



**HAL**  
open science

## Relation patient cancéreux et pharmacien d'officine : enquête auprès de l'équipe officinale portant sur la place de la dermocosmétique dans l'accompagnement

Hélène Dumont

### ► To cite this version:

Hélène Dumont. Relation patient cancéreux et pharmacien d'officine : enquête auprès de l'équipe officinale portant sur la place de la dermocosmétique dans l'accompagnement. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03167666

**HAL Id: dumas-03167666**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03167666>**

Submitted on 12 Mar 2021

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

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

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE  
UFR DE PHARMACIE

Année : 2020

N°

THÈSE D'EXERCICE  
pour le  
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

le 19 novembre 2020

par

**Hélène DUMONT**

**RELATION PATIENT CANCÉREUX ET PHARMACIEN  
D'OFFICINE : ENQUÊTE AUPRÈS DE L'ÉQUIPE  
OFFICINALE PORTANT SUR LA PLACE DE LA  
DERMOCOSMÉTIQUE DANS L'ACCOMPAGNEMENT**

Directeur de thèse : **Mme Chantal SAVANOVITCH**

**Jury :**

Président : **Mme Brigitte VENNAT**

Professeur,

UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Membres : **Mme Chantal SAVANOVITCH**

Maître de conférences,

UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

**Mme Marie-Ange CIVIALE-COUDORE**

Professeur,

UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

**Mme Sophie OLLIER**

Docteur en pharmacie,

Clermont-Ferrand

# Remerciements

Premièrement, j'adresse mes remerciements à l'ensemble des membres du jury :

A Madame le Professeur VENNAT Brigitte, Présidente du jury,

Pour m'avoir fait l'honneur de présider ma thèse. Votre passion pour l'enseignement et la pédagogie ont réellement marqué mes études.

A Madame SAVANOVITCH Chantal, Directeur de thèse,

Pour m'avoir fait l'honneur de diriger ma thèse, malgré votre emploi du temps chargé, et d'y avoir consacré toute votre considération en partageant avec moi l'ensemble de vos connaissances pour la mener à bien.

A Madame CIVIALE-COUDOURE Marie-Ange, Membre du jury,

Pour avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse.

A Madame OLLIER Sophie,

Pour avoir participé à ce jury. Je suis profondément reconnaissante de l'accueil que tu m'as réservé dans ton officine, des connaissances et des conseils toujours bienveillants que tu as toujours fait à mon égard. C'est grâce à toi que j'ai pu devenir la pharmacienne que je suis s

Puis j'adresse mes remerciements à mes proches :

A ma sœur,

Pour ta présence depuis mes fêtes de l'école jusqu'à ce grand final de fin d'études. Notre lien et ton soutien indéniabte et sans faille font de moi la femme que je suis aujourd'hui.

A mon père et à Valérie,

Pour votre soutien durant ces longues années d'études et pour votre dernière relecture de cette thèse.

A ma Zum,

Pour ton amitié fidèle depuis une vingtaine d'années et aux prochaines années qui nous attendent.

A mes amis, Julien, Paul, Aymeric, Wafâa, Juliette, Maureen, Lucie, Jeremie, et à mes rencontres de fac, Camille, Gabrielle, Julie, Lou, Astrid, Anne, Laura, Iliessa, Dounia, Anna,

Pour tous les bons moments partagés ensemble. Sans vous, ces années n'auraient pas été ce qu'elles ont été.

A la pharmacie Naturel Concept, à Murielle, Eve, Kevin, Sophie, Véronique et Isabelle,

Pour votre accueil au sein de l'officine pour mon stage de 6<sup>ème</sup> année de pharmacie, aux moments professionnels (et pas que...) partagés tous ensemble.

# Table des matières

Remerciements.....	2
Listes des figures.....	8
Listes des tableaux.....	9
Liste des abréviations .....	10
Introduction .....	11
1 Partie I : Le cancer .....	12
1.1 Le cancer : qu'est-ce que c'est ? .....	12
1.1.1 La cellule cancéreuse .....	12
1.1.2 Cancérogénèse.....	13
1.1.3 Epidémiologie .....	14
1.1.4 Facteurs de risque.....	15
1.1.4.1 Facteurs internes.....	15
1.1.4.1.1 Prédisposition génétique .....	15
1.1.4.1.2 Age.....	16
1.1.4.1.3 Sexe.....	16
1.1.4.1.4 Hormones et cancer du sein .....	16
1.1.4.2 Facteurs externes .....	17
1.1.4.2.1 Expositions environnementales.....	17
1.1.4.2.2 Mode de vie .....	18
1.1.4.2.2.1 Le tabac .....	18
1.1.4.2.2.2 L'alcool .....	18
1.1.4.2.2.3 L'alimentation .....	19
1.1.5 Prévention.....	20
1.1.5.1 Prévention primaire .....	20

1.1.5.2	Prévention secondaire et dépistage.....	21
1.1.5.3	Prévention tertiaire .....	21
1.2	Stratégies de prise en charge .....	22
1.2.1	Chirurgie.....	22
1.2.2	Radiothérapie.....	23
1.2.3	Traitements médicamenteux.....	25
1.2.3.1	Hormonothérapie.....	25
1.2.3.2	Chimiothérapie.....	26
1.2.4	La médecine de précision.....	27
1.2.4.1	Thérapies ciblées .....	27
1.2.4.2	Immunothérapie .....	28
1.3	Effets indésirables dermatologiques .....	29
1.3.1	Cicatrices.....	29
1.3.2	Radiodermites.....	30
1.3.3	Syndrome main-pied.....	31
1.3.4	Atteintes cutanées .....	33
1.3.4.1	Xérose.....	33
1.3.4.2	Rash cutané ou folliculite acnéiforme .....	34
1.3.5	Atteintes unguéales .....	35
1.3.6	Alopécie .....	36
2	Partie II : L'accompagnement du patient cancéreux .....	38
2.1	Soins de support.....	38
2.1.1	Intervenants.....	38
2.1.1.1	Professionnels de santé « habituels » .....	38
2.1.1.2	Professionnels de recours .....	39
2.1.1.3	Entourage .....	40

