



HAL
open science

Le rôle du pharmacien d'officine dans la prévention et le dépistage des cancers

Alexandre Leroy

► **To cite this version:**

Alexandre Leroy. Le rôle du pharmacien d'officine dans la prévention et le dépistage des cancers. Sciences pharmaceutiques. 2017. dumas-01657802

HAL Id: dumas-01657802

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01657802>

Submitted on 7 Dec 2017

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.

UNIVERSITE DE ROUEN
UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2017

N°

THESE

pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 26 octobre 2017

par

Leroy Alexandre

Né(e) le 10 juin 1992 à Dieppe

***Le rôle du pharmacien d'officine dans la prévention
et le dépistage des cancers***

Président du jury : Mme *SEGUIN Elisabeth, Professeur de
Pharmacognosie*

Membres du jury : Mme *GROULT Marie-Laure, maître de
conférences en Botanique et Mycologie*
Mme *PERRIER Valérie, Docteur en
Pharmacie*

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>sumombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire

Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE Mr Thierry LEQUERRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Anne-Marie LEROI	HB	Rhumatologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Physiologie
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HB	Médecine interne
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie

Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
-------------------------	-----	---------------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER	Statistiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie

Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHYOT	Bactériologie
----------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D' ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Hanane GASMI	Galénique
Mme Benedetta CORNELIO	Chimie organique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie Mme
Martine PESTEL-CARON	Microbiologie Mme
Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III - MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction Mr
Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076) Mr
Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 03 Mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

A Madame Elisabeth Seguin,

Merci d'avoir accepté de diriger mon travail et de présider. Votre aide m'a été très précieuse, de la recherche du sujet, à la correction de mes nombreuses fautes d'accord je n'oublierai pas ce que vous avez fait pour moi et vous en suis reconnaissant.

A Madame Marie-Laure Groult,

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse dans un si bref délai, m'enlevant ainsi une grosse épine du pied, c'était vraiment gentil de votre part. Et merci pour les corrections que vous avez apporté à mon travail.

A Madame Valérie Perrier,

Merci pour tout ce que vous avez fait au cours de ces derniers mois, entre le stage, les remplacements et votre participation à mon jury de thèse, vous avez fait beaucoup pour moi et je ne suis pas prêt de l'oublier. Un grand merci à toute l'équipe de la Pharmacie des Halles avec qui j'ai passé de bons moments.

A Monsieur Nicolas Doré,

Merci de m'avoir donné ma chance au début de mes études et pour tout ce que vous m'avez appris, c'est en partie grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui. Merci également à toute l'équipe de la Pharmacie de la Marine pour tous ces bons moments passés ensemble.

A Monsieur Thierry Wable,

Merci pour vos cours et tous vos conseils, grâce à vous je suis beaucoup plus à l'aise au comptoir. Merci également à Jeanne et ses exercices, qu'il m'arrive de faire de temps en temps et qui sont très utiles.

A Monsieur Hervé Hue,

Merci pour vos cours d'informatique que j'ai mis en application afin de rédiger cette thèse.

A Séverine et le reste du personnel du RU

Merci pour tous ces bons moments passés et ces délicieux plats du chef, je n'ai jamais autant aimé manger à la cantine que depuis que je suis à la fac.

A mes parents, mon frère et au reste de ma famille,

Merci pour votre soutien tout au long de cette grande aventure qu'a été la fac, sans vous, je n'aurais sûrement pas réussi à aller jusqu'au bout. Un grand merci à tous.

A la promotion de PH6 officine 2017,

Ce fut un plaisir de vous connaître et bon courage à tous.

A mes amis futurs pharmaciens,

Merci pour tous ces moments passés ensemble et bon courage pour la fin de vos études. Je pars devant vous ouvrir la voie, tâchez de ne pas rester à la traîne.

A Fatène et Hervé,

Merci de nous avoir accueillis chez vous pour toutes ces soirées, en espérant qu'elles soient encore nombreuses et longue vie au village de Cryd.

A Anthony, Samy et Clément (alias « Swatch »),

Un grand merci à vous trois, pour toutes ces soirées passées à se marrer, ces LAN passées à ne pas dormir, ces journées passées à raconter n'importe quoi et ces TP passés à rire tout en finissant avant les autres avec de bons résultats (« nous les

forts » diront certains). Vous avez rendu ces années plus belles et inoubliables, en espérant qu'elles soient encore nombreuses et toujours aussi fun.

GLHF pour la suite les gars.

Spéciale dédicace à Fabien, Maxime et Dimitri,

Et oui, je ne vous oublie pas, on se connaît depuis bien trop longtemps pour ça.

Enfin, merci à tous ceux que j'ai oubliés.

Table des matières :

Liste des abréviations :	19
Liste des annexes :	21
Introduction :	22
Partie 1 : Facteurs intervenant dans la genèse des cancers.....	23
1.Tabac	24
1.1.Généralités.....	24
1.1.1.Composition du tabac.....	25
1.1.2.Implication	26
1.1.2.1.Cancer du poumon	26
1.1.2.2.Autres cancers	26
1.1.3.Rôle du pharmacien.....	27
1.1.3.1.L'information	27
1.1.3.2.Le sevrage	28
1.1.3.2.1.Conseils	29
1.1.3.2.2.Traitements substitutifs de la nicotine	30
1.1.3.2.2.1.Patch.....	30
1.1.3.2.2.2.Forme orale	32
1.1.3.2.2.3.Divers	33
1.1.3.2.2.4.Prise en charge par la sécurité sociale	35
1.1.3.2.3.Cigarette électronique.....	35
1.1.3.2.4.Traitement non nicotinique.....	36
1.1.3.2.4.1.Bupropion ^{DCI}	36
1.1.3.2.4.2.Varénicline ^{DCI}	37
1.1.3.3.La réorientation	38
1.1.4.Bénéfices	39
1.1.4.1.Du sevrage.....	39
1.1.4.2.De la prévention	40
1.2.Alcool.....	41
1.2.1.Généralités.....	41
1.2.2.Implications.....	42
1.2.2.1.Cancers des VADS : lèvres, bouche, pharynx.....	42
1.2.2.2.Autres cancers	43
1.2.3.Rôle du pharmacien.....	43

1.2.3.1.Prévention.....	43
1.2.3.2.Réorientation	44
1.2.3.3.Sevrage à l’officine	45
1.2.3.3.1.Conseils	45
1.2.3.3.2.Traitements	45
1.2.3.3.2.1.Aotal®	45
1.2.3.3.2.2.Revia®	46
1.2.3.3.2.3.Selincro®	47
1.2.3.3.2.4.Esperal®	49
1.2.3.3.2.5.Lioresal®	50
1.2.4.Bénéfices	52
1.2.4.1.Du sevrage.....	52
1.2.4.2.De la prévention	52
1.3.Soleil et rayons U.V	53
1.3.1.Généralités.....	53
1.3.2.Cancers de la peau.....	54
1.3.3.Rôle du pharmacien.....	55
1.3.3.1.Information.....	55
1.3.3.2.Conseils	55
1.3.4.Bénéfice de la prévention	56
1.4.Surpoids et obésité	57
1.4.1.Généralités.....	57
1.4.2.Implications.....	58
1.4.2.1.Cancer colorectal.....	58
1.4.2.2.Autres cancers	59
1.4.3.Rôle du pharmacien.....	59
1.4.3.1.Information.....	59
1.4.3.2.Conseils	60
1.4.4.Bénéfice de la prévention	61
1.5.Cannabis	62
1.5.1.Généralités.....	62
1.5.2.Composition	62
1.5.3.Implications.....	63
1.5.3.1.Cancer du poumon	63

1.5.3.2. Autres cancers	64
1.5.4. Rôle du pharmacien.....	64
1.5.4.1. Information.....	64
1.5.4.2. Sevrage et réorientation.....	65
1.5.5. Bénéfice du sevrage.....	65
Partie 2 : Mesure de prévention.....	66
1. Vaccination	67
1.1. Le papillomavirus.....	67
1.1.1. Généralités.....	67
1.1.2. Cancers du col de l'utérus	68
1.1.3. Vaccins	69
1.1.4. Rôle du pharmacien.....	70
1.1.5. Conséquences	71
1.2. Hépatite B.....	72
1.2.1. Généralités.....	72
1.2.2. Cancer du foie	74
1.2.3. Vaccins	74
1.2.4. Rôle du pharmacien.....	77
1.2.5. Conséquence.....	79
2. Dépistage organisé	81
2.1. Cancer du sein	81
2.1.1. Généralités.....	81
2.1.2. Dépistage	83
2.1.3. Dépistage organisé	84
2.1.4. Rôle du pharmacien.....	85
2.1.5. Résultats	86
2.2. Cancer colorectal.....	87
2.2.1. Généralités.....	87
2.2.2. Dépistage	88
2.2.3. Dépistage organisé	89
2.2.4. Rôle du pharmacien.....	91
2.2.5. Résultats	92
3. Dépistage.....	94
3.1. Cancer du col de l'utérus.....	94

3.1.1.Généralités.....	94
3.1.2.Le dépistage.....	95
3.1.3.Futur dépistage organisé.....	96
3.1.4.Rôle du pharmacien.....	96
3.1.5.Résultats	97
3.2.Mélanome.....	98
3.2.1.Généralités.....	98
3.2.2.Dépistage.....	100
3.2.3.Rôle du pharmacien.....	101
3.2.4.Résultats	102
3.3.Cancer de la prostate	103
3.3.1.Généralités.....	103
3.3.2.Dépistage.....	104
3.3.3.Rôle du pharmacien.....	105
3.3.4.Résultats	106
3.4.Cancers lèvre-bouche-pharynx.....	107
3.4.1.Généralités.....	107
3.4.2.Dépistage.....	108
3.4.3.Rôle du pharmacien.....	109
3.4.4.Résultats	110
Conclusion :	111
Annexes :.....	112
Bibliographie :.....	132
Sites internet :.....	135

Liste des abréviations :

ANSM = Agence Nationale pour la Sécurité du Médicament

AME = Aide Médicalisée d'Etat

API = Alcoolisation Ponctuelle Importante

CMU = Couverture Maladie Universelle

HPV = Human Papillomavirus

IMC = Indice de Masse Corporelle

INCA = Institut National du Cancer

INPES = Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IRM = Imagerie par Résonance Magnétique

LAL = Leucémie Aigue Lymphoblastique

LBP = Lèvre-Bouche-Pharynx

LMA = Leucémie Myéloïde Aigue

LMC = Leucémie Myéloïde Chronique

PMI = Protection Maternelle et Infantile

SCP = Second Cancer Primitif

TCC = Thérapie Cognitivo-Comportementale

TEP = Tomodensitométrie par Emission de Positrons

THC = Tetra-Hydro-Cannabinol

TSN = Traitement Substitutif de la Nicotine

VADS = Voies Aéro-Digestives Supérieures

VHB = Virus Hépatite B

VHC = Virus Hépatite C

VIH = Virus de l'Immunodéficience Humaine

VLP = Virus Like Particule

Liste des annexes :

Annexe 1 : affiche sur la composition d'une cigarette

Annexe 2 : documentation sur l'arrêt du tabac

Annexe 3 : test de Fagerström

Annexe 4 : documentation sur la consommation d'alcool

Annexe 5 : documentation sur la prévention des rayonnements UV

Annexe 6 : documentation sur les règles hygiéno-diététiques

Annexe 7 : documentation sur la consommation de cannabis

Annexe 8 : brochure d'information sur la vaccination contre le papillomavirus

Annexe 9 : cahier thématique de l'ordre des pharmaciens : les pharmaciens et la vaccination

Annexe 10 : brochure d'information sur la vaccination contre l'hépatite B

Annexe 11 : brochure d'information sur le dépistage organisé du cancer du sein

Annexe 12 : mode d'emploi du kit de dépistage du cancer colorectal

Annexe 13 : brochure d'information sur le dépistage du cancer du col de l'utérus

Annexe 14 : brochure d'information sur les cancers de la peau

Annexe 15 : affiche d'information sur le dépistage du cancer de la prostate

Annexe 16 : brochure d'information sur les cancers de la bouche

Introduction :

Chaque année en France, nous recensons 355 000 nouveaux cas de cancers ; soit 200 000 chez l'homme, avec en tête le cancer de la prostate (plus de 56 000 cas par an) ; et 155 000 chez la femme, dont la majeure partie sont des cancers du sein (plus de 48 000 cas par an). Sont également recensés les décès par cancer, avec 148 000 décès par an ; soit 85 000 chez l'homme (dont plus de 21 000 dus au cancer du poumon), ce qui fait du cancer, la première cause de mortalité tous âges confondus et de mortalité prématurée chez l'homme ; et 63 000 chez la femme (majoritairement dus au cancer du sein avec plus de 11 000 décès), ce qui fait du cancer la première cause de mortalité prématurée et la seconde cause de mortalité tous âges confondus, juste derrière les affections cardio-vasculaires. [15]

Ces chiffres révèlent également d'autres informations, une recrudescence des cas de nouveaux cancers et une augmentation des décès par cancer depuis une trentaine d'années. Cependant, ces augmentations sont relatives car elles sont principalement dues à une augmentation de la population et à son vieillissement, car proportionnellement, on observe une baisse de l'incidence du cancer chez l'homme, et un ralentissement de la progression chez la femme ; ainsi qu'une baisse du taux de mortalité chez l'homme et la femme. Ces diminutions sont dues en parties à une amélioration des traitements, traitements qui, notamment avec l'apparition des anticorps monoclonaux et des inhibiteurs de protéines kinases, ont gagné en efficacité et en spécificité, tout en diminuant leur nocivité pour le malade. [15]

Mais les traitements seuls ne suffisent pas. En effet, comme le dit l'adage « il vaut mieux prévenir que guérir », et c'est bien par le biais de la prévention, mais aussi par le biais du dépistage, que l'on observe une diminution de la mortalité. Nous allons donc voir comment le pharmacien peut agir sur les facteurs intervenant dans la genèse des cancers, mais aussi le rôle qu'il peut avoir dans la prévention des cancers, en étudiant dans un premier temps les facteurs intervenant dans la genèse des cancers, puis les mesures de prévention.

Partie 1 : Facteurs intervenant dans la genèse des
cancers

Il y a deux types de facteurs intervenant dans la genèse des cancers, les facteurs de risques : les facteurs de risque « externes » comme le soleil ou le tabac et les facteurs de risques « internes » comme la prédisposition génétique ou le sexe. Nous nous concentrerons sur les facteurs sur lesquels nous pouvons avoir un impact, c'est-à-dire les facteurs « externes ».

1. Tabac

1.1. Généralités

La France compte près de 16 millions de fumeurs, avec un tiers de fumeurs occasionnels (correspondant aux personnes ayant déclaré fumer quelquefois dans l'année), un tiers de fumeurs réguliers (il s'agit des personnes déclarant fumer tous les jours, ou qui ont déclaré un nombre de cigarettes par jour). La prévalence maximale de tabagisme se situe entre 20 et 34 ans, avec 32,3 % de fumeurs, chiffre en baisse car ils étaient 45 % dans les années 60. En revanche, le nombre de fumeuses est passé de 10 % (années 60) à 24,3%, et tend à se rapprocher des chiffres des hommes. Or, chaque année, le tabac est responsable de 78000 décès, dont 47000 par cancer (plus de 80% des cas sont des cancers du poumon). Mais la cigarette n'est pas la seule responsable, en effet, il semble important de signaler que la consommation de tabac sous une forme différente que la cigarette classique (pipe, cigare, narguilé, tabac à chiquer, à priser...) ne diminue pas le risque de cancer, la composition du tabac restant la même, le risque n'est pas diminué, il est juste différent. Fumer un cigare ne va pas diminuer le risque d'avoir un cancer des poumons, mais celui des voies aéro-digestives supérieures (VADS) va être accru, de même que fumer le narguilé va induire plus facilement un cancer des bronchioles et des alvéoles, zone que la fumée de cigarette classique atteint beaucoup plus difficilement (la fumée allant plus en profondeur lorsque l'on utilise un narguilé...). [Guignard R et al., 2015]/[25]/[55]/[62]

1.1.1. Composition du tabac

Une cigarette contient du tabac, des agents de saveur et de texture. Mais la combustion de la cigarette va libérer une multitude de composés toxiques qui sont (annexe 1) :

- La nicotine : substance naturelle présente dans la feuille de tabac, et responsable de la dépendance physique et psychologique.

- L'acétone, l'acide cyanhydrique et l'ammoniac : ce sont des irritants des tissus de l'appareil respiratoire qui vont favoriser l'inflammation et le développement d'affections pulmonaires (asthme, bronchite chronique).

- Le monoxyde de carbone : il s'agit d'un gaz qui entre en concurrence avec l'oxygène pour être transporté par les érythrocytes, entraînant ainsi une diminution de l'oxygénation du sang, ce qui a pour conséquence d'augmenter la fréquence cardiaque et la pression artérielle, et sur du long terme, de développer des maladies cardiovasculaires.

- Les goudrons et les hydrocarbures : on y retrouve l'acétaldéhyde, l'acroléine, le méthanol, le toluène, la diméthylnitrosamine, le naphtalène, le phénol, le butane, le styrène et le dichlorodiphényltrichloroéthane (DDT), qui sont irritants pour les voies respiratoires, mais qui possèdent également un pouvoir cancérigène.

- Les métaux lourds : nous avons l'arsenic, le cadmium, le polonium 210, le plomb et le mercure. Ils sont tous nocifs, voire même cancérigènes pour certains (le cadmium et le polonium 210).

[55]/[58]

Enfin, il semble important de signaler que le risque de cancer, de quelque type que ce soit, est proportionnel à la quantité de tabac consommée et à la durée du tabagisme. Plus elles sont importantes, plus le risque est grand. Et il n'existe pas de seuil en dessous duquel le tabac n'est pas cancérogène. [55]/[58]

1.1.2. Implication

1.1.2.1. Cancer du poumon

Chaque année en France, on compte 37000 nouveaux cas de cancer du poumon (73 % d'hommes et 27 % de femmes). Ce cancer est responsable de 28700 décès par an (73 % d'hommes et 27 % de femmes), ce qui en fait la première cause de décès par cancer chez l'homme, et la seconde chez la femme. Cependant, depuis les quelques années, la mortalité est en baisse chez les hommes, notamment grâce aux campagnes anti-tabac. En revanche, la mortalité chez la femme a triplé ces vingt dernières années, conséquence d'une augmentation du tabagisme chez ces dernières qui sont presque aussi nombreuses à fumer que les hommes. En effet, avec plus de 80 % des cas de cancer, ainsi que 92 % des décès chez l'homme et 71 % des décès chez la femme, causés par le tabac, le poumon est l'organe le plus touché par le tabagisme. On estime, pour un fumeur régulier, que le risque d'avoir un cancer du poumon est multiplié par 10. Mais le tabagisme actif n'est pas le seul responsable, en effet, le tabagisme passif joue également un rôle, puisque ce dernier augmente le risque de développer un cancer des poumons de 26 %, ce qui entraîne 150 décès par cancer du poumon chaque année. [26]/[59]

1.1.2.2. Autres cancers

Mis à part les poumons, de nombreux autres organes sont victimes du tabac. Tout d'abord nous avons les Voies Aéro-Digestives Supérieures ou VADS (le larynx, le pharynx, la cavité buccale), dont le risque de cancer est notamment accru en cas de consommation simultanée d'alcool et de tabac, de tabac à chiquer, ou en

cas d'utilisation de pipe ou de cigare. Puis, dans une moindre mesure, la consommation de tabac est corrélée avec des atteintes du système urinaire (cancer de la vessie, de l'uretère et du rein), mais aussi des atteintes du système digestif, au niveau de l'estomac, du colon et du rectum, ainsi que des atteintes du pancréas et du foie. Chez la femme, on retrouvera des corrélations avec des cancers du sein, de l'ovaire et du col de l'utérus, et enfin, nous avons les atteintes de la lignée sanguine, avec la leucémie myéloïde aigue (LMA) et leucémie myéloïde chronique (LMC). De plus, le tabagisme augmente le risque de développer un second cancer primitif (SCP). Enfin, toutes ces atteintes concernent le tabagisme actif. Dans le cas d'un tabagisme dit passif, on retrouve des cas de cancers des VADS, mais aussi d'hépatoblastome et de leucémie chez des enfants, causés par le tabagisme des parents. [26]/[66]

1.1.3. Rôle du pharmacien

De par son accessibilité, le pharmacien va avoir un rôle important dans la prévention, en luttant contre le tabagisme, et ce, par différents moyens, que sont la diffusion d'information, l'aide au sevrage et la réorientation.

1.1.3.1. L'information

Une officine est l'endroit idéal pour la diffusion d'information, d'où l'intérêt pour le pharmacien d'y afficher des messages de prévention et d'information sur les dangers du tabac. Pour cela il pourra s'aider des campagnes de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé ou INPES (notamment au moment du 31 mai, journée mondiale contre le tabac), en exposant les affiches de ces campagnes et en mettant à disposition des brochures d'information (annexe 2), afin d'ouvrir le dialogue avec les patients autour de ce sujet, et de répondre à leurs éventuelles questions. Ceci permet la diffusion d'une bonne information en rétablissant la vérité sur certaines idées reçues (les cigarettes

« légères » sont aussi dangereuses que les normales, le risque de cancer n'est pas dû à la nicotine, ...), pouvant amorcer l'idée d'un sevrage tabagique. De plus, cela permet d'informer du risque particulièrement important du tabagisme dans certaines situations (post-infarctus, femme enceinte, association tabac et contraceptif œstro-progestatif, ...), l'ouverture du dialogue à ce sujet pouvant amener la personne à envisager l'arrêt du tabac, ou pas. Dans tous les cas, il est important d'informer le patient des risques encourus et des solutions à sa disposition, car rien ne l'empêche de changer d'avis et de décider d'en reparler plus tard. [71]/[72]

A cela s'ajoutent les mesures prises par l'Etat, notamment l'augmentation du prix du paquet de cigarette, l'affichage du slogan « fumer tue » sur les paquets, l'interdiction de fumer dans les lieux publics, et pour finir, une présentation commune pour tous les paquets de cigarette : le paquet neutre (depuis le 1^{er} janvier 2017, tous les paquets sont des paquets neutres). Ces mesures prises par l'Etat, dans le but d'inciter les fumeurs à stopper leur consommation de tabac, sont autant d'arguments mis à la disposition du pharmacien dans l'ouverture du dialogue avec les fumeurs. [71]/[72]

1.1.3.2. Le sevrage

Le principe du sevrage se base sur la substitution nicotinique, qui est basée sur le remplacement du tabac par la nicotine seule (molécule responsable de l'addiction au tabac) couplé à une diminution progressive de ces doses de nicotine, afin de déshabituer l'organisme à sa présence.

Il existe trois types de sevrages qui sont :

- L'arrêt total : le fumeur arrête totalement par sa volonté sa consommation de cigarette.
- La réduction progressive : le fumeur continue de fumer des cigarettes, mais de manière dégressive. En effet, au lieu de

stopper toute consommation d'un seul coup, cette dernière va diminuer progressivement en remplaçant certaines cigarettes par des gommes (par exemple) jusqu'à un arrêt total.

- L'abstinence temporaire : il ne s'agit pas d'un sevrage à proprement parler, mais d'une stratégie visant à arrêter temporairement sa consommation de cigarette. Elle est destinée aux personnes souhaitant gérer des situations où elles ne peuvent fumer (avion, lieux de travail, hospitalisation, ...). [Le Maitre B, Hirsch A, 2007]

1.1.3.2.1. Conseils

L'aide au sevrage tabagique ne se résume pas seulement à conseiller un produit pour qu'une personne arrête de fumer, mais il s'agit bel et bien d'une prise en charge complète par le pharmacien. En effet, la décision d'arrêter n'est pas chose aisée, le soutien du pharmacien et sa présence tout au long du processus sont donc nécessaires. Pour commencer, si le patient a affirmé son intention d'arrêter de fumer, il est important de voir avec lui ses motivations, les bénéfices qu'il attend, les possibles freins à l'arrêt, et répondre à ses questions (stratégies de sevrage, problème de prise de poids, d'irritabilité, ...). Ensuite, il faut évaluer son profil et son niveau de dépendance (réalisable avec l'aide du test de Fagerström-annexe 3) et de voir quel type de stratégie il préfère (réduction progressive, arrêt total, abstinence temporaire).

A côté de cela, il y a les conseils à donner concernant le sevrage et qui correspondent aux inquiétudes des patients. La première de ces inquiétudes vient de la prise de poids qui intervient au cours du sevrage. Pour cela quelques actions sont possibles afin de l'éviter. Tout d'abord, il faut s'assurer d'avoir un traitement nicotinique approprié pour éviter toute compensation « boulimique », penser à corriger son comportement alimentaire (si nécessaire), comme éviter les graisses saturées, prendre des petits déjeuners équilibrés, augmenter son activité physique, réduire ou stopper sa consommation d'alcool et réduire celle de café (durant le

sevrage du moins). Enfin, si le patient en ressent le besoin, il pourra quérir l'aide d'une diététicienne. Le second problème rencontré est le risque de rechute au cours de la prise en charge. C'est pour cela que le pharmacien doit soutenir le patient dans son sevrage, en l'encourageant à chaque visite, en faisant valoir les effets positifs déjà ressentis (récupération du goût et de l'odorat, meilleure haleine, teint de la peau, souffle, ...), et lui donner des conseils pour gérer ses pulsions à fumer, comme changer rapidement d'occupation afin de « détourner » l'envie de fumer, boire un grand verre d'eau, faire une grande inspiration et une grande expiration, éviter les pauses cafés ou aller sur les terrasses des restaurants en présence de fumeurs ...

Enfin, même si le sevrage aboutit, le rôle du pharmacien n'est pas terminé. Le risque de rechute est toujours présent même après l'arrêt, car le fumeur dépendant ne deviendra pas un « non-fumeur » mais un « ex-fumeur » qui est susceptible de redevenir fumeur. Il est donc important d'en informer le patient et de lui donner quelques conseils, entre autres de rester vigilant, de ne pas tomber dans le piège d'accepter une cigarette « pour voir », et surtout, en cas de rechute, lui expliquer qu'elle ne doit pas être considérée comme un échec mais comme une étape vers un arrêt final. [Le Maitre B, Hirsch A, 2007]

1.1.3.2.2. Traitements substitutifs de la nicotine

Le principe de ces traitements est de compenser les effets de manque dû à l'arrêt du tabac, en ne fournissant à l'organisme que la molécule responsable de la dépendance : la nicotine.

1.1.3.2.2.1. Patch

Le patch est un dispositif adhésif à coller sur la peau et libérant, sur une période donnée, de la nicotine qui diffusera par voie transdermique. Il existe deux types de patchs :

- Les patchs qui ont une libération sur 24h (Nicopatch[®], Niquitin[®], ...). Ils ont l'avantage de combattre les effets de manque au lever, mais peuvent provoquer des troubles du sommeil. Pour ce format, les dosages sont les suivants : 21mg/24h, 14mg/24h, 7mg/24h.

- Les patchs qui ont une libération sur 16h (Nicorette[®]), qui doivent être enlevés au coucher. En revanche, eux ont l'avantage de ne pas troubler le sommeil, mais n'évitent pas les symptômes de manque au lever. Les dosages sont les suivants : 25mg/16h, 15mg/16h, 10mg/16h, 5mg/16h (la dose utilisé dépendra de la dépendance du patient) [Le Maitre B, Hirsch A, 2007]/[Ferey D, 2013]

Ces dispositifs vont être utilisés dans le cas d'un arrêt total du tabac. Pour cela, la stratégie est donc basée sur la diminution progressive toute les 8 à 12 semaines, en commençant par un patch à 21mg/24h (15mg/16h), pour les fumeurs moyennement à fortement dépendants (score de Fagerström > 6), ou 14mg/24h (10mg/16h), si le fumeur est faiblement dépendant (score de Fagerström < 6). Puis on passe par les patchs à 14mg/24h (10mg/16h) et 7mg/24h (5mg/16h). Pour les fumeurs les plus fortement dépendants (score de Fagerström > 7), le début du sevrage pourra se faire avec des patchs à 25mg/16h. [Le Maitre B, Hirsch A, 2007]/[Ferey D, 2013]

Bien entendu, il est important de suivre l'évolution du sevrage, toutes les 2 à 3 semaines environ, afin de s'assurer que tout se passe bien, avec notamment un premier bilan au bout d'une semaine pour ajuster le traitement, c'est-à-dire contrôler si les dosages utilisés correspondent aux besoins du patient, et les adapter le cas échéant. [Le Maitre B, Hirsch A, 2007]/[Ferey D, 2013]

La délivrance de ces traitements implique des conseils à donner : pour les patchs, il faut changer de bras tous les jours, et plus spécifiquement pour le patch 16h, il doit être enlevé au coucher (mais cela ne posera pas de problème s'il est gardé toute la nuit). [Le Maitre B, Hirsch A, 2007]/[Ferey D, 2013]

1.1.3.2.2.2. Formes orales

Ces formes ont pour caractéristique de permettre une libération rapide d'une dose de nicotine, ce qui fait que leur utilisation sera nécessaire dans un schéma de réduction progressive ou d'abstinence temporaire, mais aussi dans le cas d'un arrêt total, où elles seront utilisées en complément des patchs pour pallier aux envies de fumer non contrôlées par ces patchs.

Les différentes formes orales sont :

- Les gommes dosées à 2 et 4 mg (Nicorette[®], Nicotinel[®], ...), et possédant différents parfums (neutre, fruits, menthe, ...). Elles sont toutes sans sucre. Ces gommes ne sont pas à mâcher comme des chewing-gums, il faut croquer la gomme et la garder plusieurs minutes contre la joue avant de commencer à la mâcher, sinon cela peut entraîner des irritations de la gorge, des brûlures d'estomac, des hoquets et une moindre efficacité de la gomme, causés par une libération trop rapide de la nicotine. Dans une stratégie d'arrêt progressif, la posologie est d'une gomme à 4mg par prise en cas de forte dépendance (score > 6), et d'une gomme à 2mg en cas de dépendance faible à moyenne (score < 6). La posologie moyenne est de 8 à 12 pastilles par jour en début de sevrage et diminuera progressivement et de façon spontanée jusqu'à atteindre trois gommes par jour au bout de quelques mois.

