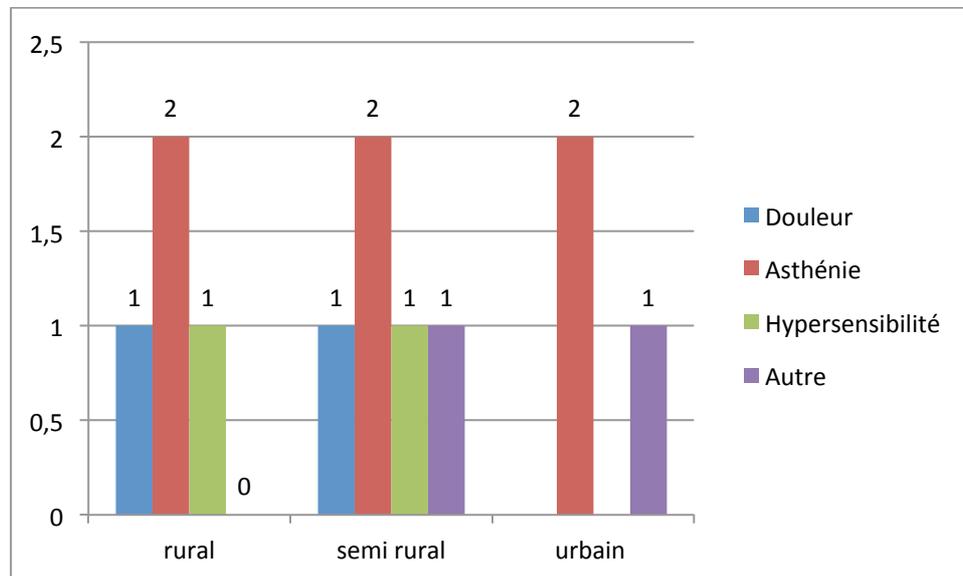


Figure 19 : effets indésirables ressentis par la patiente en thérapie ciblée, en fonction du lieu d'exercice

Nous entendons par Hypersensibilité toute réaction cutanée qui fait suite à l'utilisation d'une thérapie ciblée (rash cutané, urticaire, prurit, éruption cutanée,...) (99)

Remarque : réponse classée dans la catégorie « Autre »

- Lieu d'exercice semi-rural : répercussions psychologiques
- Lieu d'exercice urbain : « Troubles cutanés »

Nous pouvons remarquer que dans certains cas, les réponses apportées par les officinaux sont assez semblables. Toutefois, dans d'autres cas, nous avons observé des divergences en fonction du lieu d'exercice :

- Les lymphœdèmes semblent être moins abordés par les patientes se rendant dans des officines « rurales ». En effet, 5 officines ont coché la réponse « lymphœdème » contre 9 en milieu semi-rural et 7 en milieu urbain.
- Les nausées au cours d'une chimiothérapie ne sont pas énoncées en majorité auprès du pharmacien d'officine exerçant en milieu urbain, contrairement à ses confrères d'autres milieux. En effet, seulement 5 officinaux ont coché la réponse « nausées et vomissements » contre 10 dans les officines semi-rurales et 9 dans les officines rurales.
- Les bouffées de chaleur sont sous-représentées dans les réponses émanant d'officines situées en milieu urbain : nous avons obtenu 2 réponses positives pour cet effet, contre 9 en milieu semi-rural et 6 en milieu rural.

Nous n'avons pas d'explication précise concernant les divergences de réponses puisque les participants à l'enquête ont été choisis de façon aléatoire. Néanmoins, nous pouvons évoquer ici le fait que, même si les plaintes des patientes concernant certains effets indésirables divergent en nombre en fonction du lieu d'exercice, ils sont quand même présents. Le pharmacien d'officine se doit donc de prendre en compte ces effets.

La suite du questionnaire s'est donc portée sur les moyens dont disposait le pharmacien d'officine pour assurer la gestion des effets indésirables. Nous avons obtenu les réponses suivantes, regroupées dans l'histogramme ci-dessous :

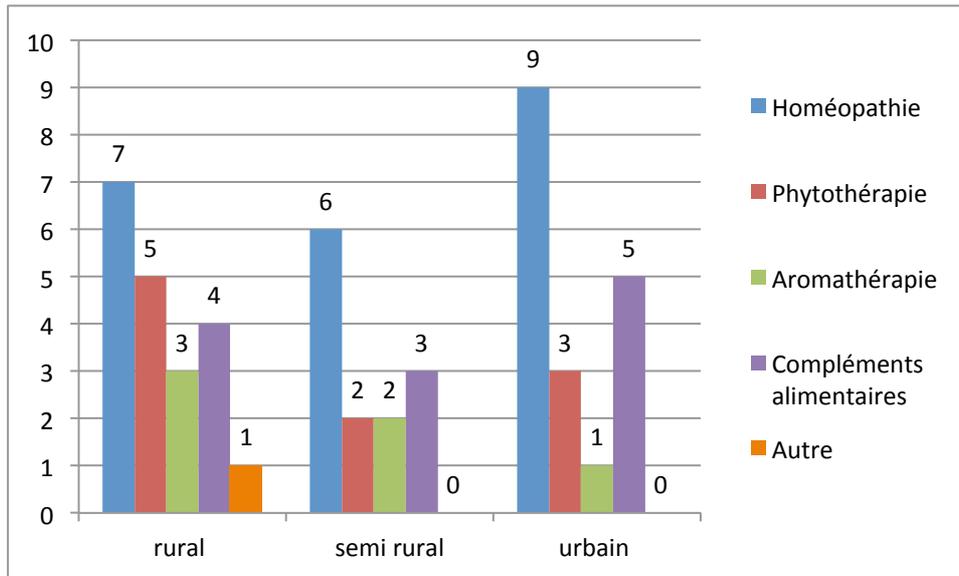


Figure 20 : thérapies complémentaires proposées par le pharmacien d'officine pour pallier aux effets indésirables, en fonction du lieu d'exercice

Remarque : réponses classées dans la catégorie « Autre » : Lieu d'exercice rural : « vernis au silicium »

- L'homéopathie est conseillée en première intention par l'ensemble des officines interrogées (6 à 9 officines selon le milieu concerné)
- La phytothérapie, malgré des précautions plus nombreuses, constitue tout de même une alternative régulièrement proposée par les pharmaciens. En effet, 2 à 5 officinaux en fonction du lieu d'exercice, affirment suggérer cette option à leurs patientes.
- Les compléments alimentaires sont conseillés par 30 à 40 % des pharmaciens dans chacune des zones étudiées
- L'aromathérapie reste une approche peu employée dans les pharmacies, puisque seulement 10 à 30 % des pharmaciens affirment le proposer à leurs patientes

Parmi les effets indésirables existants, nous avons souhaité nous attarder sur ceux qui affectent plus particulièrement l'image corporelle des patientes (alopécie, mastectomie,...). Nous avons ainsi demandé au pharmacien d'officine de quelles solutions il disposait pour répondre aux besoins des patientes.

Voici les résultats que nous avons obtenus, présentés sous la forme d'un histogramme :

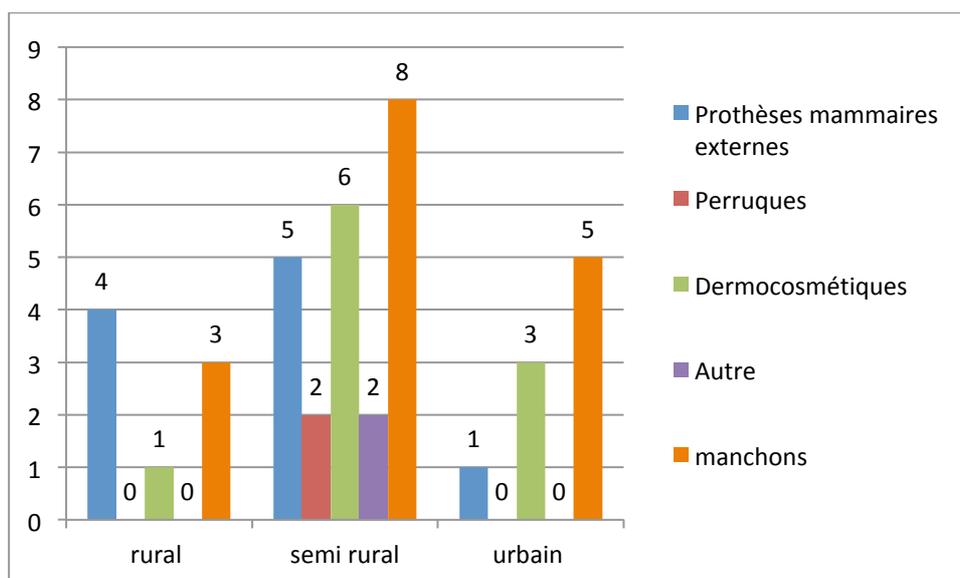


Figure 21 : dispositifs délivrés par le pharmacien d'officine pour pallier aux effets indésirables affectant l'image corporelle en fonction du lieu d'exercice

Remarque : réponse classée dans la catégorie « Autre » pour le milieu semi-rural : Lingerie adaptée

Les résultats sont les suivants :

- On peut remarquer que les prothèses mammaires sont quasi inexistantes en milieu urbain (1 officine ayant répondu positivement), par rapport à leur confrère exerçant en milieu semi-rural (5 officines) et rural (4 officines).
- Les dermoccosmétiques spécifiques aux peaux cancéreuses ne sont pas présents de façon équitable au sein des officines : en effet, 6 officinaux exerçant en milieu semi-rural possèdent une telle gamme contre 3 officines en milieu urbain et 1 officine seulement en milieu rural.
- Les orthèses de type manchon : plus répandues, elles sont délivrées par 2 à 8 des officines interrogées selon le lieu d'exercice considéré.

La délivrance de ce type de dispositif nécessite une formation complémentaire en orthopédie, ce qui peut expliquer la réponse négative de certaines officines.

- Concernant les prothèses capillaires, une seule officine a répondu délivrer ce type de prothèses. Cette pharmacie se trouve en milieu semi-rural et est véritablement spécialisée dans la prise en charge des femmes atteintes du cancer du sein, ce qui explique la présence de prothèses capillaires.

Le cancer du sein ayant aussi bien des répercussions physiques que psychologiques, il nous semblait important de savoir si les patientes évoquaient avec le pharmacien d'officine d'éventuels ressentis à propos de leur maladie. Nous avons donc consacré la dernière question de ce chapitre à cette dimension.

Nous avons obtenu des résultats contrastés en fonction des lieux d'exercice :

- en milieu rural, toutes les officines interrogées affirment recevoir des confidences sur le ressenti de la maladie contre 7 des officines interrogées en milieu semi rural et 6 en milieu urbain.

Afin de préciser au mieux les thèmes abordés, nous avons pu regrouper les réponses en thèmes généraux, présentés ci-dessous :

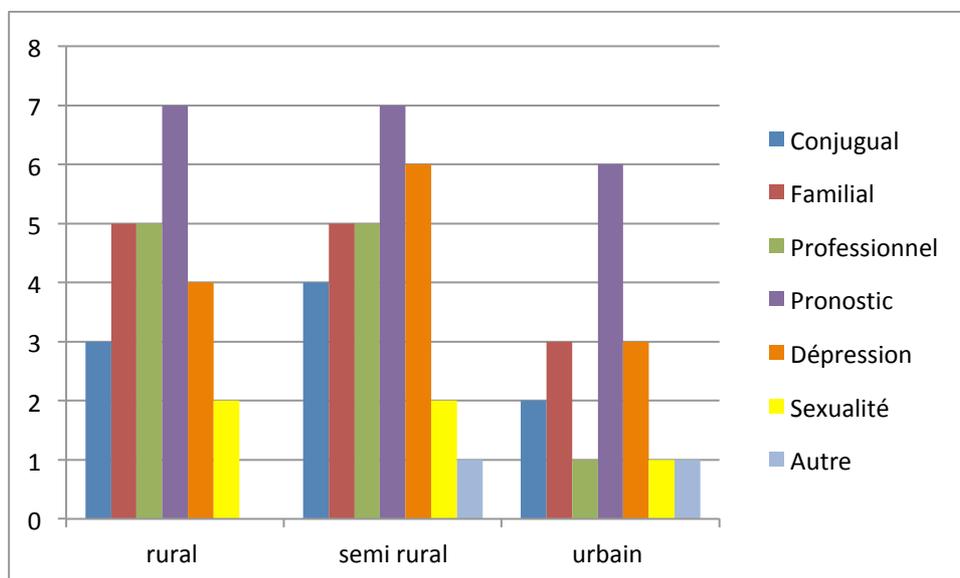


Figure 22 : thèmes abordés par la patiente au comptoir en fonction du lieu d'exercice

Le pronostic semble être la préoccupation majeure des patientes atteintes du cancer du sein.

2.2.3 Troisième partie : Le pharmacien d'officine dans le réseau de soin

La collaboration entre professionnels de santé nous semble primordiale pour garantir la continuité des soins et ainsi permettre une prise en charge de qualité. C'est pour cela que nous avons dédié un chapitre entier à la place du pharmacien dans le réseau de soin.

Nous nous sommes tout d'abord intéressées à la collaboration ville-hôpital. Quel que soit le milieu considéré, le constat est semblable : le lien entre le milieu hospitalier et les pharmacies d'officine est très limité lors du parcours de soins des femmes atteintes de cancer du sein.

Les résultats obtenus ont été regroupés dans le diagramme suivant :

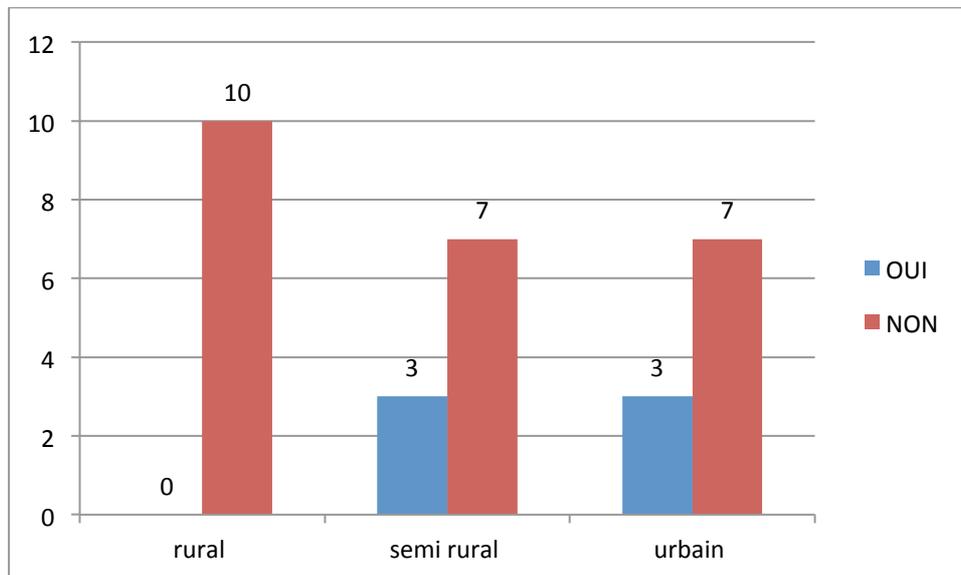


Figure 23 : collaboration des pharmaciens avec les hôpitaux en fonction du lieu d'exercice

On note, toutefois, une légère disparité concernant la proportion de cette coopération entre les trois milieux d'étude. En effet :

- cette absence de collaboration est particulièrement prononcée en zone rurale où 100 % des pharmaciens interrogés ont répondu ne pas être en lien avec les services hospitaliers.

Le lien entre la ville et l'hôpital semble légèrement plus marqué en milieu semi-rural et urbain (30% de réponses positives).

Toutefois, même si la coopération est plus soutenue en secteur urbain et semi-rural, nous constatons qu'elle semble très limitée et qu'il reste un long chemin à parcourir avant de parler de véritable collaboration.

Depuis quelques années, le rôle du pharmacien évolue et sa place dans l'éducation thérapeutique du patient se confirme. Ainsi, nous avons abordé ce sujet via la question « **Participez-vous à un programme d'ETP ?** », en précisant lors des échanges que nous souhaitions cibler l'éducation thérapeutique du patient dans le domaine de l'oncologie.

A cette question, sur les 30 officines interrogées, **un seul pharmacien a indiqué être engagé dans une démarche d'ETP.** Le pharmacien ayant répondu positivement a réalisé la formation nécessaire afin d'être acteur d'une démarche d'ETP mais n'est en définitif pas réellement impliqué dans un programme.

Il nous semblait ensuite nécessaire d'aborder la collaboration entre les acteurs de la prise en charge ambulatoire. Nous avons recueilli les résultats suivants :

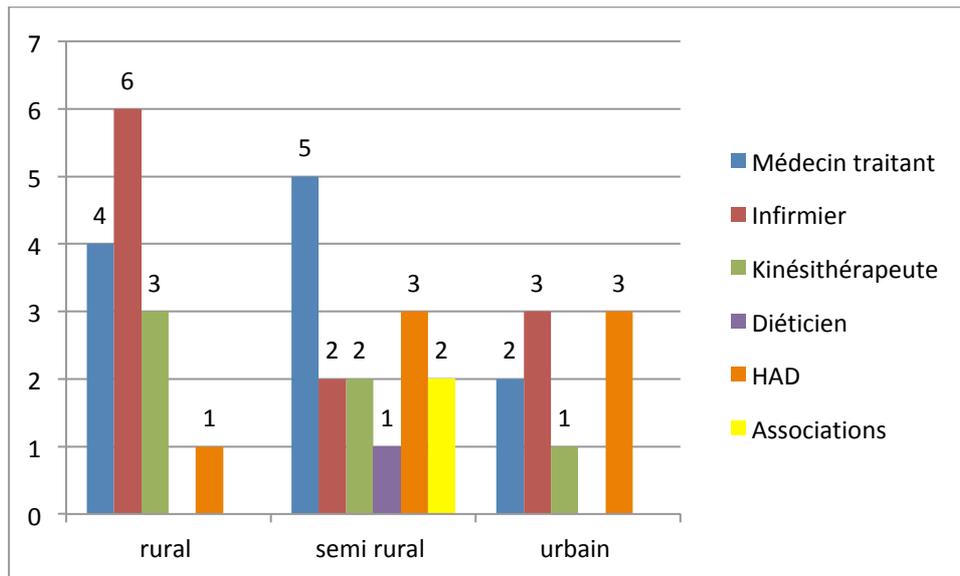


Figure 24 : collaboration des pharmaciens avec les autres professionnels de santé en fonction du lieu d'exercice

Dans ce contexte, la coopération semble plus développée. Cependant, quelques divergences sont à souligner entre les trois milieux d'étude. En effet :

- On atteint des scores de l'ordre de 70 à 80 % dans le secteur rural et semi-rural avec des liens installés surtout avec les médecins traitants, les services d'hospitalisation à domicile et les infirmiers.
- Au niveau urbain, les liens semblent être plus distendus avec seulement 50 % des pharmaciens interrogés affirmant collaborer avec ces professionnels. La collaboration s'effectue surtout avec les infirmiers et les services d'HAD dans cette zone.

Enfin, nous savons qu'il existe des réseaux de soin en Oncologie. Ces réseaux régionaux de cancérologie ont de multiples missions dont la facilitation des échanges entre professionnels de santé.