2.1.1.4	Domaine associatif .....	40
2.1.2	Types de soins .....	41
2.1.2.1	Douleur .....	41
2.1.2.2	Fatigue .....	42
2.1.2.3	Activité physique .....	43
2.1.2.4	Soutien psychologique .....	44
2.1.2.5	Estime de soi et image corporelle .....	45
2.1.2.6	Démarches sociales et administratives .....	45
2.1.2.7	Nutrition .....	46
2.2	Soins palliatifs.....	47
2.2.1	Définition .....	47
2.2.2	Objectifs et principes .....	47
2.2.3	Organisation.....	48
2.2.3.1	Demande de soins palliatifs.....	48
2.2.3.2	Intervenants .....	48
2.2.3.3	Dispositifs .....	49
2.3	Place du pharmacien d'officine .....	50
2.3.1	Loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoire) .....	51
2.3.2	Nouvel enjeu pour la profession de pharmacien.....	51
2.3.3	Avenant 21 à la convention nationale pharmaceutique.....	52
3	Enquête auprès des pharmaciens d'officine (2020) : place de la dermocosmétique dans l'accompagnement du patient cancéreux .....	54
3.1	Définition de la dermocosmétique.....	54
3.2	Gammes de dermocosmétiques .....	54
3.2.1	<i>Même Cosmetics</i> .....	55
3.2.2	<i>Ozalys</i> .....	56

3.2.3	<i>Eye Care Cosmetics</i> .....	56
3.2.4	<i>La Roche-Posay, Laboratoire Dermatologique</i> .....	57
3.3	Enquête auprès des pharmaciens d'officine .....	58
3.3.1	Objectifs .....	58
3.3.2	Matériel et méthode .....	58
3.3.2.1	Population cible et période d'étude .....	58
3.3.2.2	Collecte des données .....	58
3.3.2.3	Instrument de mesure .....	58
3.3.3	Analyse des données .....	59
3.3.4	Résultats .....	59
3.3.4.1	Population de l'étude .....	59
3.3.4.2	Population de patients sous traitement oncologique ou en rémission de l'officine... ..	60
3.3.4.3	Facilité à appréhender les ordonnances oncologiques par l'équipe officinale .....	61
3.3.4.4	Besoins et ressources manquantes pour répondre à la demande du patient .....	62
3.3.4.5	Demandes spontanées et spécifiques de la part des patients en traitement ou en rémission .....	63
3.3.4.6	Gammes développées au sein de chaque officine .....	64
3.3.4.7	Outils d'aide sur la dermocosmétique adaptée aux patients cancéreux .....	66
3.3.5	Discussion .....	68
3.4	Fiches conseils pour les pharmaciens .....	69
	Conclusion .....	71
	Références bibliographiques .....	72
	Annexes .....	79

## Listes des figures

Figure 1 : Etapes de cancérogénèse (4) .....	14
Figure 2 : Cicatrice suite à une mastectomie (33).....	30
Figure 3 : Radiodermite suite à une radiothérapie (37).....	30
Figure 4 : Syndrome main-pied localisé au niveau des mains (40) .....	32
Figure 5 : Sécheresse cutanée au niveau d'un bras (42).....	33
Figure 6 : Rash cutané (44) .....	34
Figure 7: Ongles d'une patiente suite à une chimiothérapie (45).....	35
Figure 8 : Casque réfrigérant (48) .....	37
Figure 9 : Echelle visuelle analogique .....	42
Figure 10 : Pyramide des activités physiques .....	44
Figure 11 : Votre rôle dans les soins oncologiques, un lien essentiel entre l'hôpital et le domicile (71) .....	50
Figure 12 : Proportion de professionnels de santé ayant répondu au questionnaire .....	60
Figure 13 : Estimation de la proportion de patients cancéreux au sein des officines interrogées.....	61
Figure 14 : Facilité à appréhender les ordonnances oncologiques par l'équipe officinale .....	62
Figure 15 : Besoins et ressources manquantes à l'officine pour répondre à la demande du patient cancéreux .....	63
Figure 16 : Différents types de soins dermocosmétiques demandés au comptoir de la part des patients atteints d'un cancer.....	64
Figure 17 : Les différentes marques présentes en officine pour répondre à la demande des patients cancéreux.....	65
Figure 18 : Outils d'aides déjà reçus par les équipes officinales .....	67
Figure 19 : Outils d'aide qui seraient utiles dans les officines .....	68

## Listes des tableaux

Tableau 1 : Grades de sévérité des radiodermites .....	31
Tableau 2 : Grades de sévérité du syndrome main-pied .....	32
Tableau 3 : Grades de sévérité de la xérose cutanée .....	34
Tableau 4 : Grades de sévérité des paronychies.....	36
Tableau 5 : Proportion des patients ayant des demandes spontanées de produits dermocosmétiques au comptoir afin de pallier aux effets indésirables des traitements anticancéreux selon l'équipe officinale .....	63
Tableau 6 : Proportion de professionnels officinaux estimant avoir un rayon dermocosmétique adapté à la demande de leurs patients cancéreux.....	65
Tableau 7 : Proportion des professionnels de santé ayant déjà reçus des outils d'aide sur la dermocosmétique adapté au patient cancéreux.....	66

# Liste des abréviations

5-FU : 5-fluorouracile

ADN : Acide désoxyribonucléique

AOD : Anticoagulants Oraux Directs

AVK : Anti-Vitamines K

BRCA1 et BRCA2 : Breast Cancer 1 et Breast Cancer 2

CEW : Cosmetic Executive Women

CLCC : Centres de Lutte Contre le Cancer

ERI : Espace de Rencontre et d'Information

FFEPGV : Fédération Française d'Education Physique et Gymnastique Volontaire

FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

HPV : Human Papillomavirus

IAPS : International Association for the Study of Pain

JALMALV : Jusqu'à La Mort Accompagner La Vie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PPS : parcours personnalisé de soins

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

UK : United Kingdom

UNASP : Union Nationale d'Accompagnement et pour le développement des Soins Palliatifs

USPO : Union de Syndicats de Pharmaciens d'Officine

# Introduction

Avec 382 000 nouveaux cas en 2018, en France, le cancer représente un problème de santé publique majeur avec un aspect humain, social et économique. Cette pathologie complexe nécessite des connaissances théoriques, ainsi que des capacités d'écoute et d'accompagnement de la part des professionnels de santé, représentés en milieu hospitalier mais également en ville, pour assurer la continuité des soins. Le pharmacien d'officine est l'un de ses acteurs que rencontre le patient atteint de cancer, notamment grâce à sa proximité.

L'avancée scientifique a permis le développement de nombreuses molécules anticancéreuses pouvant être distribuées en ville. L'élargissement de ses traitements ont amélioré la qualité de vie du patient en les rendant plus accessibles et en limitant les contraintes d'un traitement administré en milieu hospitalier. Mais de nouvelles problématiques ont vu le jour en laissant au patient une certaine autonomie pour gérer son traitement.

Le pharmacien d'officine a donc vu son métier évoluer et doit être en mesure de répondre aux besoins et aux conseils des patients à son égard concernant l'observance, la surveillance et la gestion des effets secondaires.

Dans ce travail, nous parlerons, dans une première partie, des généralités sur le cancer, de ses stratégies de prise en charge à travers les différents types de traitements, mais également des effets indésirables dermatologiques apparaissant avec la prise de ces traitements.