- Les pastilles ou comprimés à sucer dosés à 1 mg (Nicotinell[®]), 1,5 mg (Nicopass[®]), 2 mg (Nicorette[®], Nicotinell[®]) et 2,5 mg (Nicopass[®]), au goût neutre, menthe ou réglisse (tous sans sucre également). Les pastilles ou comprimés ne doivent pas être croqués. Dans le cas d'un arrêt progressif, la posologie est d'une pastille à 2mg ou 2,5mg par prise en cas de forte dépendance (score > 6), et d'une pastille à 1mg, 1,5mg ou 2mg en cas de dépendance

faible à moyenne (score < 6). La posologie moyenne est de 8 à 12 pastilles par jour en début de sevrage et diminuera progressivement.

- Les comprimés sublinguaux dosés à 2mg (Nicorette Microtab®). Ils doivent être placés sous la langue et vont se déliter lentement en 30 minutes. Pour un arrêt progressif, la posologie est de deux comprimés par prise en cas de forte dépendance (score > 6), et d'un comprimé toute les heures ou toutes les deux heures en cas de dépendance faible à moyenne (score < 6). La posologie moyenne est de 8 à 12 comprimés par jour en début de sevrage (parfois plus si la dépendance est plus importante) et diminuera progressivement. [Le Maitre B, Hirsch A, 2007]/[Ferey D, 2013]

Pour ce qui est de l'arrêt total, la stratégie consiste à prendre une gomme, une pastille ou un comprimé en cas d'envie et le dosage est à adapter selon le niveau de dépendance. Dans le cas d'une abstinence partielle, la stratégie est la même que celle de l'arrêt partiel. [Le Maitre B, Hirsch A, 2007]/[Ferey D, 2013]

Enfin, pour toutes ces formes orales, il est conseillé de ne pas consommer de boisson acide ou de café dans les 15 minutes suivant la prise d'une gomme (d'une pastille ou d'un comprimé), afin d'éviter la modification de l'absorption de la nicotine au niveau buccal. [Le Maitre B, Hirsch A, 2007]/[Ferey D, 2013]

1.1.3.2.2.3. Divers

Dans cette catégorie, nous allons trouver deux types de produits qui sont :

- L'inhaleur (Nicorette inhaleur®), se présentant sous forme d'un support en plastique ressemblant à un fume cigarette, dans lequel se trouve une cartouche contenant de la nicotine (10 mg) ainsi que du menthol. Son principe de fonctionnement est assez simple, en aspirant à travers l'embout, l'air se charge en microgouttelettes de nicotine qui vont se déposer sur la muqueuse

buccale, permettant un passage rapide dans la circulation. Une cartouche permet 200 à 300 aspirations au cours d'une journée. Dans une stratégie d'arrêt total, chez un fumeur moyennement dépendant (score < 6), 3 à 4 cartouches par jour seront nécessaires, avec une diminution progressive des prises. De plus, le principal intérêt de cet inhalateur est qu'il offre une forte composante comportementale et gestuelle, qui se révèle très importante en cas de sevrage (ce sont souvent ces pertes de geste et de comportement qui rendent difficile l'arrêt). Enfin, il est important de préciser au patient de ne pas aspirer trop fortement sous peine de ressentir une envie de tousser, causée par les microgouttelettes de nicotine au niveau de la gorge. [Le Maitre B, Hirsch A, 2007]

- Le spray buccal Nicorettespray[®], qui libère à chaque pulvérisation, une dose de 1 mg de nicotine qui va être absorbée par la muqueuse buccale. Ce produit va être utilisé dans le cadre d'un arrêt total du tabac (chez une personne moyennement dépendante), et pour ce faire, le patient devra, à chaque fois qu'il en ressent le besoin, prendre une ou deux pulvérisations, sans dépasser deux pulvérisations par prise, quatre pulvérisations par heure et soixante-quatre pulvérisations par jour. Bien entendu, la réduction des prises se fait progressivement et spontanément. De plus, il est nécessaire de préciser à l'utilisateur du spray de ne pas le pulvériser sur les lèvres, d'éviter de déglutir dans les quelques secondes qui suivent la pulvérisation, de ne pas manger ou boire lors de la pulvérisation, et enfin, de ne pas fumer au cours du traitement (si cela devait s'avérer trop compliqué, lui conseiller d'utiliser une autre stratégie). [79]

Enfin, il est important de rappeler au patient de ne pas laisser trainer son traitement quel qu'il soit, car il ne faut pas oublier que la nicotine reste toxique

chez les non-fumeurs, elle est même mortelle à forte dose, d'où la nécessité d'éloigner les traitements des enfants. [Le Maitre B, Hirsch A, 2007]

Pour ce qui est de la femme enceinte, les substituts nicotiques sont utilisables à n'importe quel moment de la grossesse. [92]

1.1.3.2.2.4. Prise en charge par la sécurité sociale

Il y a une possibilité de remboursement des substituts nicotiques par la sécurité sociale, à hauteur de 150 € par année civile et par bénéficiaire. Pour en bénéficier, il faut une prescription de ces substituts par un médecin, ou par un médecin du travail, un chirurgien-dentiste, un infirmier, un masseur-kinésithérapeute ou une sage-femme, qui peuvent aussi les prescrire à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée. [112]

1.1.3.2.3. Cigarette électronique

En ce qui concerne la cigarette électronique, le haut conseil de la santé publique a émis un avis à ce sujet. Ce dernier indique que l'on doit informer les fumeurs (sans en faire la publicité) que la cigarette électronique est un outil d'aide à l'arrêt du tabac (elle contient de la nicotine comme les gommes ou les pastilles), qui apparaît être un mode de réduction des risques du tabac en usage exclusif. Et que ses avantages (efficacité dans le sevrage du tabac, réduction des risques lié au tabagisme, ...) et ses inconvénients (toxicité sur le long terme des « e-liquide » non connue, dépendance à la nicotine toujours présente, ...) doivent être soulignés. [76]

1.1.3.2.4. Traitement non nicotinique

1.1.3.2.4.1. Bupropion^{DCI}

Le bupropion^{DCI} (Zyban[®]) est un comprimé à libération prolongée dosé à 150 mg, disponible uniquement sur prescription médicale et qui n'est pas pris en charge par la sécurité sociale. C'est un inhibiteur de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine, appartenant à la classe pharmacologique des « autres antidépresseurs » et c'est cette action, au niveau de la noradrénaline et de la dopamine, qui permettrait d'aider à l'abstinence tabagique. Cependant le mécanisme d'action n'est pas encore connu. Ce médicament est indiqué dans l'aide au sevrage tabagique accompagné d'un soutien de la motivation à l'arrêt du tabac, chez les patients présentant une dépendance à la nicotine. [80]

Pour ce traitement la posologie est de : un comprimé de 150 mg par jour (le matin) pendant 1 semaine, puis un comprimé de 150 mg deux fois par jour (matin et soir) à 8 heures d'intervalle, pendant 6 à 8 semaines. Toutefois, si aucune efficacité n'est observée à la septième semaine, il n'y a pas lieu de poursuivre le traitement. [80]

De plus, ce médicament est contre-indiqué dans plusieurs situations :

- antécédents d'hypersensibilité au bupropion^{DCI} ou à l'un de ses excipients,
- en cas de troubles convulsifs évolutifs ou chez des personnes présentant un quelconque antécédent convulsif,
- de tumeur du système nerveux central connue,
- de sevrage alcoolique,
- de sevrage aux benzodiazépines,
- d'insuffisance hépatique sévère,

- d'association à un traitement d'inhibiteur de la monoamine-oxydase,
- de troubles bipolaires. [80]

De plus, en ce qui concerne l'utilisation du bupropion^{DCI} chez la femme enceinte, il n'existe actuellement que peu d'informations à ce sujet (notamment en ce qui concerne le 2nd et le 3^{ème} trimestre), mais ces dernières semblent rassurantes sur le risque tératogène. Il est donc préférable de ne pas l'utiliser pendant la grossesse (ou de l'arrêter s'il y a un projet de grossesse), mais tout doit être mis en œuvre pour éviter la poursuite du tabagisme (la substitution nicotinique est possible quel que soit le terme de la grossesse). Toutefois, si une grossesse devait être découverte pendant le traitement, il faudra, d'une part, rassurer la patiente quant au risque tératogène, et d'autre part, arrêter le traitement, à cause notamment de ses propriétés amphétaminiques, tout en continuant l'arrêt du tabagisme. Enfin, l'utilisation du bupropion^{DCI} est possible pendant l'allaitement, étant donné qu'aucun évènement particulier attribuable au traitement n'a été retenu chez les enfants allaités (la quantité de bupropion^{DCI} et de ses métabolites ingérée via le lait maternel est faible). [93]

1.1.3.2.4.2. Varénicline^{DCI}

La varénicline^{DCI} (Champix[®]) se présente sous forme de comprimés dosés à 0,5 mg ou 1 mg, et est indiquée dans le sevrage tabagique chez l'adulte sur prescription d'un médecin, et est pris en charge par la sécurité sociale à hauteur de 65 %. Il s'agit d'un agoniste partiel des récepteurs nicotiques $\alpha 4\beta 2$ et il appartient à la catégorie des « autres médicaments utilisés dans la dépendance à la nicotine ». Son action dans le sevrage tabagique est due à son activité d'agoniste partiel qui permet d'obtenir un effet suffisant pour soulager les symptômes de manque (activité agoniste), tout en entraînant simultanément une réduction des effets de récompense et de renforcement du tabagisme en empêchant la liaison de la nicotine aux récepteurs (activité antagoniste) nicotiques. [81]

Pour traiter le tabagisme, le schéma est le suivant : la posologie est de 0,5 mg une fois par jour les trois premiers jours, puis 0,5 mg deux fois par jour les jours 4 à 7, et enfin, 1 mg deux fois par jour à partir du jour 8 jusqu'à la fin du traitement (c'est-à-dire onze semaines). La durée du traitement est estimée à douze semaines, avec possibilité de continuer douze semaines supplémentaires pour le maintien de l'abstinence. [81]

La seule contre-indication vient de l'hypersensibilité à la molécule active ou à l'un des excipients. Toutefois, une attention particulière sera portée aux patients insuffisants rénaux sévères (clairance de la créatinine < 30mL/min) chez qui une adaptation posologique sera nécessaire (on passera à un comprimé de 0,5 mg par jour, les trois premiers jours, puis un comprimé de 1 mg le reste du traitement). Chez les insuffisants rénaux en phase terminale, l'utilisation de Varénicline^{DCI} n'est pas recommandée. [81]

Enfin, les données concernant l'utilisation de la Varénicline^{DCI} chez la femme enceinte sont peu nombreuses mais aucun élément inquiétant n'a été signalé. Toutefois, il est préférable de ne pas l'utiliser pendant une grossesse (et de l'arrêter si une grossesse est en prévision), mais l'arrêt du tabac doit être poursuivi, en utilisant des substituts nicotiques (par exemple). Si une grossesse devait être découverte durant un traitement par Varénicline^{DCI}, il faudra rassurer la patiente quant au risque tératogène d'une part, puis arrêter le traitement, tout en évitant la poursuite du tabac. Pour ce qui est de l'allaitement aucune recommandation n'a été émise par le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. [95]

1.1.3.3. La réorientation

Pour finir, le pharmacien a une dernière mission dans la prévention du tabac, qui est la réorientation. Cette dernière consiste à réorienter le fumeur vers un autre professionnel de santé (médecin, psychologue, nutritionniste, ...). Il s'agira notamment de fumeurs très dépendants ou dans une situation particulière

(dépression, femme enceinte, ...) qui nécessite une prise charge plus poussée, comme une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou l'utilisation de traitement non nicotinique. De plus, la réorientation auprès d'un médecin est importante, afin de bénéficier du remboursement des substituts nicotiques par la sécurité sociale. Enfin, on peut tout simplement réorienter le patient vers un médecin ou un tabacologue (comme ceux de tabac info service), si l'on ne se sent pas capable de le prendre en charge convenablement. [78]

1.1.4. Bénéfices

1.1.4.1. Du sevrage

L'arrêt du tabac représente un réel avantage sur la santé. En effet, cet arrêt permettrait d'une part de ne pas augmenter les risques liés au tabagisme (cancers, problèmes cardiovasculaires, problèmes pulmonaires, ...), mais il aurait également pour effet de diminuer ces risques et les bénéfices s'en ressentent assez tôt :

- Au bout de 20 minutes après la dernière cigarette : la pression sanguine et les pulsations du cœur redeviennent normales,
- 8 heures après : la quantité de monoxyde de carbone dans le sang diminue de moitié, l'oxygénation des cellules redevient normale,
- 24 heures après : le risque d'infarctus du myocarde diminue déjà, les poumons commencent à éliminer le mucus et les résidus de fumée, le corps ne contient plus de nicotine,
- 48 heures après : le goût et l'odorat s'améliorent, les terminaisons nerveuses gustatives commencent à repousser,
- 72 heures après : respirer devient plus facile, les bronches commencent à se relâcher et on se sent plus énergique,
- 2 semaines à 3 mois après : la toux et la fatigue diminuent, on récupère du souffle, on marche plus facilement,

- 1 à 9 mois après : les cils bronchiques repoussent, on est de moins en moins essoufflé,
- 1 an après : le risque d'infarctus du myocarde est divisé par deux, et le risque d'accident vasculaire cérébral est équivalent à celui d'un non-fumeur,
- 5 ans après : le risque de cancer du poumon diminue presque de moitié,
- Enfin, 10 à 15 ans après : l'espérance de vie redevient identique à celle des personnes n'ayant jamais fumé. [63]/[64]

L'intérêt de l'arrêt du tabac est donc important, et cela est d'autant plus intéressant s'il intervient tôt dans la vie du fumeur. Néanmoins, cela n'empêche en aucun cas une personne plus âgée d'arrêter, bien au contraire. En effet, un fumeur de 65 ans qui arrête le tabac gagne en moyenne 3 ans d'espérance de vie, notamment grâce à une réduction des risques cardiovasculaires. [63]/[64]

De plus, le bénéfice ne profite pas qu'au fumeur lui-même, mais aussi à son entourage, car l'arrêt du tabagisme entraîne également un arrêt du tabagisme passif, et donc une diminution des risques pour son entourage. En particulier, pour des parents, un arrêt du tabac diminue les risques pour leurs enfants. [63]/[64]

Enfin, l'arrêt du tabac entraîne une diminution du risque de développer un second cancer primitif (SCP). Par exemple, le risque de développer un SCP des VADS est diminué avec un arrêt de consommation de tabac pendant 5 ans (alors que le fait de continuer le tabac multiplie ce risque par 4). [13]

1.1.4.2. De la prévention

Depuis les années 90, on observe une diminution des ventes de cigarettes, conséquence d'une augmentation du prix du paquet de cigarettes. Cependant, cette diminution semble ralentir autour des années 2000, ce qui entraîne une seconde vague d'augmentation de prix, ainsi qu'une forte baisse des ventes, baisse qui fut

accentuée par l'instauration sur les paquets, d'un message de prévention visant à avertir les fumeurs des dangers du tabac. Entre 2005 et 2011, les ventes se stabilisent, puis on observe une nouvelle diminution, notamment entre 2012 et 2014, conséquence de l'augmentation des prix et probablement de l'interdiction de fumer dans les lieux publics et de l'essor de la cigarette électronique. Cependant, l'année 2015 signe la fin de cette baisse, sans que l'on puisse l'expliquer hormis, chez les adolescents, où l'on a pu observer une diminution de la consommation fréquente de tabac (au moins une fois au cours du mois), cette dernière passant de 38 % en 2011 à 28 % en 2015. [Spilka S, Le Nézet O, 2016]/[98]

Cette diminution la consommation de cigarette a également permis de diminuer la mortalité par cancer du poumon chez l'homme, passant de 47.7 décès pour 100 000 hommes en 1990 à 37 pour 100 000 hommes en 2012. En revanche, la mortalité par cancer chez la femme a augmenté, passant de 7 pour 100 000 en 1990 à 12 pour 100 000 en 2012, conséquence de l'augmentation du nombre de fumeuses. [27]

1.2. Alcool

1.2.1. Généralités

En 2014, près de 43 millions de Français, soit 87% des 18-75 ans, ont déclaré avoir consommé au moins une fois de l'alcool dans l'année, et parmi ces personnes, 39% en consomment au moins une fois par semaine. Cependant, depuis plus de vingt ans, on observe une diminution de la quantité d'alcool consommée quotidiennement, passant de 24 % en 1992, à moins de 10 % en 2014. Toutefois, parallèlement à cette diminution, de nouveaux comportements ont émergé. En effet, on observe une augmentation des alcoolisations ponctuelles importantes ou API (passées de 36 % en 2010 à 38.3 % en 2014) et des ivresses, notamment les ivresses répétées (passées de 8,1 % à 9,3 % entre 2010 et 2014) et régulières (passées de 3,1 % à 3,8 % entre 2010 et 2014), et plus particulièrement chez les

femmes (les API sont passés de 21,3 % à 24,2 %, et les ivresses annuelles de 11,1 à 12,1, entre 2010 et 2014), dont la consommation continue de se rapprocher de celle des hommes (leurs ivresses annuelles était de 26,5 % en 2014). [Richard J-B et al. 2014]/[28]/[74]

Chaque année, l'alcool est responsable de 49 000 décès, dont 15 200 par cancer (ce qui en fait le second facteur de risque de décès par cancer en France, avec notamment les cancers des VADS et de l'œsophage), et ce, quel que soit le type d'alcool. En effet, ce qui est cancérigène dans un alcool, c'est l'éthanol, donc, même dans le vin qui contient moins d'éthanol que d'autres boissons, le risque est toujours présent, d'autant plus que la taille des verres est adaptée au degré d'alcool. Donc pour reprendre l'exemple du vin, il y aura autant d'éthanol dans un verre de vin standard (c'est-à-dire un verre d'alcool dose bar) que dans un verre de whisky standard ou que dans un verre de bière standard. De plus, le risque de développer un cancer est proportionnel à la quantité d'alcool ingérée, plus on ingère d'alcool, plus le risque augmente, et il n'existe pas de quantité en dessous de laquelle il n'y a pas de risque de développer un cancer. [Richard J-B et al. 2014]/[28]/[74]

1.2.2. Implications

1.2.2.1. Cancers des VADS : lèvres, bouche, pharynx

En 2012, le nombre de cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx s'élevait à 11 316 nouveaux cas (8 033 cas chez l'homme et 3 283 cas chez la femme), et ils furent responsables de 3 192 décès (2 465 chez l'homme et 727 chez la femme). Et le principal facteur de risque de ces cancers est : l'alcool. En effet, ce dernier multiplie le risque de développer un de ces cancers par 3,41 chez l'homme et par 1,33 chez la femme. Or, ces chiffres ne sont valables qu'en cas de consommation d'alcool seule. Si la consommation d'alcool est combinée à la consommation de tabac, ce risque augmente encore, car il y a une synergie entre l'alcool et le tabac qui peut multiplier le risque de développement de cancer par

presque 38, dans le cas de gros fumeurs (quarante cigarettes par jour pendant plus de 20 ans) et fort alcoolisme (plus de trente verres par semaine). [Blot WJ et al. 1988]/[27]/[67]/[102]

1.2.2.2. Autres cancers

Mis à part les cancers des VADS, l'alcool est impliqué dans l'augmentation du risque d'autres cancers, notamment le cancer de l'œsophage, mais aussi le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du foie. De plus, l'alcool serait aussi associé au développement de cancer du pancréas, du nasopharynx, du rein, du poumon, de la prostate, de la vessie, de l'estomac, de l'ovaire, de l'intestin grêle, au lymphome hodgkinien et au lymphome non hodgkinien, de l'ampoule de Vater, de la thyroïde et de l'endomètre. Cependant, pour ces derniers cancers, le niveau de preuve n'est pas suffisant pour confirmer l'impact de l'alcool sur l'augmentation du risque, et des recherches s'avèrent nécessaires pour consolider les connaissances. Enfin, l'alcool augmente le risque de développer un SCP (continuer de consommer de l'alcool après ou pendant un cancer des VADS augmente le risque de SCP, notamment des VADS). [13]/[30]

1.2.3. Rôle du pharmacien

1.2.3.1. Prévention

Dans un premier temps, le rôle du pharmacien va être d'informer les gens des méfaits d'une consommation excessive d'alcool sur la santé, mais aussi de rétablir la vérité sur certaines idées reçues (l'alcool ne réchauffe pas, l'alcool n'augmente pas la virilité, l'alcool fait grossir, ...). Pour cela, il pourra s'appuyer sur différentes affiches, mais aussi sur des brochures d'information (annexe 4) et sur les campagnes télévisées, cela pouvant amener le patient à discuter de sa consommation d'alcool et pouvant amener à une prise en charge afin de la diminuer. [Naud A, 2013]

Toutefois, il va subsister une certaine difficulté dans la prévention, venant notamment de l'image de l'alcool qui, quand il est consommé modérément, est moins dangereux que le tabac (par exemple), et des informations quelque peu « contradictoires ». On pensera notamment au fameux « french-paradox » où la consommation modérée de vin (vin rouge surtout), serait associée à une diminution des maladies cardio-vasculaires. Une mauvaise compréhension de ces informations peut amener certaines personnes à croire que l'alcool, même en grande quantité, est bon pour la santé. [103]

Enfin, il est important, pour les femmes en âge de procréer ayant des problèmes avec l'alcool, de les inciter à avoir une contraception efficace, car l'alcool a des conséquences très néfastes sur le fœtus (syndrome d'alcoolisme fœtal). [Naud A, 2013]

1.2.3.2. Réorientation

La prise en charge du patient alcoolique passera forcément par la réorientation. En effet, le pharmacien ne pourra pas intervenir directement dans le traitement, c'est pour cela que le pharmacien devra envoyer le patient consulter son médecin. Cependant, le médecin traitant n'est pas l'unique solution, il y a également possibilité de consulter un psychiatre ou un psychologue et surtout d'orienter le patient vers un service d'addictologie qui permettra une prise en charge par des spécialistes. En effet, une autre raison pour laquelle la réorientation est importante, est qu'il ne faut pas arrêter brutalement sa consommation d'alcool (dans le cas d'une consommation chronique), au risque de faire un delirium tremens pouvant être mortel. Enfin, pour aider le patient lors de son sevrage, il y a possibilité de lui transmettre les adresses de groupes d'entraides (alcooliques anonymes par exemple) ou encore de le diriger vers le site « alcool-info-service.fr ». [Naud A, 2013]

1.2.3.3. Sevrage à l'officine

1.2.3.3.1. Conseils

Même s'il ne joue pas un rôle direct dans le sevrage, rien n'empêche le pharmacien de s'impliquer dans la prise en charge. Par exemple, il peut apporter un soutien moral dans le sevrage et le maintien de l'abstinence, lui apporter des conseils si besoin (ne pas acheter d'alcool, même si ce n'est pas pour soi et se débarrasser de l'alcool en sa possession, éviter les débits de boissons, ...). Et enfin, le pharmacien devra particulièrement faire attention à ne pas délivrer de médicaments contenant de l'alcool (des teintures mères par exemple). [Naud A, 2013]/[105]

1.2.3.3.2. Traitements

Les traitements qui vont être disponibles à l'officine sont des traitements du maintien de l'abstinence. Ils sont disponibles uniquement sur ordonnance et pris en charge par la sécurité sociale.

1.2.3.3.2.1. Aotal®

L'Aotal® (acamprostate^{DCI}) possède une structure similaire à celle des acides aminés tels que l'acide gamma-amino-butyrique (GABA) ou la taurine, et agit en stimulant la neuromédiation inhibitrice GABAergique et antagonise l'action des acides aminés excitateurs (surtout celle du glutamate), ce qui diminuerait l'absorption volontaire d'alcool, lui donnant pour indication : « le maintien de l'abstinence chez le patient alcoolo-dépendant, mais en association avec une prise en charge psychologique ». [82]

La posologie pour ce traitement est de deux comprimés de 333 mg matin, midi et soir, pour une personne pesant plus de 60 kg. Pour une personne pesant

moins de 60 kg, la posologie est de deux comprimés de 333 mg le matin, un à midi et un le soir. La durée de traitement recommandée est de un an. [82]

L'Aotal[®] est contre-indiqué en cas d'hypersensibilité à l'acamprosate^{DCI}, d'insuffisance rénale et chez la femme allaitante. [82]/[95]

Dans le cas de la femme enceinte, il n'y a pas de contre-indication à son utilisation. Il est utilisable à n'importe quel moment de la grossesse, surtout si la patiente n'est pas sûre de rester sevrée de l'alcool sans traitement. De même, si une grossesse venait à être découverte pendant le traitement, il faudra rassurer la patiente quant au risque tératogène et poursuivre le traitement si la patiente n'est pas absolument certaine de rester sevrée de l'alcool sans traitement. [95]

De plus, l'Aotal[®] est utilisé en première intention, au même titre que le Revia[®], dans le maintien de l'abstinence et aurait une meilleure activité dans ce maintien. [82]

1.2.3.3.2.2. Revia[®]

Le Revia[®] (la naltrexone^{DCI}) est un antagoniste des opiacés et est indiqué dans le maintien de l'abstinence chez les patients alcoolodépendants, dans le cadre d'une prise en charge avec un suivi psychologique. Cependant, son mécanisme d'action dans le sevrage alcoolique n'est pas encore entièrement élucidé, mais il a été montré chez le rat que l'alcool entraînait une sécrétion d'opiacée endogènes qui met en jeu le système limbique, et la naltrexone^{DCI} bloquerait ce phénomène de renforcement. [83]

Pour ce traitement, la posologie est d'un comprimé de 50 mg par jour, chez l'adulte uniquement, il n'y a pas d'indication chez les personnes âgées ni chez les enfants (moins de 18 ans). [83]

Ce médicament est contre-indiqué en cas :

- d'hypersensibilité à la naltrexone^{DCI} ou à l'un des excipients

- d'insuffisance hépatocellulaire sévère ou hépatite aiguë
- d'insuffisance rénale sévère
- chez les patients en état de dépendance aux opiacés (risque de sevrage)
 - chez les patients présentant des symptômes de sevrage aux opiacés, ou pour lesquels la recherche d'opiacés s'est avérée positive, ou ceux ayant refusé un test à la naloxone^{DCI}
 - en association avec les analgésiques morphiniques de palier III, les morphiniques agonistes-antagonistes et les morphiniques en traitement de substitution, dont la méthadone^{DCI}. [83]

En ce qui concerne l'utilisation chez la femme enceinte, le Revia[®] peut être utilisé à tous les stades de la grossesse, notamment si la patiente n'est pas absolument sûre de rester sevrée de l'alcool sans traitement. De même, si une grossesse venait à être découverte pendant le traitement, il faudra rassurer la patiente quant au risque tératogène et poursuivre le traitement si la patiente n'est pas absolument certaine de rester sevrée de l'alcool sans traitement. [96]

De plus, le Revia[®] est utilisé, au même titre que l'Aotal[®], en première intention dans le maintien de l'abstinence à l'alcool et aurait une meilleure efficacité sur le « craving » (envie impérieuse et désir intense de boire de l'alcool). [87]

1.2.3.3.2.3. Selincro[®]

Le Selincro[®] (nalméfène^{DCI}) est un modulateur du système opioïde. Il a une activité antagoniste sur les récepteurs mu et delta, et agoniste partielle sur les récepteurs kappa. De plus, on estime que son action dans le sevrage alcoolique est due à une modulation des fonctions corticomésolimbiques. [85]

Le Selincro® est indiqué dans la réduction de la consommation d'alcool chez les adultes ayant une dépendance à l'alcool avec une consommation élevée, mais ne présentant pas de symptôme physique de sevrage et ne nécessitant pas de sevrage immédiat, et doit être associé à un suivi psychosocial continu et axé sur l'observance thérapeutique et la réduction de consommation d'alcool. La posologie pour ce traitement est de un comprimé de 18 mg par jour, à prendre chaque jour où le patient perçoit le risque de boire de l'alcool, 1 à 2 heures avant le moment où il anticipe une consommation d'alcool. Si le patient a commencé à boire avant la prise du médicament, le comprimé devra être pris dès que possible. [85]

Ce médicament est contre-indiqué en cas :

- d'hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients
- de patients traités par des agonistes opioïdes (analgésiques, méthadone, buprénorphine, ...)
- de patients ayant des antécédents récents de dépendance aux opioïdes
- de patients présentant des symptômes aigus du syndrome de sevrage aux opioïdes
- de patients pour lesquels une consommation récente d'opioïdes est suspectée
- de patients présentant une insuffisance rénale sévère (clairance inférieure à 30 mL/min)
- de patients ayant un antécédent récent de syndrome de sevrage aigu à l'alcool (hallucination, convulsion, delirium tremens, ...). [85]

En ce qui concerne la grossesse, il n'existe pas de données concernant la toxicité du Selincro®, son utilisation n'est donc pas recommandée chez la femme enceinte. [85]

De plus, son effet sur la réduction de la consommation d'alcool est faible. [87]

1.2.3.3.2.4. Esperal®

L'Esperal® (disulfirame^{DCI}) est un inhibiteur de l'acétaldéhyde-déshydrogénase, ce qui entraîne une élévation de la concentration en acétaldéhyde, métabolite de l'éthanol et provoquant des manifestations déplaisantes tels que nausées, vomissement, hypotension, ... [84]

Il est indiqué en tant qu'adjuvant dans la prévention des rechutes au cours de l'alcoolodépendance, à la posologie d'un comprimé de 500 mg le matin, au moment du petit déjeuner après 24 heures d'abstinence d'alcool. [84]