En Lorraine, il existe « Oncolor » par exemple. Cependant, tous milieux confondus, une seule réponse positive concernant la collaboration avec un réseau a été relevée, il s'agissait d'Oncolor. Nous n'avons malheureusement pas eu la possibilité d'aborder la manière la nature de cette collaboration.

2.2.4 Quatrième partie : Evolution de la place du pharmacien d'officine et axes d'amélioration de la prise en charge

Après cette évaluation des pratiques professionnelles relatives à la prise en charge de la patiente atteinte du cancer du sein à l'officine, nous avons questionné le pharmacien au sujet de ses perceptions sur l'évolution de son rôle et des améliorations pouvant être apportées à la prise en charge.

Quel que soit le milieu considéré, la majorité des pharmaciens interrogés confirment l'évolution de leur rôle dans la prise en charge des patientes atteintes du cancer.

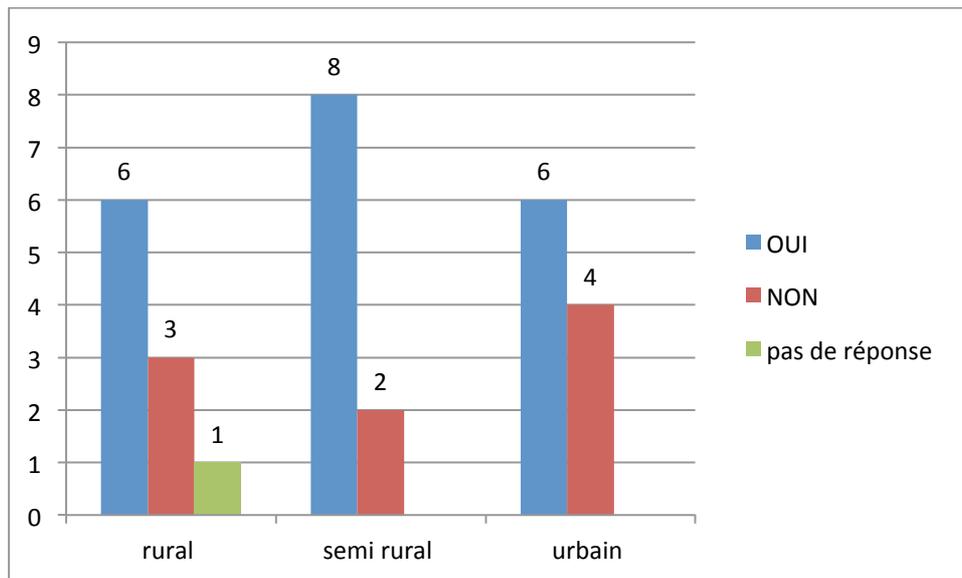


Figure 25 : perception de l'évolution du métier de pharmacien en fonction du lieu d'exercice

Remarque : pour une pharmacie située en milieu rural, un des pharmaciens interrogé n'a pas répondu à cette question. En effet, exerçant depuis moins d'une année, le pharmacien s'est abstenu de répondre, jugeant que sa perception de l'évolution du métier ne pouvait se faire sur une aussi courte expérience professionnelle.

Cette évolution se traduit par :

- un nombre plus conséquent de patientes à prendre en charge
- une demande plus accrue de conseils de la part de celles-ci
- un réel besoin d'écoute concernant le vécu psychologique de la maladie
- ...

Face à ce changement, les pharmaciens d'officine ne se sentent plus suffisamment formés pour pouvoir répondre à toutes les demandes des patientes : en effet, le diagramme suivant montre que les pharmaciens interrogés estiment que leurs connaissances en oncologie sont insuffisantes.

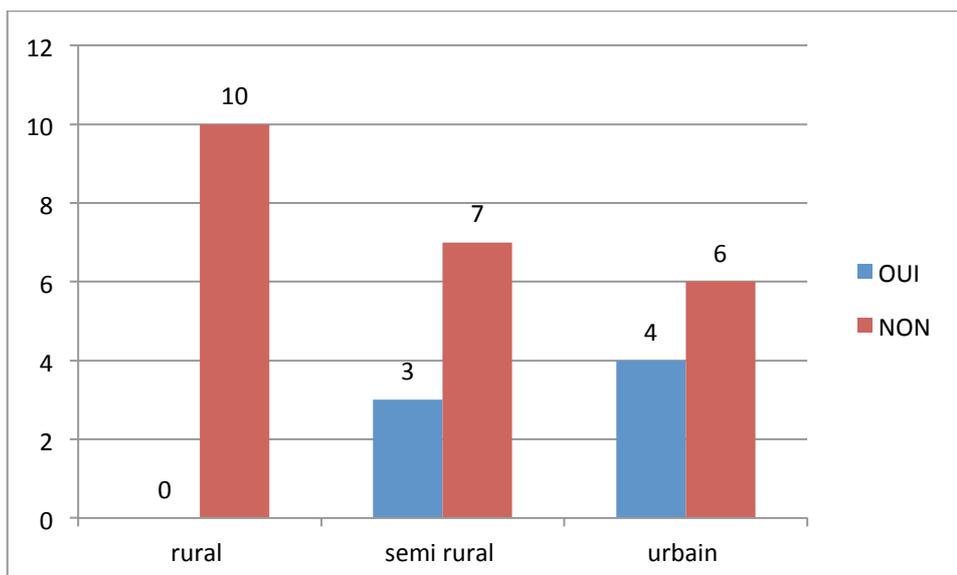


Figure 26 : diagramme des besoins en formation dans le domaine oncologique pour le pharmacien d'officine en fonction du lieu d'exercice

Des formations complémentaires sont souhaitées par la majorité des pharmaciens quel que soit le milieu d'étude concerné. Le type d'enseignements privilégié est regroupé dans le diagramme ci-dessous :

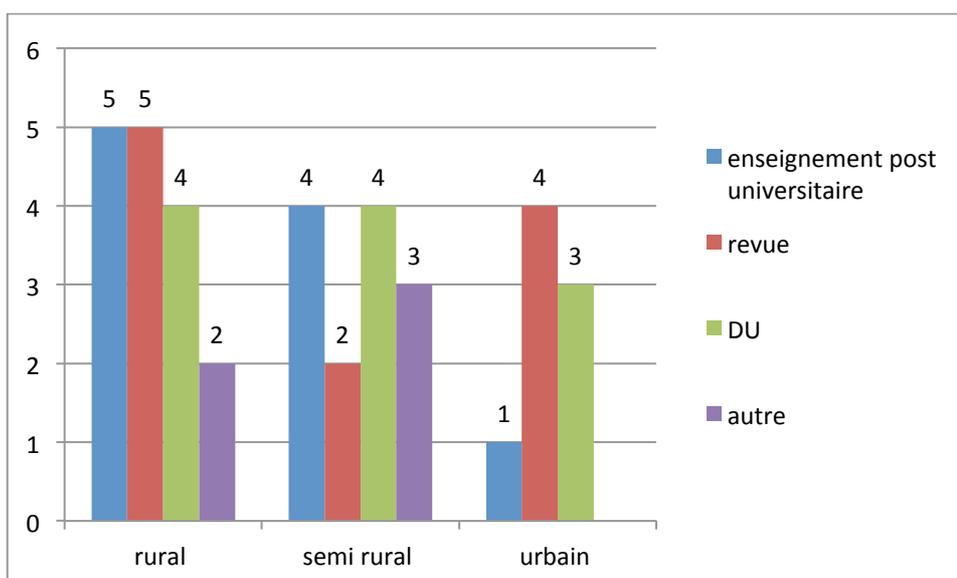


Figure 27 : type d'enseignement souhaité par le pharmacien d'officine en fonction du lieu d'exercice

Remarque : réponse classée dans la catégorie « Autre » :

- Pour le milieu rural : e-learning
- Pour le milieu semi-rural : formation Amoena et Thuasne concernant la délivrance des prothèses mammaires externes

Nous avons vu précédemment que la pathologie cancéreuse provoque un réel bouleversement psychologique des patientes. Ainsi, nous avons souhaité évaluer si le pharmacien se sent suffisamment formé pour soutenir convenablement les femmes malades.

Si 70 à 90 % des pharmaciens exerçant en milieu rural et semi-rural affirment nécessaire de compléter leur formation somatique par des notions appartenant à la sphère psychologique, seulement 50 % des pharmaciens exerçant en milieu urbain répondent favorablement à ce besoin de formation pour accompagner leurs patientes.

Les principales raisons avancées lors de nos entretiens sont les suivantes :

- Volonté de ne pas « empiéter » sur le travail de leurs confrères psychiatres
- Mission non adaptée au pharmacien
- Formation sur le terrain car le pharmacien est confronté tous les jours à la nécessité de faire de « la psychologie au comptoir »

Enfin, en raison des questions multiples émanant des patientes, nous avons évoqué l'utilité de supports pédagogiques pour favoriser une meilleure compréhension de la maladie et des traitements.

Les résultats sont regroupés dans le diagramme suivant :

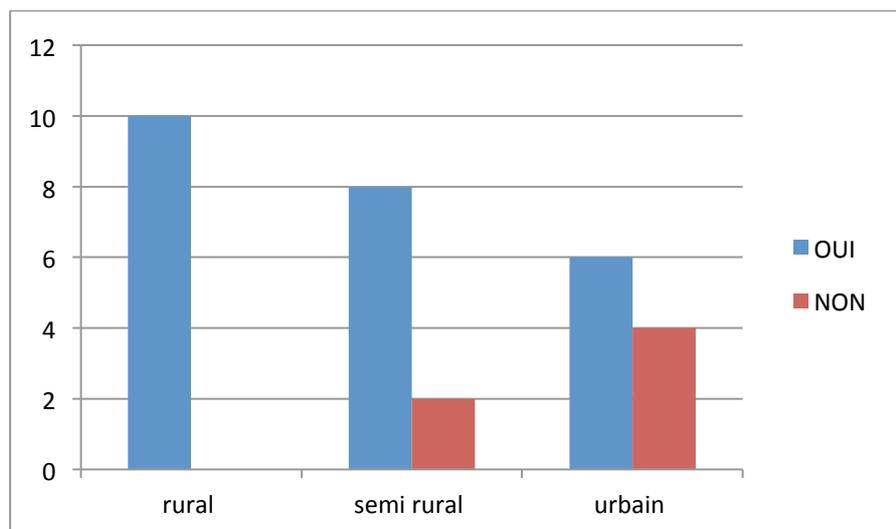


Figure 28 : histogramme sur l'utilité de bénéficier de supports pédagogiques en officine de ville en fonction du lieu d'exercice

Les principaux thèmes qu'il serait important d'aborder dans ces supports sont similaires dans les trois secteurs : physiopathologie, effets indésirables, interactions médicamenteuses, alimentation, acceptation de la maladie, reconstruction mammaire, ...

Après la présentation des résultats de notre enquête, la troisième partie de notre travail consistera à les discuter, les comparer à la littérature et à d'autres études déjà existantes et à être force de propositions afin d'améliorer la pratique officinale auprès des femmes atteintes de cancer du sein.

III. Discussion :

L'objectif de cette enquête était d'établir un état des lieux du rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la femme atteinte du cancer du sein et plus spécifiquement sur l'accompagnement non médicamenteux.

A travers ce questionnaire, nous avons pu collecter les pratiques professionnelles de pharmaciens d'officine aux profils variés, dans des zones géographiques différentes.

Un certain nombre d'items nous ont apporté des réponses relativement semblables, d'autres étaient plus nuancées. Nous allons les analyser, les discuter et les comparer à d'autres études menées à ce sujet.

3.1 Le pharmacien d'officine durant la phase de traitement

L'enquête montre que le pharmacien d'officine a une place relative à l'étape du diagnostic de la maladie : 77 % des professionnels interrogés affirment être peu sollicités. En effet, d'autres acteurs de santé tels que le médecin traitant, les équipes d'oncologie, notamment porteurs du dispositif d'annonce, ont un rôle prépondérant à ce stade de l'affection.

En revanche, le pharmacien d'officine a une fonction très importante dans la gestion du traitement : 90 % des professionnels inclus dans l'étude se disent très impliqués tout au long de la phase de traitement.

3.1.1 La délivrance des traitements

D'après une étude, menée par G. Hebert et al. (39), un patient sous anticancéreux oral se rend significativement plus souvent à la pharmacie de ville, par rapport à un patient sans ce type de traitement (41% de passage en officine pour un patient sous anticancéreux contre 20% pour un patient sans anticancéreux oral). Dans un cas sur deux, leur interlocuteur se trouve être un pharmacien. On comprend donc aisément que le pharmacien d'officine ait un rôle important à jouer, notamment pour la délivrance des ordonnances.

Il porte la responsabilité de la délivrance des médicaments. Il doit fournir des informations adaptées au niveau de connaissances de la patiente et des réponses aux nombreuses interrogations de celle-ci afin qu'elle soit actrice de sa prise en charge. Toutefois, comme le montre l'étude menée par P. Renard concernant la délivrance des anticancéreux oraux, le pharmacien d'officine éprouve certaines difficultés par manque d'information concernant la prise en charge hospitalière des patientes. Le développement de la coordination ville-hôpital

serait une des solutions pour parfaire l'accompagnement ambulatoire des femmes atteintes du cancer du sein. Nous précisons cette piste d'amélioration dans la suite de cette discussion. Cette enquête auprès des pharmaciens de Gironde date, certes, de 2013 mais reste d'actualité puisque le manque de coordination ville/hôpital apparaît dans d'autres études telle que « *le pharmacien d'officine en cancérologie, une collaboration hors-murs pour une délivrance hôpital* » de J.Sicard et ressort bien sûr dans l'enquête que nous avons menée auprès des pharmaciens du Grand Est. (96,100)

Le pharmacien d'officine est également tenu d'assurer l'absence d'interactions médicamenteuses entre les spécialités prescrites par l'oncologue mais également avec les médecines complémentaires qu'il sera amené à conseiller. Il doit rappeler régulièrement aux patientes que l'automédication est proscrite lors de la prise d'un traitement anticancéreux.

3.1.2 L'observance médicamenteuse

Comme nous l'avons vu dans la partie 1, la prise en charge ambulatoire est de plus en plus privilégiée dans les maladies cancéreuses. Le développement des chimiothérapies per os constitue un véritable progrès notamment dans la préservation de la qualité de vie.

Toutefois, la prise médicamenteuse n'est alors plus sous la surveillance du système hospitalier, le patient se doit d'être autonome et l'observance devient une véritable préoccupation.(101)

Le pharmacien d'officine a alors un rôle clé : en effet, une bonne observance sera un facteur essentiel dans la réussite des traitements. Pour cela, le pharmacien doit, tout au long de la prise en charge, échanger avec la patiente sur les modalités de prise des traitements prescrits : posologie, manipulation et conservation des produits, gestion des oublis...

Il cherchera systématiquement les difficultés rencontrées lors de la délivrance des prescriptions afin d'identifier les freins et d'aider à les surmonter. Il proposera par exemple des solutions pour optimiser l'observance : plan de prise, pilulier, préparation des doses administrées, objets connectés, implication de l'entourage... (102,103)

Le pharmacien d'officine a une véritable mission d'éducation : il doit fournir les informations essentielles sur les traitements, les effets indésirables et la gestion de ceux-ci. En effet, comme nous l'avons vu dans la première partie de notre travail, les effets secondaires aux traitements anticancéreux sont nombreux. Apprendre aux patientes à gérer ces effets permet de favoriser l'adhésion aux traitements. (103)

Dans l'article « Les concepts de suivi et la prise des traitements », Mrozovski J.L a regroupé sous la forme d'un tableau très intéressant les principaux facteurs pouvant être à l'origine d'inobservance (101) :

Tableau 2. Principaux facteurs permettant d'expliquer l'inobservance [7].

Patient	Âge Contraintes socioprofessionnelles Connaissances et croyances (y compris entourage) Niveau d'anxiété et statut émotionnel (dépression)
Maladie	Intensité des symptômes Gravité, pronostic Durée (maladies chroniques) Nature (maladies psychiatriques)
Traitement	Efficacité Tolérance (manifestations indésirables) Galénique (taille du comprimé...) Nombre de prises journalières Durée Comédications Coût
Médecin	Relation de confiance Motivation, force de conviction Communication (intérêt pour l'observance)
Système de soins	Isolement relatif du médecin Coordination entre les soignants Dossiers médicaux électroniques ("dossier médical global") Financement en fonction des performances

Figure 29 : Principaux facteurs d'inobservance, d'après *Le rôle du Pharmacien dans l'observance*, H. Vuillet et JM Mrozovski, Mai 2019

Il est important que le pharmacien d'officine ait connaissance de ces différents facteurs afin de les identifier le plus précocement possible, d'agir sur ceux modifiables et de mettre en place des actions pour garantir une bonne observance.

3.1.3 La gestion des effets secondaires

L'enquête montre des attentes des patientes concernant la gestion des effets secondaires liés à la toxicité des molécules anticancéreuses que nous avons décrites dans la première partie de notre travail.

Surdosage, mauvaise observance, interaction médicamenteuse, effets directs de la toxicité des traitements ... ces manifestations impactant la qualité de vie nécessitent une vigilance particulière et surtout des solutions.

Toujours d'après l'étude de G. Hebert et al, les patientes attendent une expertise afin d'évaluer plus précisément leurs effets indésirables. Le pharmacien d'officine est une ressource essentielle pour les accompagner dans cette évaluation parfois complexe. Il doit être attentif aux signes cliniques pouvant être la manifestation d'un effet indésirable et au discours de la patiente. (39)

Il est aussi amené à délivrer très régulièrement des traitements, sur prescription médicale, pour prévenir et gérer les troubles liées aux anticancéreux : antiémétiques, antianémiques,... Mais la gestion de ces effets secondaires ne relève pas que de l'oncologue ou du médecin

traitant. Il peut donc proposer un traitement à l'officine en concertation si nécessaire avec les équipes médicales et « un management personnalisé de l'iatrogénie médicamenteuse » (33,39)

Comme le préconise déjà le cadre réglementaire pour certaines maladies chroniques, l'entretien pharmaceutique apparaît être le cadre pour cet accompagnement personnalisé. (39)

3.1.4 Hormonothérapie/thérapies ciblées

Comme nous l'avons vu dans la première partie de notre travail, l'hormonothérapie ainsi que les thérapies ciblées font partie intégrante de la prise en charge des cancers du sein.