Dans une seconde partie, nous développerons l'accompagnement du patient cancéreux par le pharmacien en abordant les différents soins de supports et les soins palliatifs et en mettant en avant son rôle d'acteur de santé de proximité.

De plus, une enquête a été réalisée auprès des pharmaciens d'officine concernant la place de la dermocosmétique dans la prise en charge du patient cancéreux, sous forme d'un questionnaire distribué à travers la France. Enfin, la rédaction de fiches portant sur les principaux conseils de dermocosmétologie utiles à l'exercice de notre métier a été réalisée dans le but d'optimiser le service pharmaceutique rendu dans le cadre de la dispensation des anticancéreux à l'officine.

# 1 Partie I : Le cancer

## 1.1 Le cancer : qu'est-ce que c'est ?

Le cancer est une maladie décrite depuis l'Égypte antique. Depuis toujours, cette maladie est associée à des évocations négatives, car longtemps considérée comme incurable. Mais aujourd'hui, grâce aux progrès de la recherche et de la médecine, de nombreux cancers peuvent être guéris.

Première cause de mortalité en France, il détient toujours une sombre réputation, et peut être une épreuve à vivre aussi bien d'un niveau physique que d'un niveau psychologique. Le cancer peut toucher de nombreux organes (prostate, sein, poumon, côlon, ...)

Sur le plan médical, le cancer est caractérisé par une prolifération de cellules de l'organisme anormalement importante et incontrôlée, suite à une mutation génétique. En se multipliant, la cellule cancéreuse se regroupe pour ne former qu'un groupe de cellule : **la tumeur**. Elle peut rester **bénigne**, mais doit rester sous surveillance ou alors, elle devient **maligne**. La tumeur peut ensuite s'étendre aux tissus avoisinants, mais également à distance où elle forme des métastases. Par exemple, si des cellules tumorales du sein prolifèrent au niveau du poumon, nous ne parlerons pas de cancer du poumon, mais bien des métastases du sein au niveau du poumon.

Les causes d'un cancer sont nombreuses : elles peuvent être externes (mode de vie, facteurs environnementaux, infections, ...) ou internes (prédispositions génétiques, hormones, ...). La synergie de plusieurs de ces facteurs peut aboutir à cette maladie. En effet, le cancer est rarement la conséquence d'une seule cause (1,2).

### 1.1.1 La cellule cancéreuse

La cellule est l'unité de base de tout être vivant. L'être humain en possède environ 100 000 milliards. Une cellule est capable de fonctionner de façon autonome et possède des caractéristiques précises permettant de se développer, de se différencier, de se diviser, puis de mourir de façon programmée lorsque ses fonctions, propres à chaque organe ou système, ont été remplies.

Il existe, pour chaque être vivant, un équilibre entre la division de nouvelles cellules et la mort d'autres cellules. Le cycle cellulaire conduit à la production de cellules et l'apoptose, processus physiologique de mort cellulaire programmée, conduit à la destruction d'anciennes cellules. Ce renouvellement constant permet d'assurer le bon fonctionnement de l'organisme.

Le cancer apparaît lorsqu'une cellule est altérée par de nombreuses mutations. En effet, une cellule saine peut réparer des mutations par des systèmes de correction, ou alors

s'autodétruire par apoptose lorsque les modifications de structure d'un gène sont peu nombreuses. Mais si ces anomalies ne sont pas réparées, elles s'accumulent et la cellule n'arrivant plus à répondre devient alors cancéreuse. Elle se comporte alors de façon totalement anarchique, et se multiplie de manière incontrôlée dans le tissu de départ du cancer. Ce processus de prolifération de nombreuses cellules tumorales conduit à la formation d'une tumeur.

Ces cellules cancéreuses acquièrent de nouvelles propriétés, leur permettant de survivre dans l'organisme et de continuer à proliférer. Elles s'attaquent également au fonctionnement de l'organisme : elles peuvent détruire des cellules saines. L'organisme aura alors plus de difficultés à combattre lui-même ses cellules car les défenses immunitaires auront été touchées. Ainsi, le système immunitaire s'affaiblit, tandis que les cellules cancéreuses vont accroître dans l'organisme.

Dans un premier temps, ce développement s'effectue localement en envahissant l'organe de départ, puis elles pourront atteindre les tissus voisins. Les cellules tumorales sont également capables de se détacher de l'organe de départ pour aller migrer, *via* les systèmes sanguins et lymphatiques, dans d'autres organes de l'organisme. Il s'agit alors de métastases. Il est donc important de stopper les cellules cancéreuses à temps, afin d'éviter leur propagation à différents organes de l'organisme.

L'évolution d'une cellule normale en cellule tumorale peut prendre des dizaines d'années, d'où l'importance du dépistage (1,2).

### 1.1.2 Cancérogénèse

La cancérogénèse est le processus de formation d'un cancer et comporte trois étapes différentes : l'initiation, la promotion et la progression (Figure 1).

**L'initiation** est une étape irréversible. La cellule normale devient une cellule initiée, suite à une lésion de l'ADN. Cette cellule est morphologiquement identique à la cellule non initiée et n'a pas d'autonomie de croissance.

**La promotion** est, quant à elle, une étape réversible car il y a l'implication de facteurs hormonaux, immunitaires, nutritionnels .... Ce phénomène pousse les cellules initiées à se multiplier : cela forme un groupe de cellules transformées identiques.

**La progression** est synonyme de constitution de la tumeur. Cette étape est irréversible. La cellule initiée acquiert les caractéristiques d'une cellule cancéreuse. Elle se multiplie alors de façon anarchique, pour former une tumeur. Cette dernière devient donc maligne (3,4).

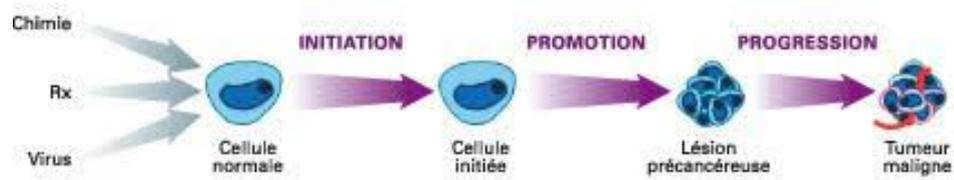


Figure 1 : Etapes de cancérogenèse (4)

### 1.1.3 Epidémiologie

En France, les cancers de la prostate, du sein, du colon-rectum et du poumon sont les plus fréquents.

La prévalence totale des cancers augmente avec un taux de **3,8 millions de personnes en 2018**. Ce chiffre s'élève à 1 844 277 pour les hommes et à 1 991 651 pour les femmes.

Selon l'Institut National du Cancer, on estime à 382 000 le nombre de nouveaux cas de cancer et à 157 400 le nombre de décès par cancer, en 2018.