Ce dernier est contre-indiqué en cas :

- d'hypersensibilité au disulfirame^{DCI} ou à l'un des autres constituants du comprimé
- d'insuffisance hépatique sévère
- d'insuffisance rénale
- d'insuffisance respiratoire sévère
- de diabète
- d'atteintes neuropsychiques
- d'atteintes cardiovasculaires
- de prise de boissons alcoolisées ou de médicaments contenant de l'alcool depuis moins de 24 heures. [84]

Enfin, dans le cas de la femme enceinte, ou de prévision de grossesse, le traitement sera interrompu au profit de l'acamprosat^{DCI} ou de la naltrexone^{DCI}. De même, si une grossesse est découverte, la patiente devra être rassurée sur le risque

tératogène du disulfirame^{DCI}. Le traitement sera également interrompu. Pour ce qui est de l'allaitement, ce dernier est déconseillé. [97]

L'Espéral[®] est aussi utilisé en seconde intention dans le maintien de l'abstinence à l'alcool. Toutefois, dans la pratique, il est assez peu utilisé. [87]

1.2.3.3.2.5. Lioresal[®]

Le Lioresal[®] (baclofène^{DCI}) est un analogue structural de l'acide gamma-aminobutyrique et est indiqué dans le traitement des contractures spastiques de la sclérose en plaques, des affections médullaires et d'origine cérébrale. Cependant, il a été suggéré que le baclofène^{DCI} pouvait avoir un effet favorable dans le traitement de l'alcoolodépendance, et en 2014, avant même la fin des essais cliniques en cours, il obtint une recommandation temporaire d'utilisation. Depuis, le baclofène^{DCI} peut être prescrit après échec des autres traitements disponibles chez les patients alcoolodépendants dans le cas d'une aide au maintien de l'abstinence après sevrage chez des patients dépendants à l'alcool, ou dans le cas d'une réduction majeure de la consommation d'alcool jusqu'au niveau faible de consommation, tel que défini par l'OMS, chez les patients alcoolodépendants à haut risque. Bien entendu, la prise en charge sera accompagnée d'un suivi psychosocial. [86]/[87]

La posologie pour ce traitement est de 5 mg, 3 fois par jour, augmentée de façon très progressive par paliers de 2 à 3 jours de 5 mg par jour puis, au-delà de 8 à 12 jours, de 10 mg par jour tous les 3 jours jusqu'à obtention d'une éventuelle réponse clinique (effet attendu variable selon l'individu), sans dépasser 300 mg par jour. Cependant, à partir de 120 mg par jour, un deuxième avis médical sera demandé auprès d'un médecin expérimenté dans la prise en charge de l'alcoolodépendance, et pour une dose supérieure à 180 mg par jour, un avis collégial au sein d'un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, ou d'un service hospitalier spécialisé en addictologie, sera requis. Toutefois, il s'agit ici de l'ancien protocole. En effet, depuis le 24 juillet 2017,

l'Agence Nationale pour la Sécurité du Médicament (ANSM) a décidé de limiter la posologie maximale de baclofène^{DCI} à 80 mg/jour, suite à la publication d'une étude de l'assurance maladie montrant une corrélation entre des prises de baclofène^{DCI} à dose élevée et une augmentation des risques d'hospitalisation et de décès. Par ailleurs, l'ANSM conseille aux patients prenant des doses supérieures à 80 mg/jour, de retourner voir leur médecin afin d'instaurer une diminution progressive, par paliers, de leur posologie et sous surveillance étroite, afin de respecter les nouvelles recommandations. Pour ce qui est du protocole en lui-même, rien ne change, hormis qu'il ne doit pas dépasser la nouvelle posologie maximale. [86]/[87]/[140]

Enfin, du fait du risque important d'effets indésirables graves, psychiatriques (notamment sédation, épisodes dépressifs maniaques, tendances suicidaires), aussi chutes, traumatismes, accidents sur la voie publique, ce médicament est contre-indiqué en cas :

- de troubles neurologiques ou psychiatriques graves (épilepsie non contrôlée, schizophrénie, troubles bipolaires, dépressions graves)
- d'insuffisance rénale sévère
- d'insuffisance cardiaque
- d'insuffisance pulmonaire
- d'insuffisance hépatique sévère
- de grossesse. [86]

De plus, des études récentes ont montré l'efficacité du baclofène^{DCI} dans la réduction de la consommation d'alcool et/ou le maintien de l'abstinence. Ces études ont mises en évidence une diminution de la quantité d'alcool consommée, pouvant aller jusqu'à l'abstinence, chez les patients ayant reçu le baclofène^{DCI}, par rapport aux patients ayant reçu un placebo. [111]

1.2.4. Bénéfices

1.2.4.1. Du sevrage

L'arrêt de l'alcool va être intéressant dans la prévention des cancers. D'une part, le risque ne va plus augmenter (vu que le risque augmentait avec la quantité d'alcool consommée), mais l'arrêt va également diminuer ce risque. En effet, après 10 ans d'arrêt, les personnes qui buvaient régulièrement et qui ont stoppé leur consommation, on vu diminuer leur risque de cancer des VADS et de l'œsophage, et après 20 ans, le risque devient équivalent à celui d'une personne n'ayant jamais consommé d'alcool. De la même manière, cela n'augmentera plus le risque de développer un second cancer primitif. [7]/[66]

1.2.4.2. De la prévention

En termes de prévention, quelques mesures ont été prises afin de réduire les problèmes liés à l'alcool, notamment les décès sur les routes et les risques liés à l'alcoolisme chez la femme enceinte. Parmi ces mesures, nous avons l'apposition d'un logo, sur les bouteilles d'alcool, préconisant aux femmes enceintes de ne pas boire d'alcool. Mais aussi les restrictions publicitaires (ordonnance de 1959 et loi Evin de 1991), l'interdiction de vendre de l'alcool à des mineurs, les offres à titre gratuit, à volonté d'alcool dans un but commercial (les « open bars »), ainsi que l'interdiction de vendre de l'alcool dans les stations-services entre 18 heures et 8 heures. A côté de cela, il y a les campagnes de prévention faites à la télévision et dans les journaux. [7]

Au final, une diminution d'un peu plus de 10 % a été observée entre 1999 et 2008, poursuivant la diminution observée dans les années 90. Et cette diminution de consommation explique en partie la diminution de l'incidence des cancers des VADS et de l'œsophage (diminution d'environ 50 % pour chaque cancer) observée

depuis les années 80, l'autre raison venant de la diminution de la consommation de tabac. [7]

1.3.Soleil et rayons U.V

1.3.1. Généralités

Les rayonnements émis par le soleil sont de nature électromagnétique, et couvrent tout le spectre. Mais les rayons les plus connus sont les rayons UV, avec les rayons UVA, capable de pénétrer profondément dans la peau et responsables de son vieillissement, les rayons UVB, principaux responsables des coups de soleil et plus puissants que les UVA, et enfin les UVC, bloqués par l'ozone de la stratosphère. Mis à part affecter la peau, ces rayons vont jouer un rôle essentiel pour notre organisme. En effet, les UVB vont permettre la synthèse de la vitamine D, nécessaire pour notre ossature notamment. [34]/[70]/[108]

Toutes les peaux ne réagissent pas de la même manière au soleil, elles vont y être plus ou moins sensibles selon leur phototype :

- Phototype I : peau très blanche, cheveux blonds ou roux, yeux bleus/verts. Ne bronze pas et attrape facilement des coups de soleil
- Phototype II : peau claire, cheveux blonds, roux ou châains, yeux verts/marron. Bronze à peine et attrape facilement des coups de soleil
- Phototype III : peau moyennement claire, cheveux châains ou bruns, yeux marron. Bronze progressivement et attrape occasionnellement des coups de soleil
- Phototype IV : peau mate, cheveux bruns/noirs, yeux marron/noirs. Bronze facilement et attrape rarement des coups de soleil

- Phototype V : peau très mate, cheveux noirs, yeux noirs. Bronze vite et beaucoup, attrape très rarement des coups de soleil.
- Phototype VI : peau noire, cheveux noirs, yeux noirs. N'attrape presque jamais de coups de soleil. [34]

1.3.2. Cancers de la peau

Provoquant près de 80 000 nouveaux cas de cancers cutanés par an, dont 14 000 mélanomes et ayant entraîné plus de 1 700 décès par mélanomes en 2015, les rayons du soleil sont l'un des principaux facteurs de risques pour ce cancer et sont classés dans le groupe 1 (cancérogènes certains) des agents cancérogènes. Ces cancers de la peau se divisent en deux catégories, avec les carcinomes (basocellulaire ou spinocellulaire) et les mélanomes. Les carcinomes, les plus fréquents, ont la forme de petit bouton ou de croûte, se soignant bien et sont liés à des expositions solaires chroniques. Les mélanomes cutanés, beaucoup plus graves, sont des tumeurs malignes ressemblant à des grains de beauté, mais avec des formes et des couleurs anormales et peuvent rapidement créer des métastases. A l'origine de ces cancers, une mutation spécifique, résultant de la formation de dimères de pyrimidines (par transition de la cytidine à la thymidine), et dont le caractère cancérogène est avéré si la mutation s'effectue sur le gène TP53. [49]/[70]/[136]

Toutefois, les rayons naturels du soleil ne sont pas les seuls impliqués dans les cancers cutanés. En effet, les rayons UV artificiels, proposés dans les cabines de bronzage augmentent le risque de développer un cancer de la peau (mélanome), mais aussi de l'œil (mélanome choroïde et du corps ciliaire). Ainsi ce risque est multiplié par 1,75 si l'utilisation d'appareils de bronzage débute avant 30 ans. [49]/[70]

1.3.3. Rôle du pharmacien

1.3.3.1. Information

Il s'agit de la première action possible par le pharmacien dans la prévention des cancers de la peau. Pour cela, le pharmacien pourra s'aider des habituels affiches et dépliants (annexe 5) pour alerter la population, couplés aux campagnes d'information des médias (télévision, radio, ...). Cette diffusion d'information est d'autant plus importante que l'on a tendance à ne pas penser aux effets néfastes du soleil, ou tout au moins les effets les moins nocifs (les coups de soleil entre autres). Elle est à faire notamment l'été, mais aussi à d'autres moments de l'année (au début du printemps et au début de l'automne surtout où l'on a tendance à relâcher sa vigilance) car même s'il n'y a pas beaucoup de soleil, les rayons UV n'en restent pas moins présents, et pas moins dangereux. De même, des comportements à risque peuvent être observés dans l'objectif d'avoir un bronzage assez important, car cela représente un critère de beauté. Il s'agit d'ailleurs de la raison pour laquelle on rencontre des personnes cherchant une huile pour bronzer plus vite (huile de monoï notamment) au lieu de rechercher une crème pour éviter de brûler. [72]

A côté de cela, le pharmacien doit également mettre en garde la population contre les effets néfastes des cabines UV et lutter contre les idées reçues à ce sujet, notamment sur la dangerosité des cabines. En effet, une séance de 15 minutes équivaut à une exposition de même durée sur une plage des Caraïbes sans protection solaire. Cette exposition provoque également un vieillissement prématuré de la peau. De plus, cela ne prépare en aucun cas la peau au soleil et ne contribue pas à la production de vitamine D. [36]

1.3.3.2. Conseils

Les conseils donnés par le pharmacien vont être de différentes natures et avoir pour principal objectif de limiter l'impact des UV. Tout d'abord, le mieux

est d'éviter les heures où les rayons du soleil sont les plus intenses (entre 12h et 16h l'été) et rechercher l'ombre ou s'abriter avec un parasol (par exemple) afin de ne pas laisser sa peau sans protection. Pour cela, il est également conseillé de porter des vêtements (t-shirt, pantalon léger, chapeau, lunettes de soleil, ...) afin de limiter les parties de notre corps exposées au soleil. Enfin, il est conseillé d'utiliser une crème solaire haute protection anti-UV (crème à indice 30, 50 ou 50+, ou encore une crème avec un filtre minéral qui offre une protection plus importante) afin de protéger les parties non couvertes et de renouveler l'application toutes les deux heures (son efficacité diminuant avec la transpiration et les baignades). Toutefois, il est important de préciser que la protection procurée par les crèmes n'est pas totale, car même les crèmes les plus efficaces ne filtrent pas tous les UV ; il faut donc privilégier la protection vestimentaire autant que possible. Bien entendu, cela doit également s'appliquer aux enfants qui sont d'autant plus sensibles au soleil, et sachant que notre « capital soleil » (quantité de rayons UV auxquels nous pouvons être exposés) est fixé dès la naissance, il est donc important de se protéger dès le plus jeune âge, afin de conserver ce capital et prévenir au maximum les problèmes cutanés. [34]

En parallèle, le pharmacien devra également lutter contre certaines idées reçues, notamment contre l'idée selon laquelle une peau bronzée ne nécessite plus de protection (elle risque moins de coup de soleil, mais est toujours sensible au vieillissement cutané et au risque de cancer provoqué par les UV), ou encore que les autobronzants et certains compléments alimentaires protègent du soleil. [34]

1.3.4. Bénéfice de la prévention

A l'heure actuelle, la prévention n'a pas porté ses fruits. En effet, entre 1980 et 2012, le taux d'incidence standardisé a augmenté de 4,7% par an chez l'homme et de 3,2 % par an chez la femme. Cependant, un ralentissement de l'augmentation a été observé entre 2005 et 2012, avec une augmentation de 2,9 % chez l'homme et de 1,7 % chez la femme. Ce ralentissement serait essentiellement dû au dépistage

et aux campagnes de détection précoce. Malgré tout, la prévention n'est pas à négliger et doit permettre de compléter le dépistage. C'est pour cela que des mesures doivent continuer à être prises afin de prévenir la population des effets néfastes des rayons UV afin de réduire le nombre de cancers. La dernière en date a été la tentative d'interdiction des cabines de bronzage par le sénat. Tentative qui a échoué, et qui a uniquement aboutit à la loi du 26 janvier 2016, dans laquelle est interdit l'accès aux cabines de bronzage aux mineurs et toutes pratiques commerciales (promotions, publicités mettant en avant les bénéfices pour la santé, ...). De plus, ce refus de l'interdiction des cabines nous montre une chose, pour faire avancer la prévention, il faudra d'abord faire évoluer les mentalités. [14]/[109]/[110]

1.4. Surpoids et obésité

1.4.1. Généralités

En 2012, 15 % de la population française adulte était considérée comme obèse, chiffre qui était de 6,1 % en 1980. Une forte augmentation a été observée entre 1992 et 2003 ; elle est passée de 5 à 10 % chez les hommes, et de 6 à 10 % chez la femme. Ces augmentations s'expliquent notamment par une évolution de notre mode de vie, qui est de plus en plus sédentaire, avec l'utilisation plus marquée des transports en commun ou des voitures aux dépens de la marche ou du vélo, de loisirs peu physiques tels que la télévision ou les jeux-vidéo. Mais cela est également dû à une évolution de notre hygiène alimentaire, cette dernière ayant principalement évolué vers une augmentation de consommation de sucres rapides au profit des sucres complexes, et à une augmentation de la consommation de matières grasses et de viande. [104]/[106]

Or, on estime que 2300 décès par cancer par an seraient dus à un surpoids ou une obésité, de même qu'une trop grande consommation de viande rouge serait à l'origine de cancers. [56]

1.4.2. Implications

1.4.2.1. Cancer colorectal

En 2012, on a estimé à plus de 42 000 le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal (23 000 cas chez l'homme, et 18 000 chez la femme), et à plus de 17 000 le nombre de décès par cancer colorectal (9 000 chez l'homme et 8 000 chez la femme). Les principaux facteurs de risque de développer ce cancer sont l'alcool, mais il y a aussi le surpoids et l'obésité, ainsi que la consommation de viande et de charcuterie. En effet, on estime une multiplication du risque par 1,41 chez les personnes ayant un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m², par rapport à celle ayant un IMC inférieur à 23 kg/m². Et pour ce qui est de la consommation de viande et de charcuterie, le risque est multiplié par 1,35 (pour 160 g de viande par jour, par rapport à une consommation de viande inférieure à 20 g par jour). [14]/[Norat T, 2005]/[31]/[33]/[68]

Par ailleurs, l'évolution de notre mode de vie, a amené une augmentation de l'incidence des cancers colorectaux, cette incidence ayant augmenté de 0,3 % par an chez l'homme (entre 1980 et 2012), et de 0,1 % par an chez la femme (sur la même période). [14]/ [31]

Toutefois, l'effet contraire existe également. Là où la viande rouge augmente le risque de cancer colorectal, la consommation de poisson va avoir un effet protecteur et diminuer ce risque, ce dernier passant de 1,86 chez les faibles consommateurs (moins de 14 g/jour) à 1,28 chez les gros consommateurs (plus de 50 g/jour). De même, pratiquer une activité physique régulière possède également un effet protecteur, réduisant le risque de cancer colorectal de 40 à 50 %. Enfin, il existerait (à un niveau de preuve jugé « probable ») également un effet protecteur des fibres alimentaires, ce qui diminuerait le risque de développement de cancer, ce qui semble être également le cas avec les produits laitiers (lait, yaourt, ...). [Norat T, 2005]/[68]

1.4.2.2. Autres cancers

Hormis le cancer colorectal, le surpoids et l'obésité vont être impliqués dans le cancer de l'œsophage, du pancréas, de la vésicule biliaire et du foie. Chez la femme, on va également retrouver une augmentation du risque de cancer du sein (après la ménopause notamment), de l'ovaire et de l'endomètre. Enfin, on retrouve des implications dans le cancer du rein, de la prostate (à un stade avancé) et dans les hémopathies malignes (leucémies et lymphomes). De même, l'obésité augmente le risque de développer un SCP. Par exemple, pour une femme atteinte d'obésité et ayant un cancer du sein, le risque de développer un second cancer du sein est augmenté. [32]

Pour ce qui est de l'alimentation, on notera surtout l'implication du sel dans le développement de cancer de l'estomac par altération de la muqueuse gastrique (ce qui favorise également l'action d'autres facteurs de risque comme le tabac ou l'alcool). [33]

1.4.3. Rôle du pharmacien

1.4.3.1. Information

Dans la prévention des cancers colorectaux, le pharmacien aura deux angles d'action. Le premier va se situer au niveau de l'information des personnes passant à l'officine. En effet, l'officine reste un des meilleurs points de diffusion d'information grâce à sa visibilité. Ce qui permet au pharmacien d'y distribuer des brochures d'information ou de conseils, ou encore, d'y disposer les affiches (annexe 6) des différentes campagnes de prévention. De plus, il y aura également une prévention importante à faire concernant ces « produits miracles » (qui se trouvent être des compléments alimentaires) qui font mincir sans risque ni effort, ainsi que sur les régimes « fantaisistes » qui entraînent un déséquilibre important des apports journaliers recommandés. La plupart d'entre eux sont soit inefficaces,

soit dangereux (on pensera notamment aux produits trouvés sur internet). Enfin, il existe des produits pouvant aider à mincir, mais ils vont nécessiter une modification de l'hygiène alimentaire et plus d'activité physique pour être efficaces. [Académie nationale de pharmacie, 2015 ([1])]/[72]

Ces dispositions, couplées avec les différentes campagnes et messages de prévention diffusés dans les médias (la campagne « manger bouger » par exemple) vont amener le pharmacien vers son second angle d'action : le conseil. [72]

1.4.3.2. Conseils

Mis à part l'information, le pharmacien aura un rôle de conseil et d'aide. En effet, il devra rappeler les différents conseils hygiéno-diététiques : faire trois repas par jour, manger cinq fruits ou légumes par jour, limiter la consommation de graisses saturées, de produits sucrés et salés, manger une portion de viande/poisson/œuf au déjeuner et au dîner, ainsi que des féculents à chaque repas (de préférence ceux riches en fibres comme le pain au céréales, et les pâtes), boire deux litres d'eau, et faire par jour trente minutes d'activité physique (ou une heure de sport trois fois par semaine). En ce qui concerne l'activité physique journalière, la durée de cette dernière peut varier selon l'intensité, une activité physique dite faible (marche lente, golf, volley-ball) demandera quarante-cinq minutes pour atteindre la quantité d'activité physique recommandée, alors que le jogging, la marche en côte ou le VTT n'en demanderont que vingt. De plus, il y a un détail important à signaler au patient, qui est que dans la définition d'activité physique sont inclus certains actes de la vie quotidienne. En effet, faire la poussière, du jardinage ou encore bêcher sont inclus dans l'activité physique journalière, ne reste plus qu'à la compléter par une activité annexe (si besoin). Mais là encore, la pratique d'un sport ou d'une autre activité en parallèle n'est peut-être pas nécessaire, il suffit parfois de certains reflexes comme prendre les escaliers ou lieu de l'ascenseur, ou encore se déplacer à pied ou à vélo au lieu de prendre la voiture

ou les transports en communs, pour avoir une activité physique suffisante. [Académie nationale de pharmacie, 2015 ([1])]/[69]/[107]

Enfin, le pharmacien devra, dans les cas les plus complexes nécessitant une prise en charge adaptée et un suivi régulier, orienter la personne vers son médecin traitant, qui pourra orienter le patient vers un médecin nutritionniste, ou encore vers un psychologue ou un psychiatre (pour s'occuper du versant psychologique du régime). Mais il devra aussi être à l'écoute des patients et pourra proposer de les assister dans la démarche de perte de poids et de modification de leur hygiène alimentaire (conseils personnalisés, trouver des solutions aux différents problèmes rencontrés). [Académie nationale de pharmacie, 2015 ([1])]

1.4.4. Bénéfice de la prévention

On observe depuis 2012 en France un ralentissement de la progression de l'obésité (première fois en trente ans). Conséquence probable des différentes campagnes de prévention et de certaines mesures telles que l'incitation aux retraits des confiseries et des sucreries aux caisses des grandes distributions, ou encore l'amélioration des menus dans les cantines scolaires. Toutefois, c'est juste un ralentissement qui est observé, et non une diminution, ce qui pourrait expliquer (cela ne reste qu'une supposition) l'absence de résultats sur la prévention des cancers colorectaux. En effet, l'incidence de ces derniers a connu une légère diminution (de 0,3 % par an entre 2005 et 2012), baisse s'expliquant principalement par l'accès au dépistage et à la résection des lésions précancéreuses. Malgré tout, il semble important de continuer la prévention, afin de limiter au maximum les risques de cancer, mais aussi les risques cardiovasculaires. [INPES, 2008]/[14]/[104]

1.5.Cannabis

1.5.1. Généralités

En 2014, 17 millions de Français avaient déjà testé le cannabis, et parmi ces personnes, 4,6 millions en consomment toujours, dont 1,4 million régulièrement. Plus précisément, dans la population adulte (18-64 ans), 42 % l'ont déjà expérimenté (50% parmi les hommes et 33 % parmi les femmes), et 11 % en consomment toujours (15 % parmi les hommes, 7 % parmi les femmes). De plus, durant les années 90, le nombre de consommateurs a fortement augmenté (ce dernier a presque doublé), avant de se stabiliser depuis 2000, puis d'augmenter à nouveau dès 2011. Toutefois, entre 2011 et 2015, une diminution de la consommation récente de cannabis (au moins une fois au cours des trente derniers jours) va être observée chez les adolescents. En effet, cette dernière est passée de 24 % à 17 % . [Spilka S, Le Nezet O, 2016]/[99]

En ce qui concerne la mortalité, on estime que le cannabis serait responsable de 15 décès par an liés à un usage abusif, dont 8 liés à une pathologie cardiovasculaire ischémique et 4 dus à une myocardiopathie dilatée, mais serait également impliqué dans bon nombre d'accidents de voiture. [99]

1.5.2. Composition

Le cannabis est composé de plusieurs substances :

- La substance active, le tétra-hydro-cannabinol (THC), responsable des effets psychoactifs et de la dépendance physique et psychique.
- Du monoxyde de carbone, dans des concentrations six à sept fois supérieures à celle du tabac.

- De l'ammoniac (vingt fois plus que dans la fumée de tabac), du cyanure d'hydrogène (2,5 fois plus) et de l'oxyde nitrique (quatre fois plus).

- Ensuite, nous retrouvons les goudrons (six à sept fois plus que dans la fumée du tabac), le formaldéhyde, l'acétaldéhyde et des hydrocarbures polycycliques aromatiques (dans des proportions bien moins importantes que dans la fumée de tabac), ainsi que des amines aromatiques (trois à cinq fois plus que dans le tabac).

- Pour finir, nous avons les métaux lourds (mercure, cadmium, plomb et arsenic), mais dans des concentrations moins importantes que dans la fumée de tabac. [Deutsch A, 2009]/[100]

A côté de cela, il y a aussi de nombreux produits issus de la « coupe » effectuée par les dealers (henné, terre, paraffine, ...) qui peuvent avoir un effet néfaste une fois inhalés, mais aussi du tabac, augmentant d'autant plus la quantité d'éléments cancérigènes. [Deutsch A, 2009]/[100]

1.5.3. Implications

1.5.3.1. Cancer du poumon

Les données concernant le rôle du cannabis dans le développement de cancers sont assez restreintes, et le lien est parfois difficile à prouver, conséquence notamment de l'illégalité de la drogue qui limite la récolte d'information (les fumeurs de cannabis vont difficilement avouer en consommer), sans compter le double usage tabac/cannabis qui peut fausser certains résultats. Malgré cela, des études ont prouvé que le cannabis multiplie par 5,7 le risque de cancer du poumon, chez les gros consommateurs (un joint par jour pendant dix ans). Ce risque serait la conséquence des différents composants de sa fumée, combinés aux effets bronchodilatateurs du THC et à une inhalation plus longue. De plus, le risque de

développer un cancer du poumon semble accru en cas de consommation simultanée de tabac et de cannabis. [Deutsch A, 2009]/[101]

1.5.3.2. Autres cancers

Mis à part le cancer du poumon, le cannabis serait impliqué dans d'autres types de cancers, notamment le cancer des VADS (surtout quand il y a association tabac/cannabis), mais aussi celui de la prostate, du col de l'utérus, de la vessie et des testicules. De plus, la consommation de cannabis pendant la grossesse augmenterait le risque de cancer chez l'enfant, notamment le risque de développer un astrocytome ou un rhabdomyosarcome. [Deutsch A, 2009]/[101]

1.5.4. Rôle du pharmacien

1.5.4.1. Information

Pour commencer, toujours grâce à son accessibilité et sa visibilité, il est possible d'informer des effets néfastes du cannabis par le biais de campagnes de sensibilisation, en distribuant des brochures aux adolescents, mais aussi à leurs parents pour mieux les renseigner à ce sujet (annexe 7), car les principaux interlocuteurs du pharmacien seront les parents. En effet, dans la majorité des cas, les enfants ne viendront pas demander de l'aide directement au pharmacien, mais ce sont les parents qui en demanderont, soit directement (en posant des questions), soit indirectement (en demandant un test urinaire afin de détecter la présence ou non de cannabis dans les urines). Dans tous les cas, le pharmacien devra, dans un premier temps, rassurer les parents et essayer de dédramatiser la situation, avant d'aborder le sujet du sevrage. [72]

1.5.4.2. Sevrage et réorientation

Contrairement au tabac, il n'existe pas de traitement de substitution. Le sevrage se fait par le biais de psychothérapie (les TCC et les entretiens de motivation) et de thérapie familiale. Ce qui doit amener le pharmacien à réorienter le patient vers un médecin pouvant effectuer ce type de prise en charge, ou encore à transmettre des adresses pour la prise en charge (le site drogue-info service, ou encore vers l'une des unités hospitalières d'addictologie, dont l'adresse et le numéro de téléphone sont facilement accessibles dans l'officine). De plus, le pharmacien ne doit pas accabler le patient parce qu'il consomme une drogue illicite, au contraire, s'il a fait la démarche de venir demander de l'aide, il est important de l'encourager. Cependant, même si le pharmacien se doit d'orienter le patient vers un spécialiste, cela ne veut en aucun cas dire que le pharmacien ne doit pas intervenir, même s'il ne s'occupe pas directement de la prise en charge, il est tout de même important d'accompagner le patient (mais aussi les parents quand il s'agit d'adolescents) dans sa démarche, en le soutenant et en répondant à ses possibles interrogations. [Algalarrondo O, 2014]

1.5.5. Bénéfice du sevrage

En ce qui concerne le cannabis, les connaissances actuelles concernant son implication dans le cancer étant déjà limitées, celles concernant un bénéfice à l'arrêt le sont d'autant plus. Cependant, l'arrêt est quand même avantageux pour plusieurs choses. La première étant de diminuer les troubles psychologiques et les pertes de mémoire induits par cette drogue, et de recouvrir des facultés intellectuelles normales. L'arrêt permet également d'arrêter d'augmenter son risque de cancer. [73]

Partie 2 : Mesures de prévention

Les mesures préventives sont de deux sortes. Il y a la vaccination où l'on immunise l'organisme à une maladie et le dépistage qui est un ensemble d'examen visant à détecter à un stade précoce, une maladie, chez une personne ne présentant aucun signe de cette maladie. Pour le dépistage, on va chercher à détecter les cancers le plus tôt possible dans le but de les traiter rapidement et d'augmenter les chances de guérison. Toutefois, tous les cancers ne sont pas dépistables. En effet, pour qu'un cancer soit dépistable, il faut qu'un test soit suffisamment sensible (plus il est sensible et plus le cancer sera détecté à un stade précoce) et spécifique (plus il est spécifique, moins le test sera positif pour autre chose que le cancer).