Si la chimiothérapie se déroule sur un temps limité, son achèvement ne signifie pas systématiquement la fin des traitements. En effet, afin d'éviter les risques de récurrence, une hormonothérapie ou une thérapie ciblée peut être prescrite à long terme.(95)

Cette phase de traitement est à l'origine d'un véritable paradoxe : le sentiment de guérison et l'hormonothérapie/les thérapies ciblées se superposent et cela induit des conséquences sur le processus de guérison psychique des patientes. En effet, ce traitement peut être à la fois perçue positivement car il a une fonction protectrice face à la rechute mais aussi négativement car il s'agit d'un rappel quotidien de la pathologie cancéreuse et donc de son statut de « malade » en sursis. (95)

De plus, comme nous l'avons vu précédemment, l'hormonothérapie est source de nombreux effets indésirables venant altérer la qualité de vie des patientes. Des effets secondaires qui viennent perturber à nouveau leur quotidien en modifiant leur image corporelle (prise de poids), en générant des symptômes douloureux et gênants (bouffées de chaleur, arthralgie, ostéoporose,...) et en déstabilisant à nouveau l'équilibre conjugal (fatigue, diminution de la libido, ménopause induite par le traitement, ...). (104)

Les thérapies ciblées sont également à l'origine d'effets indésirables que nous avons détaillés dans la première partie : réactions cutanéomuqueuses, problèmes bucco-dentaires, troubles gastro-intestinaux, troubles cardiovasculaires, ... (105)

Les conséquences de ces traitements peuvent altérer la qualité de vie. Deux études ont été abordées dans la première partie de notre travail, elles faisaient ressortir toutes deux la difficulté d'évaluer la qualité de vie chez les patientes.(28,30)

Ainsi, le rôle du pharmacien d'officine se poursuit à ce stade, il est d'autant plus important car le quotidien des patientes n'est plus ponctué par les nombreux rendez-vous médicaux, les séances de chimiothérapie ou de radiothérapie, les prises de sang, les IRM, les entretiens avec l'oncologue...et elles se tourneront donc encore davantage vers l'acteur de proximité qu'est le pharmacien d'officine.

Son accompagnement se traduira par une écoute personnalisée, des conseils en terme de prévention et de gestion de effets indésirables, ... et il sera primordial afin de garantir l'adhésion des patientes au traitement. (105)

Enfin, le recul concernant les thérapies ciblées est moindre par rapport aux autres options thérapeutiques, le pharmacien se doit de surveiller et faire remonter les effets indésirables rapportés par les patientes.

3.1.5 Les médecines alternatives

Pour gérer les nombreux effets indésirables induits par les différentes thérapeutiques, un ensemble de traitements allopathiques est prescrit par le médecin et délivré par le pharmacien. Toutefois, des médecines alternatives et complémentaires existent, celles-ci peuvent être proposées directement par le pharmacien.

3.1.5.1 L'homéopathie

L'homéopathie est préférée par l'ensemble des officines interrogées (60 à 90 % selon le milieu concerné) : la principale raison pour l'utilisation de souches homéopathiques est l'absence d'interaction et de contre-indication avec les autres traitements. Ces résultats sont conformes à la pratique nationale. En effet, un patient sur 5 atteint d'un cancer en France a recours à l'homéopathie ce qui en fait la première médecine complémentaire en oncologie.(106)

Suite au congrès de cette société savante en 2017 , des recommandations ont été rédigées avec pour objectif : " *de fournir aux oncologues novices en homéopathie ,comme aux homéopathes non spécialisés en oncologie ,un outil de prescription sûr et d'accès facile "* (106)

A noter que les médicaments homéopathiques ne seront plus remboursés à partir du 1^{er} janvier 2021 suite au **décret n° 2019-905 du 30 août 2019 modifiant les conditions de remboursement des spécialités homéopathiques et des préparations homéopathiques.**

Quelques exemples des recommandations proposées dans ce référentiel :

- Prévention de l'anxiété pré-opératoire : « *Gelsemium sempervirens 15 CH ou D 30, 1 dose globule le matin, la veille de l'intervention* »
- Prévention des nausées chimio-induites: « *En complément des anti-émétiques conventionnels (aprépitant et/ou sétrons) nous recommandons : Nux vomica 5 CH ou D 10, 3 granules 3 fois par jour, à commencer la veille, chaque jour de chimiothérapie et les deux jours suivants* »

- Traitement de l'asthénie liée aux thérapies ciblées: « *Phosphoricum acidum 5 CH 1 dose le 1er jour _ Phosphoricum acidum 9 CH 1 dose le 2ème jour _ Phosphoricum acidum 15 CH 1 dose le 3ème jour _ Phosphoricum acidum 30 CH 1 dose le 4ème jour en cures de 4 jours à renouveler tous les 10 jours si besoin (3 cures par mois) »*

- Traitement des bouffées de chaleur dans le cadre de l'hormonothérapie : « *Sepia 5 CH + Belladonna 5 CH + Sanguinaria canadensis 5 CH + Lachesis mutus 5 CH, 2 granules de chaque à sucer ensemble 3 à 6 fois par jour ou dilués dans un verre ou une bouteille d'eau après avoir agité fortement. Prendre une gorgée 3 à 6 fois par jour au rythme des bouffées » (106)*

3.1.5.2 La phytothérapie

La phytothérapie, malgré les précautions plus nombreuses, constitue tout de même une alternative régulièrement proposée par les pharmaciens. En effet, d'après notre étude, 30 à 50 % des pharmaciens affirment suggérer cette option à leurs patientes. Le caractère naturel des plantes médicinales n'implique pas une totale innocuité puisqu'elles peuvent avoir des effets toxiques et interagir avec certains médicaments et certaines plantes sont contre-indiquées comme nous l'avons vu dans la première partie de notre thèse. D'autres sont déconseillés comme le montre le tableau suivant : (59)

Tableau 2. Drogues végétales devant être employées avec précaution.		
Indications thérapeutiques	Drogues végétales	Commentaires
Lutter contre les douleurs digestives et spasmodiques, stress	Mélisse (feuille) ¹ (<i>Melissa officinalis</i>)	Usage prolongé déconseillé
Favoriser la digestion en augmentant la production de bile	Chicorée sauvage (racine) ¹ (<i>Cichorium intybus</i>), Pissenlit (partie souterraine) (<i>Taraxacum officinalis</i>)	Plantes ayant un effet sur le transit pouvant ainsi diminuer l'efficacité des autres médicaments pris en même temps : à prendre à distance (2 heures)
Lutter contre les vomissements chimio-induits	Gingembre (rhizome) ² (<i>Zingiber officinale</i>)	
Laxatif de lest (gel) ou stimulant (suc)	Aloès (gel ou suc) (<i>Aloe vera</i> par voie orale)	Le gel contient des fibres alimentaires : à prendre à distance des médicaments (2 heures) Le suc contient des hétérosides hydroxy-anthracéniques : usage prolongé à éviter ; ne doit pas être employé en cas de pathologies cardiovasculaires et traitements <i>ad hoc</i> ³
Favoriser l'élimination de l'eau dans les urines (diurétiques), anti-asthénique	Caféier (graine) (<i>Coffea arabica</i>)	Un surdosage en caféine provoque : excitation, nervosité, insomnie, diarrhée, tremblements et ulcères ⁴
Favoriser l'élimination de l'eau dans les urines (diurétiques)	Céleri (racine) (<i>Apium graveolens</i>)	Risque d'allergie et de photosensibilisation

¹ Usage traditionnel reconnu par l'HMPC. ² Usage bien établi reconnu par l'HMPC. ³ Ces précautions s'appliquent à l'ensemble des drogues végétales contenant des hétérosides hydroxy-anthracéniques (feuille et fruit du séné, écorce de bourdaine et de cascara, racine de rhubarbe). ⁴ De façon générale, avant de délivrer une drogue végétale contenant de la caféine (thé, guarana, cola, maté), il est souhaitable d'évaluer la quantité journalière de caféine consommée.

Figure 30 : Plantes devant être utilisées avec précaution, Cancer du sein : recommandations sur l'usage de la phytothérapie, S. Chabosseau et S. Derbré, Janvier 2016

En revanche d'autres drogues végétales peuvent être utilisées avec intérêt : (59)

Tableau 1. Drogues végétales ne présentant ni toxicité ni interaction avec les molécules anticancéreuses aux doses recommandées.	
Indications thérapeutiques	Drogues végétales recommandées
Lutter contre les flatulences et les ballonnements	Camomille romaine (capitule) ¹ (<i>Chamaemelum nobile</i>), Cannelle (écorce) ¹ (<i>Cinnamomum verum</i> , <i>C. zeylanicum</i>)
Lutter contre les douleurs digestives et spasmodiques	Camomille romaine (capitule) ¹ (<i>C. nobile</i>)
Favoriser la digestion en augmentant la production de bile	Artichaut (feuille) (<i>Taraxacum officinale</i>), Boldo (feuille) (<i>Peumus boldus</i>), Romarin (feuille) ¹ (<i>Rosmarinus officinalis</i>), Tilleul (aubier) (<i>Tilia cordata</i>)
Protecteur hépatique	Chardon marie (fruit) (<i>Silybum marianum</i>)
Favoriser l'élimination de l'eau dans les urines (diurétiques)	Olivier (feuille) ¹ (<i>Olea europea</i>), Pissenlit (feuille) ¹ (<i>Taraxacum officinalis</i>)
Favoriser le sommeil	Passiflore (partie aérienne) ¹ (<i>Passiflora incarnata</i>), Tilleul (inflorescence) ¹ (<i>T. cordata</i>), Valériane (racine) ² (<i>Valeriana officinalis</i>)
Diminuer le stress	Passiflore (partie aérienne) ¹ (<i>P. incarnata</i>)
Lutter contre la fatigue	Églantier (fruit) (<i>Rosa canina</i>)
Sécheresse de la peau	Bourrache (huile) (<i>Borago officinalis</i>), Onagre (huile) ¹ (<i>Oenothera biennis</i>)

¹ Usage traditionnel reconnu par l'HMPC. ² Usage bien établi reconnu par l'HMPC.

Figure 31 : Cancer du sein : recommandations sur l'usage de la phytothérapie, S. Chabosseau et S. Derbré, Janvier 2016

Le pharmacien se doit donc d'avoir des connaissances solides dans ce domaine pour dispenser des conseils fiables et sûrs. Son enseignement au cours du cursus universitaire s'avère donc particulièrement important. Ce domaine est déjà abordé durant nos études : ceci permet d'avoir des bases en phytothérapie mais dans des situations aussi complexes que ces patientes poly-médicamenteuses, un approfondissement est nécessaire pour conseiller ces produits en toute sécurité.

3.1.5.3 L'aromathérapie

L'aromathérapie reste une approche peu engagée dans les pharmacies, comme l'a fait ressortir notre étude, puisque seulement 10 à 30 % des pharmaciens affirment la proposer à leurs patientes. Cette « impopularité » s'explique par les nombreuses précautions d'emploi, les risques d'intoxication, les contre-indications. Pourtant, l'aromathérapie fait l'objet d'études actuellement en cancérologie. L'huile de Niaouli à titre d'exemple, a une indication dans les dermites secondaires à la radiothérapie. (107). Quant à la lavande, son effet relaxant est souligné. (108)

Les études se multiplient mais les résultats sont encore souvent contradictoires et comme le souligne L. Occhio (109), en évoquant les huiles essentielles "*Vente spontanée, conseil ou encore prescription sur ordonnance, tout doit être mis en œuvre afin de limiter incidents et accidents liés à leur utilisation.*" (109). Au final, dans notre étude, seuls les pharmaciens ayant reçu une formation complémentaire proposent cette alternative.

3.1.6 Les conseils hygiéno-diététiques

Le cancer est une pathologie qui induit une inflammation systémique constante au sein de l'organisme, étant à l'origine d'une altération au niveau du métabolisme (lipidique, glucidique et protéique) et pouvant amener une perte de poids voire une anorexie. (110)

De plus, au cours de l'utilisation de traitements tels que la chimiothérapie ou la radiothérapie, les patients sont soumis à un grand nombre d'effets indésirables, impactant leur état nutritionnel (mucites, aphtes, sécheresse buccale, trouble du goût,...). En effet, plus de la moitié des patients cancéreux présentent un état de dénutrition. (111) . D'après P. Pouillart et C. Battu, (111)« *Une perte de poids corporel de 5 % du malade est associée à un risque de dénutrition supérieur à 55 %* »(111)

Outre l'état de dénutrition en lui-même, une perte de poids peut être à l'origine d'une hausse de la survenue des toxicités pour certaines stratégies thérapeutiques, comme la radiothérapie ou la chimiothérapie et présente un impact sur la qualité de vie des patientes. (112)

L'état nutritionnel de la patiente est donc un facteur important à prendre en considération. D'ailleurs, l'article de J. Meuric et I. Besnard (113) soulignent que, « *Le patient doit pouvoir*

bénéficier d'une consultation diététique à tout moment de la maladie cancéreuse, en systématique ou à sa demande ou bien à la demande du médecin oncologue ou de l'équipe paramédicale »(113). Dans certains cas, lorsque les apports de la patiente sont insuffisants, le recours aux compléments nutritionnels oraux (CNO) est inévitable.

Au cours de notre enquête, nous avons pu constater que le nombre de pharmaciens délivrant des conseils diététiques était plus ou moins homogène en fonction du lieu d'exercice :

- 4 pharmacies en milieu rural
- 3 pharmacies en milieu semi-rural
- 5 pharmacies en milieu urbain

En poussant un peu plus l'interrogatoire, il s'avère que pour la plupart, les conseils diététiques consistent en la délivrance de CNO suite à une prescription médicale et ne constitue pas une initiative de la part du pharmacien d'officine. Il aurait été intéressant de connaître exactement le pourcentage de pharmaciens délivrant des CNO à partir d'une prescription médicale, afin d'apprécier plus exactement leur intervention.

Malgré tout, le pharmacien d'officine, même s'il répond à une prescription médicale, peut constituer une aide précieuse pour le patient. En effet, les gammes de CNO sont très étendues, et le pharmacien d'officine pourra aider le patient à établir un choix en fonction de ses préférences (tant au niveau de la forme du complément nutritionnel que du goût), de ses éventuelles co-morbidités (diabète)...

De plus, le pharmacien d'officine, en tant qu'acteur de proximité, peut détecter précocement des effets indésirables chez le patient pouvant induire une réduction des apports nutritionnels (par exemple si présence de mucites, nausées et vomissements au cours de la chimiothérapie,...). Le cas échéant, il peut dispenser des conseils au patient afin de limiter au maximum les conséquences nutritionnelles. A titre d'exemple, le tableau qui suit, établi par P.Pouillard et C. Battu (111) proposent un ensemble de conseils :

Tableau 1. Principaux effets secondaires et conseils hygiéno-diététiques [11,13,15-28].

Difficultés alimentaires	Effets secondaires	Conseils hygiéno-diététiques
D'ordre général	Perte d'appétit Satiété précoce	<p>Conservier trois petits repas riches en calories et en protéines (enrichir les préparations avec du lait, de la poudre de lait, de la crème fraîche, du fromage, des œufs, du jambon haché, du miel, de la confiture...)</p> <p>Cuisiner des recettes sucrées-salées pour favoriser l'apport énergétique</p> <p>Introduire des collations entre les principaux repas pour augmenter les prises alimentaires</p> <p>Avoir toujours à portée de main des aliments à grignoter, riches en calories (biscuits, fruits oléagineux, chocolat...)</p> <p>Boire entre les repas</p> <p>Soigner la présentation des plats, manger dans le calme</p>
	Fatigue	<p>Privilégier la préparation rapide de plats</p> <p>Prendre des petites portions pour éviter la fatigue masticatoire</p> <p>Consommer quotidiennement deux à trois fruits riches en vitamine C (orange, fruits exotiques, kiwi, mangue...)</p> <p>Ne pas négliger le sucre qui apporte de l'énergie et est utile pour métaboliser les protéines</p>
Sensorielles et digestives	Troubles olfactifs	<p>En cas de baisse de la capacité olfactive, activer la "mémoire olfactive" en utilisant les autres indices perceptifs (couleur, présentation, texture, contexte...)</p> <p>Améliorer l'appétence avec un assaisonnement optimisé des aliments</p> <p>Utiliser des exhausteurs naturels (aromates et épices, vinaigre, sucre, céleri, agrumes)</p> <p>Mixer séparément les aliments pour mieux percevoir leurs arômes</p> <p>Préférer un aliment rissolé et/ou servi chaud qui dégage plus d'odeur</p> <p>Bien mastiquer pour favoriser la perception des arômes</p> <p>Utiliser le fenugrec ou le basilic en infusion en cuisine</p> <p>Privilégier les plats à température ambiante</p>
	Les aliments paraissent fades	<p>Renforcer l'assaisonnement des plats par des exhausteurs de goût naturels (tomate, céleri, épices douces, herbes aromatiques)</p> <p>Choisir des aliments forts en goût (fromages affinés)</p> <p>Éviter les températures extrêmes qui diminuent la saveur des mets</p> <p>Mâcher lentement pour libérer le plus possible les saveurs des aliments</p> <p>Mixer les plats pour augmenter le goût</p>
	Troubles gustatifs	<p>Se rincer la bouche avant chaque prise alimentaire (eau citronnée)</p> <p>Prendre les médicaments en fin de repas pour éviter les mauvais goûts (après avis médical)</p> <p>Choisir des produits agroalimentaires "prêts à l'emploi" peu salés et sans glutamate de sodium</p> <p>Réduire le sel dans les préparations maisons, assaisonner avec des exhausteurs naturels (aromates et épices, vinaigre, sucre, agrumes)</p> <p>Cuisiner des aliments avec peu de saveur, découvrir le sucré-salé</p> <p>Favoriser les cuissons vapeur, anglaise, au four à micro-ondes, en papillote et éviter les produits de brunissement</p> <p>Privilégier les plats mijotés et servis chauds, car la cuisson diminue l'acidité</p> <p>Associer la viande rouge à du fromage pour masquer le goût métallique ou lui préférer la volaille, le poisson, les œufs et les laitages</p> <p>Privilégier les pâtes, le riz et les pommes de terre</p> <p>Éviter le café et le chocolat dont la saveur est amère</p> <p>Utiliser des couverts non métalliques</p> <p>Tester de nouvelles préparations</p>

Figure 32 : La prise en charge précoce des effets secondaires en oncologie par une alimentation dédiée, P. Pouillard et C. Battu, Mai 2018

Tableau 1. (Suite)		
Difficultés alimentaires	Effets secondaires	Conseils hygiéno-diététiques
Sensorielles et digestives	Sécheresse buccale	Boire régulièrement par petites gorgées de l'eau citronnée et se rincer la bouche avec une tablette d'acide citrique Privilégier les plats frais et faciles à mâcher et éviter les fruits secs (noix, noisettes, amandes...) Veiller à une bonne hygiène buccale (voir avec le pharmacien) Sucrer une petite cuillère de crème fraîche ou de beurre cru fermier
	Mucites, stomatites, douleurs buccales	Adapter la texture de l'alimentation (hachée, mixée, liquide) pour limiter le contact avec les parties douloureuses Mâcher doucement pour diminuer la pression sur les parties douloureuses Consommer les aliments et des plats à température ambiante ou légèrement frais et éviter les plats très chauds ou très froids Éviter les aliments irritants : épicés, piquants, acides, trop salés, trop sucrés, avec des peaux épaisses, les fritures, l'alcool Veiller à une bonne hygiène buccale (voir avec le pharmacien) Engourdir la bouche avec un glaçon, de la glace, des sorbets
	Troubles de la déglutition	Adapter la texture des aliments en hachant ou moulinant les mets Privilégier les aliments et les plats frais ou chauds, mais non tièdes Fractionner les apports alimentaires et prendre de petites portions nécessitant peu de mastication Bien positionner sa tête pour faciliter la déglutition et manger lentement dans une ambiance calme Éviter les aliments trop liquides pour prévenir le risque de fausse route
	Nausées, vomissements	Repérer les moments de la journée où les nausées sont le moins marquées pour cuisiner ou manger Fractionner l'alimentation en plusieurs petits repas et petites quantités Privilégier les aliments, les plats et les boissons tièdes ou froids Favoriser les plats avec odeurs limitées ou sans odeur (cuisson vapeur, au four à micro-ondes, en papillote) Éviter les associations d'aliments de couleur vive Introduire des collations entre les repas Boire en petites quantités en dehors des repas Enrichir les plats en menthe poivrée ou gingembre Proscrire les aliments et plats gras (charcuteries, sauces, fritures...), trop sucrés ou trop acides Éviter les odeurs fortes (café, chou, oignon, ail...) perçues comme écoeurantes et les produits de brunissement à la cuisson Renoncer à consommer ses aliments préférés en période de nausées Mâcher bien pour éviter la distension gastrique et la surcharge de l'estomac deux heures avant les traitements
	Diarrhées	Veiller à une hydratation régulière et suffisante (plus de 2 L d'eau/jour) Manger les aliments à température ambiante ou chaude Privilégier les pâtes, le riz, les carottes cuites, la banane mûre, la pomme râpée, les compotes de pommes Manger des entremets à base de riz et de semoule ou consommer du lait sans lactose ou fermenté Éviter les stimulants péristaltiques (café, thé, chocolat, épices) et les matières grasses cuites Soustraire les aliments riches en fibres insolubles (fruits et légumes crus, céréales, légumineuses, pain et biscottes complètes), les viandes rouges, les boissons alcoolisées
	Constipation	Veiller à une bonne hydratation (plus de 1,5 L d'eau/jour) Consommer des aliments riches en fibres insolubles (fruits et légumes crus ou cuits) et solubles (fruits séchés) Introduire progressivement des aliments complets (pain, céréales...) Augmenter autant que possible l'activité physique

Figure 33 : La prise en charge précoce des effets secondaires en oncologie par une alimentation dédiée, P. Pouillard et C. Battu, Mai 2018

3.2 Conseils officinaux et cancers du sein : les spécificités de cette pathologie

Dans le cadre du cancer du sein, les pharmaciens officinaux sont amenés à accompagner les patientes dans des domaines qui ne leur sont pas toujours aussi familiers que la science du médicament et pourtant essentiels pour elles.