Le taux d'incidence est en augmentation car la France voit sa population vieillir. Le vieillissement est, en effet, considéré comme un facteur de risque de cancer, bien que des enfants puissent également être touchés. L'âge médian au diagnostic était de 68 ans chez l'homme et de 67 ans chez la femme, en 2015.

En 2018, le taux d'incidence chez les hommes était de 204 600 nouveaux cas de cancer. Ce chiffre a baissé de 1,4% par an entre 2010 et 2018. Cette baisse est expliquée par la diminution du nombre de cancers de la prostate chez les hommes.

Chez les femmes, le taux d'incidence a connu un ralentissement de sa progression de +0,7% par an entre 2010 et 2018, pour atteindre 177 400 nouveaux cas de cancers en 2018.

Le taux de mortalité a diminué lors des dix dernières années, car les diagnostics sont de plus en plus précoces et les traitements plus efficaces malgré leurs nombreux effets indésirables. Le risque de mourir d'un cancer est alors abaissé. L'âge médian au décès était de 73 ans chez l'homme et de 77 ans chez la femme, en 2015.

Chez les hommes, le taux de mortalité a diminué 2,0% par an entre 2010 et 2018, pour arriver à un nombre de décès de 89 600, en 2018. Le cancer du poumon est le cancer, chez l'homme, faisant le plus de victimes, suivi du cancer colorectal et de celui de la prostate.

Concernant le taux de mortalité chez les femmes, il a connu une baisse de 0,7% par an entre 2010 et 2018. Il était de 67 800 décès, en 2018. La première cause de décès par cancer, chez la femme, est le cancer du sein, suivi de près par celui du poumon et enfin le cancer colorectal (5).

#### 1.1.4 Facteurs de risque

Un bon nombre de facteurs de risque ont été mis en cause dans la survenue des cancers.

Parmi ces facteurs de risque, certains sont modifiables ou évitables en agissant sur notre mode de vie : le tabac, l'alcool, l'alimentation, le manque d'activité physique, les rayonnements UV, certaines infections, ...).

A contrario, il existe d'autres facteurs de risques non modifiables, qui sont l'âge, le sexe ou encore le patrimoine génétique.

##### 1.1.4.1 Facteurs internes

###### 1.1.4.1.1 Prédisposition génétique

Bien que la majorité des cancers ne soit pas d'origine héréditaire, **5 à 10%** sont le résultat de mutations génétiques portant sur l'ADN des cellules de la lignée germinale. En effet, ces altérations sont présentes sur les ovules et les spermatozoïdes, nécessaires à la reproduction et à la fécondation.

La prédisposition génétique à un cancer est donc le résultat de ces **altérations héréditaires** transmises à la descendance. Cette prédisposition coïncide avec l'augmentation du risque de cancer par rapport au risque moyen de la population générale. A la naissance, le descendant héritera d'une mutation, présente dans toutes les cellules de son organisme. A son tour, il pourra également la transmettre de génération en génération.

Le porteur d'une mutation, altérant un ou plusieurs de ces gènes favorisant un cancer, a un risque sur deux de la transmettre à la descendance.

Suite à un séquençage de l'ADN, les chercheurs arrivent à mettre en avant les altérations de certains gènes favorisant la survenue d'un cancer. Si une personne est porteuse d'une

mutation, des conseils de prévention lui seront alors adressés, ainsi qu'un suivi régulier. Ce devoir de dépistage permet d'éviter l'apparition de la maladie, ou de la dépister le plus tôt possible.

Par exemple, parmi les mutations délétères les plus connues, celles des gènes BRCA1 et BRCA2, vont concerner les cancers du sein et de l'ovaire.

Certains cancers, plus rares, comme les rétinoblastomes, les tumeurs pédiatriques de l'œil ou certaines tumeurs du rein, ont quasiment toujours une origine héréditaire (6).

#### 1.1.4.1.2 Age

Même si les cancers peuvent être diagnostiqués à tout âge, la plupart apparaissent **aux environs de la soixantaine**.

En effet, les cellules de l'organisme subissent un bon nombre d'agressions externes tout au long de leur vie. Ces lésions s'accumulent et les systèmes de réparation de l'ADN deviennent de moins en moins efficaces.

Les cellules d'une personne âgée auront alors plus de risque de devenir anormales et de s'accumuler pour former une tumeur (6).

#### 1.1.4.1.3 Sexe

Le sexe est un facteur inévitable dans les risques des personnes face aux cancers. Effectivement, une femme aura plus de risque de développer un cancer du sein qu'un homme, bien qu'un cancer du sein chez un homme ne soit pas impossible même s'il reste rare.

#### 1.1.4.1.4 Hormones et cancer du sein

Dans la vie d'une patiente, **l'imprégnation hormonale**, c'est-à-dire le taux d'œstrogènes et de progestérone, peut jouer sur le risque de survenue d'un cancer du sein. En effet, une puberté trop jeune ou une ménopause tardive peuvent augmenter le risque de développer ce type de cancer hormono-dépendant.

Le cancer du sein peut également être influencé par la prise de contraceptifs oraux ou de traitements hormonaux substitutifs à la ménopause (7).

#### 1.1.4.2 Facteurs externes

##### 1.1.4.2.1 Expositions environnementales

Selon L'Institut de Veille Sanitaire, **5 à 10%** des cancers pourraient être attribués à l'environnement (8).

Les agents cancérogènes dans l'environnement se répartissent en trois catégories : les agents physiques, les agents chimiques et les agents biologiques.

Les radiations ionisantes, naturelles ou artificielles, et les radiations ultra-violettes, responsables de la majorité des mélanomes, représentent les **agents physiques**.

Les **agents chimiques** (benzène, silice, amiante, chrome, ...) sont nombreux. Ils peuvent être évitables ou non, et rencontrés au sein de l'activité professionnelle.

D'autres cancers peuvent être dus aux virus et aux bactéries, véritables **agents biologiques et infectieux**. En effet, des études ont démontré que certains papillomavirus humains (HPV 16, HPV 18) sont associés au risque de cancer du col de l'utérus et les virus de l'hépatite B et C peuvent être à l'origine de cancer du foie. Une infection par *Helicobacter pylori* augmente le risque de développer un cancer de l'estomac.

De nombreux agents cancérogènes peuvent être retrouvés au sein de l'environnement du travail, en faisant de ces cancers, des maladies professionnelles.

La plupart des cancers en lien avec l'exposition professionnelle concerne le poumon, la plèvre et les voies aérodigestives supérieures.

La localisation des cancers peut varier avec **l'exposition à certains agents cancérogènes**.

La pollution atmosphérique, certains rayonnements ionisants d'origine naturelle, comme le radon, ou l'exposition à l'amiante favorisent l'apparition du cancer pulmonaire. L'amiante joue également un rôle de facteur de risque spécifique de mésothéliome pleural.