1. Vaccination

1.1. Le papillomavirus

1.1.1. Généralités

Appartenant à la famille des Papillomaviridae, les papillomavirus (Human papillomavirus ou HPV) sont des petits virus nus fréquents et résistants, ubiquitaires, spécifiques d'espèces. Ils sont composés d'une capsidie icosaédrique de petite taille, dont les deux protéines qui la composent sont codées par les gènes L1 (protéine majoritaire) et L2 (protéine minoritaire), et le génome est composé d'une molécule circulaire d'ADN double brin, contenant environ 8 000 paires de bases avec un seul brin codant. [9]/[23]

Les infections à HPV sont des infections à incubation longue, avec des formes asymptomatiques très fréquentes, et classées selon deux catégories, les cutanées (avec les verrues) et les muqueuses (les condylomes acuminés vénériens et les papillomes laryngés). [9]/[23]

La transmission de ces virus se fait par contact direct, notamment par contact direct entre muqueuses génitales et touchent principalement les femmes

jeunes entre 20 et 30 ans. On estime entre 300 000 et 600 000 nouveaux cas de condylomes, chaque année en France. [9]/[23]

Ces HPV peuvent être également être considérés comme non oncogènes « à bas risque » de cancer, par exemple les types 6 et 11 impliqués dans les condylomes. Mais ils peuvent être oncogènes « à haut risque » de cancer, avec notamment le HPV 16 et le HPV 18 qui sont impliqués dans 70 % des cas de cancers du col de l'utérus. Ce pouvoir oncogène est dû aux protéines E6 et E7, qui interagissent avec les protéines cellulaires p53 et pRB issues de gènes anti-oncogènes, empêchant ainsi la régulation du cycle cellulaire. De plus, les protéines E6 et E7 ne sont exprimées que dans les couches basales et suprabasales de la muqueuse du col utérin. [9]/[23]

1.1.2. Cancers du col de l'utérus

En 2012, on estime à plus de 3 000 le nombre de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus, et à plus de 1 000 le nombre de décès. De plus, selon une étude mondiale, les HPV seraient impliqués dans la quasi-totalité des cancers du col de l'utérus, avec pas moins de 13 types de virus à haut risque de cancers différents. Toutefois, une infection par un de ces virus n'est pas synonyme de cancer, dans 90 % des cas, le virus disparaît spontanément (éliminé par le système immunitaire). Mais dans 10 % des cas, le virus persiste pendant plusieurs années (10 à 15 ans) et pourra provoquer des lésions précancéreuses au niveau du col de l'utérus et, selon la profondeur des lésions, le risque va être plus ou moins important :

- si les lésions ne concernent que le premier tiers de l'épithélium, le risque de développer un cancer est de 1 %.
- si elles concernent les deux premiers tiers, le risque passe à 5 %.
- si elles concernent toutes l'épaisseur de l'épithélium, le risque passe à 12 %. [14]/[37]

1.1.3. Vaccins

Les vaccins contre les HPV sont des vaccins dits recombinants, c'est-à-dire obtenus par génie génétique, et utilisant des pseudo-particules virales (ou Virus Like Particle ou VLP). Ces VLP correspondent à la protéine L1, qui est la protéine majeure de la capside des HPV, et sont obtenus par introduction dans des eucaryotes des gènes L1. De plus, ces particules ne contiennent pas d'ADN viral, ne pouvant pas infecter les cellules et provoquer de maladie, et possèdent une morphologie quasi-identique aux virions, ce qui permet la production de hauts titres d'anticorps neutralisants. [9]/[23]

Il existe deux vaccins :

- Le vaccin Gardasil[®], vaccin quadrivalent qui permet d'obtenir une protection contre HPV 16 et 18 (forme oncogène), mais aussi contre HPV 6 et 11, responsables de condylomes. La vaccination nécessite 3 injections intramusculaires à 0, 2 et 6 mois.

- Le vaccin Cervarix[®], vaccin bivalent protégeant contre HPV 16 et 18, et nécessite trois injections intramusculaires à 0, 1 et 6 mois. [23]

Cette vaccination est recommandée chez les jeunes filles entre 11 et 14 ans, avec un rattrapage possible jusqu'à 19 ans, mais aussi jusqu'à 19 ans chez les hommes transplantés (ayant reçu une greffe) et vivant avec le VIH (virus de l'immunodéficience humaine), jusqu'à 26 ans chez les hommes ayant ou ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes. Le schéma recommandé par le Haut Conseil de la Santé Publique est le suivant :

- Pour les jeunes filles âgées de 11 à 13 ans, le schéma est de deux doses à six mois d'intervalle. En revanche, si les deux doses sont effectuées à moins de six mois d'intervalle, une troisième dose sera nécessaire.

- Pour les jeunes filles entre 14 et 19 ans et les hommes concernés par la vaccination, le schéma à trois doses est nécessaire. [23]/[77]/[139]

Enfin, la sécurité sociale prend en charge 70 % du prix de la prestation si elle est effectuée par le médecin et 60 % si elle est effectuée par une infirmière, sur prescription médicale. Quant au vaccin en lui-même, il est disponible uniquement sur prescription et est remboursé à 65 %, sur la base de 123,44 € par injection de Gardasil® (avril 2017) et sur la base de 111,52 € par injection pour le Cervarix® (avril 2017). [113]

1.1.4. Rôle du pharmacien

S'agissant d'une vaccination et ne pouvant prescrire lui-même, le pharmacien devra donc diriger les patients vers un médecin. Toutefois, ce n'est pas là l'unique rôle du pharmacien, car avant de rediriger vers un médecin, il faut prévenir les parents de l'existence de tels vaccins et les informer de leurs intérêts pour leurs enfants, cela peut se faire par la distribution de brochure par exemple (annexe 8), ce qui va permettre de soutenir les campagnes de vaccination menées par l'Institut National contre le Cancer (par exemple). Le pharmacien aura pour rôle d'expliquer en quoi consiste la vaccination, quels en sont les bénéfices, et de répondre à toutes leurs interrogations afin de les convaincre de faire vacciner leur(s) fille(s), en s'appuyant sur le cahier thématique du conseil de l'ordre par exemple (annexe 9). [72]

Et c'est à ce moment que les choses peuvent se compliquer. En effet, même si les bienfaits de la vaccination ont été prouvés, certaines personnes peuvent se montrer réticentes, voir même totalement opposées, et cela à cause de plusieurs choses. La première va venir de la peur des effets indésirables, notamment des cas de maladies auto-immunes (polyarthrite rhumatoïde, syndrome de Guillain-Barré, ...) qui ont pu être rapportés par les médias. Voyant cela, certains parents refusent la vaccination de peur de ces effets indésirables. Or, une étude menée par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et l'Assurance Maladie, n'a montré qu'une augmentation probable du risque de syndrome de Guillain-Barré (parmi les

quatorze maladies auto-immunes étudiées), ce qui peut aider à rassurer les parents à ce sujet. [38]/[39]/[124]

Ensuite, on va trouver les personnes qui doutent de l'efficacité du vaccin, ce dernier ne protégeant que contre deux types de HPV. En effet, la vaccination ne va pas protéger contre toutes les formes de HPV oncogène, mais les formes qu'elle couvre sont impliquées dans 70 % des cancers du col de l'utérus, ce qui n'est pas négligeable. [38]/[39]

Enfin, nous pouvons trouver des obstacles tels que le coût de la vaccination, auquel cas il y a possibilité d'orienter vers certains centres tels que les centres de protection maternelles et infantiles ou PMI (l'injection y est faite gratuitement), ou encore en s'assurant d'un bon remboursement grâce à la couverture maladie universelle complémentaire (par exemple). À côté de cela, on peut trouver certaines personnes n'osant pas en parler car cela est associé à la sexualité de leurs filles, sujet tabou pour elles. De même, certaines personnes ne vont pas en voir l'intérêt et pensent même que cela peut inciter des adolescents à avoir une vie sexuelle. [38]/[39]

Pour finir, le mot d'ordre dans ce genre de situation est « le dialogue ». En effet, il faut parler avec les patients afin de leur faire comprendre l'importance de la vaccination, sans les forcer à l'accepter. Pour certains, cela peut prendre du temps, le mieux étant de les laisser y réfléchir, et d'être prêt à reprendre le dialogue quand ils le désireront.

1.1.5. Conséquences

Depuis environ trente ans, on observe une diminution des taux d'incidence et de mortalité des cancers du col de l'utérus (l'incidence est passée de 15 pour 100 000 à 6,7 pour 100 000, et la mortalité est passée de 5 pour 100 000 à 1,8 pour 10 000). Cependant, cette diminution n'est pas la conséquence de la vaccination, mais plutôt celle des frottis de dépistage. En effet, dans la prévention, le vaccin

semble n'avoir qu'une place minime, notamment à cause de limites liées au vaccin :

- La plus importante étant la couverture vaccinale (c'est-à-dire avoir reçu les trois injections) de la population est faible. En effet, depuis sa commercialisation en 2006 (Gardasil[®]) et en 2008 (Cervarix[®]), une diminution de cette couverture a été observée. Elle était de 26 % en 2009 (un an après la recommandation de vaccination) et était de 17 % en 2014. Cette diminution va s'amorcer en 2010, date à laquelle les premiers cas de maladie auto-immune ont été associés à la vaccination.

- Ensuite le spectre d'activité du vaccin est limité au seul HPV 16 et 18 (les plus oncogènes), or il y a plus d'une douzaine de formes d'HPV oncogènes.

- Enfin, la protection est inefficace si la personne a déjà contracté le virus. [13]/[126]/[127]

Toutefois, même si pour le moment son importance est limitée, la vaccination ne doit pas être négligée et permet d'obtenir une prévention efficace quand elle est couplée aux frottis de dépistage. C'est pour cela que tout doit être mis en œuvre pour augmenter cette couverture vaccinale.

1.2.Hépatite B

1.2.1. Généralités

L'hépatite B (VHB) appartient à la famille des Hepadnaviridae. Il s'agit de virus enveloppés, à capsidie icosaédrique, avec un génome à ADN partiellement double brin, et une enveloppe constituée de 3 protéines de surface (la sAgHBs, la MAgHBs, et la LAgHBs), ces protéines permettant l'attachement à la cellule cible, et induisant la synthèse d'anticorps anti HBs. La répartition géographique est inégale ; le virus va être très présent en Afrique, dans une partie de l'Asie (Chine notamment), ainsi qu'en Amérique du nord (Canada, Alaska, mais aussi une partie

du Groenland). Son réservoir est strictement humain et il possède une très forte contagiosité. [10]/[24]

La transmission peut se faire de différentes manières :

- Par voie sexuelle
- Par voie sanguine (principalement due à la toxicomanie, mais aussi lors de transfusion, de greffe d'organe, de tatouages, ...)
- Par transmission mère/enfant lors de l'accouchement ou de l'allaitement (transmission surtout présente dans les régions de forte prévalence du VHB). [10]/[24]

Il existe deux types d'hépatite B, la première étant l'hépatite aiguë qui se caractérise par une période d'incubation de 1 à 3 mois et se présente sous différentes formes :

- La forme asymptomatique (dans 70% des cas),
- La forme symptomatique, qui se manifeste par une altération de l'état général (légère fièvre, douleurs, troubles digestifs, nausées, vomissements, ...), suivie par un ictère. Cela dure quelques semaines, puis la plupart des personnes présentent une amélioration.
- La forme fulminante (1 à 2 % des cas) se manifestant par un taux de prothrombine inférieur à 45 % et des signes neurologiques (encéphalopathie, coma) et biologiques d'insuffisance hépatique, une nécrose hépatique massive et un syndrome hémorragique. Cette forme est létale dans 90 % des cas (en l'absence de transplantation hépatique). [10]/[24]

La guérison survient dans 95 % des cas. Toutefois, il arrive que les malades développent une forme chronique de la maladie. Cela peut se manifester par une hépatite chronique (nécrose, inflammation et fibrose hépatique), par cirrhose ou encore par un carcinome hépatocellulaire. [10]/[24]

1.2.2. Cancer du foie

On estime à près de 9000 le nombre de cancers du foie diagnostiqués chaque année en France. Parmi ces cas, le VHB serait responsable de 15 % des cas de cancer du foie chez l'homme et de 3 % des cas chez la femme. En effet, l'hépatite B augmente le risque de développer un cancer du foie, et selon une étude réalisée en Inde, le risque de développer un cancer du foie est multiplié par près de 39 en cas de présence d'une hépatite. Toutefois, ce risque est également augmenté en cas d'une hépatite guérie (AgHBs négative et anticorps anti-HBs positif), le risque de développer un cancer étant multiplié par 12. [Kumar M, 2007]/[40]/[57]

De plus, des études ont permis de mettre en évidence une protéine intervenant dans la cancérisation des cellules hépatiques. Il s'agit de la protéine virale HBx, cette dernière est absolument nécessaire à la multiplication du virus et perturberait le bon fonctionnement des cellules infectées. [40]/[57]

1.2.3. Vaccins

Face au VHB, la meilleure protection reste la vaccination. Le vaccin est obtenu par génie génétique, et utilise les protéines AgHBs, protéines de surface de l'enveloppe du virus afin de créer une réponse immunitaire. [24]

Il existe deux vaccins actuellement sur le marché : Engerix B[®] (10 µg pour les patients de moins de 15 ans et 20 µg pour les plus de 15 ans, composé d'antigène de surface d'hépatite B, obtenu par la technique de l'ADN recombinant) et HBVaxPro[®] (5 µg pour les enfants de moins de 15 ans et 10 µg pour ceux de plus de 15 ans, composé d'antigène de surface recombinant de l'hépatite B). Toutefois, les modalités de vaccination varient selon l'âge. [128]/[129]

Chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent, le schéma est le suivant

- Pour les nourrissons, la vaccination se fait à l'âge de 2, 4 et 11 mois (vaccin hexavalent : InfarixHexa[®] et Hexyon[®]).

- Pour les enfants jusqu'à 11ans, le rattrapage est effectué selon le schéma classique à trois doses (M0, M1, M6).

- Pour les adolescents (de 11 à 15 ans inclus) n'ayant pas encore été vaccinés, la vaccination peut se faire de deux manières et être co-administrée avec le vaccin contre les papillomavirus chez la jeune fille :

- o Soit en suivant le schéma classique à trois doses (M0, M1, M6).

- o Soit en suivant un schéma à deux injections (M0, M6), en respectant un intervalle de six mois entre les deux doses et en absence d'exposition au risque d'infection par le VHB. Dans ce cas, seul Engerix B® sera utilisé.

- Pour les nouveaux nés de mère porteuse de l'antigène HBs, avec une injection à la naissance (combinée avec une injection d'immunoglobuline anti-HBs), puis à M1 et M6. Un contrôle des AgHBs et des Ac anti-HBs doit être effectué un à quatre mois après la dernière dose de vaccin. [75]

A partir de 16 ans, la vaccination va uniquement être recommandée dans des conditions spécifiques :

- Dans un premier temps, la vaccination va être obligatoire pour les professions médicales et nécessite une attestation médicale comportant un résultat d'anticorps anti-HBs > 100UI/L.

- Ensuite, cette vaccination va être recommandée pour des personnes se trouvant exposées à ce risque par le biais de leurs activités professionnelles ou bénévoles, avec notamment les différentes professions médicales, où le risque d'exposition au sang et autres produits biologiques est important, mais nous retrouvons aussi les policiers, les tatoueurs, les égoutiers, les éboueurs,

- Enfin, chez certaines personnes exposées non immunisées (et après avoir fait un dépistage) :

- o Nous avons les personnes nées, ayant résidé ou pouvant être amenées à résider dans des pays à risque d'exposition au VHB, ou toutes personnes voyageant dans un de ces pays (dans ce dernier cas, l'évaluation se fait au cas par cas).

- o Les personnes ayant dans leur entourage (vivant sous le même toit), ou un partenaire sexuel présentant une infection à VHB. De même, une personne ayant des relations sexuelles avec des partenaires différents sera concernée par cette recommandation.

- o Les patients susceptibles de recevoir des transfusions ou une greffe.

- o Les usagers de drogues par voie intraveineuse ou intra-nasale.

- o Les personnes qui séjournent ou ont séjourné en milieu carcéral.

- o Les personnes séropositives pour le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine), le VHC (virus de l'Hépatite C) ou avec une infection sexuellement transmissible en cours ou récente.

- o Les adultes accueillis dans les institutions psychiatriques.

- o Les personnes adeptes du tatouage ou du piercing (le perçage d'oreille n'étant pas concerné). [75]

Cependant, il existe également des schémas vaccinaux accélérés qui seront utilisés dans certains cas particuliers qui sont :

- Pour les personnes en situation de départ imminent en zone d'endémie.

- Les personnes détenues.

- Les patients en attente de greffe d'organe solide (de foie notamment).

- A titre exceptionnel, les étudiants des filières médicales et paramédicales, ainsi que certaines professions. [75]

Le schéma utilisé comprend trois injections en vingt-et-un jours suivies d'un rappel à un an. Le vaccin utilisé est Engerix B[®] et les injections se font à J0, J7 et J21, avec un rappel au bout d'un an (M12). [75]

Pour les professionnels de santé et les patients en attente de greffe, un dosage des anticorps anti-HBs sera effectué un mois après la quatrième injection (M12) afin de dépister les non répondeurs. [75]

Enfin, pour ce qui est de sa prise en charge, la vaccination est remboursée à hauteur de 70 % si elle est effectuée par un médecin, et à 60 % si elle est faite par une infirmière, et pour ce qui est du vaccin en lui-même, ce dernier est remboursé à 65 %, quel qu'il soit, mais le coût varie selon le vaccin : [125]

- Pour Engerix B[®], il est de 9,34 euros (janvier 2017) pour celle à 10 µg et de 17,01 euros (janvier 2017) pour celle à 20 µg. [89]

- Pour HBVaxPro[®], le vaccin de 5 µg est à 8,84 euros (janvier 2017) et celle de 10 µg est à 16,13 euros (janvier 2017). [88]

En ce qui concerne les vaccins combinés :

- Pour InfarixHexa[®], le vaccin coûte 38,76 euros (juillet 2017) [90]

- Pour Hexyon[®], le vaccin est de 38,17 euros (juillet 2017). [91]

Toutefois, il faut noter que le vaccin est gratuit s'il est obligatoire et si l'injection est réalisée dans un centre de vaccination (dispensaire, centre de protection maternelle et infantile, centre de vaccination à titre gratuit). [125]

1.2.4. Rôle du pharmacien

Dans un premier temps, le pharmacien va avoir un rôle d'information, en participant aux campagnes de prévention, cela pouvant se faire par la distribution de brochure d'information (annexe 9). Cette diffusion d'information est importante afin d'avertir des risques que représente l'hépatite B et de la nécessité de la vaccination contre cette dernière. [72]

Ensuite, le pharmacien aura la responsabilité de répondre aux interrogations des patients, et d'essayer de les convaincre de se faire vacciner (eux-mêmes s'ils sont concernés par la vaccination, ou toute autre personne de leur entourage pouvant l'être).

Et les interrogations à ce sujet peuvent être nombreuses et diverses, sur les modalités de vaccination, le prix, et surtout le problème des effets indésirables. Ce dernier point est l'élément principal qui pousse les patients et les parents à refuser la vaccination, notamment par peur de contracter la sclérose en plaques. En effet, dans les années 2000, il y eut une polémique selon laquelle la vaccination contre le VHB pouvait entraîner une sclérose en plaques, entraînant par la suite une crainte de cette vaccination. Or, des études ont montré qu'il n'y avait aucun lien de causalité entre la sclérose en plaques et la vaccination contre le VHB, et c'est sur ce point que les pharmaciens ont un rôle très important à jouer, car sans cette crainte, la vaccination ne devrait plus être un problème. [75]

Toutefois, le risque d'effets indésirables n'est pas le seul frein à la vaccination. D'autres éléments peuvent entrer en compte comme le prix de la vaccination. Dans ce cas, des solutions peuvent être proposées comme diriger la personne vers un centre de vaccination dans lequel la vaccination sera effectuée gratuitement.

Dans d'autres cas, les parents ne vont pas voir l'utilité de la vaccination car cette dernière peut être associée à la toxicomanie, ou encore à la sexualité, ce qui peut entraîner un blocage chez certains parents. Or, comme ce ne sont pas les seuls modes de transmission, le rappeler aux parents peut s'avérer être un bon argument pour les convaincre de faire vacciner leurs enfants. Dans tous les cas, il nous faut au minimum les informer des risques de l'hépatite B et des avantages de la vaccination, les patients pourront toujours venir en reparler plus tard. [75]

Enfin, même si la vaccination protège bien contre le VHB, le pharmacien a pour rôle de rappeler les modes de transmissions (voie sanguine, sexuelle et materno-fœtale) les mesures de prévention pour éviter toute contamination :

- L'utilisation de préservatif lors des relations sexuelles protège le (la) partenaire non immunisé(e).
- Le partage d'objets d'hygiène (brosse à dents, rasoirs, coupe-ongles, ...) est déconseillé.
- Le matériel d'injection (seringue, aiguille, coton, cuillère, ...) ne doit pas être partagé. [75]

La réalisation d'un tatouage ou d'un piercing ne doit être faite qu'avec du matériel à usage unique et stérile. [75]

1.2.5. Conséquence

L'évolution de l'incidence du cancer du foie entre 1980 et 2005, diffère chez l'homme et la femme. En effet, alors que l'on observe une augmentation de l'incidence de 4 % par an chez la femme, elle est de 3,8 % par an entre 1980 et 2000, puis de 1,9 % entre 2000 et 2005 chez l'homme. Or, ce que l'on peut observer, ce sont justement des augmentations, et non des diminutions, mais cela ne veut pas dire que la vaccination n'apporte rien, d'autant plus que la couverture vaccinale a fortement progressé ces dernières années, avec 80 % des enfants de 24 mois vaccinés en 2013, contre 47 % en 2008. Nous ne verrons pas la conséquence de cette vaccination avant quelques années. Le cancer du foie n'est pas exclusivement dû à une hépatite B. Il y a d'autres facteurs tels que le tabac et l'alcool, mais aussi l'hépatite C pour laquelle il n'existe pas de vaccin. Au final, la prévention va donc se faire non pas par la lutte contre un unique facteur mais bien contre plusieurs, avec la lutte anti-tabac et la prévention de l'alcoolisme, mais elle doit être soutenue par la vaccination contre l'hépatite B. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, dans le plan cancer 2014-2019, trois actions vont concerner les hépatites : une visant à améliorer la couverture vaccinale contre le VHB, la seconde visant à sensibiliser les professionnels de santé à l'intérêt du contrôle du tabagisme et de l'alcoolisme chez les patients atteints d'une hépatite B ou C (permettant une

réduction du risque de cancer), et enfin la dernière action visant à développer le dépistage des hépatites virales chez les personnes à risque, et ainsi permettre une meilleure prise en charge de la maladie et une détection plus précoce des complications, avec le carcinome hépatocellulaire entre autres. [40]/[65]/[126]/[127]

2. Dépistage organisé

2.1. Cancer du sein

2.1.1. Généralités

En 2012, le nombre de nouveaux cas de cancers du sein était estimé à plus de 48 000 (1 % de ces cancers concernaient les hommes) et le nombre de décès à 11 900. Dans 95 % des cas, il s'agit d'un adénocarcinome se développant à partir des cellules des canaux (cancer canalaire) ou, plus rarement, à partir des cellules des lobules (cancer lobulaire). [114]

Toutefois, il existe d'autres types de cancer beaucoup plus rares, mais aussi des distinctions selon le stade d'évolution : on parlera de cancer du sein non infiltrant, quand les cellules sont confinées aux canaux et aux lobules ; quand les cellules cancéreuses envahissent le tissu mammaire et affecte les tissus autour, pouvant aller jusqu'à former des métastases dans d'autres parties du corps, on parle de cancer infiltrant. [114]

Les principaux facteurs de risques du cancer du sein chez la femme sont :

- L'âge (78 % des cancers sont diagnostiqués chez les femmes de plus de 50 ans).
- Les antécédents familiaux (le risque augmente s'il existe des antécédents de cancer dans la famille).
- Les prédispositions génétiques, avec des altérations des gènes BRCA1 ou BCRA2.
- Les antécédents personnels de cancer du sein ou d'hyperplasie atypique du sein.
- Les antécédents d'irradiation du thorax (radiothérapie pour un autre cancer par exemple).

- Les facteurs hormonaux : règles précoces (avant 12 ans), ménopause tardive (après 50 ans), absence de grossesse ou grossesse tardive (après 35 ans), absence d'allaitement.
- La densité mammaire (le risque augmentant avec la densité).
- Les contraceptifs oraux et les traitements hormonaux de la ménopause.
- Le surpoids et l'obésité.
- Le tabac.
- L'alcool. [114]

En ce qui concerne le cancer du sein chez l'homme, il s'agit le plus souvent de carcinome canalaire infiltrant et les facteurs de risque reconnus sont les suivants :

- L'âge (le risque augmente avec ce dernier).
- Les antécédents familiaux.
- Une prédisposition génétique, notamment une mutation du gène BRCA2.
- Le syndrome de Klinefelter (affection due à la présence d'un chromosome X supplémentaire, entraînant un taux élevé d'œstrogènes et un faible taux d'androgènes, ce qui augmente le risque de cancer du sein).
- Une exposition aux rayonnements du thorax par le passé (radiothérapie par exemple).
- Une cirrhose du foie (on retrouve une augmentation du taux d'œstrogènes et une baisse du taux d'androgènes). [114]

Enfin, il semble bon de rappeler que plus un cancer du sein (féminin comme masculin) est pris en charge tôt, plus les chances de guérison sont élevées. On estime que pour une tumeur de moins de un centimètre, les chances de guérison sont de 90 %. [114]

2.1.2. Dépistage

Il existe différentes méthodes de dépistage du cancer du sein.

Dans un premier temps, il y a les examens effectués en routine :

- l'examen des seins, celui-ci pouvant être effectué soi-même, mais aussi par un médecin généraliste ou un gynécologue. Cet examen doit être effectué une fois par an, à partir de 25 ans selon les recommandations.
- la mammographie (deux clichés par sein, face et oblique).
- l'échographie (explorations du sein grâce aux ultrasons).

En cas de doute de tumeur, seront effectués les examens suivants :

- la cytoponction et la biopsie (examen au microscope d'un fragment de tumeur).
- le scanner (imagerie par rayon X) ou l'IRM (imagerie par résonance magnétique). [41]/[130]

Par ailleurs, en cas de prédisposition familiale, un dépistage génétique sera effectué pour déterminer la présence, ou non, de gènes augmentant le risque de cancer du sein. Le dépistage génétique est couplé à un examen clinique des seins, afin de détecter la présence ou non d'une lésion cancéreuse. [131]

2.1.3. Dépistage organisé

Depuis 2004, la France a mis en place au niveau national un programme de dépistage organisé du cancer du sein, dans le but d'améliorer la détection précoce et donc la prise en charge du cancer du sein. Ce programme consiste à envoyer tous les deux ans un courrier d'invitation personnalisé aux femmes âgées de 50 à 74 ans, afin qu'elles se rendent chez un radiologue agréé (les coordonnées sont incluses dans le courrier) pour y effectuer la mammographie et l'examen clinique, le tout étant pris en charge à 100 % par l'assurance maladie et sans avance de frais. Ensuite, si aucune anomalie n'est détectée, une relecture de la mammographie est effectuée par un second radiologue expert et si rien n'est détecté, la patiente sera invitée à effectuer un nouveau dépistage dans deux ans. Quand une anomalie est décelée (à la première ou à la seconde lecture), un bilan diagnostique (biopsie, ...) sera effectué afin de démarrer au plus tôt la prise en charge. Cependant ces examens complémentaires ne sont pas pris en charge à 100 %, mais aux conditions habituelles de remboursement. [41]

Enfin, ce programme n'est éligible qu'aux femmes de 50 à 74 ans et qui ne sont pas :

- A risque élevé de cancer du sein : antécédent personnel de cancer du sein, image anormale lors de la dernière mammographie, existence d'une néoplasie lobulaire et existence d'une hyperplasie épithéliale atypique.
- A risque très élevé de cancer du sein : forme héréditaire de cancer du sein et présence de mutations génétiques (notamment BRCA1 et BRCA2). [41]

Dans ces cas, une surveillance spécifique sera mise en place (mammographie annuelle, échographie, IRM, ...). [41]

2.1.4. Rôle du pharmacien

L'avantage premier du pharmacien d'officine va résider dans son accessibilité et la visibilité que va apporter son officine, ces deux éléments vont ainsi permettre une bonne diffusion des informations. Cette diffusion d'information va notamment avoir pour objectif d'informer les femmes de l'existence du programme de dépistage, ainsi que des bénéfices que peut apporter ce dépistage, par la distribution de brochure par exemple (annexe 10). Pour ce faire, le pharmacien pourra s'appuyer sur les campagnes d'information, notamment sur la campagne « octobre rose ». [132]

Cette campagne qui se déroule durant tout le mois d'octobre est consacrée au cancer du sein et s'accompagne de différents événements visant à sensibiliser la population au cancer du sein, tels que des « flashs mobs », l'illumination de la Tour Eiffel en rose, des marathons, ainsi que des campagnes télévisées, des affiches, ou encore le port d'un nœud rose, symbole de la campagne. Cette diffusion d'information peut amener le pharmacien à jouer son rôle de conseil aux patients. [132]

Suite aux informations diffusées, le pharmacien devra répondre aux interrogations des patientes. En effet, certaines femmes vont vouloir avoir plus d'informations sur le cancer, sur le moyen de s'en prémunir et surtout sur le dépistage et son déroulement, suite à la réception de la lettre d'invitation au dépistage par exemple. Cela aura pour effet de les rassurer, mais aussi de les convaincre d'aller se faire dépister, car l'une des raisons du refus de se faire dépister est la peur de la découverte d'un cancer (ainsi que le manque de temps, la difficulté d'accès au lieu de dépistage ...). De plus, le pharmacien doit participer, dans la mesure du possible, à l'information des femmes dites à risques (on pensera notamment aux femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein et dont le pharmacien a connaissance de ces antécédents), pour les inciter à effectuer une

auto-surveillance plus accrue et à prendre rendez-vous avec leur médecin afin de mettre en place un dépistage plus fréquent.