3.2.1 Les conseils dermatologiques

Les patientes sont de plus en plus demandeuses de conseils dermatologiques. Dans notre étude, selon les lieux d'exercice, ces demandes sont plus ou moins importantes. En effet sur les 30 pharmacies interrogées, le pharmacien déclare recevoir des demandes dans ce domaine dans les proportions suivantes :

- 5 pharmacies en milieu rural
- 9 pharmacies en milieu semi-rural
- 2 pharmacies en milieu urbain

Incontestablement, les demandes émanent surtout des patientes se rendant dans les officines en zone rurale et semi-rurale. Cette différence peut sans doute s'expliquer par la proximité de l'institut de cancérologie de Lorraine dans la zone urbaine interrogée, qui possède un service de socio-esthétique.

Même si le pharmacien délivre les traitements prescrits par les autres professionnels de santé, il dispose également des compétences nécessaires pour conseiller et orienter la patiente dans le domaine esthétique et dermatologique.

Il est à noter que certains centres spécialisés, comme l'ICL à Nancy, proposent des séances d'auto-maquillage à leurs patientes. Le pharmacien d'officine peut intervenir en complément, dans la délivrance de produits adaptés, mais aussi pour fournir lui aussi des conseils pour l'application des cosmétiques.

Pour exemple, voici quelques conseils que le pharmacien peut prodiguer à une patiente en phase de traitement. Nous avons choisi de cibler quelques effets indésirables qui surviennent de façon fréquente :

Effet indésirable	Conseils
Cicatrice	<p>Suite à la chirurgie, les cicatrices sont inévitables. Le pharmacien peut apporter des conseils pour en améliorer l'aspect :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le massage est très important afin d'assouplir la peau et d'éviter les indurations. Il peut s'effectuer avec une crème réparatrice ▪ Désinfecter matin et soir tout en surveillant les éventuels signes d'infection
Radiodermite	<p>La peau étant irritée et sensible, le but est de la réhydrater sans l'irriter davantage</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour prévenir son apparition, appliquer un émollient et une huile corporelle après chaque séance ▪ Ne pas appliquer de produits sur la peau 2H avant la radiothérapie (risque d'augmentation de la dose de radiation perçue par l'épiderme) ▪ Il est préférable de laver la zone irradiée avec des soins surgras, et le séchage doit s'effectuer sans frottements. ▪ Eviter le parfum, les produits à base d'alcool qui assèchent la peau, le rasage, l'application de sparadrap,... ▪ La patiente doit limiter son exposition solaire, et le cas échéant se protéger avec des soins avec un indice UV SPF 50+
Syndrome main Pied*	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En prévention, hydrater la peau des mains et des pieds avec un soin adapté ▪ Se laver avec un soin surgras, ou une huile lavante ▪ Eviter l'exposition solaire ainsi que les douches trop chaudes
Alopécie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se couper les cheveux courts avant le traitement (pour des raisons psychologiques) ▪ Pour laver les cheveux, préférer un shampoing doux et penser à appliquer un soin nourrissant ▪ Les shampoings ne doivent pas être trop fréquents (proscrire le lavage

quotidien)

- Préférer le séchage des cheveux naturel
- Eviter les permanentes, les colorations pendant la durée du traitement
- En cas d'exposition solaire, protéger le cuir chevelu par un chapeau/bandana

Fragilisation des ongles

- Avant le traitement, des soins de manucure/pédicure sont recommandés
- Masser les ongles avec des huiles nourrissantes
- Pour protéger les ongles, appliquer le jour ou la veille de la chimiothérapie un vernis au silicium
- Pour retirer le vernis, préférer l'utilisation d'un dissolvant sans acétone
- Limiter le contact des ongles avec des produits ménagers agressifs (port de gants)

Tableau 7 : Principaux effets indésirables et quelques conseils (33,114,115)

*Le syndrome main pied a été défini par la HAS (Haute Autorité de Santé)(116) comme une « irritation, sécheresse voire ulcération au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds avec des sensations de fourmillements », effet secondaire de certaines chimiothérapies. (116)

Au cours de notre enquête, plusieurs officinaux nous ont parlé de certaines gammes de soins qu'ils délivraient en priorité aux patients cancéreux : ces gammes comportaient des produits spécifiquement élaborés pour les peaux sensibilisées par les traitements anticancéreux (comme par exemple des vernis au silicium).

3.2.2 Les Conseils esthétiques

Parmi les nombreux effets indésirables ressentis par la patiente, certains affectent son image corporelle et peuvent avoir un impact sur la sphère psychologique ainsi que sur la qualité de vie.

Les pharmaciens sont surtout sollicités dans les lieux d'exercice ruraux et semi-ruraux avec respectivement 5 et 8 pharmaciens ayant répondu intervenir dans le domaine esthétique, contre 2 pharmaciens en milieu urbain.

On retrouve, comme pour les demandes de conseils dermatologiques, une disparité selon le lieu d'exercice, avec les officinaux situés à proximité d'une structure hospitalière spécialisée moins sollicités.

Si nous prenons l'exemple de Nancy, l'institut de cancérologie propose depuis mai 2018 une prise en charge socio-esthétique des patientes par le biais d'ateliers dans un espace baptisé « la maison des bonnes fées ». (117)

Cette approche est très importante et son intérêt a été évalué positivement dans une étude récente.

M. Saghatchian et al. (118) ont mené une enquête auprès de 1166 sujets atteints d'un cancer (70% étaient atteintes d'un cancer du sein) avec comme principal objectif l'évaluation de leur ressenti sur les soins socio-esthétiques. Les soins de beauté et de bien-être permettent aux patients de :

- moins penser à leur maladie (pour 39% des patients interrogés)
- améliorer l'image de soi (34%)
- bénéficier d'un moment d'échange et d'écoute avec la personne prodiguant les soins (34%)
- augmenter la confiance en soi (19%) (118)

Comme nous l'avons vu précédemment, l'image de la femme malade peut être profondément modifiée et cela représente une réelle souffrance psychologique. Dans le cadre de son accompagnement, le pharmacien d'officine délivrera des conseils d'ordre esthétique qui permettront de prendre en compte et de diminuer ce possible mal-être.

Quelques conseils constituant la base des soins esthétiques peuvent être délivrés aux patientes. Par exemple, certaines solutions pour l'obtention d'un teint naturel, comme le souligne C. Battu (24) :

- *« nettoyer soigneusement le visage*
- *appliquer une crème hydratante adaptée au type de peau, à sa sensibilité et à sa réactivité*
- *neutraliser les problèmes de pigmentation et atténuer, voire masquer complètement les imperfections grâce à des correcteurs de teint*
- *unifier avec un fond de teint*
- *fixer le maquillage avec une poudre »(24)*

Les conseils évoqués dans cette partie sont donnés à titre d'exemple. Pour avoir une information plus détaillée, il existe des livrets explicatifs. Par exemple, le Centre Hospitalier d'Avignon met à disposition un « livret de conseils esthétiques » consultable directement en ligne. (119)

Concernant la dispensation de conseils dermatologiques et esthétiques à l'officine, nous n'avons pas poussé l'interrogatoire au cours de l'enquête afin de comprendre les raisons de non délivrance de produits dermocosmétiques. Il aurait été intéressant de connaître précisément les motifs de non recours à de tels produits afin de pouvoir travailler sur des axes d'amélioration : est-ce un manque de demande ? de formation ? ...

Il nous est effectivement dispensé à la Faculté de Nancy une formation sur les soins en dermatologie, mais celle-ci ne comprend pas de séance dédiée spécifiquement à la prise en charge de sujets atteints d'un cancer.

3.2.3 Les prothèses mammaires

Au-delà des conseils en cosmétologie, le pharmacien intervient également dans la délivrance d'orthèses, qui contribuent à redonner à la patiente une meilleure image d'elle-même. Nous nous sommes notamment intéressées aux prothèses mammaires au cours de notre enquête: elles sont surtout délivrées en milieu semi- rural (50%), et quasi inexistantes dans les deux autres lieux d'exercice (10%).

Depuis de nombreuses années, la chirurgie mammaire a connu des évolutions majeures. Au départ, la chirurgie d'exérèse se voulait majoritairement radicale et élargie. Progressivement, en lien avec l'évolution des connaissances de la pathologie cancéreuse mammaire, l'exérèse s'est limitée à la glande mammaire seulement puis les tendances actuelles visent davantage à retirer la tumeur en préservant le sein dès que cela est réalisable. (18) Ceci impliquerait donc, à terme, un recours plus limité aux prothèses mammaires externes (PME) dans les cas où la mastectomie totale est inévitable. (18)

Ce type d'orthèse n'est pas donné uniquement à but esthétique. En effet, conçue pour avoir le même aspect et le même poids qu'un sein normal, elle permet de retrouver l'équilibre statique et la symétrie du corps perdue suite à l'ablation du sein. Elle empêche également les éventuels troubles de posture et les douleurs liées à la dysmétrie. (120)

Pendant la phase de cicatrisation, les femmes portent des prothèses externes non adhérentes en textile dite prothèse post-opératoires : ces dernières sont, dans la majorité des cas, fournies en milieu hospitalier, elles se portent pendant toute la durée de cicatrisation. (120)

Ensuite, le pharmacien ou des structures spécialisées sont amenées à délivrer des prothèses mammaires externes en silicone non adhérentes, elles sont proposées aux patientes à partir du troisième mois après la chirurgie d'ablation.

Enfin, si la patiente le souhaite, il existe également des prothèses mammaires externes adhérentes : elles ne pourront être portées qu'à partir du 15^{ème} mois après l'opération. (120,121)

Il existe deux types de prothèses mammaires externes en silicone : les prothèses externes dites « standard » et celles « techniques ». Le second type de prothèse mammaire externe sera prescrit si la patiente présente un des symptômes suivants (122) :

- présence ou risque d'œdème, de lymphoedème
- douleurs cervicales ou dorsales
- peau fragilisée par la radiothérapie
- cicatrice hyperesthésique
- adhérences cicatricielles
- bouffées de chaleur, hypersudation

Les prothèses mammaires externes peuvent être prescrites par le chirurgien ayant réalisé la mastectomie, l'oncologue, le médecin traitant...ou tout médecin en relation avec la patiente concernant sa pathologie. La prescription se fait sur un formulaire spécifique (Annexe 2).
(122)

Concernant la prise en charge par l'assurance maladie, la première délivrance peut être effectuée dans un délai minimum de 2 mois après l'opération. Ensuite, si la primo-prescription a été réalisée dans les 14 mois suivant la mastectomie, un renouvellement de la prise en charge d'une prothèse mammaire externe peut être effectuée à compter de la fin du 12^{ème} mois en raison des nombreuses évolutions pouvant apparaître lors de la première année post-mastectomie.

Les renouvellements ultérieurs se feront tous les 18 mois sur présentation d'une nouvelle ordonnance (121,122)

Pour garantir un confort optimal, plusieurs fabricants de prothèses mammaires externes (PME) proposent de la lingerie adaptée. Par exemple, il existe des soutiens-gorges destinés spécialement à accueillir une prothèse mammaire car ils présentent notamment des poches bilatérales dédiées à l'insertion de la prothèse. Toutefois, contrairement aux PME, cette lingerie n'est pas remboursée par l'assurance maladie et reste donc à la charge de la patiente.
(120)

Au cours de notre étude, nous avons observé que la délivrance des prothèses mammaires par le pharmacien d'officine différait selon le lieu d'exercice. En effet, si 40 % des officines rurales et 50 % des officines semi-rurales proposent ce service à leurs patientes, seulement 10 % des officines urbaines disposent de prothèses mammaires.

L'absence de ce soin de support dans certaines officines peut s'expliquer, quel que soit le milieu d'exercice, par un manque de formation. En effet, la délivrance de prothèses mammaires nécessite un diplôme universitaire en orthopédie ou une formation spécifique assurée par les laboratoires fabricants.

D'autre part, au niveau urbain, cela peut également s'expliquer par la proximité d'un centre spécialisé : à Nancy, il s'agit du centre Alexis Vautrin. Ainsi, les patientes disposent déjà d'un service de soins de supports au sein duquel il existe différents professionnels pour prendre en charge ces perturbations de l'image corporelle.

Enfin, cette activité est réalisable sous certaines conditions : elle nécessite de l'espace, de la disponibilité (prise de rendez-vous préférable), un stock de prothèses mammaires et engendre donc un certain coût.

3.2.4 Le lymphoedème

Comme nous l'avons vu dans la première partie, le cancer du sein représente la première étiologie de survenue d'un lymphoedème secondaire.

Le pharmacien d'officine a donc un rôle important, notamment pour la prévention et traitement des lymphoedèmes, par le biais de la délivrance de dispositif compressif type manchon. Au cours de notre enquête, nous avons fait le constat que le pharmacien intervient dans le traitement des lymphoedèmes de façon inhomogène en fonction du lieu d'exercice :

- 3 pharmaciens ont répondu positivement en milieu rural
- 8 pharmaciens en milieu semi-rural
- 5 pharmacies en milieu urbain

La délivrance de ce type d'orthèses est sous condition : le pharmacien d'officine doit posséder un Diplôme Universitaire (DU) en orthopédie. Ce constat peut expliquer les réponses négatives obtenues.

Même si les manchons sont délivrés suite à une prescription médicale, le pharmacien d'officine a un rôle important à tenir dans l'accompagnement des patientes.

Il débute même avant l'apparition du lymphoedème, par le biais de conseils préventifs, suite à la chirurgie. Ces conseils, émanant de la Haute Autorité de Santé (HAS), ont été rappelés dans la première partie. (40)

L'accompagnement du pharmacien se poursuit lors de la délivrance de manchons, par l'explication de la mise en place et l'entretien. S. LEMOINE et S. FAURE le soulignent (33) :

« Le manchon doit être mis en place le matin après la douche et retiré en fin de soirée. Il doit être porté lorsque le bras est sollicité et à l'occasion d'un voyage en avion. Il est recommandé de retourner le manchon jusqu'à l'ouverture prévue pour la main, puis de l'enfiler progressivement sur le bras (le faire glisser et ne pas trop tirer sur le tissu).

Il faut veiller à ce qu'il n'y ait aucun pli (bien ajuster au niveau du coude).

Une fois la mise en place terminée, un massage du produit est nécessaire pour assurer une contention homogène.

Il est souhaitable de laver le manchon quotidiennement avec une lessive pour linge délicat sans assouplissant, de le rincer à l'eau tiède, de l'essorer sans le tordre et de ne pas utiliser de sèche-linge ni de source de chaleur directe (radiateur, soleil) pour le séchage ; de plus, il ne faut pas le repasser.

Le lavage permet de resserrer les fils distendus par le port.

Il est recommandé de ne pas appliquer de crème grasse sous le manchon. En revanche, l'application d'un agent émollient sur le bras durant la nuit est conseillée. »(33)

3.3 Soutien psychologique

3.3.1 L'accompagnement et le soutien psychologique : le quotidien du pharmacien d'officine

Comme nous l'avons vu dans la première partie, le cancer du sein est une pathologie qui affecte le quotidien des patientes à tous les niveaux. L'enquête a montré que 77 % des pharmaciens interrogés recueillaient le vécu psycho-social des femmes par rapport à la maladie et ce, de façon marquée en milieu rural. Nous pouvons supposer que les relations interpersonnelles pharmacien-patiente sont plus développées dans ce secteur et plus anonymes en ville.

En effet, le pharmacien ne se limite pas à la dispensation médicamenteuse mais, de par son accessibilité, sa disponibilité sur de longues plages horaires sans rendez-vous, il peut proposer un réel accompagnement à la patiente.

La connaissance globale de la patiente que peut avoir le pharmacien d'officine est une véritable plus-value : environnement familial et socio-professionnel, liens avec l'entourage, historique médicamenteux...). Ceci lui permettra d'effectuer une prise en charge individualisée.

Les thèmes abordés au comptoir par les patientes dans notre enquête sont variés :

- Le pronostic et l'évolution potentielle de la maladie restent la principale préoccupation des patientes. En effet, le pharmacien d'officine, acteur de proximité disponible, est un professionnel de santé détenant des connaissances médicales: les patientes se tournent donc facilement vers lui pour échanger sur ce sujet.
- Les retentissements psychologiques de la maladie notamment sur l'humeur des patientes semblent également évoqués au comptoir (60 % en semi-rural, 40 % en rural et 30 % en urbain). L'interrogation « Comment vous allez ? » ou « Vous allez-bien ? » est une question récurrente à l'officine : avec ce questionnement, le pharmacien d'officine ouvre le dialogue et incite les patientes à se livrer si elles en ressentent le besoin.
- Les retentissements familiaux sont non négligeables et les patientes sont particulièrement attentives au bien-être de leurs enfants : c'est pourquoi, elles parlent fréquemment des conséquences de la maladie sur leur vie familiale (30 % en rural, 40 % en milieu semi-rural et 20 % en urbain)
- Les retentissements conjugaux et sexuels sont de l'ordre de la sphère intime. Ainsi, leur évocation auprès du pharmacien d'officine est moins courante. Tout échange nécessite une certaine confidentialité et chaque officine se doit de disposer d'un espace de confidentialité permettant d'échanger librement mais ces sujets sont particulièrement personnels...ce qui peut expliquer la retenue des patientes.