Les cancers cutanés sont, quant à eux, associés à l'exposition aux rayonnements ultra-violets.

Les leucémies sont majoritairement liées au benzène, aux rayonnements ionisants, ainsi qu'au tabagisme passif.

L'utilisation des **pesticides** est aujourd'hui largement pointée du doigt. En effet, de nombreuses études montrent le lien qui existe entre l'apparition de cancer et l'exposition prolongée aux pesticides. Par ailleurs, ce facteur reste difficile à démontrer car il existe de

nombreux biais méthodologiques : les populations exposées aux pesticides peuvent aussi l'être à d'autres agents cancérigènes, la latence entre l'exposition et l'apparition du cancer, le nombre de pesticides différents ... (8,9).

#### 1.1.4.2.2 Mode de vie

Le mode de vie joue également un rôle dans l'apparition des cancers. Ce sont des facteurs évitables avec une hygiène de vie correcte. L'alcool et le tabac sont les deux premiers facteurs externes de risque de développer un cancer. Leurs effets sont renforcés et leur association démultiplie le risque de cancer des voies aérodigestives supérieures.

##### 1.1.4.2.2.1 Le tabac

Le tabac est le **principal facteur de risque de cancer dans le monde**. En effet, la fumée de tabac contient de nombreuses substances toxiques pour l'Homme, dont au moins cinquante cancérigènes et est responsable de plus de 30% des cancers, en particulier, celui des poumons, des voies aérodigestives supérieures et de la vessie. Le tabac non fumé (mâché ou inhalé) est, quant à lui, associé au cancer de l'œsophage.

Le tabagisme passif est également un facteur de risque de cancer. L'exposition et l'inhalation par un non-fumeur de la fumée de tabac rejetée par un fumeur augmente donc le risque de développer un cancer du poumon.

Plus le fumeur passif est exposé tôt, par exemple les enfants de parents fumeurs, plus le risque de cancer du poumon est important. Suite à certaines études scientifiques, il a été démontré un lien entre l'hépatoblastome, cancer rare du foie touchant les nourrissons et les enfants et le tabagisme des parents (10).

##### 1.1.4.2.2.2 L'alcool

En France, l'alcool est ancré dans notre patrimoine culturel véhiculant une image positive, synonyme de plaisir, convivialité et culture, classant ainsi la France dans la catégorie des pays où la consommation d'alcool reste élevée. Pourtant, l'alcool représente la **deuxième cause de mortalité évitable par cancer**.

Ce n'est pas le type d'alcool ingéré, mais bien la quantité d'alcool pur consommée qui expose au risque de cancer. En effet, les verres standards contiennent la même quantité d'alcool pur, soit 10 grammes par verre. La consommation d'un seul verre standard d'alcool par jour expose déjà à une augmentation du risque de développer un cancer.

L'alcool est responsable de différents types de cancers : les cancers du sein, les cancers colorectaux, les cancers des voies aérodigestives supérieures (bouche, pharynx, œsophage) et les cancers du foie (11).

#### 1.1.4.2.2.3 L'alimentation

L'alimentation possède une place importante dans l'apparition de certaines maladies, notamment de cancers. Il est donc important d'avoir une **alimentation équilibrée et variée**, adaptée aux besoins et au métabolisme de chacun. Certains aliments, comme la viande rouge et la charcuterie, le sel, les compléments à base de bêta-carotène, vont être impliqués dans la survenue des cancers.

En effet, la consommation de viandes rouges et charcuterie est un facteur de risque du cancer colorectal.

Consommés avec excès, le sel et les aliments salés jouent un rôle dans l'apparition des cancers de l'estomac.

Les compléments alimentaires à base de bêta-carotène à forte dose chez les fumeurs ou les ex-fumeurs augmentent le risque de cancer du poumon. Ces compléments alimentaires à base de vitamine A sont surtout consommés pour parfaire et prolonger le bronzage.

A l'inverse d'autres aliments, comme les fruits et légumes et les céréales, peuvent avoir un effet protecteur face à la maladie. Les fruits, les légumes et les céréales ont un effet protecteur des cellules, diminuant ainsi l'apparition de certains cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'estomac. Ces catégories d'aliments contiennent des vitamines et des minéraux, qui ont des activités antioxydantes, ainsi que des fibres permettant de diminuer les risques de cancer colorectal.

Le calcium, contenu majoritairement dans les produits laitiers, possède un effet protecteur vis-à-vis du risque de cancer colorectal, dans la limite de 2 produits laitiers par jour pour les adultes.

Une alimentation mal équilibrée peut aussi conduire à un surpoids, voire à une obésité, responsables d'un certain nombre de cancers, comme celui de l'œsophage, du pancréas, du colon-rectum, du sein, de l'endomètre, du rein, ou encore de la vésicule biliaire.

Il est donc important d'éviter la sédentarité et de pratiquer une activité physique régulière pour limiter l'apparition de cancer (12).

## 1.1.5 Prévention

### 1.1.5.1 Prévention primaire

Selon l'Institut National de Cancer, **40% des cancers pourraient être prévenus** (13), en agissant sur des facteurs évitables, notamment en arrêtant le tabagisme, en limitant la consommation d'alcool, en pratiquant une activité physique, en adoptant une alimentation variée et équilibrée et en évitant de trop s'exposer au soleil.

Concernant le tabac, l'OMS a instauré la Journée mondiale sans tabac, chaque année, le 31 mai, et ce depuis 1987. Les substituts nicotiques sont maintenant pris en charge et remboursés intégralement pour aider les fumeurs à arrêter. La campagne de prévention « **Mois sans tabac** » a également vu le jour en novembre 2016 en France, permettant d'augmenter le nombre d'arrêt du tabac à travers un défi collectif (10).

La consommation d'alcool doit être réduite au maximum et un rapport d'experts recommande, en France, de ne pas dépasser deux verres d'alcool par jour, chez les hommes comme chez les femmes, avec des jours dans la semaine sans consommation (11). Le 1<sup>er</sup> janvier 2020, une campagne du mois sans alcool, le « **Dry January** » a vu le jour en France. Provenant d'un défi lancé par Alcohol Change UK en 2003, ce mouvement encourage la population à ne pas boire d'alcool durant tout le mois de janvier (14).

La pratique d'une **activité physique**, d'au moins 30 minutes par jour, est importante dans la prévention du cancer. Il est nécessaire de réduire au maximum les comportements sédentaires en évitant de rester trop longtemps en position assise ou allongée durant une journée. Une activité physique adaptée peut être pratiquée chez un patient atteint d'un cancer. En effet, elle réduit la fatigue, améliore la qualité de vie et augmente la tolérance des traitements (15).