De plus, une information sera également à effectuer auprès des patientes sous traitement hormonal de la ménopause. En effet, ces traitements augmentent le risque de cancer du sein. Toutefois, leur implication étant débattue (l'augmentation du risque pouvant varier selon les principes actifs, la durée de traitement, la voie d'administration, ...) le pharmacien ne pourra pas donner de réponse précise, mais pourra conseiller à la patiente d'en parler à son gynécologue. De son côté le pharmacien devra prévenir la patiente des dangers de certaines plantes contenant des phyto estrogènes, tel que le soja, qui vont être une contre-indication en cas de cancer du sein.

Enfin, il peut être intéressant d'informer de l'existence du cancer du sein chez l'homme, cancer très méconnu chez l'homme, en ciblant plus particulièrement les hommes ayant des facteurs de risques accru de cancer, tels que des antécédents familiaux ou encore les personnes ayant déjà été exposées à des rayonnements au niveau du thorax.

2.1.5. Résultats

Avec plus de 2 520 000 femmes dépistées en 2014, la France a atteint un taux de participation de la population-cible de 52,1% (sans compter les 10 à 15 % de femmes de 50 à 74 ans se faisant dépister dans une démarche de détection individuelle) ce qui représente une progression importante quand elle est comparée aux chiffres de 2004-2005, correspondant au début du dépistage en France, où la participation était de 42,5% (le maximum ayant été atteint en 2011-2012 avec un taux de 52,7 %). Sur la période 2011-2012, 7,5 cancers pour 1 000 femmes dépistées ont été enregistrés dans le cadre du dépistage organisé, dont 9% d'entre eux sont détectés après la seconde lecture. [12]/[15]/[41]

A côté de cela, la mortalité du cancer du sein est à la baisse depuis quelques années. Effectivement, après être restée relativement stable jusqu'aux alentours de 1995, cette dernière a commencé à diminuer, notamment à partir de 2005, où l'on observe une diminution de 1,5% par an (entre 2005 et 2012). Cette diminution est la conséquence de la mise en place du dépistage, mais pas seulement. En effet, les progrès effectués dans la prise en charge thérapeutique du cancer du sein ont également contribué à cette diminution. [12]/[15]/[41]

2.2.Cancer colorectal

2.2.1. Généralités

Comme nous l'avions énoncé plus tôt, on estime à 42 000 le nombre de nouveaux cancers colorectaux (55% des cas concernant les hommes) et à 17 000 le nombre de décès par ce cancer (dont 9 000 chez l'homme et 8 000 chez la femme). De plus, 95 % des cancers surviennent chez des personnes de plus de 50 ans. [15]

Dans la majorité des cas, ces cancers sont des adénocarcinomes et se développent à partir de tumeurs bénignes (polype adénomateux ou adénome plat). De plus, les cancers colorectaux sont à 60 % des cancers du côlon et à 40 % des cancers du rectum. [115]

Les principaux facteurs de risque de cancer colorectal sont :

- L'âge (le risque augmentant après 50 ans).
- Un antécédent de cancer colorectal ou de tumeur bénigne colorectale.
- Un régime alimentaire riche en viande rouge et en charcuterie, le surpoids et l'obésité, la consommation excessive d'alcool, le tabagisme.

- Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, ...).

- L'hérédité, le risque étant accru si un parent du premier degré (père, mère, frère ou sœur), a eu un cancer colorectal ou un gros adénome avant 65 ans, si un ou deux parents du premier degré ont eu un cancer colorectal (quel que soit l'âge de survenue). Enfin, il existe des formes familiales de cancers colorectaux avec ou sans polypose (moins de 5 % des cas). [115]

En conclusion, il est important de rappeler que plus un cancer est diagnostiqué tôt, mieux il se soigne et plus les chances de survies sont importantes (9 cancers sur 10 guérissent si leur détection est précoce). [115]

2.2.2. Dépistage

Les examens réalisés dans un but de dépistage sont :

- Le test immunologique. Il est effectué dans le but de rechercher la présence de sang dans les selles. Il remplace l'Hemocult[®], ancien test recherchant également la présence de sang dans les selles, mais bien moins sensible (le test immunologique détecte 2 à 2,5 fois plus de cancers et 3 à 4 fois plus d'adénomes), moins fiable et plus compliqué à mettre en œuvre (l'Hemocult[®] demandait six prélèvements contre un seul pour le test immunologique). De plus, le test immunologique fait la différence entre le sang humain et le sang animal (issu d'un steak par exemple).

- La coloscopie, examen permettant de visualiser l'intérieur de l'intestin afin d'y déceler d'éventuels polypes ou lésions cancéreuses. [42]/[60]/[116]

Enfin, il existe également des tests génétiques afin de déterminer la présence d'une mutation favorisant la survenue de cancer. Ces tests sont destinés aux

personnes ayant des antécédents familiaux de polypose adénomateuse ou de cancers colorectaux. [43]

2.2.3. Dépistage organisé

Lancé en 2009, le dépistage organisé a pour objectif d'améliorer la détection précoce et la prise en charge des cancers colorectaux. Tous les deux ans, les personnes concernées par le dépistage, reçoivent chez elles une invitation à consulter leur médecin traitant afin de recevoir un kit de dépistage contenant tout le matériel nécessaire pour réaliser le prélèvement de selles. Une relance est effectuée à 3 mois et à 6 mois si les personnes ne sont pas venues chercher leur kit, kit qui peut également être récupéré auprès de son médecin traitant sans invitation. Ce dépistage se déroule en deux temps [44]/[45]/[46]/[117]

Dans un premier temps, le patient doit effectuer un test de recherche de sang occulte dans les selles. En effet, certains polypes ou cancers provoquent des saignements le plus souvent des saignements minimes qui ne sont pas détectables à l'œil nu. Depuis 2015, la recherche est effectuée grâce à un test immunologique et se déroule ainsi :

- Il faut d'abord effectuer un prélèvement de selles, pour cela, un dispositif de recueil de selles à disposer sur la lunette des toilettes est fourni dans le kit.
- Une fois les selles recueillies, il faut en prélever un échantillon, à l'aide de la tige présente à l'intérieur du tube fourni, remettre la tige dans le tube, fermer le tube et l'agiter énergiquement.
- Une fois le prélèvement effectué, il ne reste plus qu'à l'envoyer au laboratoire pour l'analyse, en suivant les instructions fournies avec le kit (annexe 11). Il est recommandé d'envoyer le prélèvement dans les 24 heures. [44]/[45]/[46]/[117]

Ensuite, une réponse sera transmise à la personne, soit par courrier, soit par le biais du site internet « résultat-dépistage.fr », dans les deux semaines suivant l'envoi de l'échantillon. Selon les résultats, deux cas de figure sont possibles :

- Soit le test est négatif, dans ce cas le patient sera invité à effectuer une nouvelle fois ce test dans deux ans. Toutefois, le test ne détecte pas les polypes ou cancers qui ne saignent pas, donc le patient ne devra pas hésiter à consulter son médecin traitant s'il présente des douleurs abdominales, des troubles digestifs inhabituels et persistants, ou encore du sang dans ses selles.
- Soit le test est positif, dans ce cas le patient passera dans la seconde phase du dépistage. [44]/[45]/[46]/[117]

Dans un second temps, pour les patients ayant reçu un résultat positif au test immunologique, une coloscopie sera réalisée par un gastroentérologue assisté par un médecin anesthésiste, afin d'identifier la cause du saignement repéré par le test, mais aussi, de retirer les éventuels polypes avant qu'ils ne deviennent cancéreux, ou encore, si un cancer est détecté, de mettre en place une prise en charge pour le patient. [44]/[45]/[46]/[117]

Ce programme de dépistage s'adresse uniquement aux personnes de 50 à 74 ans dont le niveau de risque de cancer colorectal est jugé « moyen ». Les personnes ayant un niveau de risque dit « élevé » (patients ayant un antécédent personnel de cancer, ayant un ou plusieurs parents du premier degré ayant eu un cancer colorectal, ayant une maladie inflammatoire chronique de l'intestin étendu au moment du diagnostic et évoluant depuis plus de vingt ans) ou « très élevé » (forme héréditaire de polypose adénomateuse ou de cancer colorectal) ne seront pas concernées par ce programme. Elles bénéficient d'une prise en charge spécifique à leurs niveaux de risque. [44]/[45]/[46]

Enfin, concernant la prise en charge financière de ce dépistage, la sécurité sociale prend en charge à 100 % le test immunologique ainsi que son interprétation.

Toutefois, les consultations médicales ainsi que la coloscopie réalisées en cas de résultat positif ne sont pas prises en charge à 100 %, mais selon les conditions habituelles. [117]

2.2.4. Rôle du pharmacien

Dans le dépistage des cancers colorectaux, le pharmacien va avoir deux principaux rôles, l'information et le conseil.

Pour la diffusion d'information, le pharmacien pourra s'appuyer sur la visibilité que lui apporte l'officine, mais aussi sur les campagnes de prévention, notamment sur la campagne « Mars bleu » qui a pour but de sensibiliser la population au dépistage du cancer colorectal. Pour ce faire, des campagnes de sensibilisation sont diffusées à la télévision et sur les radios, des dossiers d'information grand public, mais aussi le « colon tour », qui est un tour de France au cours duquel il est possible de visiter un colon géant. Le but de ce tour de France étant d'expliquer le fonctionnement de l'intestin, ainsi que les différents stades des lésions, afin de sensibiliser la population au dépistage. Enfin, en 2013 du moins, les pharmacies ont pu participer à une action d'information et de sensibilisation, au travers d'une enquête (les patients sont interrogés sur leur pratique du dépistage et selon les résultats, une fiche conseil leur est remise afin de les inviter à consulter leur médecin traitant ou une structure de dépistage proche). Une fois cette diffusion d'information effectuée, le pharmacien entrera dans son second rôle : celui de conseil. [61]/[133]

En effet, le pharmacien va avoir un rôle prépondérant de conseil aux patients. Ces derniers peuvent, suite aux différentes campagnes, ou encore suite à la réception de l'invitation au dépistage, avoir des questions ou des inquiétudes concernant le dépistage et le risque de cancer. Le pharmacien aura donc pour objectif de répondre à ces questions et de calmer leurs inquiétudes, afin de faciliter leurs adhésion au dépistage, les principales limites étant la peur de la découverte d'un cancer, ou encore le prélèvement des selles qui en répugne plus d'un. De plus,

sachant que le dépistage est à effectuer par les patients eux-mêmes, il se peut que certaines personnes ne comprennent pas le fonctionnement du kit (comment prélever, où l'envoyer, ...), dans ces cas-là, le pharmacien se doit de les aider en leur expliquant le déroulement du dépistage.

Enfin, dans la mesure du possible, le pharmacien devra faire une information personnalisée aux personnes dites à risques plus élevés (dans le cas où le pharmacien a connaissance d'antécédents familiaux par exemple), afin de les inciter à consulter leur médecin afin d'effectuer des contrôles plus fréquents. De même, si le patient demande à réaliser un auto-test de dépistage (afin de se rassurer par exemple), le pharmacien pourra lui en conseiller un (on retrouvera principalement en pharmacie les auto-tests Medisur[®] et Mylan[®]). Ces tests ont pour but de détecter la présence de sang dans les selles, avec une assez bonne sensibilité et spécificité (proche de celle du test utilisé lors du dépistage organisé), mais avec plus de contraintes (le test Medisur[®] demande un prélèvement par jour sur trois jours consécutifs, au lieu d'un pour le test du dépistage). De plus, lors de la délivrance, le pharmacien doit expliquer la procédure à suivre en cas de test positif (consulter son médecin traitant) ou de test négatif (continuer la surveillance et réaliser un autre test plus tard si le patient le désire). Toutefois, si le patient fait partie de la population cible du dépistage organisé, on lui conseillera de faire le dépistage classique plutôt qu'un auto-test, le dépistage classique permettant un suivi plus régulier et assurant une meilleure prise en charge en cas de résultat positif.

2.2.5. Résultats

Sur la période 2013-2014, près de 5 millions de personnes ont participé au dépistage du cancer colorectal, ce qui représente un taux de participation de 29,8 %, participation en baisse quand on le compare à celui de 2010-2011 qui était de 32,1 %. De plus, ces chiffres sont loin d'atteindre l'objectif européen minimal qui est de 45 % et l'objectif souhaitable de 65 %. Parmi les participants, les femmes

sont plus enclines au dépistage (avec 31,5 % de participation contre 27,9 % pour les hommes, sur la période 2013-2014), de même la participation augmente avec l'âge (23,8 % chez les hommes de 55-59 ans, contre 36,1 % chez les hommes de 70-74 ans). [44]/[45]/[134]/[135]

Pour ce qui est de la positivité au test de dépistage, 103 700 tests se sont révélés positifs, soit un taux de positivité de 2,2 %, avec une prédominance de positivité chez les hommes (2,5 % contre 1,9 % chez les femmes). Or, parmi ces tests positifs, les coloscopies effectuées par la suite ont permis de déceler des polypes dans 30 à 40 % des cas et un cancer dans 8 % des cas. [44]/[45]/[134]/[135]

Enfin, la mise en place des dépistages a permis, depuis 2000, de réduire de 17 % la mortalité liée au cancer colorectal, mais aussi l'incidence de ces cancers de 3 %. [44]/[45]/[134]/[135]

Toutefois, une information importante est à prendre en compte. En effet, les chiffres obtenus jusqu'à maintenant sont liés à l'ancien test de dépistage, l'Hemoccult®. Or, depuis 2015, les dépistages passent par un test immunologique, plus simple d'utilisation et plus spécifique. On peut donc supposer que l'apparition de ce nouveau test va permettre d'augmenter le nombre de dépistages (le test étant plus facile à utiliser, les gens refuseront moins de le faire), mais aussi d'améliorer la détection et donc la prise en charge, puisque ce dernier semble avoir un taux de positivité de 4 %. [44]

3. Dépistage

3.1. Cancer du col de l'utérus

3.1.1. Généralités

Comme nous l'avons évoqué précédemment, près de 3 000 nouveaux cancers sont diagnostiqués chaque année et ce cancer est responsable de plus de 1 000 décès par an. [14]

Les cancers du col de l'utérus se divisent en deux catégories :

- Les carcinomes épidermoïdes (85 % des cancers) se développant au niveau de l'épithélium de la muqueuse de l'exocol
- Les adénocarcinomes (15 % des cas) qui se situent au niveau de l'endocol [118]

Les principaux facteurs de risque de cancers du col de l'utérus sont :

- Les infections à papillomavirus (uniquement les virus oncogènes de cette famille, notamment les HPV 16 et 18), il s'agit du principal facteur de risque
- La précocité des rapports sexuels
- La multiplicité des partenaires sexuels
- La multiparité (avoir eu plusieurs enfants)
- L'utilisation prolongée de contraceptifs hormonaux
- Être porteur du VIH ou être sous traitement immunosuppresseur
- Des infections sexuellement transmissibles (chlamydie ou herpès génital)
- Le tabagisme [118]

Enfin, il est intéressant de rappeler qu'il existe deux moyens de prévenir ce cancer. Le premier est lié à la vaccination qui protège contre une partie des virus responsables du cancer du col de l'utérus (cf partie 2 : 1.1). Le second vient du frottis de dépistage, ce dernier permettrait d'éviter 90 % des cancers du col de l'utérus s'il était effectué tous les trois ans. [47]

3.1.2. Le dépistage

Le test de dépistage consiste en un frottis permettant de prélever des cellules au niveau du col de l'utérus, à l'aide d'une petite brosse ou d'une spatule, afin de détecter des lésions précancéreuses. Toutefois, ce test peut être perturbé par les règles (frottis à effectuer en dehors de cette période), par les traitements pour les infections (frottis à faire un mois après la fin du traitement) ou encore les rapports sexuels (ils sont donc à éviter 24 à 48 heures avant le test). [47]

Cet examen peut être réalisé en cabinet de ville ou à l'hôpital :

- par un médecin généraliste,
- par un gynécologue,
- par une sage-femme, [47]

Il peut également être réalisé dans un laboratoire d'analyses médicales (à condition d'avoir une ordonnance) ou encore dans un centre de santé ou de planification familiale. [47]

Ce frottis est recommandé chez les femmes de 25 à 65 ans n'ayant pas subi une hystérectomie totale et doit être réalisé tous les trois ans, après deux premiers frottis normaux effectués à un an d'intervalle. [47]

Une fois les résultats obtenus, plusieurs cas de figure sont possibles :

- si les résultats sont négatifs, la patiente sera invitée à effectuer un nouveau frottis dans trois ans

- si les résultats sont positifs et que des cellules anormales sont détectées, cela ne signifie pas forcément la présence d'une lésion cancéreuse. Afin de déterminer la raison de cette anomalie, des examens complémentaires seront effectués, tels qu'un nouveau frottis (avec six mois d'intervalle), un test de détection de HPV ou encore une colposcopie (examen détaillé du col de l'utérus). A la suite de ces examens, si des lésions sont découvertes, d'autres prélèvements seront réalisés, par biopsie ou conisation. Enfin, si ces derniers prélèvements mettent en évidence des lésions cancéreuses, une prise en charge spécifique sera mise en place. [47]

Pour ce qui est de la prise en charge du dépistage, ce dernier est pris en charge à 70 % par la sécurité sociale, le reste étant pris en charge par les mutuelles. Si la patiente bénéficie de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'aide médicalisé d'Etat (AME), le dépistage est intégralement pris en charge. [47]

3.1.3. Futur dépistage organisé

En 2018, un programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus va être mis en place. Ce programme a été testé dans treize départements, où les femmes de 25 à 65 ans n'ayant pas effectué de frottis de dépistage dans les trois ans, ont reçu une invitation au dépistage. Les résultats de cette étude ont mis en évidence le gain potentiel d'un dépistage organisé (augmentation de 12 % du dépistage a été observée). Pour le dépistage en lui-même, ainsi que sa prise en charge, cela suivra le schéma du dépistage actuellement en cours et que l'on a cité précédemment. [Beltzer N et al., 2017]

3.1.4. Rôle du pharmacien

Dans le dépistage du cancer du col de l'utérus, le pharmacien aura également son rôle à jouer. Tout d'abord, il aura pour objectif d'informer les

patientes de l'importance et des avantages de ce dépistage. Pour cela, il pourra s'appuyer sur des campagnes de prévention, notamment celle de l'institut national du cancer (INCA) qui se déroule lors de la semaine européenne de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus (du 22 au 28 janvier 2017), avec des spots télévisés ou des spots radio, des diffusions sur les réseaux sociaux, mais il pourra également s'appuyer sur des dépliants d'information (annexe 12) à remettre aux patientes afin de leur expliquer les différents aspects de ce dépistage. De plus, la mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus contribuera à améliorer la visibilité de ce dépistage. Tous ces éléments amèneront les patientes à poser des questions et les pharmaciens à jouer un second rôle : celui de conseil. [48]/[137]

En effet, en plus de diffuser de l'information, le pharmacien aura pour rôle de répondre aux questions découlant de cette diffusion (comment est-ce que cela se passe, où peut-on se faire dépister, ...), mais aussi de calmer les inquiétudes liées à la découverte d'un cancer (une des raisons du refus de dépistage) et les convaincre ainsi de se faire dépister. Ce rôle de conseil sera d'autant plus important chez les femmes âgées qui sont moins enclines à faire ce dépistage, or, jusqu'à 65 ans, le dépistage conserve un réel intérêt.

Enfin, avec l'arrivée du dépistage organisé, ce rôle aura encore plus d'impact. En effet, quand un nouveau système est mis en place, cela amène également son lot de questions, questions auxquelles le pharmacien aura pour objectif de répondre afin d'encourager ce dépistage.

3.1.5. Résultats

Depuis 1980, la mortalité due au cancer du col de l'utérus est en constante diminution. En effet, entre 1980 et 2005, cette dernière a diminué de 3,2 % par an, de 2 % entre 2005 et 2012 et semble être la conséquence du frottis de dépistage. De plus, ce frottis n'est effectué que par 53 % des femmes (entre 2006 et 2011) et

principalement par les femmes jeunes (59,2 % des femmes de 35-44 ans, contre 41,7 % après 55 ans). [6]/[15]

Toutefois, ces chiffres ne concernent que le dépistage individuel et pas le dépistage organisé, or l'étude menée sur ce dernier a mis en évidence une augmentation de 12 % du nombre de femmes participant au dépistage. On peut donc supposer que la mortalité due au cancer du col de l'utérus va continuer à diminuer. De plus, les chiffres qui seront obtenus avec ce dépistage organisé permettront d'obtenir des informations supplémentaires, notamment l'impact de la vaccination anti-HPV dans la prévention de ce cancer, afin d'en améliorer la prise en charge. [Beltzer N et al., 2017]

3.2.Mélanome

3.2.1. Généralités

En 2015, on estime à 14 325 le nombre de personnes touchées par un mélanome cutané et à 1773 le nombre de décès dus à ce cancer. Toutefois, le mélanome ne représente que 10 % des cancers de la peau, la majeure partie d'entre eux étant des carcinomes, eux même divisés en deux catégories :

- Les carcinomes basocellulaires (70 % des cancers cutanés) sont les moins graves et se développent à partir de la couche basale de l'épiderme et restent locaux. Ils ne métastasent pas et leur ablation assure la guérison.
- Les carcinomes épidermoïdes (20 % des cancers de la peau) sont plus agressifs et se développent à partir des couches supérieures de l'épiderme. Ils ont la capacité d'envahir les ganglions lymphatiques et de métastaser. [49]/[51]

Le développement du mélanome s'effectue à partir des mélanocytes, cellules de la peau s'occupant de la synthèse de la mélanine (pigment protecteur

de la peau). C'est sous l'influence de certains facteurs, tels que les rayonnements UV, que les mélanocytes vont se multiplier anormalement et former un mélanome, son développement s'effectuant de la surface vers la profondeur en traversant les différentes couches de la peau. Dans 70 à 80 % des cas, le mélanome survient de façon spontanée sur peau saine et dans 20 à 30 % des cas, il est issu d'un ancien grain de beauté (ou nævus) qui se transforme en tumeur maligne. [51]/[119]

Les facteurs favorisant la survenue de mélanome cutané sont :

- L'exposition aux rayonnements UV, qu'ils soient naturels ou artificiels. Cette exposition représente le principal facteur de risque, risque d'autant plus important en cas d'antécédents de coup de soleil ou d'exposition prolongée au soleil pendant l'enfance ou l'adolescence, de profession exercée en plein air et sur une longue période ou de résidence dans un pays très ensoleillé.
- Un antécédent de mélanome.
- La prédisposition familiale, le risque augmentant si au moins deux parents du premier degré (père, mère, frère, sœur) ont eu un mélanome.
- Le type de peau (risque plus élevé pour un phototype 1 ou 2).
- La présence de grains de beauté, qui représente un facteur de risque dans certaines conditions :
 - s'il y a un nombre élevé de grains de beauté (supérieur ou égal à cinquante) et s'ils mesurent plus de deux millimètres
 - s'il y a un grain de beauté congénital géant dont le diamètre est supérieur à vingt centimètres
 - s'il y a présence de deux grains de beauté atypiques ou plus. [119]

Enfin, il semble important de signaler que si un mélanome est détecté à un stade précoce (mélanome localisé), la survie relative à cinq ans est de 98 %. [49]

3.2.2. Dépistage

A l'heure actuelle, il n'existe qu'une seule méthode de dépistage : la surveillance des grains de beauté. En effet, cela reste la méthode la plus efficace pour détecter les mélanomes. Pour ce faire, il faut faire la différence entre un mélanome et un grain de beauté ordinaire et pour cela, il existe des « règles » à respecter :

- Tous les grains de beauté d'une personne se ressemblent, un grain de beauté différent doit donc attirer l'attention
- Il faut faire attention au changement, une tache brune apparaissant ou un grain de beauté changeant rapidement d'aspect doivent amener à une consultation médicale
- La règle « ABCDE » qui permet de reconnaître les signes d'alerte d'un mélanome :
 - A : asymétrie, le grain de beauté n'est ni rond, ni ovale, les couleurs et les reliefs ne sont pas régulièrement repartis autour du centre.
 - B : bords irréguliers, mal définis.
 - C : couleur non homogène, présence de plusieurs couleurs désordonnées (noir, bleu, marron, rouge, blanc).
 - D : diamètre en augmentation.
 - E : évolution, changement rapide de taille, de forme, de couleur ou d'épaisseur. [50]

Toutefois, la présence d'un de ces signes ne signifie pas forcément la présence d'un cancer, mais va quand même nécessiter un avis médical sans

attendre. De même, il faut rester attentif à l'apparition de certains signes tels qu'une plaie qui ne guérit pas, ou encore un bouton ou une croûte qui persiste ou s'étend. [50]

Si un grain de beauté paraît suspect, la démarche à suivre est de consulter son médecin traitant, qui pourra orienter vers un dermatologue si nécessaire. Ce dernier pratiquera un examen approfondi de la peau afin de repérer les tâches ou grains de beauté suspects. S'il repère une lésion suspecte, il proposera soit de la surveiller, soit de la retirer sous anesthésie locale (cela ne nécessite pas d'hospitalisation) et de la faire analyser ensuite pour confirmer ou non son diagnostic. [50]

Le dermatologue peut également former ses patients à l'auto-examen de la peau. Cela consiste à observer attentivement sa peau nue, de la tête aux pieds, de face et de dos, sans oublier les zones peu visibles tels que les oreilles, la plante des pieds, ..., afin de repérer des lésions suspectes selon les principes énoncés plus tôt. [50]

Enfin, il existe une campagne de dépistage des cancers cutanés, cette campagne est organisée par les dermatologues et pendant une journée, les dermatologues réalisent gratuitement et anonymement dans des centres de dépistage, des consultations dermatologiques afin d'observer les grains de beauté des patients et de dépister des mélanomes. Cette journée de dépistage permet également de mettre l'accent sur la prévention des rayonnements UV quels qu'ils soient. [50]

3.2.3. Rôle du pharmacien

Dans le dépistage des cancers de la peau, le pharmacien devra dans un premier temps diffuser de l'information afin d'avertir les patients de l'existence d'un dépistage de ces cancers, mais aussi des bénéfices apportés par ce dépistage.

Pour cela, le pharmacien pourra s'appuyer sur les avantages de sa situation, c'est-à-dire sa visibilité et sa disponibilité, mais aussi sur des dépliants d'information à distribuer (annexe 13), sur les vidéos sur internet de la Roche Posay® avec les « skins checkeurs », ou encore sur la campagne de prévention, avec notamment la journée nationale de prévention et de dépistage des cancers de la peau. Les adresses des centres de dépistage étant disponibles sur le site du syndicat des dermatologues, mais aussi via un numéro vert ou encore grâce à l'application « SoleilRisk ». Enfin, pour plus d'information, le pharmacien pourra également s'appuyer sur la page Facebook et le compte Twitter du syndicat des dermatologues. [138]

Dans un second temps, le pharmacien aura pour objectif de répondre aux interrogations des patient suites à cette diffusion d'information, mais aussi de les rassurer. Le pharmacien devra également conseiller d'effectuer une surveillance régulière des grains de beauté, mais aussi rappeler les principes de surveillance des grains de beauté ainsi que la règle « ABCDE » par exemple. Enfin, le pharmacien pourra conseiller aux patients posant une question sur un grain de beauté qui leur paraît suspect, d'aller consulter ou non leur médecin traitant, sans toutefois émettre de diagnostic. [35]

3.2.4. Résultats

Depuis 1980, une forte augmentation de l'incidence a été observée, avec un ralentissement après 2005. En effet cette augmentation était de 4,7% par an chez l'homme et de 3,2 % chez la femme entre 1980 et 2005, avant de passer à 2,9 chez l'homme et 1,7 % chez la femme entre 2005 et 2012. Pour ce qui est de la mortalité, chez l'homme elle est assez semblable à l'incidence (même diminution observée entre 2005 et 2012), en revanche chez la femme, une diminution de la mortalité de 1,8 % a été observée. [15]

Ce ralentissement observé entre 2005 et 2010 pourrait s'expliquer par les campagnes de détection précoce, notamment avec la journée de détection faite par

les dermatologues. En effet, depuis son lancement en 1998, plus de 300 000 personnes ont bénéficié d'une consultation dermatologique gratuite, avec en 2015, la détection de près de 2 000 carcinomes basocellulaires, 500 mélanomes et 140 carcinomes épidermoïdes. De plus, une diminution du nombre de lésions suspectes a été observée (-2 points par rapport à 2014), mais le nombre moyen de lésions suspectes découvertes par porteur a fortement augmenté (il est passé de 1,64 en 2010 à 2,19 en 2015). [52]

Au vu des résultats, continuer sur la lancée amorcée en terme de dépistage devrait permettre de diminuer la mortalité par cancer cutané, de même que renforcer la prévention et la protection du soleil permettront de réduire l'incidence de ces cancers.