- Enfin, les conséquences sur le champ professionnel sont largement abordées car elles représentent une véritable rupture de vie, stigmates de la maladie et génératrices d'angoisse. (50 % en rural et semi-rural)

Lors de notre enquête, certains pharmaciens nous ont affirmé que leurs missions n'incluaient pas le soutien psychologique. Cette conception de la prise en charge empreinte de réticences au sujet de cette dimension peut sans doute s'expliquer par un défaut de formation, aussi bien dans le cursus initial qu'en formation continue.

3.3.2 Le pharmacien d'officine : un accompagnement à toutes les étapes de la maladie

Comme nous l'avons détaillé auparavant, le pharmacien d'officine a une véritable mission d'accompagnement quel que soit le stade de la maladie, en dehors de la période d'annonce où les pharmaciens d'officine sont moins impliqués d'après notre enquête.

A la phase de traitement, sa mission ne se limite pas à la gestion des médicaments mais c'est bien un accompagnement médico-psychologique qu'il assure comme nous l'avons constaté dans notre enquête. Le pharmacien a, dans les faits, un rôle de soutien psychologique et aide à gérer l'angoisse.

Pendant la phase de rémission 57 % des professionnels interrogés affirment accompagner leurs patientes. Comme nous l'avons vu, cette étape du parcours de la patiente représente un cap difficile à franchir. Les repères liés à la prise en charge médicale ne sont plus présents et le retour à la normalité peut être très insécurisant et complexe. Face à un certain sentiment « d'abandon », le pharmacien d'officine reste un acteur de première ligne.

L'accompagnement réalisé depuis le diagnostic doit permettre l'instauration d'une relation de confiance qui se poursuit à cette étape de la prise en charge.

Mais l'accompagnement nécessite un savoir-faire. Pour cela, il est nécessaire d'adopter une attitude empathique, de développer une véritable écoute de la patiente en favorisant l'expression de son vécu, ses émotions...mais l'empathie peut prendre la forme d'un comportement non verbal : gestes et regards rassurants par exemple.

Il est également important que le professionnel de santé choisisse un langage accessible à la patiente, utilise des questions ouvertes et la reformulation afin de garantir un vrai dialogue. Cette posture permet d'accéder à une communication efficace, de construire une relation de confiance tout en gardant une juste distance nécessaire dans le champ professionnel. (123)

Le pharmacien d'officine doit repérer la souffrance voire la détresse psychologique de la femme atteinte du cancer de sein afin de l'orienter vers des professionnels, des associations de patients et il est essentiel comme le soulignent A. Pennetier et al (54) que le pharmacien d'officine connaisse les réseaux de soins de support de proximité. (54)

Pour toutes patientes, un travail d'adaptation psychologique est incontournable à chaque phase de la maladie. L'adaptation concluante s'évaluera en fonction de symptômes tels que l'anxiété, la dépression, le repli social, les troubles cognitifs, du sommeil, une asthénie persistante... Il est donc reconnu qu'une évaluation et si nécessaire un accompagnement psychologique sont essentiels. La psycho-oncologie est largement recommandée dans le Plan Cancer : son objectif est de prendre en compte la dimension psycho-sociale lors des soins dispensés en cancérologie, et ce, tout au long de la prise en charge afin d'améliorer la qualité de vie des patientes. C'est un domaine multidisciplinaire qui concerne tous les acteurs de soins et qui constitue l'un des quatre soins de support définis par l'INCa. (124,125)

Les soins de support en oncologie ont été abordés dans la première partie de notre travail. Lors de notre enquête, le sujet a également été évoqué à travers des items sur la préservation de l'image corporelle, sur les médecines complémentaires pour soulager certains maux, ... mais une question spécifique n'a pas été clairement posée. Après réflexion, nous pensons qu'interroger les professionnels à ce sujet aurait pu approfondir notre travail : répartition des ressources en soins de support dans les différents secteurs d'étude, implication du pharmacien...

Plusieurs études dont celle menée par E. Legoff et al ont démontré que la mise en œuvre des soins ambulatoires est complexe. Cette enquête d'E. Legoff menée en Lorraine et Marne limitrophe justifiait ce constat par un manque de formation de la part des professionnels de santé et un défaut de coordination dans le parcours de soins des patientes (57). Nous avons obtenu le même constat avec notre travail auprès des pharmaciens du Grand- Est puisque les résultats obtenus montrent également les limites de la collaboration entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge des femmes atteintes du cancer du sein.

3.4 Le pharmacien d'officine : un acteur de sante

3.4.1 Pharmacien d'officine et prévention du cancer du sein

Seulement 7 % des pharmaciens interrogés déclarent concourir à la prévention du cancer du sein. Pourtant, la loi Hôpital patients santé territoire (HPST) a clairement défini leurs missions dans le parcours de soins du patient dont la prévention est partie intégrante.

Cette faible implication dans la démarche de prévention peut s'expliquer notamment par le manque d'informations concernant les modalités du dépistage organisé du cancer du sein mais aussi par l'absence de formation lors de nos études. En effet, un service sanitaire obligatoire permettant d'initier les étudiants en santé à la prévention et à la promotion de la santé n'est instauré dans le cursus des études pharmaceutiques que depuis septembre 2018 seulement.(126)

La prévention comprend les mesures mises en place pour éviter l'apparition de la maladie, celles permettant de limiter son évolution et celles visant à atténuer les conséquences de la maladie. (127)

Les pharmaciens sont déjà impliqués, au quotidien, dans de nombreuses actions de prévention : campagne pour aider à l'arrêt du tabac, vaccination antigrippale, entretiens pharmaceutiques pour les patients asthmatiques et sous anticoagulants... et l'incitation au dépistage du cancer du sein en fait partie.

Pour répondre à cette mission, le pharmacien d'officine doit informer les patientes de l'existence du dépistage organisé et de ses modalités de mise en œuvre.

Cette information passe par des échanges verbaux mais aussi par la distribution de supports spécifiques telles que des brochures (Annexe 3), par la participation à la campagne annuelle de communication, par des messages de santé publique affichés en vitrine. (127)

Une revue de la littérature menée par K. Lamore et al, (128) incluant 40 études traitant de la prévention des cancers féminins, a permis de mettre en évidence plusieurs leviers pour améliorer la sensibilisation des femmes :

- La personnalisation des interventions de prévention en tenant compte par exemple du niveau socio-économique, de l'éducation, la culture ...
- Le recours à des méthodes écrites
- Une démarche éducative par les professionnels de santé permettant d'améliorer les connaissances et le savoir-faire des femmes (128)

Au-delà du dépistage organisé, le pharmacien, de par sa proximité avec la population, peut répondre directement aux nombreuses questions que se posent les femmes, être rassurant pour les amener à une démarche de prévention, par exemple conseiller l'auto-surveillance par une auto-palpation régulière. (127)

Il peut aussi dispenser des conseils d'ordre hygiéno-diététique qui font partie intégrante de la prévention : alimentation saine, réduction de la sédentarité, arrêt du tabac ... (127)

Afin de favoriser l'implication des pharmaciens dans la prévention, il nous semble important de renforcer la formation initiale et continue afin qu'ils puissent adopter une réelle posture éducative permettant de promouvoir des changements de comportement.

3.4.2 Le pharmacien d'officine : un acteur incontournable en oncologie

A travers l'enquête que nous avons menée auprès de trente pharmaciens du Grand-Est, nous avons constaté que le pharmacien d'officine est réellement investi dans son rôle auprès des femmes atteintes du cancer du sein.

Si sa fonction paraît moindre au moment du diagnostic, son accessibilité et sa disponibilité font du pharmacien un acteur privilégié durant la phase des thérapeutiques. Sa place apparaît également essentielle lors de la rémission où certains traitements sont prescrits pour éviter tout risque de récurrence.

Ses missions concernent, bien-sûr, la dispensation médicamenteuse, la prévention et la gestion des nombreux effets indésirables induits par les molécules anticancéreuses toxiques. De plus, sa proximité lui permet également de nouer une relation de confiance avec les patientes, de les soutenir et ainsi les accompagner afin de mieux appréhender leur maladie.

Dans la littérature, l'implication du pharmacien dans le parcours de soins des patients est également mise en exergue. D'ailleurs, C. Wilcke et S. Sergent (129), dans leur article « *Coordination du parcours de soins, la place du pharmacien* », soulignent le rôle essentiel du pharmacien dans la coordination de la prise en charge : « *la pratique historique de l'outil informatique, la communication entretenue au sein de l'équipe officinale et avec les professionnels de santé (de proximité et hospitaliers), son habitude du management d'entreprise et le lien tissé avec la population en font un acteur sûr et efficace quand il s'agit d'organiser un exercice coordonné autour du patient* ». (129)

3.5 Synthèse et perspectives

3.5.1 Synthèse

Notre enquête, conformément à d'autres déjà menées, a montré que les pharmaciens sont réellement impliqués dans le parcours de soins de la femme atteinte du cancer du sein.

Ils ont un rôle crucial dans la dispensation médicamenteuse, avec une dimension éducative visant la compréhension, l'adhésion au traitement et l'observance de la patiente. La prévention et la gestion des effets indésirables relèvent également de leurs compétences et leurs actions.

Au-delà de l'aspect médicamenteux, les pharmaciens d'officine ont une place essentielle dans la mise en œuvre des soins de support, soit par des conseils et délivrance directs, soit par l'orientation vers des professionnels adaptés.

Lors de notre enquête, nous avons constaté qu'une seule officine sur les trente interrogées proposait des prothèses capillaires. Ce soin de support semble être très peu répandue en pharmacie de ville.

La majorité des professionnels interrogés affirment être dans une démarche d'écoute et de soutien et ont conscience de la nécessité d'un accompagnement global et personnalisé des patientes atteintes du cancer du sein.

Les trois milieux d'exercice (rural, semi-rural et urbain) présentent des disparités limitées dans les résultats obtenus :

- le rôle au niveau des soins de support, plus particulièrement au niveau de la sphère esthétique et dermatologique, semble plus limité au niveau urbain
- les relations inter-personnelles pharmacien/patiente apparaissent plus développées en milieu rural

L'enquête a permis de voir comment les pharmaciens d'officine définissent leur rôle de suivi des patientes atteintes du cancer du sein mais aussi d'identifier leurs difficultés.

Ils ont majoritairement affirmé la nécessité de renforcer leurs compétences tant dans le champ de l'oncologie que de la psychologie. Les pharmaciens interrogés ont encore très peu développé leurs nouvelles missions posées par la loi HPST notamment en éducation thérapeutique malgré des actions éducatives non formalisées menées auprès des femmes malades.

Ils ont également mis en avant les liens trop limités avec les équipes hospitalières et plus généralement la coordination insuffisante entre les professionnels impliqués dans le parcours de soins de la patiente.

A l'issue de ce travail, nous percevons que certains items auraient pu être approfondis afin d'obtenir des éléments intéressants. Par exemple :

- les motifs de non délivrance de certains soins de support (médecines complémentaires, dermocosmétiques, prothèses mammaires/capillaires, ...)
- les modalités de collaboration avec les professionnels de santé et réseaux de soin
- ...

Cette enquête nous a permis de rencontrer des professionnels investis pour la plupart qui ont fait preuve de disponibilité et d'une qualité d'accueil à notre égard. Nous avons pu échangé sur leurs pratiques professionnelles ; cette confrontation de pratiques est un facteur de construction de notre propre identité professionnelle.

Toutefois, nous avons rencontré quelques obstacles, notamment lors du recueil des questionnaires. Nous avons été confrontées à un certain nombre de refus de participation, ce

qui nous a obligées à multiplier les démarches auprès d'autres professionnels et ceci explique la durée de collecte des données : février à décembre 2019.

3.5.2 Perspectives d'amélioration

3.5.2.1 Une formation plus approfondie et continue

L'enquête met en évidence un manque de formation des professionnels sollicités puisque 77% d'entre eux affirment n'être pas suffisamment formés pour aborder convenablement la prise en charge des femmes atteintes de cancer du sein. Ce constat peut s'expliquer par :

- L'évolution du rôle du pharmacien dans la prise en charge des patients cancéreux évoluant depuis quelques années en raison de la désertification médicale et du développement des chimiothérapies per os en ambulatoire, ...
- Des formations insuffisantes sur l'accompagnement des patients cancéreux à destination des pharmaciens d'officine, ces formations spécifiques commençant seulement à se développer.

Ce manque de formation concerne également l'aspect médical. En effet, une formation en oncologie est, certes, dispensée en faculté de pharmacie mais celle-ci ne constitue qu'une base et l'avènement de nouvelles thérapeutiques impliquent la nécessité d'une formation régulière et continue. Par ailleurs, l'approche psychologique n'est que très brièvement abordée lors de nos études. Comme nous l'avons décrit dans notre première partie, le pharmacien se doit d'avoir des notions sur les grandes étapes du cheminement psychique de la femme atteinte de cancer du sein afin de mettre en place une relation d'aide adaptée.

Or, nous constatons que le pharmacien se sent globalement démuni face aux réactions des patientes. Aussi, il nous semble utile de développer cette dimension au cours du cursus universitaire. Aborder la psychologie serait, non seulement, bénéfique pour accompagner les patientes atteintes du cancer du sein, mais aussi les autres patients. En effet, le métier de pharmacien est un métier d'échange qui nécessite un savoir-faire en communication et un socle de connaissances en psychologie afin d'appréhender au mieux les différents profils de patients auxquels nous sommes confrontés chaque jour.

Pour remédier à cela, plusieurs options peuvent être proposées :

- un diplôme universitaire en oncologie spécifique aux pharmaciens
- des enseignements postuniversitaires
- la consultation de revues scientifiques et professionnelles
- visites d'établissement
- e-learning
- ... (96)

Dans notre enquête, nous avons demandé aux pharmaciens d'officine quels type de formations leur semblaient les plus pertinentes pour compléter leur formation :

- 33 % des professionnels souhaitent recourir à des enseignements postuniversitaires
- 33 % sont prêts à réaliser un diplôme universitaire en oncologie
- 37 % préfèrent se documenter via des revues scientifiques et professionnelles
- 3 % ont proposé d'autres alternatives dont la formation par e-learning

Rappelons que les pharmaciens d'officine ont l'impératif de se former continuellement via le développement professionnel continu (DPC) et certaines modalités de formation en oncologie peuvent être éligibles au DPC.

3.5.2.2 Une posture éducative à développer et à formaliser

Aucun des pharmaciens ayant répondu à l'enquête n'est engagé dans un programme d'éducation thérapeutique du patient en oncologie et un seul détenait une formation spécifique.

Par contre, comme les textes réglementaires le prévoient (130), les pharmaciens officinaux peuvent proposer des prestations afin de favoriser l'amélioration ou le maintien de la santé des personnes : réalisation d'actions de suivi et d'accompagnement pharmaceutique et d'éducation thérapeutique. Ces actions peuvent avoir pour objectif : de sensibiliser et informer la population, de favoriser la prévention, d'accompagner la patiente à mieux comprendre sa maladie, de promouvoir la bonne observance thérapeutique, ...(130)

Ainsi, la formalisation de l'accompagnement des patientes, notamment par la mise en œuvre d'entretiens thérapeutiques contribuerait à une prise en charge encore plus personnalisée. L'espace et le temps dédiés permettraient :

- de renforcer les missions de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien
- d'évaluer la maîtrise et l'appropriation du traitement par la patiente
- de rechercher l'adhésion thérapeutique et d'encourager l'autonomie de la patiente (131)

Ces entretiens auraient également l'intérêt de permettre à la patiente d'exprimer ses craintes et de favoriser l'expression de son vécu par rapport à la maladie.

Mais pour mener ces entretiens, le pharmacien doit se former afin d'acquérir les compétences en communication, en pédagogie et en psychologie.

Ces entretiens sont intégrés au concept de « Pharmacie Clinique » qui place le patient au cœur du système et a comme objectif d'optimiser sa prise en charge. En officine, cette pratique tend à se développer et est clairement incitée par les textes réglementaires.(131)

Afin d'optimiser cette démarche éducative, nous avons suggéré le recours à des supports pédagogiques permettant une meilleure compréhension de la maladie par les patientes. La grande majorité des pharmaciens interrogés sont favorables au développement de ce type de supports.

Ceux-ci permettraient de délivrer des informations claires et précises et feraient office de « mémo » pour les patientes.

Quelques supports concernant le cancer du sein existent déjà. Ils sont disponibles par exemple sur le site internet du « Cespharm » et peuvent être commandés très facilement...toutefois, nous constatons que très peu de pharmaciens les utilisent actuellement (10 % en milieu urbain, 20 % en rural, 40 % en semi-rural) par manque de connaissance de leur existence et de leur utilité.

3.5.2.3 Le travail en réseau pluridisciplinaire

La collaboration entre professionnels de santé nous semble essentielle pour garantir la continuité des soins et ainsi permettre une prise en charge de qualité.

En analysant les résultats quel que soit le milieu d'exercice dans notre étude, nous obtenons un constat global : la collaboration avec les hôpitaux est quasi inexistante. Le contact avec les prescripteurs oncologues reste difficile et cela entrave, dans certains cas, la délivrance optimale des traitements et limite l'efficacité du suivi des effets secondaires en officine. Ceci a également été constaté par différents auteurs dont T. Marmorat et al. (132) dans son article « Dispenser des anticancéreux oraux à l'officine. Contraintes professionnelles et pistes d'actions » (132) mais aussi dans l'enquête auprès des pharmaciens d'officine Gironde menée par P-Y Renard.(100)

Ce manque de lien entre la ville et l'hôpital ne fait que refléter le système de santé actuel. De nombreuses mesures sont, certes, mises en place pour améliorer cet échange mais le manque de disponibilité, le problème des mouvements de personnel important et les systèmes de communication insuffisamment développés sont de multiples freins à une collaboration efficace.

Même constat pour les réseaux de soin en oncologie : une seule pharmacie sur 10 collabore avec le réseau de soin d'oncologie de la région Lorraine « Oncolor ». Ces réseaux régionaux de cancérologie ont de multiples missions dont la facilitation des échanges entre professionnels de santé mais le pharmacien d'officine ne semble pas suffisamment impliqué.

La collaboration entre les acteurs de proximité de la prise en charge ambulatoire semble, quant-à-elle, plus développée de façon non formalisée. En effet, on atteint des scores de

l'ordre de 70 à 80 % dans le secteur rural et semi-rural avec des liens installés surtout avec les médecins traitants, les services d'hospitalisation à domicile (HAD) et les infirmiers libéraux.

Au niveau urbain, les liens semblent être plus distendus avec seulement 50 % des pharmaciens interrogés affirmant collaborer avec ces professionnels. La collaboration s'effectue surtout avec les infirmiers libéraux et les services d'HAD dans cette zone.

Ces différences peuvent s'expliquer par la proximité induite par le milieu rural et semi-rural. En effet, ces deux zones correspondent à des villes de petite taille et des villages : les cabinets médicaux/paramédicaux se situent aux alentours de la pharmacie, les professionnels se connaissent donc et la communication y est plus aisée.

Ainsi, même si cette collaboration semble installée en milieu rural et semi-rural, elle reste à formaliser et à développer encore davantage en milieu urbain.