Concernant l'alimentation, il est conseillé de limiter la viande rouge et la charcuterie, les graisses animales, le sel et les aliments salés, et d'augmenter les apports en fruits et légumes, ainsi qu'en légumineuses, en produits céréaliers complets et peu raffinés (12).

L'exposition au soleil, qui doit être raisonnée, doit être faite avec une protection solaire efficace et adaptée à chacun (16). Une **semaine de prévention et de dépistage des cancers de la peau** est également organisée chaque année en mai par le Syndicat National des Dermatologues-Vénérologues. Ce dépistage est gratuit et les médecins dermatologues sont

volontaires et bénévoles. Le nombre de place étant limité, la priorité est donnée aux personnes ayant un risque de développer un cancer de la peau (17).

#### 1.1.5.2 Prévention secondaire et dépistage

Le dépistage d'un cancer est une démarche effectuée chez un patient apparemment sain afin de détecter de possibles lésions précancéreuses ou de surveiller leur évolution (18).

Un dépistage est dit « **organisé** » au niveau national lorsqu'il s'adresse à une population cible, en fonction de l'âge, invitée à pratiquer à intervalles réguliers un examen de dépistage. En France, il existe trois types de cancers faisant l'objet d'un dépistage organisé, celui du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus. Le dépistage organisé s'adresse à des personnes présentant un risque moyen de développer un cancer. Les personnes à risque élevé ou très élevé de cancers, ne sont pas intégrées à ce dépistage mais doivent faire l'objet d'une surveillance particulière.

Certains cancers ne sont pas dépistés collectivement, mais seulement **individuellement**. Par exemple, le cancer de la peau peut être détecté précocement par un dermatologue. Par ailleurs, des signes d'alerte peuvent également avertir le patient sur son état de santé : des douleurs, des problèmes respiratoires ou buccaux, des problèmes digestifs ou urinaires, des saignements, ou encore des changements ou des manifestations physiques (19).

Pour une majorité de cancer, un dépistage et un diagnostic précoce permettent de limiter des traitements lourds et augmentent les chances de guérison. Ils permettent donc de mieux soigner un cancer, voire même d'éviter son apparition.

#### 1.1.5.3 Prévention tertiaire

La prévention tertiaire en oncologie a pour but de diminuer les effets et les complications d'un cancer ou de ses traitements, et donc de diminuer les risques de récives, en accompagnant les patients à modifier certains comportements à risques (20,21). Elle apparaît donc quand la maladie a été déclarée.

Cette étape s'inscrit entièrement dans le parcours de soins de chaque patient atteint d'un cancer car elle est autant importante d'un point de vue physique que d'un point de vue psychologique. Elle s'effectue tout au long de la maladie avec des soins précoces et une surveillance accrue. Même si un cancer est incurable, la qualité de vie du patient doit rester prioritaire pour l'équipe médicale.

L'arrêt du tabac est un point essentiel pour améliorer le pronostic et réduire les risques de cancer. L'équipe médicale doit impérativement systématiser cet arrêt lorsqu'elle accompagne un patient dans sa maladie ; cette systématisation de l'accompagnement au sevrage

tabagique apparaît dans le Plan cancer 2014-2019. L'arrêt du tabac est facilité par l'aide de professionnels de santé.

L'équipe médicale doit promouvoir la lutte contre la sédentarité et encourager à la pratique d'une activité physique adaptée à chaque patient. Elle permet d'aider des patients en améliorant leur qualité de vie, leur état psychologique et émotionnel, ainsi qu'en diminuant la fatigue. Elle engendre également une diminution du risque de rechute du cancer (22).

## 1.2 Stratégies de prise en charge

La stratégie thérapeutique du cancer est **codifiée** : chaque patient bénéficie d'un traitement adapté et d'un parcours de soins personnalisé, coordonné et efficace, s'appuyant sur les recommandations de bonne pratique.

Suite au diagnostic et au bilan de chaque patient atteint d'un cancer, une équipe pluridisciplinaire se concerta pour mettre en place la prise en charge de la maladie à l'occasion d'une réunion appelée **réunion de concertation pluridisciplinaire ou RCP**. Le stade de la maladie, le type de cancer, la localisation, les données personnelles sont quatre critères qui conditionnent la prise en charge d'un cancer par l'équipe médicale.

Le traitement peut être de la chirurgie, de la radiothérapie ou un traitement médicamenteux. Les médecins peuvent également choisir plusieurs traitements complémentaires pour espérer une guérison définitive ou alors des traitements et des soins palliatifs, permettant de meilleures conditions de vie durant la maladie qui sera considérée comme incurable.

La concertation pluridisciplinaire conclue à une **proposition de traitements**, qui sera expliquée au patient lors d'une consultation spécifique dans le cadre du dispositif d'annonce. L'équipe médicale en charge du patient détaille également la maladie, les bénéfices et les risques du futur traitement, ainsi que les éventuels effets indésirables auxquels le patient devra faire face, et répond à toutes les questions que le patient se pose. Le patient peut être accompagné d'un proche lors de cette étape. Le médecin doit s'assurer de la bonne compréhension de la maladie par le patient.

Le traitement s'établit avec l'accord du patient. Suite à cette décision, un document est remis au patient : **le parcours personnalisé de soins ou PPS**. Il contient le traitement, la durée, le lieu et les rendez-vous. Il peut être réadapté ou interrompu par le médecin référent tout au long du parcours de soins en fonction de la maladie (23,24).

### 1.2.1 Chirurgie

La chirurgie, est le **traitement de référence** dans la prise en charge du cancer. En ayant une action locorégionale, la chirurgie permet de retirer la lésion cancéreuse, qui peut être la

tumeur (tumorectomie), les ganglions lymphatiques drainant la zone de la tumeur (curage axillaire), les éventuelles métastases (métastasectomie) ou alors l'organe en partie ou dans sa globalité (mastectomie dans le cas du cancer du sein).

Son objectif étant **d'enlever la totalité des cellules cancéreuses**, elle peut être utilisée seule lorsque le cancer est localisé et découvert à un stade précoce. Le cancer peut alors être guéri grâce à ce seul geste médical.

Généralement, la chirurgie est **associée à la radiothérapie et/ou à un traitement médicamenteux** (hormonothérapie, chimiothérapie, immunothérapie). Ces traitements sont dits néoadjuvants lorsqu'ils précèdent la chirurgie : ils ont, comme but, de diminuer la taille de la tumeur afin de faciliter son exérèse. Lorsque la radiothérapie et/ou les traitements médicamenteux sont prescrits après la chirurgie, ils sont alors appelés traitements adjuvants et ils permettent d'éliminer les éventuelles cellules cancéreuses restantes au niveau de la zone concernée, grâce à la radiothérapie, ou au niveau de l'ensemble de l'organisme, grâce aux traitements médicamenteux.