3.3.Cancer de la prostate

3.3.1. Généralités

En 2012 en France, 57 000 nouveaux cancers de la prostate ont été diagnostiqués et près de 9 000 hommes décèdent chaque année de ce cancer. [120]

La majorité des cancers de la prostate sont des adénocarcinomes se développant au niveau des cellules glandulaires et possédant deux stades d'évolution :

- Les cancers localisés ou « intracapsulaires », les cellules cancéreuses étant présentes uniquement dans la prostate
- Les cancers non localisés ou « extracapsulaires », les cellules cancéreuses s'étendant hors de la prostate, affectant les ganglions lymphatiques et les os en formant des métastases. [120]

Pour ce qui est des facteurs de risques, ceux favorisant l'apparition du cancer de la prostate sont :

- L'âge, le risque augmentant avec ce dernier. Rare avant 50 ans, c'est autour de 70 ans que le cancer est le plus diagnostiqué.
- Les antécédents familiaux. Un cancer de la prostate peut survenir de différentes formes selon l'histoire familiale :
 - La forme sporadique, forme non héréditaire, qui est la plus répandue.
 - La forme familiale, quand au moins deux cancers de la prostate ont été diagnostiqués chez des parents du premier (père, frère) ou du second (grand père, oncle) degré. Cette forme représente 20 % des cancers de la prostate.
 - La forme héréditaire, se définissant par l'existence d'au moins trois cas de cancer de la prostate chez des parents du premier ou du second degré, ou de deux membres de la famille diagnostiqués avant l'âge de 55 ans. Cette forme héréditaire représente 5 % des cancers de la prostate.
- Certaines origines : les hommes d'origine africaine (notamment afro-antillaise) ont un risque supérieur de développer un cancer de la prostate que les caucasiens, qui sont eux-mêmes plus à risque que les asiatiques. [120]

Enfin, ce cancer est majoritairement à évolution lente (10 à 15 ans) et reste longtemps localisé, certains restant même latents et n'entraînant aucun symptôme. Cependant, il existe des formes d'évolution rapide. [120]

3.3.2. Dépistage

A l'heure actuelle, il existe deux examens de dépistage du cancer de la prostate :

- Le toucher rectal qui permet de vérifier le volume, la consistance et la texture de la prostate

- Le dosage de PSA (antigène spécifique prostatique), protéine produite en faible quantité par la prostate en temps normal. Le dosage s'effectue via une prise de sang et ne doit pas être réalisé dans les jours suivant un rapport sexuel, un toucher rectal, ou encore une activité physique comme le vélo, ... ce qui pourrait augmenter le taux de PSA.

Si une anomalie est détectée, une biopsie sera nécessaire afin de confirmer le diagnostic de cancer. [121]

Toutefois, ces examens ont pour inconvénients de manquer de fiabilité :

- Le toucher rectal n'exclut pas un cancer car il ne permet de détecter que des tumeurs palpables.
- Un taux de PSA faible signifie, dans 90 % des cas, qu'il n'y a pas de cancer. Mais dans les 10 % des cas restants, un cancer peut être présent avec un taux de PSA faible. De même, un taux de PSA élevé peut être la marque d'un cancer avant l'apparition de symptôme, mais cela peut être également dû à d'autres maladies de la prostate telle que l'hypertrophie bénigne de la prostate, la prostatite ou encore être la conséquence d'une infection urinaire. C'est pour cela que le taux de PSA n'est utilisé que pour le suivi de la maladie actuellement, les professionnels eux-mêmes étant en discussion sur l'intérêt du dosage des PSA dans le dépistage. [121]

3.3.3. Rôle du pharmacien

Contrairement aux autres cancers, le pharmacien sera plus limité dans les rôles qu'il pourra jouer. En effet, le dépistage du cancer de la prostate ne possédant aucune recommandation, du fait notamment du manque de fiabilité des tests de dépistage, mais aussi du fait de la lenteur d'évolution du cancer qui ne nécessite pas forcément un traitement lourd ou une chirurgie avec les conséquences néfastes qui vont s'en suivre, le pharmacien n'aura pas besoin d'inciter à ce dépistage ou

de participer à des campagnes de sensibilisation comme cela peut être le cas pour le cancer du sein par exemple, mais il peut conseiller aux patients à risque d'effectuer une consultation médicale sans toucher rectal. [53]

En revanche, son rôle de conseil est toujours présent et d'autant plus important que les patients vont être à la recherche information, de conseil. Ils voudront savoir s'ils doivent faire ou non ce dépistage. A cela, le pharmacien devra répondre en expliquant en quoi consiste le dépistage, quels en sont les avantages et les inconvénients, mais aussi évoquer les avantages et les inconvénients du traitement de ce cancer. De même, si le patient souhaite effectuer un auto-test de dépistage du cancer de la prostate, le pharmacien pourra lui en conseiller un parmi ceux disponible en officine , tout en rappelant au patient que ces tests se basent sur un dosage des PSA et que les avantages et les inconvénients des tests de laboratoires se retrouvent chez ces auto-tests. De plus, si le patient réalise un auto-test, le pharmacien doit rappeler aux patients la conduite à tenir en cas de résultats positifs (consulter son médecin) ou négatifs (continuer la surveillance et refaire un autre test si besoin ou aller voir son médecin).

Pour finir, le pharmacien aura la possibilité de distribuer au patient des brochures d'information résumant les informations qu'il a pu donner (annexe 14), mais il devra également orienter le patient vers son médecin traitant afin qu'il discute avec lui de la nécessité ou non de réaliser ce dépistage. [53]

3.3.4. Résultats

Après avoir culminé en 1990, la mortalité par cancer de la prostate a notablement diminué, avec notamment une diminution de près de 40 % entre 1990 et 2009. Cette diminution est observée dans toutes les tranches d'âge, mais surtout après 60 ans où la baisse atteignait les 30 % dans certaines classes d'âge. [14]

Toutefois, rien ne semble indiquer que cette diminution soit due uniquement au dépistage du cancer de la prostate, mais plutôt à un cumul de différents facteurs, dont le dépistage, mais aussi de l'amélioration du traitement de ce cancer.

3.4. Cancers lèvre-bouche-pharynx

3.4.1. Généralités

Avec plus de 11 000 nouveaux cas de cancer lèvre-bouche-pharynx (LBP) en 2012, ce dernier se place au 5^{ème} rang des cancers chez l'homme (avec 8 000 cas en 2012) et au 10^{ème} rang chez la femme (3 000 cas en 2012) et a été responsable de presque 4 000 décès (en 2012 toujours). [15]

Les principaux facteurs de risques pour ces cancers sont :

- le tabagisme quel que soit le type de tabac, fumé ou mâché, mais aussi le cannabis,
- l'alcool dont l'effet néfaste est proportionnel aux doses absorbées. Souvent associée au tabac (et à une mauvaise hygiène bucco-dentaire), la consommation d'alcool multiplie considérablement l'impact de ce dernier,
- les prédispositions génétiques,
- des virus tels que le papillomavirus ou le virus d'Epstein-Barr,
- l'exposition à des radiations ionisantes ou aux rayons ultraviolets (soleil, cabine UV, ...) provoquant notamment des cancers de la lèvre,
- l'exposition à la poussière de bois, de nickel, de chrome ou exposition à l'acide chromique. [122]

Enfin, il semble intéressant d'ajouter que 70 % des cancers de la bouche sont diagnostiqués trop tardivement, réduisant ainsi les chances de guérison. En

effet, plus un cancer de la bouche est détecté tôt, plus les traitements seront efficaces. [54]

3.4.2. Dépistage

Les cancers LBP ne possèdent pas de signes spécifiques et sont le plus souvent asymptomatiques à leur début. Malgré tout, il existe quelques symptômes, variables selon la localisation, qui peuvent évoquer ce type de cancer :

- une douleur continue à un endroit précis
- une grosseur au niveau du cou (ganglion augmentant progressivement de volume et non douloureux)
- sensation persistante de « nez bouché », d'un seul côté
- plaie des lèvres ou de la langue qui ne guérit pas
- difficulté pour avaler (dysphagie) ou enrouement se prolongeant (plus de deux semaines). [123]

Enfin, de manière générale, tout signe inhabituel persistant pendant plus de dix jours doit amener à consulter un médecin pour en déterminer la cause, ou encore un dentiste (une partie de ces cancers sont détectés lors d'une visite chez le dentiste). [54]

Il n'existe pas de dépistage à proprement parler des cancers de la bouche, le seul moyen de mettre en évidence un de ces cancers est de réaliser, selon la situation :

- Un examen clinique au cours duquel le médecin observera l'ensemble des VADS, tout en interrogeant le patient sur ses habitudes (tabac, alcool, ...)
- Une endoscopie des VADS

- Des analyses anatomopathologiques suite à une biopsie réalisée lors d'une endoscopie, afin de confirmer le diagnostic
- Un bilan sanguin peut être réalisé pour vérifier les fonctions rénales, hépatiques, ... [123]

Enfin, si un cancer est diagnostiqué, des examens supplémentaires seront effectués afin de définir l'extension du cancer ou rechercher d'éventuelles métastases. Parmi ces examens on retrouve le scanner, l'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) la TEP (Tomodensitométrie par Emission de Positrons), la radiographie, l'échographie, ... [123]

3.4.3. Rôle du pharmacien

Dans un premier temps, le pharmacien aura un objectif de diffusion d'information, en distribuant des brochures par exemple (annexe 15), afin d'informer la population des facteurs de risques des cancers LBP, mais aussi de l'intérêt de diagnostiquer tôt ce type de cancer et les signes cliniques pouvant faire suspecter ces cancers. A la suite de cela, le pharmacien devra très certainement répondre aux questions des patients et ainsi remplir son second objectif, celui de conseil. [54]

En effet, le pharmacien aura à répondre aux inquiétudes des patients concernant ces cancers et devra les apaiser. Il devra également conseiller aux patients à risque (les fumeurs, les personnes buvant régulièrement de l'alcool et en grande quantité) d'effectuer régulièrement une surveillance de leur bouche et d'aller consulter un médecin ou un dentiste si nécessaire. [54]

Enfin, le pharmacien a également un rôle à jouer dans la détection précoce de ces cancers. Du fait de son accessibilité, il sera régulièrement confronté à des patients lui demandant un conseil pour un mal de gorge ou un mal de bouche sans passer par un médecin. Adviend au pharmacien de faire la différence entre un mal de gorge qui pourrait être qualifié de « simple » (sans complications), d'un mal de

gorge pouvant faire penser à un cancer (signe qui dure depuis plus de dix jours, ...) et d'envoyer le patient consulter un médecin ou un dentiste si la situation l'exige. [54]

3.4.4. Résultats

Depuis 1980, une diminution de la mortalité par cancer de la bouche, des lèvres et du pharynx a été observée, notamment chez l'homme où le taux standardisé (pour 100 000 personnes année) est passé de 15,9 (en 1980) à 4,7. En revanche chez la femme, le taux standardisé de mortalité est resté stable entre 1980 et 2012 (il est passé de 1,2 à 1,0). Tous ces chiffres vont s'expliquer par un évènement, la diminution de consommation de tabac chez les hommes et l'augmentation de celle des femmes.

En revanche, la détection précoce de ces cancers ne semble pas intervenir dans ces diminutions. Toutefois, elle n'est pas à oublier car elle pourrait permettre, si elle était mieux effectuée, de réduire encore la mortalité de ces cancers. [15]

Conclusion :

Pour conclure, le pharmacien a pour principales missions, que ce soit dans la prévention ou dans le dépistage, d'informer et de conseiller les patients et cela grâce à son accessibilité et sa visibilité. Il joue un rôle essentiel dans la prévention au quotidien, par exemple en incitant les patients à se protéger du soleil dès le retour des beaux jours ou en accompagnant les patients lors de leur sevrage tabagique, mais aussi en tant que relai des campagnes organisées (cancer du sein, cancer colorectal, ...) et dans la diffusion d'information sur les avantages de la vaccination ainsi que sur son absence de risque. Cependant, le rôle des pharmaciens dans ces domaines n'en est qu'à ses débuts et doit se développer et s'intensifier.

En effet, dans les années à venir, le pharmacien devra jouer ses rôles avec beaucoup plus d'importance car l'évolution actuelle de la société, du point de vue de la santé, fait que les patients se tourneront plus facilement vers les pharmaciens (grâce à sa visibilité et son accessibilité), au détriment des médecins traitants dont la surcharge de travail rend de plus en plus difficile la participation à ces rôles. De plus, l'implication des pharmaciens permettra également de lutter contre le souci de la désinformation lié aux recherches sur internet. Or ces recherches peuvent avoir pour conséquence d'inquiéter inutilement les patients, cela peut même aller jusqu'à perdre des patients qui sortiront du circuit de soins (non-participation aux dépistages par exemple).

Enfin, l'autre aspect qui tend à montrer que le pharmacien prendra plus d'importance, c'est l'avancée de la recherche et avec elle, celle de la prise en charge. En effet, les nouvelles découvertes vont entraîner de nouvelles interrogations chez les patients, interrogations auxquelles nous devons répondre.

Annexes :

Annexe 1 : affiche sur la composition d'une cigarette (www.ligue-cancer.net)

AUTOPSIE D'UN MEURTRIER

ACÉTALDÉHYDE (irritant des voies respiratoires)	ACIDE CYANHYDRIQUE (était employé dans les chambres à gaz)
ACROLÉINE (irritant des voies respiratoires)	★ TOLUËNE
ACÉTONE (dissolvant)	AMMONIAC (détergent)
★ NAPHTYLAMINE	★ URÉTHANE
MÉTHANOL (carburant pour fusée)	TOLUËNE (solvant industriel)
★ PYRÈNE	ARSENIC (poison violent)
DIMÉTHYLNITROSAMINE	★ DIBENZACRIDINE
NAPHTALÈNE (antimite)	PHÉNOL
NICOTINE (utilisée comme herbicide et insecticide)	BUTANE
★ CADMIUM (utilisé dans les batteries)	★ POLONIUM 210 (élément radioactif)
MONOXYDE DE CARBONE (gaz d'échappement)	STYRÈNE
★ BENZOPYRÈNE	DDT (insecticide)
★ CHLORURE DE VINYLE (utilisé dans les matières plastiques, diminution de la libido)	★ Goudrons (les plus cancérigènes)
MERCURE (thermomètre)	PLOMB (essence et gaz d'échappement)

Lors de sa combustion, la cigarette produit une fumée qui contient environ 4000 substances toxiques (dont au moins 90 cancérigènes). Sur les paquets, seuls goudrons et nicotine sont indiqués. Certains composés proviennent de l'environnement (pesticides, produits radioactifs), d'autres composés sont ajoutés, comme l'ammoniac qui favorise la fixation de la nicotine et la dépendance. Certains plants de tabac sont génétiquement modifiés afin de rendre la nicotine plus « efficace ».

★ SUBSTANCES CANCÉROGÈNES CONNUES - 31, rue Croixnante - 75013 Paris - www.ligue-cancer.net 0810 111 101

LA LIGUE

 CONTRE LE CANCER

Annexe 2 : documentation sur l'arrêt du tabac (www.inpes.sante.fr)

POUR ELLE, EUX, LUI, MOI

POUR L'ARGENT

POUR MES DOIGTS

POUR LA PEAU

POUR DEMAIN

POUR MON CŒUR

POUR MES TRENTE ANS

ON A TOUS UNE BONNE RAISON D'ARRÊTER DE FUMER.

Pour vous faire aider, **appelez le 39 89***
tabac-info-service.fr

* hors d'urgence

tabac-info-service

Que contient la fumée de cigarette ?

La fumée de cigarette est un mélange de gaz et de particules qui contient plus de 4000 substances, dont au moins 50 sont cancérigènes. Une cigarette contient de la nicotine, des hydrocarbures et des métaux. Ces substances sont nocives et peuvent provoquer de graves maladies (cancer, maladie cardiovasculaire, maladie pulmonaire chronique, etc.).

Comment savoir si je suis dépendant ?

Si, au bout de quelques jours, vous avez envie de fumer, si vous avez des symptômes physiques ou des sautes d'humeur, si vous avez du mal à résister à la tentation de fumer, vous êtes dépendant du tabac.

www.tabac-info-service.fr

Pourquoi est-il si difficile d'arrêter de fumer ?

La nicotine est une substance addictive. Elle agit sur le système nerveux et provoque une dépendance physique et psychologique. C'est pourquoi il est si difficile d'arrêter de fumer.

La dépendance physique

La nicotine agit sur le système nerveux et provoque une dépendance physique. Cette dépendance est due à la nicotine qui agit sur les récepteurs du cerveau.

La dépendance psychologique

La nicotine agit sur le système nerveux et provoque une dépendance psychologique. Cette dépendance est due à l'habitude de fumer et à la nicotine qui agit sur le cerveau.

tabac info service
le site - l'appel - le 39 89

tabac info service vous aide à arrêter de fumer. en appelant le site, des tabacologues vous donnent des conseils et vous proposent un suivi personnalisé dans ce but.

un site internet et l'application pour smartphone offrent des conseils pour faire le point sur votre dépendance et vous aider à arrêter de fumer. vous pouvez partager votre expérience, poser vos questions et vous inscrire au coaching en ligne gratuit pour recevoir des conseils personnalisés.

tabac-info-service

POURQUOI ARRÊTER DE FUMER ?

Annexe 3 : test de Fagerström

Test de Fagerström

1) Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

– Dans les 5 min (3)

– Entre 6 et 30 min (2)

– Entre 31 et 60 min (1)

– Plus de 30 min (0)

2) Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits où c'est interdit ?

– Oui (1)

– Non (0)

3) A quelle cigarette de la journée vous serait-il le plus difficile de renoncer ?

– La première (1)

– Une autre (0)

4) Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

– 10 ou moins (0)

– 11 à 20 (1)

– 21 à 30 (2)

– 31 ou plus (3)

5) Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?

– Oui (1)

– Non (0)

6) Fumez-vous lorsque vous êtes si malade que vous restez au lit presque toute la journée ?

– Oui (1)

- Non (0)
- Score de 0 à 2 : pas de dépendance à la nicotine.
- Score de 3 à 6 : dépendance faible à moyenne à la nicotine.
- Score de 7 à 10 : dépendance forte à très forte à la nicotine.

Annexe 4 : documentation sur la consommation d'alcool (www.inpes.sante.fr)

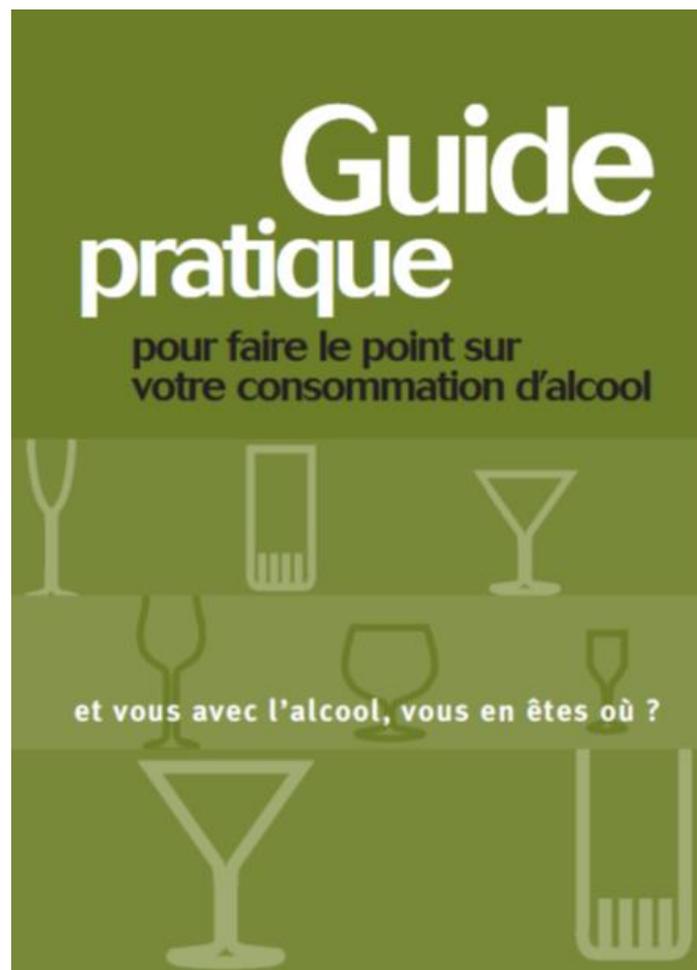
**Il y a la même quantité d'alcool dans
un demi de bière, un ballon de vin,
un verre de pastis...**



**Tous les alcools représentent le même danger.
Pour rester en bonne santé, diminuez votre consommation.**



© 2004 - INDES - Assurance Maladie



Annexe 5 : documentation sur la prévention des rayonnements UV
(www.inpes.sante.fr)

RISQUES SOLAIRES
À la mer, en montagne, à la campagne
et même en ville, protégez-vous du soleil

4 GESTES SIMPLES

-  **ÉVITEZ LES HEURES LES PLUS ENSOLEILLÉES**
entre 12h00 et 16h00 et recherchez l'ombre
-  **PROTÉGEZ ENCORE PLUS VOS ENFANTS**
-  **COUVREZ-VOUS** avec un chapeau,
des lunettes et un t-shirt
-  **APPLIQUEZ DE LA CRÈME SOLAIRE**
toutes les 2 heures et renouvelez-la
après chaque baignade

  www.prevention-soleil.fr

POUR VOUS PROTÉGER, TOUS CES GESTES SONT ESSENTIELS

Une majorité de professionnels préfèrent une protection efficace contre les rayons UV.

RECONNAÎTRE L'OMBRAGE D'UN OBJET LE BIEN, MAIS C'EST PAS EN FAUX

C'est à cet instant que les rayons ultraviolets (UV) sont le plus nocifs car ils sont le plus intenses en France métropolitaine. Pour éviter une exposition de plein air, recherchez un bâtiment ombragé. Si l'ombre est sur le visage, le porteur est sûr mais il ne faut pas oublier que l'ombre est aussi sur le dos et sur les bras.

PROTÉGER VOS YEUX AVEC DES LUNETTES

Les lunettes de soleil protègent les yeux et la peau du visage. Elles protègent également des rayons UV. Les lunettes de soleil protègent les yeux et la peau du visage. Elles protègent également des rayons UV. Les lunettes de soleil protègent les yeux et la peau du visage. Elles protègent également des rayons UV.

PROTÉGER VOS YEUX AVEC DES LUNETTES

Les lunettes de soleil protègent les yeux et la peau du visage. Elles protègent également des rayons UV. Les lunettes de soleil protègent les yeux et la peau du visage. Elles protègent également des rayons UV. Les lunettes de soleil protègent les yeux et la peau du visage. Elles protègent également des rayons UV.

APPLIQUER RÉGULIÈREMENT DE LA CRÈME SOLAIRE

La crème solaire doit être appliquée en couche suffisante sur toutes les parties du corps non couvertes par des vêtements. Protéger les lèvres de la protection solaire. Appliquer la crème solaire avant de sortir, à midi et à 16h. Appliquer la crème solaire avant de sortir, à midi et à 16h. Appliquer la crème solaire avant de sortir, à midi et à 16h.

Ne vous exposez pas aux ultraviolets à l'intérieur d'un véhicule.

www.prevention-soleil.fr

En partenariat avec :



RISQUES SOLAIRES C'EST QU'IL FAUT SAVOIR POUR QUE LE SOLEIL RESTE UN PLAISIR



PROFITEZ DU SOLEIL EN TOUTE SÉCURITÉ

Nous préférons tous du soleil et ses bienfaits sur la santé. Cependant, en toute saison, il faut savoir protéger son corps. En France métropolitaine, c'est entre les mois de mai et d'août que le rayonnement solaire est le plus intense.

Mais, pour toutes vos activités de plein air, que vous soyez dans votre jardin, à la terrasse d'un café, à la plage, à la montagne ou à la campagne, lorsque vous faites du sport ou tout simplement lorsque vous vous promenez... protégez-vous, pour que le soleil reste un plaisir.

COMPRENDRE LES RISQUES

Les dangers du soleil, ce sont les ultraviolets (UV).

Le rayonnement ultraviolet provient du soleil. Les rayons ultraviolets, comme le visible, sont constitués par une onde lumineuse. Ils sont constitués par une onde lumineuse.

Il existe deux types de rayons ultraviolets : les UV-A et les UV-B. Les UV-A sont les plus nocifs car ils pénètrent plus profondément dans la peau. Les UV-B sont les plus nocifs car ils provoquent des coups de soleil.



Les ultraviolets peuvent provoquer des dommages irréversibles, et donc les cas les plus graves, mortels.

C'est pour cela que :

Il faut se protéger du soleil, en évitant les heures de forte insolation, en évitant les coups de soleil, en évitant les coups de soleil, en évitant les coups de soleil.

Tout le monde est sensible aux rayons UV, mais certains sont plus sensibles que d'autres.

Il faut se protéger du soleil, en évitant les heures de forte insolation, en évitant les coups de soleil, en évitant les coups de soleil.

Il faut se protéger du soleil, en évitant les heures de forte insolation, en évitant les coups de soleil, en évitant les coups de soleil.

Il faut se protéger du soleil, en évitant les heures de forte insolation, en évitant les coups de soleil, en évitant les coups de soleil.

Il faut se protéger du soleil, en évitant les heures de forte insolation, en évitant les coups de soleil, en évitant les coups de soleil.

Il faut se protéger du soleil, en évitant les heures de forte insolation, en évitant les coups de soleil, en évitant les coups de soleil.

Il faut se protéger du soleil, en évitant les heures de forte insolation, en évitant les coups de soleil, en évitant les coups de soleil.

Il faut se protéger du soleil, en évitant les heures de forte insolation, en évitant les coups de soleil, en évitant les coups de soleil.

Il faut se protéger du soleil, en évitant les heures de forte insolation, en évitant les coups de soleil, en évitant les coups de soleil.

Il faut se protéger du soleil, en évitant les heures de forte insolation, en évitant les coups de soleil, en évitant les coups de soleil.

Il faut se protéger du soleil, en évitant les heures de forte insolation, en évitant les coups de soleil, en évitant les coups de soleil.

Il faut se protéger du soleil, en évitant les heures de forte insolation, en évitant les coups de soleil, en évitant les coups de soleil.

Il faut se protéger du soleil, en évitant les heures de forte insolation, en évitant les coups de soleil, en évitant les coups de soleil.

Il faut se protéger du soleil, en évitant les heures de forte insolation, en évitant les coups de soleil, en évitant les coups de soleil.



VRAI OU FAUX ?

Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil.

FAUX : Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil. Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil. Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil.

Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil. Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil. Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil.

Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil. Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil. Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil.

Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil. Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil. Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil.

Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil. Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil. Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil.

Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil. Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil. Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil.

Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil. Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil. Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil.

Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil. Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil. Les rayons UV ne couvrent pas la peau exposée au soleil.

Annexe 6 : documentation sur les règles hygiéno-diététiques
(www.inpes.sante.fr)



LES FÉCULENTS, UN PLAISIR À CHAQUE REPAS

Les féculents, c'est à chaque repas et selon l'appétit !

Les féculents ? Généralement tout le monde les aime... Mais savez-vous vraiment qui ils sont et à quel point ils sont bons pour vous ?

Bien manger, bouger plus, on fait comment ?

Il existe 9 repères de consommation pour vous aider au quotidien :

- Au moins 5 fruits et légumes par jour
- De la viande, du poisson ou des œufs, 1 à 2 fois par jour
- Des féculents à chaque repas (sauf l'apéritif)
- 3 produits laitiers par jour (sauf si pour les enfants, les adolescents et les plus de 55 ans)
- De l'eau à volonté
- Limiter sa consommation de sucre
- Limiter sa consommation de matières grasses
- Limiter sa consommation de sel
- Au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour (1 heure pour les enfants)

Faut-il choisir entre féculents et légumes ?
 Au contraire ! Leur association est absolument recommandée. Mélangez les deux ! Après des enfants, les féculents aident parfois à "faire passer" les légumes. Les bonnes idées ? Riz et ratatouille, pâtes et brocolis, lentilles et carottes, maïs et tomates...

Et pour chaque repère, il existe une fiche amovible à coller-ci pour vous aider dans votre quotidien. Retrouvez les autres fiches et tous les conseils pratiques sur www.mangerbouger.fr

LES FÉCULENTS, UN PLAISIR À CHAQUE REPAS

Les féculents à chaque repas, on fait comment ?

Je ne sais pas les cuisiner !

Les féculents, ça fait grossir

Attention !

Les féculents à chaque repas, on fait comment ?

Je ne sais pas les cuisiner !

Les féculents, ça fait grossir

Attention !

Les féculents à chaque repas, on fait comment ?

Je ne sais pas les cuisiner !

Les féculents, ça fait grossir

Attention !

Que nous apportent-ils ?

Essentiellement des glucides "complexes" qui fournissent une énergie qui se libère progressivement dans le corps.

Pour profiter au mieux de leurs bienfaits, privilégiez ceux qui sont "complets" ou "semi-complets", qu'il s'agisse de pain, de riz, de pâtes, ou de farines. Ils contiennent plus de fibres, de vitamines et de minéraux... et sont souvent riches en goût !

Pensez aussi aux légumes secs : lentilles, haricots rouges, flageolets, pois chiches, également très riches sur le plan nutritionnel.

En France, on ne consomme pas assez de fibres et de glucides complexes !

Les bonnes raisons de consommer des féculents :

- Ils constituent le carburant par excellence de notre organisme. Ils "calent" bien et permettent de tenir jusqu'au repas suivant sans céder à la tentation de grignotage.
- Ils sont savoureux et économiques.
- Ils sont pratiques : faciles à stocker et à utiliser.

Les féculents à chaque repas, on fait comment ?

Sans manger tous les jours la même chose ?

Pensez aux différentes sortes de riz : rond, long, complet, (hà, basmati) (chacune a un parfum différent) ; et à toutes les cuissons possibles : à l'étouffé, pilaf, vapeur, crêtole...

Le pain ne nécessite aucune préparation et offre une grande variété : grâce aux diverses farines utilisées, de la plus "blanche" très raffinée (type 55 ou 65) à la complète en passant par les semi-complètes (comme la farine type 80). Il existe de nombreuses variétés de pain : complet, aux céréales, au sésame... la palette est large !

Redécouvrez toute la variété, souvent oubliée, des légumes secs : lingots blancs, haricots rouges ou noirs, lentilles vertes, blondes ou corail, fèves et fèvesettes... Leur cuisson est simple : à l'eau comme les pâtes ou le riz.

Quelques idées pour varier les plaisirs au quotidien :

- Au petit-déjeuner :** prenez du pain (complet ou semi-complet si possible), aux biscuits, ou aux céréales (non fourrées et en privilégiant les moins sucrées).
- Au goûter :** du pain avec du chocolat, de la confiture, ou du fromage...
- Au déjeuner et au dîner :** du pain en complément du repas, des pommes de terre en salade ou en plat, des haricots en accompagnement...

N'oubliez pas les pommes de terre !