Concernant les trois milieux, la coopération se limite à quelques professionnels de santé que sont les médecins traitants et les infirmiers libéraux. L'objectif serait d'étendre cette collaboration à l'ensemble des acteurs pour que les patientes soient orientées vers des professionnels adaptés et que leur prise en charge soit ainsi optimale.

De nouvelles modalités d'organisation et de mobilisation des ressources et compétences des acteurs du parcours de soins des patients doivent donc se mettre en place :

- le partage des informations médicales apparaît déterminant pour répondre au mieux aux besoins et attentes des patientes; en effet, le dossier pharmaceutique ne permet pas l'accès aux informations médicales comme le protocole de chimiothérapie instauré à l'hôpital. Toutefois, l'étude menée par G. Hebert et al. (39) montre que certaines réticences au partage d'informations existent. En effet, 31 % des patientes interrogées au cours cette étude ne souhaitaient pas que leur pharmacien d'officine ait accès à des informations hospitalières.(39)
- L'accès au programme personnalisé de soins (PPS) et au programme personnalisé d'après-cancer (PPAC) ou à certains éléments du dossier médical du patient (DMP) par le pharmacien d'officine apparaît une action d'amélioration pertinente. Cela permettrait au pharmacien d'apporter une réponse rapide et adaptée en cas de problème rencontré avec l'ordonnance ou lors d'une demande exprimée par la patiente concernant des effets secondaires, tout en veillant à la prévention des interactions médicamenteuses. (96,132)
Pour cela, un portail internet sécurisé est indispensable. Un référent pharmacien hospitalier pour chaque patiente, permettrait également un lien collaboratif rapide et facilité avec le pharmacien officinal. (132)
- L'anticipation de la sortie du patient hospitalisé est aussi un levier de qualité important pour le pharmacien ; ainsi l'envoi anticipé de l'ordonnance par messagerie sécurisée de santé est une mesure qui permettrait de garantir la délivrance du traitement en prenant en compte les délais d'approvisionnement ; celle-ci pourrait

s'accompagner d'un conseil pharmaceutique personnalisé, adapté car préparé en amont.(37,132)

Une autre action pourrait être la standardisation de l'ordonnance avec des éléments importants pour le pharmacien tels que le poids de la patiente ou l'adaptation en cas d'insuffisance rénale ou hépatique. (132)

- Le développement de l'utilisation de supports d'informations sur les stratégies thérapeutiques, la gestion des effets secondaires, les interactions médicamenteuses, les thérapies complémentaires seraient des outils importants pour les pharmaciens de ville. Par exemple des fiches-conseils pour chaque chimiothérapie dispensée sur lesquelles seraient indiqués : la classe thérapeutique et le mode d'action, le schéma de prise, les effets secondaires les plus fréquents, leur gestion et les interactions médicamenteuses principales seraient particulièrement précieuses

Des fiches dédiées aux anticancéreux ont été rédigées par les OMEDIT de Bretagne et Pays de Loire, elles regroupent les indications de la molécule anticancéreuse, les modalités de prescription/délivrance, la posologie, les interactions, les effets indésirables avec les mesures de prévention associées ainsi que des recommandations de bon usage à donner aux patients ; elles sont disponibles directement sur le site internet de l'OMEDIT Pays de Loire et Bretagne. (133,134)

L'INCa propose également des fiches sur les anticancéreux oraux dans la catégorie prévention, suivi et gestion des effets indésirables. (135)

Lors de notre étude, aucun pharmacien n'a mentionné l'existence de ces fiches de bon usage. Il aurait été utile d'aborder ce sujet dans notre questionnaire afin de savoir si les professionnels en ont connaissance et les jugent utiles.

- La collaboration entre les acteurs de soins ambulatoires devrait se renforcer, s'étendre et se formaliser. Un réseau territorial, dont la dimension permet la coordination des soins de proximité, pourrait en être le cadre. Lui-même sous la coordination d'un réseau régional de soins en cancérologie, il aurait comme objectifs majeurs d'améliorer le service rendu aux patientes et leur qualité de vie. Ce type de réseau permet de promouvoir des soins coordonnés et continus de proximité en décloisonnant les pratiques des professionnels impliqués dans les prises en charge. Il vise également un rapprochement entre la ville et l'hôpital. Le réseau peut être aussi porteur d'actions de formation continue en cancérologie pour les équipes officinales, mais aussi aider à l'intégration du pharmacien d'officine dans le processus de soins, notamment en généralisant l'inscription des coordonnées d'un pharmacien référent dans le dossier-patient... (136)

Le pharmacien officinal intégré dans un réseau de soins pourra aussi orienter de façon plus pertinente un patient vers le professionnel le plus adapté, y compris vers un confrère de son secteur plus spécialisé dans la prise en charge des femmes atteintes de cancer du sein.

En effet, certaines officines offrent un accompagnement adapté : délivrance de prothèses mammaires, prothèses capillaires, dermocosmétiques, ... elles proposent un espace dédié, un temps personnalisé et des compétences ciblées. Ce type de prise en charge ne peut être généralisé dans l'ensemble des pharmacies (surface et temps professionnel disponible, capacités financières, personnel formé) mais une démarche d'orientation et de collaboration pourrait se mettre en place sur un territoire.

Ce même constat se retrouve dans la littérature et notamment dans l'étude menée par Marmorat T et al, (132) dont l'objectif était de recueillir la perception des pharmaciens d'officine concernant la prise en charge des patients cancéreux et de définir des axes d'amélioration pour aboutir à un accompagnement plus efficient. Cette étude a permis de mettre en évidence l'importance de développer les relations interprofessionnelles et de partager des informations médicales. La coordination des soins apparaît déterminante afin d'assurer des soins de qualité dans une approche globale du patient et une prise en charge sécurisée. (132)

3.6 Les limites de l'étude

Notre enquête a été menée auprès de trente pharmaciens d'officine de la région Grand- Est. Même si cet échantillon peut paraître modeste, la comparaison entre les constats retrouvés dans la littérature et les résultats obtenus lors de notre étude montre que cette dernière peut être considérée comme représentative des pratiques professionnelles et des attentes des pharmaciens d'officine.

Cette étude a été réalisée auprès de pharmaciens d'officine exerçant dans des secteurs géographiques différents : milieu rural, semi-rural et urbain. A travers ce choix, nous souhaitons évaluer si les pratiques professionnelles diffèrent selon le lieu d'exercice. Ainsi, il nous semblait que les résultats seraient plus intéressants et plus représentatifs en intégrant le lieu d'exercice.

Néanmoins, pour des raisons de praticité, notre étude s'est déroulée dans les secteurs suivants : Saint-Dié des Vosges, Jarny et Nancy (périmètre autour de chaque ville : 20 km) et pour chacun de ces trois sites, nous avons interrogés 10 officinaux. Afin d'établir un état des lieux des pratiques professionnelles plus approfondi, un périmètre d'étude plus large aurait pu être envisagé (à l'échelle de la Lorraine par exemple). La zone géographique de l'étude constitue donc un premier **biais de sélection**.

S'ajoute à ce second point, **un biais de volontariat** puisque la participation à l'étude était basée sur ce prérequis. Il y a un risque de biais de sélection car les sujets volontaires présentent généralement des caractéristiques différentes de ceux ayant refusé la démarche.

Concernant le recueil des informations, nous avons opté pour un questionnaire de type semi-directif. Ce choix nous a permis d'obtenir des données plus précises. En effet, au cours de l'entretien avec le pharmacien, nous avons la possibilité de développer les idées abordées et

de réduire au maximum le risque de malentendus lors du remplissage du questionnaire. Toutefois, à travers notre comportement et nos questions supplémentaires, nous avons peut être influencé les réponses des personnes interrogées d'où l'hypothèse **d'un biais de recueil**.

Pour chaque officine sollicitée, nous avons fait le choix de n'interroger qu'un seul professionnel (titulaire ou adjoint). Même si les pharmaciens connaissent leur patientèle, nous nous sommes concentrées sur le point de vue d'un seul professionnel. Le sondage de l'ensemble des pharmaciens de l'officine considérée aurait permis d'obtenir une réponse plus exhaustive : **biais de mesure**.

Enfin, même si de nombreux sujets ont été abordés grâce à notre questionnaire construit par thématique, de nombreux critères n'ont pas été évoqués : l'âge des participants, des précisions dans les réponses par exemple concernant certains modes de collaboration, la formation dans certains domaines ... Nous sommes parties du principe qu'un questionnaire trop long serait un frein à la participation, nous avons limité le nombre d'items afin que la durée de l'entretien ne soit pas trop conséquente (15 à 20 minutes environ)

Conclusion

Le virage ambulatoire qui s'opère dans le système de santé actuel apparaît comme une évolution majeure. Cette prise en charge extra-hospitalière doit s'accompagner d'une réorganisation du parcours de soins dans lequel les coopérations inter-professionnelles sont indispensables.

Dans ce contexte, la compétence du pharmacien d'officine est valorisée et doit être mobilisée au bénéfice du patient.

Ce rôle est renforcé par les évolutions législatives qui permettent au pharmacien de développer un exercice de pharmacie clinique centré sur la prise en charge individualisée et globale du patient.

Dans le champ de la cancérologie, le développement des anticancéreux oraux disponibles en ville modifie également la place du pharmacien officinal.

Acteur de proximité, disponible et aisément accessible, il doit proposer un accompagnement personnalisé incluant tous les aspects de la situation de la patiente.

L'enquête réalisée dans notre champ d'étude : la prise en charge non médicamenteuse des femmes atteintes de cancer du sein à l'officine, démontre que cet accompagnement est délicat à mettre en œuvre quel que soit le secteur d'exercice considéré :

- Il requiert des connaissances médicales actualisées en oncologie mais aussi des bases en psychologie qui font souvent défaut aux professionnels.
- Il nécessite une collaboration inter-professionnelle, intra et extra-hospitalière efficiente.
- Il serait optimisé par le développement de l'exercice de pharmacie clinique qui se traduit notamment par la réalisation d'entretiens pharmaceutiques structurés

Le pharmacien d'officine représente un vrai repère dans le parcours de soin de la femme atteinte du cancer du sein. Il concourt à la reconstruction d'un équilibre physique et psychique des patientes. Il a pour objectif la sécurité des patientes lors des délivrances médicamenteuses mais aussi le maintien d'une certaine qualité de vie : gestion des effets indésirables, conseils, délivrance de dispositifs médicaux, soutien, éducation thérapeutique, orientation vers des professionnels spécialisés ... le pharmacien d'officine devient peu à peu un acteur incontournable des soins de support en oncologie.

Annexes :

Annexe 1 : Questionnaire auprès des pharmaciens d'officine



VINCEROT Pernelle, WELSCH Tiffany
6-SP Officine

Officine :

**Sujet de thèse : Place du Pharmacien dans
l'accompagnement non médicamenteux de la femme
atteinte d'un cancer du sein (enquête auprès des
pharmaciens d'officine)**

Remarque : Veuillez détailler les réponses

Chapitre 1 : Profil du Pharmacien

1) Sexe :

- Homme
- Femme

2) Année de thèse :

3) Lieu d'exercice :

- Rural
- Semi-rural
- Urbain
- Autre :

4) Diplôme universitaire en oncologie :

- Oui
- Non
- Autre(s) formation(s) :

Chapitre 2 : Etat des lieux

1) Votre patientèle comprend-t-elle des femmes atteintes d'un cancer du sein ? :

- Oui
 - ↳ Si oui, quel nombre ? :
- Non
- Autre :

2) A quel stade de la maladie intervenez-vous le plus ?

- Dépistage
 - ↳ Si oui, comment ? :
- Diagnostic
 - ↳ Si oui, pourquoi ?
- Traitement
- Après le cancer (période de rémission)
 - ↳ Si oui, pourquoi ? :
- Autre :

3) Avez-vous un lieu dédié à la prise en charge de ces patientes ? :

- Oui
 - ↳ Si oui, précisez :
- Non
- Autre :

4) Quelles sont leurs attentes selon-vous ? :

- Conseils sur le traitement médicamenteux
 - ↳ Si oui, précisez :
- Conseils diététiques
 - ↳ Si oui, précisez :
- Conseils esthétiques (perruques, prothèses mammaires externes,...)
 - ↳ Si oui, précisez :

- Conseils dermatologiques (gamme de produits dédiés aux patients cancéreux)
 - ↳ Si oui, précisez :
- Autre :

5) Les patientes vous parlent-elles d'effets indésirables liés aux traitements ? :

- Chirurgie
 - Douleur
 - Asthénie
 - Esthétique
 - Lymphœdème
 - Troubles de la cicatrisation
 - Autres :

- Radiothérapie
 - Douleur
 - Asthénie
 - Esthétique
 - Troubles cutanés (radiodermite, érythèmes cutanés,...)
 - ↳ Précisez :
 - Autres :

- Chimiothérapie
 - Douleur
 - Asthénie
 - Esthétique
 - Nausées/vomissements
 - Alopécie
 - Mucite
 - Autres :

- Hormonothérapie
 - Douleur
 - Asthénie
 - Bouffées de chaleurs
 - Autres :

- Thérapies ciblées
 - Douleur
 - Asthénie
 - Hypersensibilité
 - Autres :
- Autre :

- 6) Pour pallier à ces effets indésirables, délivrez-vous des traitements complémentaires ? :
- Homéopathie
 - ↳ Si oui, précisez :
 - Phytothérapie
 - ↳ Si oui, précisez :
 - Aromathérapie
 - ↳ Si oui, précisez :
 - Compléments alimentaires
 - ↳ Si oui, précisez :
 - Autre :
- 7) Le cancer du sein est une pathologie qui affecte particulièrement l'image de soi. Pour répondre aux besoins des patientes, avez-vous dans votre officine :
- Prothèses mammaires externes
 - Perruques
 - Dermocosmétiques spécifiques dans le cadre de pathologies néoplasiques
 - Autre :
- 8) Délivrez-vous des orthèses spécifiques au cancer du sein ? :
- Oui
 - ↳ Si oui, lesquelles ? :
 - Non
 - Autre :
- 9) Les patientes vous parlent-elles de leur vécu psycho-social par rapport à la maladie ? :
- Oui
 - ↳ Si oui quels sont les thèmes abordés ? :
 - Retentissement conjugal
 - Retentissement familial
 - Retentissement professionnel
 - Pronostic et évolution potentielle de la maladie
 - Dépression
 - Sexualité
 - Autre :
 - Non

Chapitre 3 : Le pharmacien d'officine dans le réseau de soin

- 1) Travaillez-vous en collaboration avec les hôpitaux
- Oui
 - ↳ Si oui, de quelle manière ? :
 - Non
 - Autre :
- 2) Travaillez-vous en collaboration avec les acteurs participant à la prise en charge ambulatoire de la femme atteinte d'un cancer du sein ? :
- Oui
 - ↳ Si oui, précisez :
 - Médecins libéraux
 - Infirmier libéral
 - Kinésithérapeute
 - Diététicien
 - HAD
 - Associations de patients
 - ↳ SI oui, lesquelles ? :
 - Autre :
 - Non
 - Commentaires :
- 3) Travaillez-vous avec des réseaux de cancérologie ?
- Oui
 - ↳ Si oui, lesquels ? :
 - Non
 - Autre :
- 4) Participez-vous à un programme d'ETP ?
- Oui
 - Non
 - ↳ Si non, pourquoi ? :
 - Autre :

Chapitre 4 : Evolution de la place du Pharmacien d'officine et axes d'amélioration de la prise en charge

- 1) Avez-vous perçu une évolution de votre rôle auprès des patientes atteintes du cancer du sein ? :
- Oui
 - ↳ Si oui, précisez :
 - Non
 - Commentaires :
- 2) Selon-vous, êtes-vous suffisamment formé à la prise en charge de ces patientes ?
- Oui
 - ↳ Si oui, précisez :
 - Non
 - ↳ Si non, comment améliorer votre formation ? :
 - DU
 - Enseignement Post Universitaire
 - Revues professionnelles
 - Autre :
 - Commentaires :
- 3) Une formation sur la psychologie du patient cancéreux vous semble-t-elle nécessaire pour accompagner ces patientes ?
- Oui
 - Non
 - Commentaires :
- 4) Pour les patientes, des supports pédagogiques seraient-ils utiles à une meilleure compréhension de la maladie et des traitements ?
- Oui
 - ↳ Si oui, quels thèmes conviendrait-il d'aborder à votre avis ? :
.....
.....
 - Non
 - Utilisez-vous les supports déjà mis à votre disposition (Cespharm, INCa,...) ?
 - Oui
 - Non
 - Commentaires :

Annexe 2 : Brochure Dépistage des cancers du sein : S’informer et décider (Site du Cespharm)

EN PRATIQUE

Le dépistage est organisé pour que chaque femme y accède dans les mêmes conditions de qualité sur tout le territoire.

- 1 Le rendez-vous au centre de radiologie**
Prenez rendez-vous avec un des radiologues agréés figurant sur la liste jointe à votre courrier d'invitation. Le jour du rendez-vous, apportez le courrier d'invitation, votre carte Vitale et les clichés de vos précédentes mammographies. N'hésitez pas à poser toutes vos questions au radiologue ou au manipulateur avant ou après l'examen.
- 2 Les examens**
Le radiologue réalise une mammographie comportant 2 radiographies par sein. L'un après l'autre, vos seins sont placés entre 2 plaques qui se resserrent et les compriment pendant quelques secondes. Si vous portez des prothèses mammaires, des clichés spécifiques sont réalisés. Le radiologue examine également vos seins. Juste après l'examen, il vous délivre un premier résultat.
- 3 Les résultats**
Si les clichés de la mammographie et l'examen clinique ne montrent pas d'anomalie, par sécurité, une seconde lecture sera réalisée par un autre radiologue, dans un délai de 2 semaines.

Cas de figure n° 1
Aucune anomalie n'est détectée : vous serez invitée à renouveler cet examen dans 2 ans. C'est le cas majoritaire, pour 910 femmes sur 1000.

Cas de figure n° 2
Une anomalie est détectée. Cela concerne 90 femmes sur 1000. Dans la plupart des cas, il ne s'agit pas d'un cancer mais, par exemple, d'une anomalie bénigne (kyste) ou suspecte. Selon les cas, une surveillance à court terme ou la poursuite d'examen pourra être nécessaire. À l'issue de ces examens, la conclusion la plus fréquente est qu'il n'y a pas de cancer. Plus rarement, un cancer peut être diagnostiqué : cela concernera 7 femmes sur 1000. Chacune de ces femmes sera orientée par son médecin vers une équipe pluridisciplinaire spécialisée en cancérologie pour un traitement personnalisé, dont un appui psychologique.

Pour en savoir plus,
rendez-vous sur e-cancer.fr

**DÉPISTAGE
DES CANCERS
DU SEIN**
S'INFORMER ET DÉCIDER



© Institut National du Cancer - Tous droits réservés - 2017



LE CANCER DU SEIN EST-IL FRÉQUENT ?

Le cancer du sein est le cancer à la fois le plus fréquent et le plus mortel chez la femme. Chaque année en France, 54 000 cas sont détectés et près de 12 000 femmes en décèdent.

QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE ?