Comme toute opération, la chirurgie peut être suivie par des **effets secondaires**, qui dépendent de chaque personne et qui peuvent durer plus ou moins longtemps. Ces effets indésirables sont des douleurs post-opératoires, des hématomes et des cicatrices.

Dans la prise en charge du cancer, la chirurgie peut également être **esthétique en post-opératoire** afin de reconstruire ou de réparer une zone du corps lésée par les traitements du cancer (25).

### 1.2.2 Radiothérapie

Comme la chirurgie, la radiothérapie est un traitement locorégional dans la prise en charge du cancer. Il s'agit d'une **destruction du matériel génétique** des cellules cancéreuses par des rayonnements à haute énergie, afin de bloquer leur développement et leur multiplication, et de réduire la tumeur. Bien qu'il s'agisse d'un traitement local, les tissus avoisinants sains peuvent eux-aussi être irradiés.

Une part des patients atteints d'un cancer bénéficie, à un moment donné, d'un traitement par radiothérapie dans leur parcours de soins, qui peut être **utilisée seule ou associée à d'autres types de soins**, comme dans la majorité des cas.

Associée à d'autres thérapies, la radiothérapie peut être néoadjuvante en réduisant la tumeur pour préparer à son ablation, ou adjuvante afin d'éliminer les éventuels résidus de cellules cancéreuses au sein de l'organe atteint. Appelée radiochimiothérapie, cette dernière méthode permet de combiner la radiothérapie et la chimiothérapie en même temps de façon à intensifier l'effet.

Il existe différents types de radiothérapie : la radiothérapie externe, la curiethérapie et la thérapie par radio-isotopes.

Lors d'une **radiothérapie externe**, les rayonnements ou radiations ionisantes sont émis par une machine à rayons X située à côté du patient. Ils peuvent ainsi atteindre la tumeur après avoir traversé la peau du patient. Une séance dure entre une et cinq minutes et est généralement répétée.

La **curiethérapie** s'effectue à l'intérieur du corps du patient cancéreux. Il s'agit d'implanter directement dans la tumeur ou à proximité des implants contenant les sources radioactives. Les implants peuvent agir pendant quelques heures à quelques mois avec un implant permanent. La curiethérapie peut aussi être administrée par voie orale ou par injection intraveineuse : il s'agit d'une radiothérapie métabolique.

La **thérapie par radio-isotopes** est plus précise que les deux premières. En effet, ce type de radiothérapie utilise des sources radioactives associées à des anticorps monoclonaux afin d'agir localement au niveau de la tumeur. Elle peut être administrée par voie orale ou par injection.

La curiethérapie avec un implant permanent et la thérapie par radio-isotopes sont des types de radiothérapie pouvant rendre les personnes malades temporairement et faiblement radioactifs. Il faut donc éviter le contact avec les enfants et les femmes enceintes durant cette période afin de les protéger.

Lors d'une radiothérapie, les rayonnements ne sont pas douloureux mais après quelques semaines de traitement, ils peuvent provoquer de nombreux **effets secondaires**, en particulier sur les cellules saines environnantes. Une fatigue, des troubles sexuels, des difficultés à avaler avec une diminution de l'appétit ou un érythème au niveau de la zone traitée peuvent, apparaître, entre autres.

Chaque patient réagit différemment au traitement en fonction de la zone irradiée et de la dose administrée (26).

### 1.2.3 Traitements médicamenteux

A la différence de la chirurgie et de la radiothérapie, les traitements médicamenteux agissent **dans l'ensemble de l'organisme**, pouvant causer de nombreux **effets indésirables**. Ils peuvent être administrés par voie orale ou par injection.

La prise en charge d'un cancer peut donc se faire par hormonothérapie, par chimiothérapie, par thérapies ciblées ou par immunothérapie. La stratégie thérapeutique peut être proposée seule ou associée à un autre traitement.

#### 1.2.3.1 Hormonothérapie

L'hormonothérapie est un des traitements du cancer qui agit sur les **hormones** sexuelles ou non de l'organisme, en réduisant ou en empêchant leur production ou leur action afin de bloquer le développement des cellules tumorales.

Cette méthode est utilisée pour les **cancers hormonodépendants ou hormonosensibles**, dont la croissance est stimulée par des hormones, comme par l'exemple les œstrogènes et la progestérone pour les cancers du sein et de l'utérus ou la testostérone pour le cancer de la prostate.

L'hormonodépendance du cancer doit être vérifiée avant de démarrer le traitement anticancéreux.

Les hormones viennent se fixer sur les récepteurs des cellules cancéreuses. Une fois activés, les récepteurs permettent de déclencher des réactions dans les cellules pour stimuler leur croissance et favoriser le développement de la tumeur.

Les médicaments de l'hormonothérapie peuvent agir de différentes façons. Ils peuvent aller bloquer la production d'hormones au niveau du cerveau, ou alors bloquer son action au niveau du récepteur hormonal. Ils peuvent également agir en bloquant les deux à la fois. La finalité de ce type de traitement est l'arrêt d'une croissance hormonale et/ou la mort de la cellule cancéreuse.

A titre d'exemple, les différents médicaments utilisés sont, chez la femme, les anti-aromatases, les anti-estrogènes et les progestatifs. Chez l'homme, ce sont les anti-androgènes et les estrogènes.

Le traitement par hormonothérapie peut durer **plusieurs années**. Certains effets indésirables sont donc susceptibles d'apparaître durant tout le traitement, qui prive l'organisme d'hormones. Les médicaments peuvent entraîner des bouffées de chaleur, une prise de poids,

une fatigue, des douleurs musculaires ou articulaires ou encore une baisse de la libido, des dysfonctions sexuelles, des sécheresses intimes, lors de la prise d'anti-aromatases.

Au début du traitement, l'hormonothérapie provoque un ralentissement de la maladie, mais il se peut malheureusement que la tumeur revienne après quelques mois ou quelques années. Dans ce cas, l'équipe médicale associe l'hormonothérapie à un autre type de traitement ou la remplace entièrement afin de lutter contre le cancer du patient (27).

### 1.2.3.2 Chimiothérapie

La chimiothérapie est un **traitement général et systémique**, qui agit dans l'ensemble de l'organisme en détruisant les cellules cancéreuses ou en les empêchant de se multiplier dans le corps grâce à des substances chimiques cytotoxiques, les médicaments.

Ils sont administrés par voie orale (comprimés, gélules) ou par injection (perfusion, cathéter, chambre implantable). Dans certains cas, les patients peuvent même prendre leur traitement par voie orale chez eux, ce qui facilite la qualité de vie. Les médicaments sont administrés par cures, ce qui permet à l'organisme de se reposer et aux cellules saines de se régénérer ; la fréquence d'administration dépend du type de cancer, des buts des traitements, des médicaments utilisés et de l'état physiologique du patient cancéreux.