On a souvent tendance à penser que les pommes de terre font grossir. Or ce n'est pas le cas ! En revanche, il est déconseillé de les accompagner systématiquement avec des sauces riches en matières grasses ou de ne les consommer que sous forme de frites ou de chips.

Les féculents à chaque repas, on fait comment ?

Je ne sais pas les cuisiner !

- En préparations :** gratin de pâtes, raviolis, lentilles en bol, polenta, risotto, couscous, gnocchis, purée de pommes de terre et de légumes, de pois cassés... Vous pouvez aussi opter pour les surgelés (galette, couscous...).
- En soupes :** pommes de terre, lentilles ou pois chiches mariés à toutes sortes de légumes (carottes, poireaux, tomates, épinards...), à l'étouffé de la cuire et de les passer au mixeur. Vous pouvez aussi ajouter des vermicelles dans un potage ou même des pâtes "alphabet" pour les enfants ! Pensez aussi aux recettes asiatiques à base de vermicelles ou de nouilles de riz.
- En salades :** pâtes, riz, semoule, lentilles, pommes de terre, fèves s'associent délicieusement aux légumes crus : champignons, poivrons, tomates, oignons...
- Au dessert :** gâteau de semoule, riz au lait, pain perdu...
- En repas sur le pouce :** pan bagné, tartines salées (pain de campagne, jambon, tomate et fromage par exemple), cake à la tomate et au chèvre...

Voici quelques astuces : privilégiez d'abord les lentilles, et introduisez progressivement les autres légumes secs dans votre alimentation. Pour les cuisiner, faites-les tremper et jetez l'eau de trempage, puis faites-les cuire avec des herbes telles que la sarriette, la sauge ou le cerfeuil. Vous pouvez aussi les mélanger à d'autres légumes en purée ou en potage.

Les féculents, ça fait grossir

C'est une idée reçue ! C'est la manière de les préparer (sauces grasses, fromage râpé en grande quantité, pommes de terre frites...) qui risque de nous faire grossir.

Sur le pain, si vous ajoutez de la matière grasse (beurre, margarine), une fine couche suffit pour le goût. Bien pour la pâte à tartiner ! Quant au fromage, préférez les fromages les moins gras et les moins salés. Et le pain frais... C'est tellement bon que le consommer seul peut suffire à la gourmandise !

Avec les pâtes ou le riz, plutôt que les sauces grasses, préférez une sauce à base de yaourt, de tomates pelées, une sauce tomate avec un peu d'huile d'olive pimentée, ou un peu de fromage râpé.

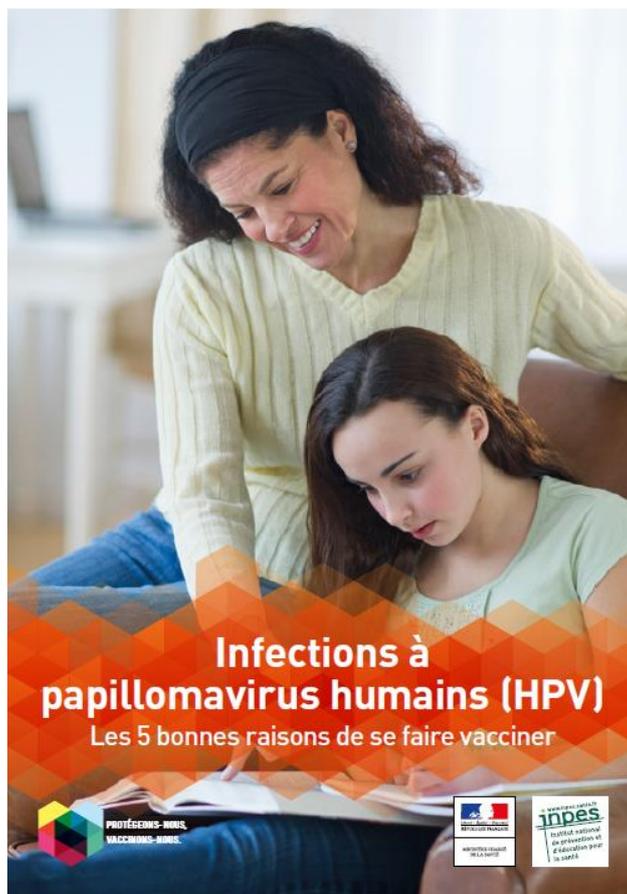
Pour les pommes de terre, préférez la cuisson à l'eau ou à la vapeur avec une noix de beurre. Intégrez plus souvent les légumes secs dans les salades, purées ou potages. Consommés avec des céréales (semoule) et pois chiches, riz et lentilles, maïs et haricots rouges, ils apportent des protéines de bonne qualité et peu coûteuses !

L'essentiel

- Les féculents ne font pas grossir ! Mais certains accompagnements peuvent favoriser la prise de poids.
- Ils sont économiques.
- Le pain est un excellent féculent, facile à consommer à chaque repas !
- Pensez aux légumes secs.

Il en va de même de certaines céréales du petit-déjeuner, notamment celles qui sont fourrées et sucrées, dont la consommation est à limiter. Préférez les versions simples type pétales de maïs non sucrés, non fourrés (même pour les enfants). Si la céréale est complète, c'est encore mieux !

Annexe 8 : brochure d'information sur la vaccination contre le papillomavirus
(www.inpes.sante.fr)



Annexe 9 : cahier thématique de l'ordre des pharmaciens : les pharmaciens et la vaccination (www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-cahiers-thematiques/Les-pharmaciens-et-la-vaccination)



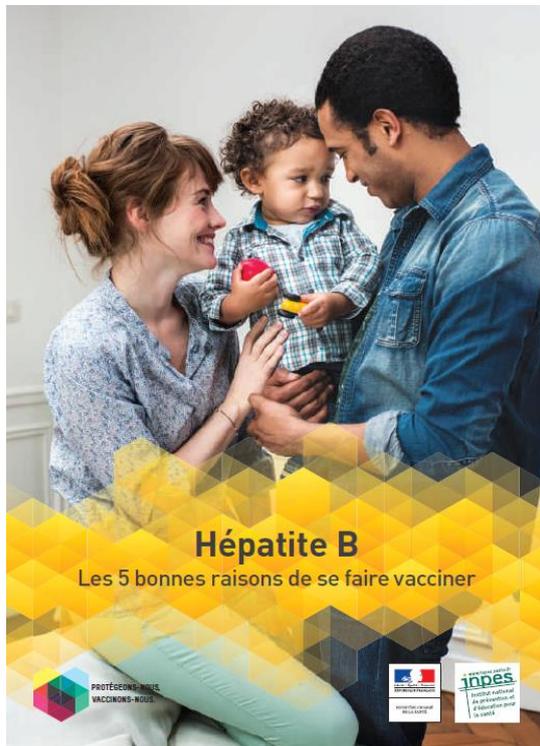
les cahiers
de l'Ordre national
des pharmaciens

LES PHARMACIENS ET LA VACCINATION

Comment améliorer
la couverture vaccinale ?

9

Annexe 10 : brochure d'information sur la vaccination contre l'hépatite B (www.inpes.sante.fr)



Le virus de l'hépatite B se transmet par le sang, les relations sexuelles non protégées, ou de la mère à l'enfant au moment de l'accouchement.

Ce virus peut provoquer une maladie grave du foie.

La vaccination est le moyen le plus sûr de se protéger efficacement; elle est recommandée pour tous les enfants ainsi que pour les adultes non vaccinés exposés au risque d'infection par ce virus. Cette maladie est très répandue dans le monde, particulièrement en Afrique et en Asie. On estime qu'il y a en France 280 000 personnes porteuses du virus de l'hépatite B. Chaque année, 1 300 à 1 400 en décèdent par cirrhose ou cancer du foie.

240 millions de personnes sont porteuses chroniques du virus dans le monde.

Quels sont les signes de l'hépatite B ?

Il peut y avoir une jaunisse, des douleurs au ventre, de la fièvre et une fatigue importante qui peut durer plusieurs semaines. L'hépatite B peut passer inaperçue et on peut être infecté sans le savoir. L'infection peut guérir toute seule mais elle peut aussi devenir chronique et être responsable de complications graves comme la cirrhose ou le cancer du foie.

Qui doit être vacciné ?

La vaccination est le moyen le plus efficace pour se protéger de l'hépatite B et de ses complications.

Elle est recommandée pour tous les nourrissons dès l'âge de 2 mois. En effet, plus on est vacciné jeune, plus le vaccin est efficace.

Elle est effectuée dès la naissance si la mère est porteuse du virus de l'hépatite B.

Les enfants et les adolescents peuvent être vaccinés jusqu'à l'âge de 15 ans inclus.



Une question, un conseil ? Parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.

Un vaccin efficace

La vaccination est le moyen de protection le plus efficace contre l'hépatite B.

Un vaccin nécessaire

L'hépatite B peut devenir chronique avec des complications très graves.

Un vaccin simple

3 injections suffisent; il n'y a pas besoin de rappels.

Un vaccin sans danger

Une légère réaction à l'endroit de la piqûre est possible.

Un vaccin remboursé

L'Assurance maladie rembourse le vaccin à 65 %.

À partir de 16 ans, la vaccination est recommandée aux personnes exposées à un risque d'infection par le virus de l'hépatite B : personnes originaires de pays où la maladie est fréquente (en Afrique et en Asie notamment), voyageurs, entourage proche d'une personne ayant une hépatite B, usagers de drogue injectable, personnes ayant des relations sexuelles non protégées...

Elle est obligatoire pour certaines professions.

Quels sont les effets secondaires ?

Après la vaccination, on peut constater une douleur, une rougeur ou un petit gonflement à l'endroit de la piqûre. Parfois, il y a une fatigue, quelques maux de tête ou des douleurs dans les articulations qui disparaissent rapidement.

Suite à de nombreuses études, aucun lien n'a été montré entre la vaccination contre le virus de l'hépatite B et l'apparition d'une sclérose en plaques.

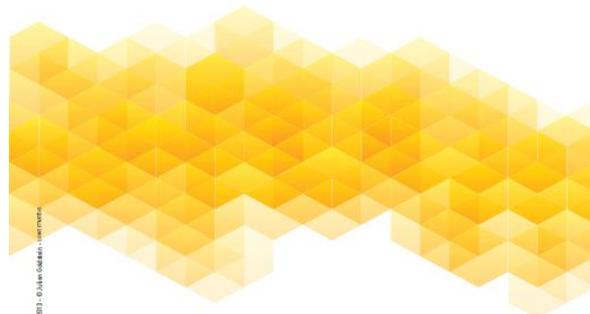
Le vaccin est-il remboursé ?

L'Assurance maladie rembourse le vaccin contre l'hépatite B à 65 %, avec une ordonnance.

Où se faire vacciner ?

Vous pouvez vous faire vacciner au cabinet de votre médecin généraliste ou de votre pédiatre. Les sages-femmes sont autorisées à vacciner les jeunes filles et les femmes contre l'hépatite B. Les infirmières peuvent aussi vacciner sur prescription médicale. Vous pouvez également aller dans un centre de protection maternelle et infantile (pour les enfants de moins de 6 ans) ou dans un centre de vaccination.

3 injections suffisent pour être protégé : les deux premières à un ou deux mois d'intervalle, la troisième 5 à 12 mois plus tard. Il n'y a pas besoin de rappel.



Annexe 11 : brochure d'information sur le dépistage organisé du cancer du sein
(www.e-cancer.fr)

**LE DÉPISTAGE
ORGANISÉ DU
CANCER
DU SEIN**

Pourquoi ?

Comment ?

**À PARTIR DE 50 ANS, LA MAMMOGRAPHIE
EST RECOMMANDÉE TOUS LES DEUX ANS**

e-cancer.fr



Annexe 12 : mode d'emploi du kit de dépistage du cancer colorectal (www.e-cancer.fr)



DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

UN GESTE SIMPLE PEUT VOUS SAUVER LA VIE

Ce test de dépistage est un moyen efficace pour détecter un cancer colorectal à un stade précoce. Or, détecté tôt, ce cancer se guérit dans 9 cas sur 10. Grâce à ce test, il est même possible de repérer une lésion précancéreuse et de la soigner avant qu'elle ne se transforme en cancer.






MODE D'EMPLOI

Test à réaliser en quelques minutes

Ce test est recommandé pour les personnes de **50 à 74 ans**. Consultez votre médecin et ne faites pas le test si :

- vous avez des antécédents personnels ou familiaux de polype, de cancer ou de maladie du côlon,
- vous avez des douleurs abdominales ou des troubles digestifs inhabituels et persistants, ou en cas de présence de sang dans les selles.

CE KIT DE DÉPISTAGE COMPREND 3 VOLETS

- 1** TOUTES LES INDICATIONS POUR BIEN RÉALISER VOTRE TEST
- 2** LA FICHE D'IDENTIFICATION À DATER ET À REMPLIR ET LE PAPIER DE RECUEIL DES SELLES
- 3** LE TUBE DE PRÉLÈVEMENT LE SACHET DE PROTECTION DU TUBE ET L'ENVELOPPE T DE RETOUR DU TEST

IMPORTANT
Ce kit est à usage personnel. Avant son utilisation, conservez-le à une température comprise entre 2 et 50 degrés au maximum. Il est recommandé de le poster du dimanche au vendredi (et jamais la veille d'un jour férié) et de le réaliser au maximum dans les 24 heures qui précèdent votre envoi.

Pour consulter ce mode d'emploi en vidéo, flashez ce code ou connectez-vous sur e-cancer.fr/tutorial-test-depistage-cancer-colorectal



COMMENT FAIRE LE TEST

Si vous avez la lettre vous invitant à faire le test avec les 2 étiquettes, suivez les étapes 1 et 2 puis passez à l'étape 3. Si vous n'avez pas la lettre, passez directement à l'étape 1bis ci-dessous.

1 Inscrivez la date de réalisation du test puis collez la grande étiquette sur la fiche d'identification (volet 2 du kit).

2 Sur la petite étiquette, indiquez la date de réalisation du test. Collez-la sur le côté plat du tube sur les mentions « Nom », « Date » déjà en place.

1bis Inscrivez la date de réalisation du test, remplissez la fiche d'identification et son étiquette (volet 2 du kit).

2bis Collez l'étiquette sur le côté plat du tube sur les mentions « Nom », « Date » déjà en place. Puis passez à l'étape 4.

3 Collez le papier de recueil des selles sur la lunette des toilettes à l'aide des autocollants. Appuyez doucement sur le papier pour faire un petit creux.

IMPORTANT : pour que le test soit réussi, il ne faut pas que les selles soient en contact avec un liquide (urine, javel...).

4 Ouvrez le tube en tournant le bouchon.

5 Grattez la surface des selles à plusieurs endroits à l'aide de la tige.

6 La partie striée de la tige doit être recouverte de selles.

7 Refermez bien le tube et secouez-le énergiquement.

8 Vérifiez que vous avez bien rempli, daté et collé l'étiquette sur le tube. Glissez le tube dans le sachet de protection.

9 Glissez dans l'enveloppe T :
• le sachet de protection qui contient le tube,
• la fiche d'identification datée et complétée.
Refermez l'enveloppe.

10 L'enveloppe T doit être postée au plus tard 24 heures après la réalisation du test.

Les résultats vous seront adressés, ainsi qu'à votre médecin, sous 15 jours par courrier.

Si vous souhaitez les recevoir par Internet, merci de vous inscrire sur le site www.resultat-depistage.fr

+ D'INFORMATIONS

- Après de votre médecin.
- Sur e-cancer.fr, rubrique « Comprendre, prévenir, dépister ».
- Au **0 805 123 124** **Service à votre écoute** du lundi au vendredi de 9 h à 19 h, et le samedi de 9 h à 14 h.
- Après de la structure en charge des dépistages dans votre département.

QUESTIONS FRÉQUENTES

- **Quel est le délai d'utilisation du test ?**
La date d'expiration est précisée sur le tube.
- **J'ai perdu le tube/le tube est abîmé. Que dois-je faire ?**
Demandez un nouveau test à votre médecin.
- **Le prélèvement ne s'est pas passé correctement. Que dois-je faire ?**
Prenez contact avec votre médecin, il vous conseillera et vous remettra un nouveau test.

Annexe 13 : brochure d'information sur le dépistage du cancer du col de l'utérus
(www.e-cancer.fr)

Le frottis est recommandé à partir de 25 ans, même si vous êtes vaccinée contre les papillomavirus (HPV). Les deux premiers frottis sont réalisés à un an d'intervalle. Ensuite, un frottis doit être fait **tous les 3 ans, jusqu'à 65 ans**, même en l'absence de rapports sexuels ou après la ménopause.



90%
DES CANCERS DU COL DE LUTÉRUS PEUVENT ÊTRE ÉVITÉS

Façon au cancer du col de l'utérus, il y a deux moyens pour agir :

- se faire vacciner contre les HPV entre 11 et 14 ans. La vaccination peut également être proposée en rattrapage jusqu'à 19 ans inclus;
- faire un frottis de dépistage tous les 3 ans entre 25 et 65 ans, que l'on soit vaccinée ou non.

PARLEZ-EN AVEC UN MÉDECIN OU UNE SAGE-FEMME

Pour en savoir plus sur le frottis ou les autres dépistages des cancers, connectez-vous sur e-cancer.fr ou appelez le 0810 810 821 (prix d'un appel local)

ENTRE 25 ET 65 ANS

UN FROTTIS TOUS LES 3 ANS, C'EST IMPORTANT



TOUT COMPRENDRE EN 1 MIN

e-cancer.fr



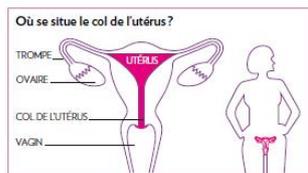
LE FROTTIS, POURQUOI C'EST IMPORTANT ?

Le cancer du col de l'utérus est principalement provoqué par un virus appelé « papillomavirus humain » (HPV). Très fréquent, ce virus se transmet le plus souvent lors des rapports sexuels. Le préservatif ne permet pas de s'en protéger complètement. Il arrive que l'infection due au papillomavirus (HPV) provoque des lésions au niveau du col de l'utérus, qui peuvent évoluer vers un cancer.

> UN FROTTIS TOUS LES 3 ANS

Le frottis permet de repérer d'éventuelles lésions au niveau du col de l'utérus, et de les soigner avant qu'elles ne se transforment en cancer.

Si un cancer est détecté, ce sera le plus souvent à un stade précoce. Les soins seront plus légers et permettront davantage de préserver la fertilité.



POUR RÉALISER UN FROTTIS, À QUI M'ADRESSER ?

Vous pouvez prendre rendez-vous auprès :

- d'un gynécologue ;
- d'un médecin généraliste ;
- d'une sage-femme (pendant mais aussi en dehors du suivi de grossesse) ;
- d'un centre de santé ou centre mutualiste ;
- d'un centre de planification familiale ;
- d'un laboratoire d'analyses (sur prescription d'un médecin) ;
- d'un hôpital.

> UN EXAMEN REMBOURSÉ

Le coût comprend le prix de la consultation et 15,40 euros pour la lecture du frottis. Il est pris en charge dans les conditions habituelles par votre caisse d'Assurance maladie (70%). Le reste est remboursé par votre complémentaire santé (mutuelle, assurance santé...). Le frottis peut être réalisé **sans avance de frais** dans les centres de santé, centres mutualistes ou de planification familiale. **Si vous bénéficiez de la CMU-C** (couverture maladie universelle complémentaire), la prise en charge est à 100% sans aucune avance de frais (examen gratuit).



EN PRATIQUE, COMMENT ÇA SE PASSE ?

L'examen se fait en position gynécologique. Le médecin prélève délicatement des cellules au niveau du col de l'utérus afin de les analyser. Cela ne prend que quelques minutes et n'est pas douloureux, même si une légère gêne peut être ressentie.

Les résultats : le prélèvement est envoyé à un laboratoire spécialisé. Après quelques jours, vous recevrez vos résultats. Votre médecin vous contactera si des examens supplémentaires sont nécessaires.

- 1— Choisissez le bon moment : le frottis doit être fait en dehors de la période des règles.
- 2— Évitez les rapports sexuels 24 à 48 heures avant le rendez-vous.
- 3— Reportez le rendez-vous si vous prenez un traitement local par voie vaginale (ovule, par exemple).

3 PRÉCAUTIONS AVANT VOTRE RENDEZ-VOUS

Annexe 14 : brochure d'information sur les cancers de la peau (www.e-cancer.fr)

> IL EXISTE D'AUTRES TYPES DE CANCERS DE LA PEAU

On les appelle les **carcinomes**. Ce sont les plus fréquents, mais ils sont facilement guérissables dans la majorité des cas. Non traités à temps, ils peuvent cependant entraîner des conséquences sérieuses. Ils apparaissent le plus souvent après 50 ans, sur les parties découvertes du corps (visage, cou, épaules, avant-bras, mains...).

Une **plaie qui ne cicatrise pas**, un bouton ou une **croûte qui persiste et se modifie** doivent vous conduire à demander un avis médical.

> PROTÉGEZ-VOUS DES UV, C'EST LA MEILLEURE PRÉVENTION

L'exposition excessive aux rayons ultraviolets est à l'origine de la grande majorité des cancers de la peau. Pour limiter les risques face au soleil, adoptez quelques réflexes simples de protection.

-  Évitez le soleil entre 12 h et 16 h.
-  Recherchez l'ombre le plus possible.
-  Protégez particulièrement vos enfants et apprenez-leur à se protéger.
-  Couvrez-vous avec des vêtements, un chapeau et des lunettes de soleil.
-  À défaut de vêtements, appliquez une **crème solaire haute protection** en grande quantité et renouvelez souvent l'opération.

Les ultraviolets artificiels sont, eux aussi, dangereux pour votre peau : évitez de recourir aux cabines de bronzage. Si vous avez moins de 18 ans, leur usage vous est interdit.

> FACE AU MÉLANOME, IL Y A DES MOYENS D'AGIR

- Surveiller votre peau, en particulier si vous êtes sujet à risques.
- Être vigilant à tout changement d'aspect de vos grains de beauté et consulter au moindre doute.
- En parler avec votre médecin traitant ou votre dermatologue.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur

e-cancer.fr

ou appelez le

0 805 123 124

Service à appel gratuits

CONTRE LE MÉLANOME

APPRENEZ À SURVEILLER VOTRE PEAU



S'INFORMER EN 1 MIN

e-cancer.fr



> LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE, MEILLEURE CHANCE DE GUÉRISON

Le mélanome est le cancer de la peau le plus grave. Lorsqu'il est détecté tôt à un stade peu développé, il peut la plupart du temps être guéri.

En revanche, en cas de diagnostic tardif, les traitements existants sont beaucoup moins efficaces. Or, quelques mois peuvent suffire pour qu'un mélanome devienne très agressif et s'étende à d'autres parties du corps (métastases).

Agir rapidement est donc vital, c'est pourquoi il est important de surveiller sa peau.

> QUEL EST VOTRE RISQUE ?

Tout le monde est susceptible de développer un mélanome et on peut être touché à tout âge, même jeune. Cependant, nous ne sommes pas tous égaux face aux risques.

> SURVEILLEZ PARTICULIÈREMENT VOTRE PEAU SI :

- vous avez la peau claire, les cheveux blonds ou roux et vous bronziez difficilement;
- vous avez de nombreuses taches de rousseur;
- vous avez de nombreux grains de beauté (> 40);
- vous avez des grains de beauté larges (+ de 5 mm) et irréguliers;
- vous avez ou des membres de votre famille ont déjà eu un mélanome;
- vous avez reçu des coups de soleil sévères pendant l'enfance ou l'adolescence;
- vous avez vécu longtemps dans un pays de forte exposition solaire;
- votre mode de vie (profession ou activité de loisir) donne lieu à des expositions solaires intenses.

FACE AUX RISQUES, NOUS NE SOMMES PAS TOUS ÉGAUX



> LES SIGNES QUI DOIVENT VOUS ALERTER

Comment faire la différence entre un grain de beauté (bénin) et un mélanome (malin) ?

Voici les trois éléments à retenir :

- **Repérez le grain de beauté différent des autres**
Tous les grains de beauté d'une même personne se ressemblent. Celui qui n'est pas comme les autres doit donc attirer votre attention (principe du « vilain petit canard »).
- **Soyez vigilant à tout changement**
Une nouvelle tache brune qui apparaît sur votre peau (cas le plus fréquent) ou un grain de beauté qui change d'aspect rapidement (dans sa forme, sa taille, sa couleur ou son épaisseur) doivent vous alerter.
- **Aidez-vous de la règle « ABCDE »**
Pour reconnaître les signes suspects, entraînez votre œil avec des photographies et gardez à l'esprit les critères de la règle « ABCDE ».

BÉNIN (BONNE NOUVEAU)

MALIN (MAUVAIS NOUVEAU)

A comme Asymétrie
Grain de beauté de forme ni ronde ni ovale, dont les couleurs et les reliefs ne sont pas régulièrement répartis autour du centre.

B comme Bords irréguliers
Bords déchiquetés, mal délimités.

C comme Couleur non homogène
Présence désordonnée de plusieurs couleurs (noir, bleu, marron, rouge ou blanc).

D comme Diamètre
Diamètre en augmentation.

E comme Évolution
Changement rapide de taille, de forme, de couleur ou d'épaisseur.

La présence d'un ou de plusieurs de ces signes ne signifie pas forcément que vous avez un mélanome, mais justifie de demander un avis médical sans attendre.

Crédit photos : service dermatologique de l'hôpital Cochin-Roussy-D'Amiel La Motte, D. Philippe Deshayes, D. Georges Roussier

> QUI CONSULTER ET À QUELLE FRÉQUENCE ?

Si vous repérez une tache suspecte sur votre peau ou si vous présentez certains facteurs de risque, consultez votre médecin traitant. Il vous orientera si besoin vers un dermatologue.

C'est le dermatologue qui est expert pour réaliser l'examen clinique de la peau, confirmer ou non une suspicion de mélanome et retirer une lésion suspecte si nécessaire.

La fréquence de la surveillance doit être évaluée avec votre dermatologue. Pour les personnes « à risques », il est généralement recommandé :

- d'effectuer un **autoexamen de la peau** par trimestre;
- de se faire examiner par un **dermatologue** une fois par an.

> L'AUTOEXAMEN DE LA PEAU

Si vous êtes sujet à risques, votre dermatologue vous formera à la pratique de l'autoexamen.

Il s'agit d'observer attentivement sa peau nue de la tête aux pieds, de face et de dos, sans oublier les zones peu visibles où peut se cacher un mélanome (oreilles, ongles, plante des pieds, espaces entre les doigts, organes génitaux...).

> LE DÉPISTAGE, UN EXAMEN SIMPLE ET INDOLORE

Les dermatologues le pratiquent tous les jours dans leur cabinet. C'est un examen visuel complet de la peau destiné à repérer les taches ou grains de beauté pouvant faire suspecter un cancer.

Le dermatologue peut s'aider d'un appareil d'optique grossissant, le dermoscope. Chez les personnes ayant de nombreux grains de beauté, il peut aussi prendre des photographies.

S'il identifie une tache suspecte, il propose alors soit de la surveiller, soit de la retirer sous anesthésie locale et de la faire analyser pour confirmer ou non le diagnostic.

Annexe 15 : affiche d'information sur le dépistage du cancer de la prostate
(www.e-cancer.fr)



Annexe 16 : brochure d'information sur les cancers de la bouche (www.e-cancer.fr)

quels sont les facteurs aggravants ?

La consommation d'alcool, de tabac, de cannabis et autres substances (chique de betel...) favorise l'apparition des cancers de la bouche.

fumer et boire multiplie jusqu'à 45 fois le risque d'avoir un cancer de la cavité buccale*

d'autres facteurs peuvent être associés :

- une mauvaise hygiène bucco-dentaire
- une exposition aux ultraviolets (UV) pour les cancers de la lèvre
- une contamination par les Papillomavirus Humains (HPV), infection sexuellement transmissible, pour certaines localisations.

* Pour une consommation de tabac - Niveau de consommation d'ALC.A. : 8070-800 gdc

11590_210x297_3volets_Cancerbouche5.indd 1

face aux cancers de la bouche il y a des moyens pour agir

- Ne pas fumer
- Modérer sa consommation d'alcool
- Faire surveiller régulièrement sa bouche par son chirurgien-dentiste ou son médecin traitant
- Consulter son médecin traitant ou son chirurgien-dentiste en cas d'anomalie constatée pendant plus de 10 jours.

pour en savoir plus, rendez-vous sur www.e-cancer.fr ou appelez

CANCERINFO 0810 810 821

www.e-cancer.fr

130710_10.39.13

détection précoce des cancers de la bouche

» Les traitements sont plus efficaces, lorsque le cancer est détecté à temps.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

www.e-cancer.fr

130710_10.39.13

qu'est-ce qu'un cancer de la bouche ?

Les cancers de la bouche sont des cancers qui se développent au niveau du plancher de la bouche, de la langue, des amygdales, du palais, des joues, des gencives et des lèvres.

Le cancer de la bouche est-il fréquent ?

Avec 7 500 nouveaux cas de cancers par an, les cancers de la bouche sont plus nombreux que les mélanomes et les cancers du col de l'utérus. C'est le 6^{ème} cancer chez l'homme.

11590_210x297_3volets_Cancerbouche5.indd 2

détecter tôt, ça sert à quoi ?

Plus un cancer de la bouche est détecté tôt, plus les traitements sont efficaces.

Aujourd'hui, 70% des cancers de la bouche sont diagnostiqués trop tardivement, ce qui réduit les chances de guérison.

y a-t-il des signes ?

Il n'existe pas de symptôme spécifique aux cancers de la bouche. Mais, si vous constatez l'un des signes suivants pendant plus de 10 jours, consultez votre médecin traitant ou votre chirurgien-dentiste :

- Plâle ou grosseur
- Difficultés pour mastiquer ou avaler
- Saignement inhabituel
- Changement dans la voix
- Douleur à l'oreille
- Gêne ou douleur persistantes
- Dents qui bougent
- Zones irritées, inflammations
- Tache rouge
- Tache blanche
- Croûte sur les lèvres

De manière générale, tout signe inhabituel persistant doit vous amener à consulter.