Le principal est l'âge. Près de 80% des cancers du sein se développent après 50 ans. Certains antécédents médicaux personnels et familiaux de cancers ou maladies du sein peuvent aussi entraîner un risque supérieur et nécessiter une surveillance spécifique. Parlez-en avec votre médecin généraliste ou gynécologue. Certains traitements hormonaux de la ménopause, une puberté précoce, une ménopause tardive, l'âge de la première grossesse et la durée d'allaitement peuvent également avoir une influence. Nos modes de vie peuvent aussi jouer un rôle, tels que la consommation d'alcool et de tabac, un manque d'activité physique, un surpoids.

EN QUOI CONSISTE UN DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN ?

Le dépistage du cancer du sein repose sur une mammographie (examen radiologique), associée à un examen clinique des seins. Il permet de détecter tôt une éventuelle anomalie ou un cancer, avant l'apparition de symptômes. Cette détection précoce augmente les chances de guérison.

LA PRISE EN CHARGE

La mammographie est prise en charge à 100% par votre caisse d'assurance maladie sans avance de frais. Si des examens complémentaires sont proposés par votre radiologue, ils seront pris en charge dans les conditions habituelles de remboursement.

QUELS SONT LES BÉNÉFICES ET LES LIMITES D'UNE DÉTECTION PRÉCOCE PAR DÉPISTAGE ?

De manière générale, plus les cancers du sein sont détectés tôt et plus les chances de guérison sont importantes. La survie à 5 ans est de 99% pour un cancer du sein détecté à un stade précoce, elle est de 26% pour un cancer avec des métastases. Par ailleurs, les cancers détectés tôt nécessitent, en général, des traitements moins lourds et moins agressifs avec moins de séquelles.

Si le dépistage permet une détection précoce, il peut aussi présenter des inconvénients : le diagnostic et le traitement de cancers peu évolutifs. Pour ces cancers qui n'auraient pas été découverts en l'absence de mammographie, on parle de surdiagnostic. Celui-ci est par nature inhérent à tout acte de dépistage. On estime que de 10% à 20% des cancers détectés sont concernés. Comme il n'est pas encore possible de prédire l'évolution d'une lésion cancéreuse au moment où elle est diagnostiquée, il est habituellement proposé, par précaution, de traiter l'ensemble des cancers détectés.

LA RECOMMANDATION DES AUTORITÉS DE SANTÉ

Au vu de l'analyse des avantages et des limites, le dépistage du cancer du sein est recommandé aux femmes de 50 à 74 ans, tous les 2 ans.

LE DÉPISTAGE EST-IL FIABLE ?

Les installations de mammographie sont soumises à des normes strictes, destinées à renforcer la qualité des images et à limiter les risques liés aux rayons X. Ces installations sont contrôlées tous les 6 mois.

La seconde lecture des clichés, réalisée par un radiologue différent dans le cadre du programme de dépistage organisé, permet de détecter davantage de cancers : c'est le cas d'environ 6% d'entre eux.

POURQUOI SE FAIRE DÉPISTER TOUTS LES 2 ANS ?

Les études scientifiques ont montré que l'écart de 2 ans est un compromis qui présente les avantages de la détection précoce tout en limitant le risque de cancers de l'intervalle (cancers qui surviennent entre 2 dépistages) et de cancers radio-induits (la mammographie expose à des rayons X. Une exposition trop répétée peut, bien que rarement, entraîner l'apparition d'un cancer).

Entre chaque examen de dépistage, n'hésitez pas à consulter un médecin si vous remarquez des changements inhabituels de vos seins :

- apparition d'une boule, d'une grosseur dans le sein ou sous un bras;
- modification de la peau (rétraction, rougeur, œdème ou aspect de peau d'orange) ;
- modification du mamelon ou de l'aréole (rétraction, changement de coloration, suintement ou écoulement) ;
- changements de forme.

Annexe 3 : Formulaire de prescription d'une prothèse mammaire externe (Site AMELI)

Modèle de prescription d'une prothèse mammaire externe

Date de la prescription : □□ / □□ / □□□□

Nom et prénom de la patiente :

Date de naissance : □□ / □□ / □□□□

Poids : □□□□ Kg

Sein concerné par la prescription (cf. une prescription par prothèse mammaire) :

- sein gauche
- sein droit

Indication

- après une mastectomie totale ou partielle ;
- asymétrie congénitale ou acquise ;
- hypoplasie majeure ou aplasie.

Historique de prescription de prothèse mammaire externe

- 1^{ère} prescription de prothèse mammaire externe
- renouvellement de prescription de prothèse mammaire externe (après prothèse transitoire)
- renouvellement de prescription de prothèse mammaire externe (après prothèse en silicone)

En cas de mastectomie :

Date de la mastectomie : □□ / □□ / □□□□

Type de mastectomie

- mastectomie partielle
- mastectomie totale

Symptômes présentés par la personne (cochez la case si la personne est concernée)

- la peau est fragilisée par une radiothérapie,
- la cicatrice est hyperesthésique
- la qualité de la cicatrice est irrégulière
- la patiente présente des adhérences cicatricielles
- il y a présence ou risque d'œdème ou de lymphœdème
- la patiente présente des douleurs cervicales ou dorsales
- la patiente est sujette à des bouffées de chaleur ou à une hypersudation

→ une prothèse mammaire externe est prescrite : Oui Non

[CACHET DU MÉDECIN]

Annexe 4 : Soirée thématique « Regards croisés sur la prise en charge du cancer du sein »

SOIRÉE THÉMATIQUE Regards croisés sur la prise en charge du cancer du sein

Modération : Pr. Philippe QUETIN
Oncologue / Vice-Président du Comité mosellan de la Ligue contre
le Cancer

18h30 : Introduction

Francis FLAMAIN, Président du Comité mosellan de la Ligue contre le
Cancer

18h45 – 20h45 : Interventions de spécialistes

15 min par intervention

- ❖ **Dépistage du cancer du sein : l'expérience du Grand-Est**
Pr. Carole MATHÉLIN, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, responsable de
l'Unité de Sénologie et de Pathologie Mammaire au C.H.U. de Strasbourg
- ❖ **Le dépistage organisé du cancer du sein en France et en
Moselle : où en sommes-nous ?**
Françoise DESHAYES, Médecin coordonnateur de l'AMODEMACES
- ❖ **Quelle chirurgie du sein en 2018 ?**
Laure Emille REBSTOCK, Chirurgien Gynécologue, C.H.R. de Metz-Thionville (Hôpital
Bel Air)
- ❖ **- Oncogénétique : parcours des patients et des apparentés
- Oncologie médicale, la médecine de précision : nouveautés
dans les traitements depuis 3 ans**
Elisabeth LUPORSI, Oncologue médicale et Onco-généticienne, C.H.R. de Metz-
Thionville (Hôpital de Mercy)
- ❖ **La reconstruction mammaire**
Christine HUTTIN MARQUELET, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructrice,
Clinique Saint-Nabor à Saint-Avold
- ❖ **Evolutions dans la prise en charge psychologique des femmes atteintes
par le cancer du sein**
Pr. Cyril TARQUINIO, Directeur du Centre Pierre Janet, Professeur des Universités,
Université de Lorraine, responsable de l'équipe de recherche APEMAC / EPSAM EA 4360

20h45 – 21h15 : Table-ronde et échange avec le public



Bibliographie

1. Espié M, Nguyen O, Douchet G, de Castelbajac V, Bourstyn E, Cuvier C et Al. Épidémiologie du cancer du sein - EMC Gynécologie. 2019;35(840-A-15):e1 □ 18
2. Sancho-Garnier H, Colonna M. Épidémiologie des cancers du sein. La Presse Médicale. Oct 2019 ;48(10):e1076 □ 84.
3. Belleannée G. Le système TNM: 3 lettres pour un langage riche mais parfois ambigu. Annales de Pathologie. Déc 2006 ;26(6):e435 □ 44.
4. Cserni G, Chmielik E, Cserni B, Tot T. The new TNM-based staging of breast cancer. Virchows Arch. Mai 2018;472(5):e697 □ 703.
5. Penault-Llorca F, Mishenally F, Fouilhoux G, Trechot I, Maury F, Robin N et al. Démarche diagnostique du cancer du sein, la classification. Revue du praticien. déc 2013;63(10):1384 □ 1392.
6. Zemmouri Y, De Croze D, Vincent Salomon A, Rouzier R, Bonneau C. Caractérisation moléculaire des cancers du sein en pratique clinique. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. Mai 2016;44(5):e285 □ 92.
7. INCa (Institut National du Cancer). Facteurs de risque - Cancer du sein [Internet]. [cité 6 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Facteurs-de-risque>
8. HAS (Haute Autorité de Santé). Dépistage du cancer du sein [Internet]. [Cité 6 janvier 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1501534/fr/depistage-du-cancer-du-sein
9. Alran S, Bacarassa A. Dossier : Cancer du sein. La revue du Praticien. 2019;33(1014):57 □ 63.
10. Ameli. Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein [Internet]. [Cité le 10 janvier 2019] Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
11. INCa (Institut National du Cancer). Cancers du sein - Du diagnostic au suivi [Internet]. [Cité le 10 janvier 2019] Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cancers-du-sein-Du-diagnostic-au-suivi>
12. HAS (Haute Autorité de Santé). Place de l'IRM Mammaire dans le bilan d'extension locorégional préthérapeutique du cancer du sein - Rapport d'évaluation [Internet]. [cité 20 janvier 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_936419/fr/place-de-l-irm-mammaire-dans-le-bilan-d-extension-locoregional-pretherapeutique-du-cancer-du-sein-rapport-d-evaluation

13. Dalenc F, Pons E, Roché H. Tumeur du sein. La Revue du Praticien. Novembre 2017;67:e445-451
14. Espié M, Giacchetti S, Bourstyn E, Hennequin C, Cuvier C, Hamy A-S et al. Prise en charge thérapeutique des cancers du sein infiltrants localisés. EMC gynécologie. 2013;8(3) :e1-21
15. Aulagner G, Cazin J-L, Lemare F, Limat S. Pharmacie clinique pratique en oncologie. France : Elsevier Masson; Juin 2016. 344p
16. HAS (haute Autorité de Santé). Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique – Cancer du sein [Internet]. [cité le 20 janvier 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_lap_ksein_vd.pdf
17. INCa (Institut National du Cancer). Prise en charge du carcinome canalaire in situ – Questions d’actualité – Rapport intégral [Internet]. [cité 19 janv 2020]. Disponible à: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Prise-en-charge-du-carcinome-canalaire-in-situ-Questions-d-actualite-Rapport-integral>
18. Chauvet M-P. Nouvelle chirurgie du cancer du sein. La Presse Médicale. 22 oct 2019;48(10):1123-1130
19. Dorosz P. Guide pratique des médicaments, 38^e éd. France: Maloine;2019. 1957p
20. HAS (Haute Autorité de Santé). Actualisation du référentiel de pratiques de l’examen périodique de santé Dépistage et prévention du cancer du sein [Internet]. [cité le 19 janvier 2020]. Disponible à: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf
21. Demore B. Principaux médicaments anticancéreux. [procuré en 2016 par le Pr Demore]
22. Demoré B. Principaux effets indésirables des médicaments anticancéreux. Pharmacie pratique clinique en oncologie. 2016; 275-285
23. Battu C. Alopécie et traitements anticancéreux. Actualités Pharmaceutiques. Oct 2018;57(579):e59□61.
24. Battu C. La prise en charge précoce des effets secondaires en oncologie par un maquillage correcteur dédié. Actualités Pharmaceutiques. Oct 2019;58(589):e53□56.
25. Saltel-Fulero A, Donnadiou A, Leman-Detours S, Cottu P. Nouvelles options en hormonothérapie adjuvante des cancers du sein. Bulletin du Cancer. Janv 2016;103(1):e104□112.
26. Dagueneat E, Jmour O, Vallard A, Guy J-B, Jacquin J-P, Méry B, et al. Analogues de la LH-RH dans le traitement hormonal adjuvant dans les cancers du sein localisés de la femme pré-ménopausée : la fin d’une controverse pour de nouvelles recommandations ? Bulletin du Cancer. Avr 2019;106(4):e342□53.
27. Ferreira A-R, Di Meglio A, Pistilli B, Gbenou AS, El-Mouhebb M, Dauchy S, et al. Differential impact of endocrine therapy and chemotherapy on quality of life of breast

- cancer survivors: a prospective patient-reported outcomes analysis. *Annals of Oncology*. Nov 2019;30(11):e1784-1795.
28. Vardanega J, Henriques J, Pourcelot C, Dirand C, Nallet G, Brédart A, et al. Évaluation de la satisfaction de patientes atteintes d'un cancer du sein précoce traitées en adjuvant par hormonothérapie. *Bulletin du Cancer* Déc 2019 ;106(12):e1104-1114.
 29. Etienne-selloum N. Les thérapies ciblées per os. *Actualités pharmaceutiques*. Septembre 2018; 57(578):e13-18
 30. Izzedine H. Toxicités rénales des thérapies ciblées en oncologie. *Néphrologie & Thérapeutique*. Décembre 2019
 31. Coussy F, Teixeira L, Giacchetti S, Cuvier C, Hocini H, Espié M. Nouveautés sur les thérapies ciblées dans le cancer du sein. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 nov 2014;42(11):e787-794.
 32. INCa (institut National du Cancer). Les thérapies ciblées dans le traitement du cancer en 2015 /États des lieux et enjeux, appui à la décision [Internet]. [Cité le 19 janvier 2020] Disponible sur : https://www.e-cancer.fr/content/download/161178/2059222/file/Les-therapies-ciblees-dans-le-traitement-du-cancer-en-2015_2016.pdf
 33. Lemoine S, Faure S. Rôle du pharmacien auprès des patientes atteintes d'un cancer du sein. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 sept 2016;55(558):e26-32.
 34. Jodar M, Jacquin J-P, Vallée J. Perception des effets indésirables de la chimiothérapie et de l'hormonothérapie par les femmes prises en charge pour un cancer du sein. *Thérapies*. Juin 2016;71(3):e263-273
 35. Sicard J, Veron F. Prise en charge des personnes atteintes de cancers à l'officine, échos du congrès mondial de cancérologie. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 mars 2018 ;57(574):e42-46
 36. République Française. Plan Cancer 2014-2019 [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible à: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer-2.pdf
 37. Occhipinti S, Petit-Jean E, Pinguet F, Beaupin C, Daouphars M, Parent D, et al. Implication du pharmacien dans l'accompagnement des patients sous anticancéreux oraux : état des lieux dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC). *Bulletin du Cancer*. 1 sept 2017 ;104(9):e727-734.
 38. Renet S, Maritaz C, Lotz J-P, Burnel S, Paubel P. Parcours de soins : modélisation et analyse des risques induits par les anticancéreux oraux. *Bulletin du Cancer*. 1 avr 2016 ;103(4):345-352.
 39. Hébert G, Minvielle E, Di Palma M, Lemare F. Quelles sont les attentes de coordination et d'accompagnement des patients français atteints de cancer vis-à-vis de leur pharmacien de ville ? *Bulletin du Cancer*. Mars 2018;105(3):e245-255
 40. HAS (Haute Autorité de Santé). Prise en charge masso-kinésithérapique d'un lymphœdème et d'une raideur de l'épaule après traitement d'un cancer du sein [Internet]. [cité 22 janvier 2020]. Disponible à: <https://www.has->

sante.fr/jcms/c_1301437/fr/prise-en-charge-masso-kinesitherapique-d-un-lymphoedeme-et-d-une-raideur-de-l-epaule-apres-traitement-d-un-cancer-du-sein

41. Rockson SG, Stanley G. Lymphedema after Breast Cancer Treatment. *The New England Journal of Medicine*. Nov 2018 ;379(20):e1937-1944.
42. Vignes S. Les lymphœdèmes : du diagnostic au traitement. *La Revue de Médecine Interne*. Févr 2017 ;38(2):97-105.
43. Ministère des Solidarités et de la Santé .Notice patient - ENDOTELON 150 mg, comprimé enrobé gastro-résistant - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 22 janv 2020]. Disponible à: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=67546241&typedoc=N>
44. ANSM (Agence Nationale de la Santé et du Médicament). Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. [cité 22 janv 2020]. Disponible à: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0124880.htm>
45. Taghian NR, Miller CL, Jammallo LS, O'Toole J, Skolny MN. Lymphedema following breast cancer treatment and impact on quality of life: A review. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. Déc 2014;92(3):e227-234
46. Lantheaume S, Fernandez L, Lantheaume S, Bosset M, Pages A, Blois-Da-Conçao S. Cancer du sein, image du corps et Psychothérapie par Médiation Photographique (PMP). *Jun 2016;174(5): e366-373*
47. Stadelmaier N, Lombar I, Duguey-Cachet O, Carton C, Cosnefroy O, Quintard B. Le dispositif d'annonce en cancérologie : quel outil d'orientation vers la consultation psychologique ?. *Psycho-Oncologie*. 2009;3:e176-183.
48. Dauchy S, Bendrihen N. Thérapeutique du cancer - Chapitre « Annonce et vécu psychologique ». Paris, France: Springer; 2011: p945-956
49. Hureaux J. Place de l'annonce dans la prise en charge des patients souffrant de cancer. *Médecine Nucléaire*. Août 2013;37(8):e305-309
50. HAS (Haute Autorité de Santé). Annoncer une mauvaise nouvelle [Internet]. [cité 22 janv 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_698028/fr/annoncer-une-mauvaise-nouvelle
51. INCa (Institut National du Cancer). Recommandations Nationales pour la mise en oeuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé, Mesure 40 plan cancer [Internet]. [Cité 22 janvier 2020]. Disponible sur : https://www.e-cancer.fr/content/download/98951/1078740/file/recommandations_nationales_da_nov_05.pdf
52. Romano H. L'annonce d'un diagnostic grave. *La Revue de Médecine Interne*. Sept 2010;31(9):e626-630.
53. Ben Soussan P et Dudoit E. La souffrance psychologique des malades du cancer. Paris, France: Springer; 2009. 182p