130710_10.39.13

à qui en parler ?

Il est important de faire surveiller régulièrement sa bouche, car les lésions causées par un cancer de la bouche ne sont pas faciles à repérer par soi-même et ne sont pas forcément douloureuses.

Lors d'une visite chez votre médecin traitant ou votre chirurgien-dentiste, vous pouvez lui demander d'examiner votre bouche. En cas de suspicion, ces professionnels vous orienteront vers un spécialiste.

Une vigilance accrue est conseillée pour les fumeurs et les consommateurs réguliers d'alcool.

nous avons profité d'une consultation pour faire examiner notre bouche.

130710_10.39.13

Bibliographie :

- [1] Académie nationale de Pharmacie. Communiqué du 17 novembre 2015 : lutter contre l'obésité. www.acadpharm.org/dos_public/com_obEsitE_AnP__VF.pdf. Consulté le 19 juillet 2016
- [2] Algalarrondo O. De la consommation au sevrage (cannabis, cocaïne, amphétamines, héroïne), en milieu libre ou en milieu carcéral : prise et rôle du pharmacien d'officine. Th D Pharm, Bordeaux, 2014
- [3] Beltzer N, Hamers FF, Duport N. Résultats finaux de l'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus organisé dans 13 départements en France, 2010-2014. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(2-3):26-31. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_1.html
- [4] Blot WJ, McLaughlin JK, Winn DM, Austin DF, Greenberg RS, Preston-Martin S, et al. *Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. Cancer Res* 1988;48(11):3285
- [5] Deutsch A, *Risques de cancers et cannabis*, Institut National du Cancer, janvier 2009
- [6] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France - Edition 2015. www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/154000124/#book_presentation. Consulté le 07 février 2017
- [7] Direction santé publique, département prévention, *Alcool et cancers*. Institut National du Cancer, janvier 2011
- [8] Ferey D. *Conseils en pharmacie*. Sevrage tabagique Maloine, 2^e édition. 15 janvier 2013. (Page 317-320)
- [9] Goffard A. Infections à papillomavirus. Extraits des cours de 5^{ème} année des études de pharmacie, filière internat (Université Lille 2).

www.biologiepathologie.chru-lille.fr/enseignement/114487.html. Consulté le 07 août 2016

- [10] Goffard A. Infections par le virus de l'hépatite B. Extraits des cours de 5ème année des études de pharmacie, filière internat (Université Lille 2). www.biologiepathologie.chru-lille.fr/enseignement/114487.html. Consulté le 23 août 2016

- [11] Guignard R, Beck F, Richard J-B, Lermenier A, Wilquin J-L, Nguyen-Thanh V. (2015). La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Evolutions*, 32, 2. (INPES)

- [12] Haute Autorité de Santé. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé, dépistage et prévention du cancer du sein. Haute autorité de santé. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2024559/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-du-sein. Consulté le 21 décembre 2016

- [13] INCa. © *Identifier et prévenir les risques de second cancer primitif chez l'adulte*, collection état des lieux et des connaissances ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, décembre 2013

- [14] INCa. © *Les cancers en France*, Les Données, INCa, janvier 2014

- [15] INCa. © *Les cancers en France*, l'essentiel des faits et chiffres, INCa, 2014

- [16] INPES. Nutrition et obésité : Nouvelles mesures pour 2008 & Évaluation des messages accompagnant les publicités de l'industrie agro-alimentaire. Dossier de presse. Lundi 4 février 2008. www.inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/08/dp080204.pdf. Consulté le 19 juillet 2016

- [17] Kumar M, Kumar R, Hissar SS, Saraswat MK, Sharma BC, Sakhuja P, Sarin SK (2007). Risk factors analysis for hepatocellular

carcinoma in patients with and without cirrhosis: a case-control study of 213 hepatocellular carcinoma patients from India. *J Gastroenterol Hepatol*, 22(7):1104-11

- [18] Le Maitre B, Hirsch A, *PHARMACIEN ET TABAC : Prise en charge de l'arrêt du tabac*, Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française, mai 2007 (Cespharm)

- [19] Naud A. L'accompagnement du malade alcoolique a l'officine. Th D Pharm, Angers, 2013

- [20] Norat T, Bingham S, Ferrari P, Slimani N, Jenab M, Mazuir M *et al.* (2005). Meat, fish, and colorectal cancer risk: the European Prospective Investigation into cancer and nutrition. *J Natl Cancer Inst*, 97(12), 906-916.

- [21] Richard J-B, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P. 2014. La consommation d'alcool en France en 2014. *Evolutions*, 32, 2. (INPES)

- [22] Spilka S., Le Nézet O. (2016). Synthèse issue du rapport européen ESPAD 2015 de l'EMCDDA, Observatoire français des drogues et des toxicomanies. www.ofdt.fr. Consulté le 06 octobre 2016

- [23] Mourez T. Les hépatites virales B, C et delta, cours de DFASP1, faculté de médecine pharmacie de Rouen, 2015

- [24] Mourez T. Les papillomavirus, cours de DFASP1, faculté de médecine pharmacie de Rouen, 2015

Sites internet :

- [25] INCA. Le tabac, premier facteur de risque évitable de cancers. www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Tabac/Le-premier-facteur-de-risque-evitable-de-cancers. Consulté le 31 mai 2016
- [26] INCA. Cancer du poumon. [www.e-cancer.fr /Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-poumon/Facteurs-de-risque/Tabac](http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-poumon/Facteurs-de-risque/Tabac). Consulté le 03 juin 2016
- [27] INCA. Incidence et mortalité nationales du cancer du poumon. www.lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/29-incidence-mortalite/34-cancers-systeme-respiratoire/30-epidemiologie-cancer-poumon-france-metropolitaine-incidence-mortalite.html#ind5. Consulté le 14 juin 2016
- [28] INCA. Alcool : repérer les consommateurs à risque. www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Alcool/Alcool-reperer-les-consommateurs-a-risque#toc-une-augmentation-du-risque-dose-d-pendante. Consulté le 28 juin 2016
- [29] INCA. Incidences et mortalité nationales des cancers de la lèvre, de la bouche et du pharynx. www.lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/29-incidence-mortalite/86-cancers-voies-aerodigestives-superieures-vads/167-incidence-mortalite-france-cancers-levre-bouche-pharynx.html. Consulté le 30 juin 2016
- [30] INCA. Alcool : repérer les consommateurs à risque. www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Alcool/Alcool-reperer-les-consommateurs-a-risque. Consulté le 30 juin 2016
- [31] INCA. Cancer colorectal : quelques chiffres. www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-colon/Quelques-chiffres. Consulté le 14 juillet 2016

- [32] INCA. Surpoids et obésité. www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Surpoids-et-obesite#toc-surcharge-pond-rale-et-cancers. Consulté le 14 juillet 2016
- [33] INCA. Alimentation. www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Alimentation#toc-les-viandes-rouges-et-les-charcuteries. Consulté le 14 juillet 2016
- [34] INCA. Mieux se protéger du soleil. www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Exposition-aux-rayonnements-UV/Mieux-se-protoger-du-soleil. Consulté le 24 juillet 2016
- [35] INCA. Aide pour votre pratique de dépistage des cancers cutanés. www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Detection-precoce-des-cancers-de-la-peau/Aide-pour-votre-pratique. Consulté le 20 août 2017
- [36] INCA. Bronzage artificiel : combattre les idées reçues. www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Exposition-aux-rayonnements-UV/Bronzage-artificiel-combattre-les-idees-recues. Consulté le 28 juillet 2016
- [37] INCA. Cancer du col de l'utérus. www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus. Consulté le 08 août 2016
- [38] INCA. La vaccination contre les HPV pour se protéger du cancer du col de l'utérus. www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Infections/Vaccination-anti-HPV-et-cancer-du-col-de-l-uterus. Consulté le 11 août 2016
- [39] INCA. La vaccination anti-HPV pour prévenir la majorité des cancers du col de l'utérus. <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Agents-infectieux/Prevenir-le-cancer-du-col-de-l-uterus>. Consulté le 11 août 2016

- [40] INCA. Prévenir le cancer du foie. www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Agents-infectieux/Prevenir-le-cancer-du-foie. Consulté le 30 Août 2016
- [41] INCA. Le programme de dépistage organisé. www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise. Consulté le 11 novembre 2016
- [42] INCA. Le dépistage en pratique. www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-colorectal/Le-depistage-en-pratique. Consulté le 29 décembre 2016
- [43] INCA. Il y a des cas de maladies héréditaires touchant le côlon ou le rectum dans ma famille. www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-colorectal/Quelle-modalite-de-depistage-pour-qui/Il-y-a-des-cas-de-maladies-hereditaires-touchant-le-colon-ou-le-rectum-dans-ma-famille. Consulté le 29 décembre
- [44] INCA. Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal. www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/Le-programme-de-depistage-organise. Consulté le 30 décembre 2016
- [45] INCA. Le dépistage en pratique. www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-colorectal/Le-depistage-en-pratique. Consulté le 30 décembre 2016
- [46] INCA. Les niveaux de risque de cancer colorectal. www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/Niveaux-de-risque-chez-les-patients. Consulté le 30 décembre 2016

- [47] INCA. Le frottis de dépistage. www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-frottis-de-depistage. Consulté le 22 janvier 2017
- [48] INCA. Les réponses aux questions. www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Les-reponses-a-vos-questions. Consulté le 31 janvier 2017
- [49] INCA. Qu'est-ce qu'un cancer de la peau ?. www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-des-cancers-de-la-peau/Les-cancers-de-la-peau#toc-l-essentiel-sur-les-carcinomes. Consulté le 19 février 2017
- [50] INCA. Comment détecte-t-on un cancer de la peau ?. www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-des-cancers-de-la-peau/La-detection-en-pratique. Consulté le 20 février 2017
- [51] INCA. Epidémiologie des cancers cutanés. www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Detection-precoce-des-cancers-de-la-peau/Epidemiologie. Consulté le 21 février 2017
- [52] INCA. La Journée de prévention et de dépistage des mélanomes. www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Detection-precoce-des-cancers-de-la-peau/Journee-du-SNDV. Consulté le 24 février 2017
- [53] INCA. Le dépistage du cancer de la prostate : les réponses à vos questions. www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-de-la-prostate/Les-reponses-a-vos-questions#. Consulté le 07 mars 2017
- [54] INCA. Dépistage des cancers de la bouche. www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-des-cancers-de-la-bouche. Consulté le 19 mars 2017

- [55] ARC. Comment et pourquoi le tabac est-il cancérigène ? www.fondation-arc.org/Facteurs-de-risque-Tabac/comment-et-pourquoi-le-tabac-est-il-cancerigene.html#. Consulté le 31 mai 2016
- [56] Arc. Le surpoids. www.fondation-arc.org/Face-au-cancer/le-surpoids.html. Consulté le 13 juillet 2016
- [57] ARC. Cancer du foie : lutter contre l'hépatite B pour prévenir la maladie. www.fondation-arc.org/Foie/cancer-du-foie-lutter-contre-l-hepatite-b-pour-prevenir-la-maladie.html. Consulté le 30 Août 2016
- [58] La ligue contre le cancer. Tabac et cancer. www.ligue-cancer.net/article/339_tabac-et-cancer. Consulté le 31 mai 2016
- [59] La Ligue contre le cancer. Cancer du poumon. www.ligue-cancer.net/localisation/poumon. Consulté le 03 juin 2016
- [60] La Ligue contre le cancer. Le nouveau test de dépistage du cancer colo rectal. www.ligue-cancer.net/article/32240_le-nouveau-test-de-depistage-du-cancer-colo-rectal. Consulté le 29 décembre 2016
- [61] La ligue contre le cancer. Mars bleu : sur tous les fronts contre le cancer colorectal. www.ligue-cancer.net/article/10781_mars-bleu-sur-tous-les-fronts-contre-le-cancer-colorectal. Consulté le 30 décembre 2016
- [62] Tabac info service. Chiffres du tabac. www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Chiffres-du-tabac. Consulté le 07 juin 2016
- [63] Tabac info service. Les bénéfices de l'arrêt du tabac. www.tabac-info-service.fr/Mes-Fiches-Pratiques/Les-benefices-de-l-arret-du-tabac%20. Consulté le 07 juin 2016
- [64] OMS. Les principaux avantages de l'arrêt du tabac www.who.int/tobacco/quitting/benefits/fr/. Consulté le 07 juin 2016)
- [65] Unité cancer et environnement. Cancer du foie. www.cancer-environnement.fr/217-Foie.ce.aspx. Consulté le 31 Août 2016

- [66] Unité Cancer et Environnement. Tabagisme et cancers. www.Cancer-environnement.fr. Consulté le 06 juin 2016
- [67] Unité Cancer et Environnement. Alcool et cancer. www.cancer-environnement.fr/294-Alcool.ce.aspx. Consulté le 30 juin 2016
- [68] Unité cancer et environnement. Cancer colorectal. www.cancer-environnement.fr/397-Colorectal.ce.aspx#Facteurs_associ_s___une_augmentation_du_risque. Consulté le 14 juillet 2016
- [69] Unité cancer et environnement. Cancer et activité physique. www.cancer-environnement.fr/178-Cancer-et-activite-physique.ce.aspx. Consulté le 19 juillet 2016
- [70] Unité cancer et environnement. Volume 100D, revue des cancérogènes pour l'Homme : rayonnements. www.cancer-environnement.fr/258-Volume-100D-rayonnements.ce.aspx. Consulté le 26 juillet 2016
- [71] INPES. Tabac. www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/index.asp. Consulté le 08 juin 2016
- [72] INPES. Catalogue des documents d'éducation pour la santé. www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/resultatsTPSP.asp. Consulté le 08 juin 2016
- [73] INPES. Cannabis, ce qu'il faut savoir – Edition 2016. www.inpesantepublicfrance.fr/CFESBases/catalogue/detailTPSP.asp?numfiche=1704. Consulté le 23 juin 2016
- [74] INPES. La consommation d'alcool. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/consommation-alcool-france.asp>. Consulté le 28 juin 2016
- [75] INPES. Hépatite B - Vaccination - Repères pour votre pratique - février 2014.

www.inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1528. Consulté le 28 Août 2016

- [76] Haut Conseil de la Santé Publique. Bénéfices-risques de la cigarette électronique pour la population générale. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=541>. Consulté le 08 juin 2016

- [77] Haut Conseil de la Santé Publique. Infections à HPV : nouveau schéma vaccinal du vaccin Gardasil®. www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=416. Consulté le 10 août 2016

- [78] Tabac-info-service. Je choisis un traitement adapté. www.tabac-info-service.fr/J-arrete-de-fumer/Je-choisis-ma-strategie/Je-choisis-un-traitement-adapte. Consulté le 08 juin 2016

- [79] Nicorette®. Spray buccal. www.nicorette.fr/la-gamme-nicorette/spray. Consulté le 08 juin 2016

- [80] Vidal. Zyban® LP 150 mg cp pellic LP. www.vidal.fr/Medicament/zyban_lp_150_mg_cp_pellic_lp-18618.htm. Consulté le 11 juin 2016.

- [81] Vidal. Champix® 0,5 mg cp pellic. www.vidal.fr/Medicament/champix-76441-pharmacodynamie.htm. Consulté le 11 juin 2016

- [82] Vidal. Aotal®. 333 mg cp enr gastrorésis www.vidal.fr/Medicament/aotal-1191.htm. Consulté le 06 juillet 2016

- [83] Vidal. Revia® 50 mg cp pellic séc. www.vidal.fr/Medicament/revia_50_mg_cp_pellic_sec-14353.htm. Consulté le 06 juillet 2016

- [84] Vidal. Esperal® 500 mg cp. www.vidal.fr/Medicament/esperal_500_mg_cp-6305.htm. Consulté le 07 juillet 2016
- [85] Vidal. Selincro® 18mg cp pellic. www.vidal.fr/Medicament/selincro_18_mg_cp_pellic-126908.htm. Consulté le 09 juillet 2016
- [86] Vidal. Lioréal® 10 mg cp séc. www.vidal.fr/Medicament/lioresal-10148.htm. Consulté le 09 juillet 2016
- [87] Vidal. Alcool : prise en charge du mésusage. www.vidal.fr/recommandations/1503/alcool_prise_en_charge_du_mesusage/a_savoir/. Consulté le 09 juillet 2016
- [88] Vidal. HBVAXPRO 10 µg/ml susp inj en seringue pré remplie. www.vidal.fr/Medicament/hbvaxpro-19764.htm. Consulté le 28 Août 2016 ;
- [89] Vidal. ENGERIX B 20 µg/1 ml susp inj en seringue pré remplie. www.vidal.fr/Medicament/engerix_b-6104.htm. Consulté le 28 Août 2016 ;
- [90] Vidal. INFANRIX HEXA pdre/susp p susp inj en seringue pré remplie. www.vidal.fr/Medicament/infanrix_hexa-18590.htm. Consulté le 28 Août 2016 ;
- [91] Vidal. HEXYON suspension injectable : nouveau vaccin hexavalent D-T-Polio-Ca-Hib-HepB. www.vidal.fr/actualites/19461/hexyon_suspension_injectable_nouveau_vaccin_hexavalent_d_t_polio_ca_hib_hepb/. Consulté le 28 Août 2016
- [92] Le Crat. Substituts nicotiques. www.lecrat.fr/articleSearch.php?id_groupe=12. Consulté le 30 juillet 2017
- [93] Le Crat. Bupropion. www.lecrat.fr/articleSearch.php?id_groupe=12. Consulté le 11 juin 2016
- [95] Le Crat. Varénicline. www.lecrat.fr/articleSearch.php?id_groupe=12. Consulté le 11 juin 2016

- [95] Le Crat. Acamprostate^{DCI}.
www.lecrat.fr/articleSearch.php?id_groupe=12. Consulté le 06 juillet 2016
- [96] Le Crat. Naltrexone. www.lecrat.fr/articleSearch.php?id_groupe=12.
Consulté le 06 juillet 2016.
- [97] Le Crat. Disulfirame. www.lecrat.fr/articleSearch.php?id_groupe=12.
Consulté le 07 juillet 2016
- [98] OFDT. Ventes de tabac et de cigarettes : Evolution depuis 1990.
www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-des-ventes/. Consulté le 14 juin 2016
- [99] OFDT. Synthèse thématique : Cannabis. www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/. Consulté le 20 juin 2016
- [100] Cannabinoid medecines. IACM-Bulletin du 31 décembre 2007.
www.cannabis-med.org/french/bulletin/ww_fr_db_cannabis_artikel.php?id=200. Consulté le 21 juin 2016
- [101] Stop-cannabis.ch. Cannabis et cancer. www.stop-cannabis.ch/maladies/les-cancers. Consulté le 21 juin 2016
- [102] Stop-tabac.ch Tabac et alcool : les risques pour la santé. www.stop-tabac.ch/fr/les-effets-du-tabagisme-sur-la-sante/alcool-et-tabac-les-consequences-conjointes. Consulté le 30 juin 2016
- [103] Inserm. Le « French Paradox » dévoilé. www.inserm.fr/espace-journalistes/le-french-paradox-devoile. Consulté le 05 juillet 2016.
- [104] Inserm. Obésité. www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/obesite. Consulté le 13 juillet 2016
- [105] Stop-alcool.ch. Quelques astuces pour ne pas recommencer.
www.stop-alcool.ch/astuces-anti-rechutes-et-plus. Consulté le 06 juillet 2016

- [106] Insee. L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent. www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1123. Consulté le 13 juillet 2016
- [107] Pharmacien Giphar. L'alimentation en cas de surpoids et d'obésité. www.pharmaciengiphar.com/nutrition/regime-et-surpoids/alimentation-en-cas-surpoids-et-obesite. Consulté le 19 juillet 2016
- [108] Société canadienne du cancer. Lumière du soleil et Vitamine D. www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-101/what-is-a-risk-factor/sun-and-uvr-exposure/sunlight-and-vitamin-d/?region=on. Consulté le 24 juillet 2016
- [109] Syndicat national des Professionnels du bronzage en cabine. Réglementation française. www.snpsc.org/legislation-francaise/. Consulté le 27 juillet 2016
- [110] Le figaro.fr. Le sénat interdit les cabines de bronzage contre l'avis du gouvernement. sante.lefigaro.fr/actualite/2015/09/16/24116-senat-interdit-cabines-bronzage-contre-lavis-gouvernement. Consulté le 27 juillet 2016
- [111] Le monde.fr. Des études montrent l'efficacité du baclofène pour traiter la dépendance à l'alcool. www.lemonde.fr/sante/article/2016/09/03/des-etudes-montrent-l-efficacite-du-baclofene-pour-traiter-la-dependance-a-l-alcool_4992151_1651302.html. Consulté le 30 octobre 2016
- [112] Assurance maladie. L'arrêt du tabac : une prise en charge des substituts nicotiniques. www.ameli.fr/assures/prevention-sante/l-arret-du-tabac.php. Consulté le 29 mai 2017
- [113] Assurance Maladie. Prévention du col de l'utérus. www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/vous-former-et-vous-informer/prevention-prise-en-charge-par-l-assurance-maladie/prevention-du-cancer-du-col-de-l-uterus/la-vaccination-hpv.php. Consulté le 10 juillet 2016
- [114] Assurance maladie. Cancer du sein. www.ameli-sante.fr/cancer-du-sein/quest-ce-que-le-cancer-du-sein.html. Consulté le 11 novembre 2016

- [115] Assurance maladie. Cancer colorectal. www.ameli.fr/rouen-elbeuf-dieppe-seine-maritime/assure/sante/themes/cancer-colorectal/comprendre-cancer-colorectal. Consulté le 29 juillet 2017
- [116] Assurance maladie. Cancer colorectal. www.ameli-sante.fr/cancer-colorectal/vous-avez-entre-50-et-74-ans-le-test-de-depistage-du-cancer-colorectal-est-simple-et-gratuit.html. Consulté le 29 décembre 2016
- [117] Assurance maladie. Prévention du cancer colorectal. www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/vous-former-et-vous-informer/prevention-prise-en-charge-par-l-assurance-maladie/prevention-du-cancer-colorectal/le-depistage-organise-en-pratique.php. Consulté le 30 décembre 2016
- [118] Assurance maladie. Cancer du col de l'utérus, qu'est-ce que le cancer du col de l'utérus. www.ameli-sante.fr/cancer-du-col-de-luterus/quest-ce-que-le-cancer-du-col-de-luterus.html. Consulté le 22 janvier 2017
- [119] Assurance maladie. Mélanome. www.ameli-sante.fr/melanome/definition-melanome-cutane.html. Consulté le 19 février 2017
- [120] Assurance maladie. Le cancer de la prostate. www.ameli-sante.fr/cancer-de-la-prostate/cancer-de-la-prostate.html. Consulté le 04 mars 2017
- [121] Assurance maladie. Cancer de la prostate : se faire dépister ?. www.ameli-sante.fr/cancer-de-la-prostate/depistage-du-cancer-de-la-prostate.html. Consulté le 07 mars 2017
- [122] Assurance Maladie. Cancer des voies aérodigestives supérieures (fosses nasales, sinus, bouche, pharynx, larynx) : définition et facteurs favorisants. www.ameli-sante.fr/cancer-des-voies-aerodigestives-superieures/cancer-des-voies-aerodigestives-superieures-fosses-nasales-sinus-bouche-pharynx-larynx-definition-et-facteurs-favorisants.html. Consulté le 19 mars 2017

- [123] Assurance Maladie. Cancer des voies aérodigestives supérieures : symptômes et diagnostic. www.ameli-sante.fr/cancer-des-voies-aerodigestives-superieures/cancer-des-voies-aerodigestives-superieures-symptomes-et-diagnostic.html. Consulté le 26 mars 2017

- [124] ANSM. Vaccination contre les infections à HPV et risque de maladies auto-immunes : une étude Cnamts/ANSM rassurante - Point d'information. ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Vaccination-contre-les-infections-a-HPV-et-risque-de-maladies-auto-immunes-une-etude-Cnamts-ANSM-rassurante-Point-d-information. Consulté le 11 août 2016

- [125] Hépatite Info Service.org. Remboursement et coût du vaccin contre l'hépatite B. www.hepatites-info-service.org/?Remboursement-et-cout-du-vaccin. Consulté le 28 Août 2016

- [126] Mes Vaccins.net. Couverture vaccinale en France en 2014 : un bilan contrasté. www.mesvaccins.net/web/news/6140-couverture-vaccinale-en-france-en-2014-un-bilan-contraste. Consulté le 31 octobre 2016

- [127] Mes Vaccins.net. Couverture vaccinale : le bilan reste contrasté en 2015. www.mesvaccins.net/web/news/7615-couverture-vaccinale-le-bilan-reste-contraste-en-2015. Consulté le 31 octobre 2016

- [128] Mes vaccins.net. Engerix B[®] 20 µg. www.mesvaccins.net/web/vaccines/46-engerix-b-20-g#vaccin_composition. Consulté le 31 octobre 2016

- [129] Mes vaccins.net. HBVaxPro[®] 10 µg. www.mesvaccins.net/web/vaccines/9-hbvaxpro-10-g#vaccin_composition. Consulté le 31 octobre 2016

- [130] Cancer du sein.org. Les différentes techniques de dépistage. www.cancerdusein.org/le-depistage/les-differentes-techniques-de-depistage. Consulté le 26 novembre 2016

- [131] Cancer du sein.org. Le test de dépistage génétique. www.cancerdusein.org/le-depistage/le-test-de-depistage-genetique. Consulté le 26 novembre 2016
- [132] Cancer du sein.org. La campagne d'information du mois d'octobre. www.cancerdusein.org/octobre-rose/octobre-rose. Consulté le 27 novembre 2016
- [133] INVS. Mars bleu 2013 : Mois de mobilisation contre le cancer colorectal. invs.santepubliquefrance.fr/Espace-presse/Communiqués-de-presse/2013/Mars-bleu-2013-Mois-de-mobilisation-contre-le-cancer-colorectal. Consulté le 30 décembre 2016
- [134] INVS. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2013-2014. www.invs.santepubliquefrance.fr/fr./Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2013-2014. Consulté le 31 décembre 2016
- [135] INVS. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2010-2011. www.invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2010-2011. Consulté le 31 décembre 2016
- [136] INVS. Augmentation des cancers de la peau - Comment les prévenir et les détecter plus tôt ?. www.invs.santepubliquefrance.fr/Espace-presse/Communiqués-de-presse/2012/Augmentation-des-cancers-de-la-peau-Comment-les-prevenir-et-les-detecter-plus-tot. Consulté le 19 février 2017

- [137] Réseau régional de cancérologie du Nord Pas de Calais. Campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus INCA. www.onco-npdc.fr/actualites/campagne-depistage-cancer-col-uterus-inca.html. Consulté le 31 janvier 2017

- [138] Syndicat National des Dermatologues- Vénérologues. Jeudi 26 mai 2016 : journée nationale de prévention et de dépistage des cancers de la peau. www.syndicatdermatos.org/la-journee-de-prevention/jeudi-26-mai-2016-journee-nationale-de-prevention-de-depistage-cancers-de-peau/. Consulté le 21 février 2017

- [139] Vaccination Info Service. Infections à papillomavirus humains (HPV). [www.vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/infections-a-Papillomavirus-humains-HPV?gclid=Cj0KEQjw7dfKBRCdkKrvmfKtyeoBEiQAch0egTWpKqvfmKqBE4z87uhZwsPrBi77u9EVPXyfFwpuGPUaAsgO8P8HAQ#xtor=SEC-19-GOO-\[Vaccin_HPv\]-S-\[%2Bvaccin%20%2Bpapillomavirus%20%2Bhomme\]](http://www.vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/infections-a-Papillomavirus-humains-HPV?gclid=Cj0KEQjw7dfKBRCdkKrvmfKtyeoBEiQAch0egTWpKqvfmKqBE4z87uhZwsPrBi77u9EVPXyfFwpuGPUaAsgO8P8HAQ#xtor=SEC-19-GOO-[Vaccin_HPv]-S-[%2Bvaccin%20%2Bpapillomavirus%20%2Bhomme]). Consulté le 30 juin 2017

- [140] Vidal.fr. RTU baclofène : l'ANSM abaisse la posologie maximale, des spécialistes s'inquiètent pour les patients. www.vidal.fr/actualites/21790/rtu_baclofene_l_anism_abaisse_la_posologie_maximale_des_specialistes_s_inquietent_pour_les_patients/. Consulté le 19 août 2017.

SERMENT DE GALIEN

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

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

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

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



Leroy Alexandre

Le rôle du pharmacien d'officine dans la prévention et le dépistage des cancers

Th. D. Pharm., Rouen, 2017, 149 p.

RESUME

Avec 355 000 nouveaux cas de cancers par an et 148 000 décès par an, le cancer est l'une des premières causes de mortalité en France. Toutefois, cette mortalité est en diminution, notamment grâce à la prévention et au dépistage.

La prévention va se faire par le changement des habitudes de vie face aux facteurs de risques de cancers, mais aussi en s'immunisant contre les virus pouvant provoquer des cancers.

Le dépistage va permettre une prise en charge précoce des cancers et diminuer le risque de mortalité.

Le pharmacien quant à lui va jouer un rôle d'information auprès des patients, mais aussi un rôle de conseil, grâce à son accessibilité et sa visibilité.

MOTS CLES : Cancer – Dépistage – Prévention – Pharmacien – Officine

JURY

Président : Mme SEGUIN Elisabeth, Professeur de Pharmacognosie

Membres : Mme GROULT Marie-Laure, Maître de Conférences en Botanique et Mycologie
Mme PERRIER Valérie, Docteur en Pharmacie

DATE DE SOUTENANCE : 26 octobre 2017