54. Pennetier A, Falcowski S, Picard N. Parcours de soins d'un patient atteint de cancer, du diagnostic à l'officine. *Actualités Pharmaceutiques*. Oct 2018;57(579):e46-49
55. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Circulaire DHOS/SDO no 2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie [Internet]. [cité 22 janvier 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030034.htm>
56. INCa (Institut National du Cancer). Axes opportuns d'évolution du panier des soins oncologiques de support - Réponse saisine - DGOS 085 - 15 au 31 Juillet 2015 [Internet]. [cité 22 janvier 2020]. Disponible sur : https://www.e-cancer.fr/content/download/169071/2176428/file/Axes-opportuns-d-evolution-du-panier-de-soins-oncologiques-de-support_20161205.pdf
57. Legoff E, Thiltges I, Taillandier L, Di Patrizio P. Besoins des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en soins oncologiques de support - Soins de support-accompagnement -éthique. *Déc 2017*;16(6): e302-310
58. CHU (Centre Hospitalier Universitaire) Nancy. Solution RIPOSTE [Internet]. [cité 24 janvier 2020]. Disponible sur : www.chu-nancy.fr/index.php/riposte
59. Chabosseau S, Derbré S. Cancer du sein : recommandations sur l'usage de la phytothérapie. *Actualités Pharmaceutiques*. Janv 2016;55(552):e45-49.
60. Saghatchian M, Bihan C, Chenailler C, Mazouni C, Dauchy S, Delalogue S. Exploring frontiers: Use of complementary and alternative medicine among patients with early-stage breast cancer. *The Breast*. 1 juin 2014 ;23(3):e279-285.
61. Dupin C, Arsène-Henry A, Charleux T, Haaser T, Trouette R, Vendrely V. Prévalence et attentes de l'utilisation des « médecines alternatives et complémentaires » pendant la radiothérapie en 2016 : étude prospective. *Cancer/Radiothérapie*. 1 oct 2018 ;22(6):e682-687.
62. Grimaux J, Gomes V, Letalon E, Morichon E, Diet M. Interaction entre les chimiothérapies et les médecines complémentaires. [Internet]. [Cité le 02/03/2020]. Disponible sur : <http://omedit-normandie.fr/media-files/11062/bulletin-mis-fevrier-2018.pdf>
63. de Nonneville A, Gonçalves A. Homéopathie et cancer, quelles sont les preuves ? *Bulletin du Cancer*. 1 avr 2018 ;105(4):e426-430.
64. Bosacki C, Vallard A, Gras M, Dagueneat E, Morisson S, Méry B, et al. Les médecines alternatives complémentaires en oncologie. *Bulletin du Cancer*. mai 2019 ;106(5):e479-491.
65. Sancho-Garnier H, Triboulet JP, Villet R, Rouëssé J. Rapport 19-07. Rapport sur l'évolution des programmes de dépistage « organisé » des cancers du sein, du côlon et du rectum, et du col utérin, en France. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. Nov 2019;203(8):e641-652
66. Houdebine S, Doutriaux I, Geffroy D, Labbe C, Nenciu D, Meingan P, et al. Dépistage du cancer du sein. *Médecine Nucléaire*. Oct 2014 [cité 25 nov 2019];38(5):e283-292

67. Ceugnart L, Rocourt N, Ben Haj-Amor M, Bachellet F, Boulanger T, Chaveron C, et al. Dépistage organisé du cancer du sein : point de vue du radiologue. *Bulletin du Cancer*. Juill 2019;106(7):e684-692
68. Ministère des affaires sociales et de la Santé. Plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein [Internet]. [cité 24 janvier 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-actions-renov-cancer-sein-2.pdf>
69. VIDAL - Cancers : dépistages organisés - Prise en charge [Internet]. [cité 25 nov 2019]. Disponible à : https://www.vidal.fr/recommandations/2575/cancers_depistages_organises/prise_en_charge/
70. HAS (Haute Autorité de Santé). Classification ACR. [Internet]. [cité 24 janvier 2020]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ACR.pdf>
71. INCa (Institut National du Cancer). Baromètre cancer 2015. Gouvernance et méthodologie de l'enquête [Internet]. [cité 24 janvier 2020]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-cancer-2015.-gouvernance-et-methodologie-de-l-enquete>
72. Baromètre cancer : regards et perceptions des Français sur le cancer - Réduire les risques de cancer [Internet]. [cité 17 déc 2019]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Barometre-Cancer>
73. de Hercé I, Bour C, Faure S. Regards croisés sur le dépistage du cancer du sein. *Actualités Pharmaceutiques*. Sept 2016;55(558):e35-37
74. Gocko X, Leclercq M, Plotton C. Divergences et surdiagnostics dans le dépistage organisé du cancer du sein. Une revue systématique « méthodologique » de la littérature. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. Nov 2018;66(6):e395-403
75. INCa (Institut National du Cancer). Dépistage du cancer du sein : avantages et inconvénients - Dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 28 janv 2019]. Disponible à : <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein/Avantages-et-inconvenients>
76. Tomietto M, Soyer P, Heitz D, Fauconnier A, Huchon C. Réticences au dépistage organisé du cancer du sein dans les Yvelines. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. Nov 2014;42(11):e761-765
77. INCa (Institut National du Cancer). Dépistage du cancer du sein - Se faire dépister [Internet]. [cité 17 déc 2019]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein>
78. Comité d'orientation de la concertation citoyenne et scientifique. Rapport du comité d'orientation, dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité le 2' janvier 2020] Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/content/download/159251/2030523/file/Depistage%20cancer%20sein%20-%20rapport%20concertation%20%e2%80%93sept%202016.pdf>

79. Duport N, Park A, Boussac M, Uhry Z, Bloch J. Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude Fado-sein, France. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2008;(44):e429-431
80. Ferrat E, Le Breton J, Djassibel M, Veerabudun K, Brixi Z, Attali C, et al. Understanding barriers to organized breast cancer screening in France: women's perceptions, attitudes, and knowledge. *Fam Pract*. Août 2013;30(4):e445-451
81. Soler-Michel P, Courtial I, Bremond A. Participation secondaire des femmes au dépistage organisé du cancer du sein. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. Nov 2005;53(5):e549-567
82. Papin-Lefebvre F, Moutel G, Duchange N, de Montgolfier S, Sancho-Garnier H, Jullian O, et al. Dépistage organisé du cancer du sein en France : pour une optimisation de l'information. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. Avr 2014;62(2):e109-117
83. Launoy G, Duchange N, Darquy S, Moutel G. Participation aux programmes organisés de dépistage des cancers : enjeu individuel, enjeu collectif. *Bulletin du Cancer*. Juill 2019;106(7):e678-683
84. Kalecinski J, Régnier-Denois V, Ouédraogo S, Dabakuyo-Yonli TS, Dumas A, Arveux P, et al. Dépistage organisé ou individuel du cancer du sein ? Attitudes et représentations des femmes. *Sante Publique*. Juin 2015;Vol. 27(2):e213-220
85. Dauchy S, Rouby P. Retentissement psychologique du cancer du sein chez la jeune femme. *La lettre du sénologue*. Juin 2004;(24):e322-327
86. Tassin S, Bragard I, Thommessen M, Pitchot W. Aspects psycho-sociaux du cancer du sein. *Revue médicale liège*. 2011;(66):e315-319.
87. Razavi D, Delvaux N. *Précis de psycho-oncologie de l'adulte*. Paris, France: Elsevier; 2008
88. Moscovitz F. Andrée Lehmann : L'atteinte du corps. une psychanalyste en cancérologie. *Figures de la psychanalyse*. Avr 2015;29(1):e182-187
89. Vanlerenberghe E, Sedda A-L, Ait-Kaci F. Cancers de la femme, sexualité et approche du couple. *Bulletin du Cancer*. Mai 2015;102(5):e454-462
90. Trefoux-Bourdet A, Reynaud-Bougnoux A, Body G, Ouldamer L. Grossesse après cancer du sein : revue de la littérature. *La Presse Médicale*. 1 avr 2019;48(4):e376-383
91. Brullmann F. Du traumatisme de l'ablation d'un sein après cancer à la reconstruction réparatrice : une traversée. *Le Carnet PSY*. 2007;119(6):46-51
92. HAS (Haute Autorité de Santé). *Prise en charge cancer du sein 2010*. [Internet]. [cité 24 janvier 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/ald_30_gp_ksein_vd_2010-09-27_16-51-2_493.pdf.
93. Derzelle M. Temps, identité, cancer cliniques méditerranéennes. 2003;(68) 233-243

94. Chartier J-P. Le syndrome de Lazare. Traumatisme psychique et destinée. Pratiques Psychologiques. Juin 2008;14(2):301-302
95. Gallon E. Cancer du sein et sentiment de guérison : impact de l'hormonothérapie lors de l'après-cancer chez la femme ménopausée. [thèse d'exercice]. [Aix-Marseille, France] : Université d'Aix-Marseille. Ecole Doctorale Cognition, Langage et Education; 2012
96. Sicard J. Le pharmacien d'officine en cancérologie, une collaboration hors-murs pour une délivrance optimale. Actualités Pharmaceutiques. Mars 2017;56(564):e49-53
97. Ordre National des Pharmaciens. Démographie des Pharmaciens, panorama au 1er janvier 2018 [Internet]. [Cité 24 janvier 2020]. Disponible à: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/399974/1888607/version/1/file/brochure-la-demographie-+2018.pdf>
98. VIDAL France. eVIDAL [Internet]. [cité 20 décembre 2019]. Disponible à: <https://evidal.vidal.fr/>
99. Faure S. Thérapies ciblées anticancéreuses (2/2). Actualités Pharmaceutiques. 1 juin 2015;54(547):57-60
100. Renard P-Y. Délivrance des anticancéreux oraux : besoins et attentes du pharmacien d'officine. Actualités Pharmaceutiques. 1 févr 2013;52(523):e44-47.
101. Mrozovski J-M. Les concepts de suivi de la prise des traitements. Actualités Pharmaceutiques. 1 mai 2019 ;58(586):e20-23.
102. Académie Nationale de Pharmacie. Observance des traitements médicamenteux en France [Internet]. [cité 23 févr 2020]. Disponible à: https://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_1_observance_medicamenteuse_VF_CORR_DGS_2016.02.09.pdf
103. Vuillet-A-Ciles H, Mrozovski JM. Le rôle du pharmacien dans l'observance. Actualités Pharmaceutiques. 1 mai 2019 ; 58(586):e32-35
104. Odermatt R, Wolfer A, Zaman K. Hormonothérapie dans le cancer du sein : efficacité et effets adverses. 2013; e1090-1094.
105. Leroux A, Clere N. Prévention et prise en charge des effets indésirables induits par les thérapies ciblées. Actualités Pharmaceutiques. 1 déc 2015 ;54(551):e30-36.
106. Bagot J-L, Karp J-C, Messerschmitt C, Lavallée V, Blajman H, Véron F, et al. Recommandations thérapeutiques de la Société Homéopathique Internationale de Soins de Support en Oncologie (SHISSO). La Revue d'Homéopathie. 1 déc 2017 ;8(4):e183-191.
107. Laurain-Mattar D, Couic-Marinier F. Huile essentielle de Niaouli. Actualités Pharmaceutiques. 1 juin 2019 ;58(587):e59-61.
108. Farahani MA, Afsargharehbagh R, Marandi F, Moradi M, Hashemi S-M, Moghadam M-P, et al. Effect of aromatherapy on cancer complications: A systematic review. Complementary Therapies in Medicine. 1 déc 2019 ;47:e102-169.

109. Occhio L. Aromathérapie, vigilance au comptoir. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 nov 2018 ;57(580):e30□34.
110. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*. 1 févr 2017;36(1):e11□48.
111. Pouillart P, Battu C. La prise en charge précoce des effets secondaires en oncologie par une alimentation dédiée. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 mai 2018 ;57(576):e49□53.
112. Senesse P, Hébuterne X. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer : besoins nutritionnels, énergétiques et protéiques, au cours de la prise en charge du cancer chez l'adulte. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 1 déc 2012 ; 26(4):e189□196.
113. Meuric J, Besnard I. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer : quand doit-on proposer un conseil diététique personnalisé ? *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 1 déc 2012 ;26(4):e197□218.
114. Juvin S. Accompagnement dermocosmétique du patient cancéreux. *Actualités Pharmaceutiques*. déc 2016 ;55(561):e39□43.
115. INCa (institut National du Cancer). Conseils pour prendre soin de ses cheveux - Prendre soin des cheveux et de la peau [Internet]. [cité 24 févr 2020]. Disponible à: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Prendre-soin-des-cheveux-et-de-la-peau/Conseils-pour-prendre-soin-de-ses-cheveux>
116. HAS (haute Autorité de Santé). Dépistage et prévention du cancer du sein [Internet]. [cité 18 janv 2020]. Disponible à: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2024559/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-du-sein
117. ICL (Institut de Cancérologie de Lorraine). Soins de support (SISSPO) [Internet]. [cité 24 févr 2020]. Disponible à: <http://www.icl-lorraine.fr/index.php/soigner/sisspo>
118. Saghatchian M, Bouleuc C, Naudet C, Arnaud S, Papazian P, Scotté F, et al. La socio-esthétique en oncologie : impact des soins de beauté et de bien-être évalué dans une enquête nationale auprès de 1166 personnes. *Bulletin du Cancer*. 1 juill 2018 ;105(7):e671□678.
119. Secteur service protégé d'Hématologie du Centre Hospitalier d'Avignon. Livret de soins esthétiques [Internet]. [cité 24 févr 2020]. Disponible à: http://www.ch-avignon.fr/documents/Documents/04-offre_de_soins/Pole_cancerologie/secteur_protege_onco-hematologie/Livret_conseils_esthetiques.pdf
120. INCa (Institut National du Cancer). Prothèses mammaires externes - Cancer du sein [Internet]. [cité 24 févr 2020]. Disponible à: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Protheses-mammaires-externes>
121. INCa (Institut National du Cancer). Prescription des prothèses externes (capillaires et mammaires) chez les patients atteints de cancer [Internet]. [cité 24 févr 2020]. Disponible à: file:///C:/Users/tiffa/Downloads/Prescription_protheses_externes_patients_atteints_cancer_mel_20190118.pdf

122. Assurance Maladie. Liste des produits et prestations - LPP [Internet]. [cité 24 févr 2020]. Disponible à : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/nomenclatures-codage/liste-produits-prestations-lpp>
123. Lecomte J. Empathie et ses effets. EMC - Savoirs et soins infirmiers. 2010 ; [Article 60-495-B-10] : e1-7
124. Lantheaume S. La psycho-oncologie Clinique, Thérapeutique, Prévention. Paris, France: In Press; 2017. 130p
125. AFSOS (Association Francophone des Soins Oncologiques de Support). La psycho-oncologie. [Internet]. [cité 24 févr 2020]. Disponible à : <https://www.afsos.org/fiche-metier/psycho-oncologie/>
126. ARS (Agence Régionale de Santé). Le service sanitaire des étudiants en santé [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible à : <http://www.ars.sante.fr/le-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante>
127. Ordre National des Pharmaciens . Rapport - Développer la prévention en France - Communications [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible à : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Publications-ordinales/Rapport-Developper-la-prevention-en-France>
128. Lamore K, Foucaud J, Cambon L, Untas A. Prévention primaire et secondaire des cancers féminins : comment améliorer la sensibilisation des femmes ? Une revue de la littérature. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 nov 2017;65(6):e453-465.
129. Wilcke C, Sergent S. Coordination du parcours de soins, la place du pharmacien. Actualités Pharmaceutiques. 1 déc 2019 ;58(591):e20-23.
130. Légifrance. Code de la santé publique - Article L5125-1-1 A. [Internet]. [Cité le 25/02/2020]. Disponible à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020890192&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090723>
131. La pharmacie clinique - Communications - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible à : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-cahiers-thematiques/La-pharmacie-clinique>
132. Marmorat T, Canat HL, Préau M, Farsi F. Dispenser des anticancéreux oraux à l'officine. Contraintes professionnelles et pistes d'actions. Sante Publique. 14 mars 2017 ; 29(1):e89-93.
133. Chimiothérapies IV - Site OMEDIT Bretagne [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur : <http://www.omeditbretagne.fr/lrportal/accueil/cancer/boite-outil/chimio-iv.html>
134. Chimiothérapies orales - Site OMEDIT Bretagne [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur : <http://www.omeditbretagne.fr/lrportal/accueil/cancer/boite-outil/chimio-per-os.html>
135. INCA (Institut National du Cancer). Prévention, suivi et gestion des effets indésirables - Médicaments [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur : <https://www.e->

cancer.fr/Professionnels-de-sante/Medicaments/Prevention-suivi-et-gestion-des-effets-indesirables

136. INCA (Institut National du Cancer). Les réseaux régionaux de cancérologie - L'organisation de l'offre de soins [Internet]. [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Les-reseaux-regionaux-de-cancerologie>

N° d'identification :

TITRE

Place du pharmacien dans l'accompagnement non médicamenteux de la femme atteinte d'un cancer du sein
(Enquête auprès des pharmaciens d'officine)

Thèse soutenue le 29 avril 2020

Par Pernelle Vincerot et Tiffany Welsch

RESUME :

Le cancer du sein est la tumeur maligne la plus fréquente dans la population féminine. Malgré un diagnostic précoce et des progrès thérapeutiques significatifs, cette maladie demeure la première cause de mortalité féminine par cancer. Toutefois, l'évolution des protocoles de soin génère peu à peu une chronicité de cette affection et une nécessaire mutation des modalités d'accompagnement.

Le cancer du sein est une expérience éprouvante aux multiples impacts (physiques, psychiques, sociaux...). Aussi, la patiente a besoin d'un accompagnement personnalisé prenant en compte tous les aspects de sa situation. Une approche pluridisciplinaire est nécessaire tout au long du parcours de soins. Le pharmacien d'officine, acteur de santé de proximité, occupe une place centrale dans le parcours de soins de la patiente atteinte d'un cancer du sein. Il a pour objectif la sécurité des patientes lors des délivrances médicamenteuses mais aussi le maintien d'une certaine qualité de vie.

Cette thèse a pour objectif d'évaluer la place actuelle du pharmacien d'officine dans la prise en charge non médicamenteuse de la femme atteinte d'un cancer du sein. Pour cela, nous avons réalisé une enquête auprès de trente professionnels du Grand-Est exerçant en officine. Celle-ci nous a permis de préciser le rôle du pharmacien d'officine dans le parcours de soin des patientes atteintes d'un cancer du sein, d'évaluer les besoins et les attentes des professionnels et enfin de proposer des perspectives d'amélioration afin d'assurer un accompagnement de qualité.

MOTS CLES : cancérologie, sein, psychologie, pharmacien, accompagnement, soins de support

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Mme Maheut-Bosser Anne		Expérimentale <input checked="" type="checkbox"/>
Mme Joumard Anne		Bibliographique <input checked="" type="checkbox"/>
Mme Capdeville-Atkinson Christine		Thème <input type="checkbox"/>

Thèmes	1 – Sciences fondamentales 3 – Médicament 5 - Biologie	2 – Hygiène/Environnement 4 – Alimentation – Nutrition 6 – Pratique professionnelle
--------	--	--

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 29 avril 2020

<p align="center">DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE</p> <p>présenté par : VINCEROT Pernelle et WELSCH Tiffany</p> <p><u>Sujet</u> : Place du Pharmacien dans l'accompagnement non médicamenteux de la femme atteinte d'un cancer du sein (enquête auprès des pharmaciens d'officine)</p> <p><u>Jury</u> :</p> <p>Président : Christine Capdeville-Atkinson, professeur des universités Directeur : Anne Maheut-Bosser, médecin Juges : Julien Gravoulet, pharmacien Anne Joumard, pharmacien</p>	<p align="center">Vu, Nancy, le 3 avril 2020</p> <p align="center">Le Président du Jury Directeur de Thèse Christine Capdeville-Atkinson Anne Maheut-Bosser M. Christine Capdeville-Atkinson M.</p> <p align="center"><i>Christine Capdeville-Atkinson</i> <i>Anne Maheut-Bosser</i></p>
<p align="center">Vu et approuvé, Nancy, le <i>10/04/20</i></p> <p align="center">Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Lorraine,</p> <p align="center"></p>	<p align="center">Vu, Nancy, le</p> <p align="center">Le Président de l'Université de Lorraine,</p> <p align="center">Le Président de l'Université de Lorraine <i>Pierre MUTZENHARDT</i> Pierre MUTZENHARDT</p> <p align="center">Pierre MUTZENHARDT</p> <p>N° d'enregistrement :</p>