La chimiothérapie peut être proposée avant une chirurgie, pour diminuer la taille de la tumeur et éviter des potentielles séquelles de la chirurgie ; de ce fait, elle est néoadjuvante. Si elle est proposée après la chirurgie, elle est dite adjuvante et permet de compléter l'action de la chirurgie en diminuant les risques de développer des métastases et donc de réduire les risques de rechutes du cancer et améliorer les chances de guérison. La chimiothérapie peut également être métastatique afin de traiter l'ensemble des métastases présentes dans le corps du patient malade.

Afin d'augmenter l'efficacité du traitement anti-cancéreux, il est possible que l'équipe médicale choisisse d'associer plusieurs médicaments cytotoxiques, mais aussi de coupler la chimiothérapie à une radiothérapie.

Lorsqu'elle est utilisée comme unique traitement, c'est une chimiothérapie exclusive.

En agissant sur **l'ensemble du corps**, le mécanisme d'action de la chimiothérapie s'attaque aux cellules cancéreuses principalement, mais aussi largement aux cellules saines à renouvellement rapide comme celles des phanères, de la moelle osseuse ou des muqueuses digestives, ce qui causent de **nombreux effets indésirables**, difficilement supportables et variables en fonction des médicaments administrés.

Les médicaments de chimiothérapie peuvent avoir une toxicité hématologique, provoquant neutropénie, thrombopénie ou anémie, une toxicité digestive avec de possibles nausées et vomissements, diarrhée et mucites. Ils sont susceptibles d'entraîner des syndromes mains-pieds, des alopecies et des atteintes unguéales, et sont également responsables de toxicités cardiovasculaire, pulmonaire, neurologique, gonadique et foétale.

La chimiothérapie cause aussi une diminution des défenses immunitaires, ce qui nécessite une surveillance particulière (28).

#### 1.2.4 La médecine de précision

Le développement d'une médecine de précision permet d'accompagner le patient dans un parcours de soins encore plus **personnalisé et spécifique**. Les traitements complètent l'arsenal thérapeutique déjà existant et permettent de cibler les anomalies moléculaires spécifiques au cancer de chaque patient (29).

Elle repose actuellement sur deux types de traitements : les thérapies ciblées et l'immunothérapie.

Les thérapies ciblées pénètrent dans la cellule cancéreuse et bloquent des mécanismes biologiques indispensables à la survie de cette cellule pour provoquer sa mort.

L'immunothérapie, quant à elle, permet d'activer le système immunitaire du patient pour détruire les cellules cancéreuses.

##### 1.2.4.1 Thérapies ciblées

Les thérapies ciblées sont des **traitements innovants dirigés contre des cibles moléculaires**, responsables d'anomalies et d'altérations de l'ADN, afin de freiner et de bloquer spécifiquement la croissance d'une cellule tumorale pour éviter sa propagation. Ces médicaments agissent au niveau des voies de signalisation intracellulaire impliquées dans le développement et la dissémination de la tumeur.

Une analyse moléculaire de la tumeur du patient est réalisée, par l'équipe médicale, pour envisager un traitement par thérapie ciblée et orienter la prescription. Ce type de traitement est donc précis et personnalisé : c'est une thérapie sur-mesure.

La finalité de ce traitement reste le même, mais plusieurs types de thérapies ciblées existent.

Certaines interviennent sur les mécanismes cellulaires en bloquant la transmission d'informations au niveau des facteurs de croissance, des récepteurs ou des éléments à

l'intérieur de la cellule. En limitant les informations de multiplication et prolifération anarchique, ces médicaments permettent de restreindre la prolifération tumorale.

D'autres thérapies ciblées, appelés médicaments antiangiogéniques, empêchent la tumeur de fabriquer de nouveaux vaisseaux sanguins. De ce fait, la cellule tumorale ne sera plus alimentée en nutriments et en oxygène indispensables à sa survie et ne diffusera plus de métastases vers d'autres parties de l'organisme. Le développement de la tumeur est donc bloqué et limité.

En agissant de façon ciblée, ce type de traitement permet de **limiter au maximum les conséquences négatives** sur les cellules normales afin d'écartier certains effets indésirables. Cependant, une fatigue, des réactions cutanées ou des troubles digestifs ont été rapportés (30).

#### 1.2.4.2 Immunothérapie

L'immunothérapie antitumorale permet de **modifier la réponse immunitaire du patient contre sa maladie**. Ce traitement stimule la réponse antitumorale du malade et modifie les cellules tumorales pour accroître leur immunogénicité. Le renforcement des défenses naturelles du patient permet de reconnaître, d'attaquer et de détruire les cellules tumorales.

Cette nouvelle approche technologie permet d'aider le système immunitaire à reconnaître et à détruire les cellules cancéreuses, plutôt que de les attaquer directement.

Ayant vu le jour depuis quelques années, l'immunothérapie fait partie des **nouvelles technologies actuelles** pour combattre le cancer et elle compte plusieurs stratégies spécifiques ou non. Certaines sont d'ores et déjà utilisées, alors que d'autres sont encore en pleine recherche.

L'immunothérapie non spécifique a une action globale : elle stimule l'ensemble du système immunitaire du patient sans cibler spécifiquement la tumeur. Elle se fonde sur l'administration de molécules, en particulier les cytokines.

Le système immunitaire peut également être boosté par l'injection de vaccins thérapeutiques, contenant des composants dérivés des cellules tumorales, qui déclenchent une réaction immunitaire contre la tumeur : c'est l'immunothérapie spécifique.

La thérapie cellulaire permet de sélectionner les propres cellules immunitaires du patient, de les prélever et de les modifier en laboratoire pour devenir actives contre les cellules cancéreuses, puis de les réinjecter. Cette stratégie permet d'armer le système immunitaire contre la tumeur.

La virothérapie consiste à injecter un virus dans l'organisme du patient. Ce virus a pour but d'attaquer les cellules cancéreuses et également de stimuler la réponse immunitaire du patient contre ces mêmes cellules.

Les immunomodulateurs permettent de modifier le système immunitaire. Dans le cancer, ils sont utilisés pour rétablir, au mieux, les réactions immunitaires, qui peuvent être préalablement diminuées ou modifiées par les cellules cancéreuses.

L'immunothérapie compte également des effets indésirables liés à l'activation du système immunitaire pouvant entraîner des réactions d'hypersensibilité ou des maladies auto-immunes. Des troubles digestifs et cutanés, des atteintes rénales, une fatigue ou encore des inflammations au niveau de différentes parties du corps ont également été rapportés (31,32).

### 1.3 Effets indésirables dermatologiques

Comme tous les traitements, les différentes prises en charge du cancer peuvent causer de nombreux effets indésirables et être un frein à l'observance du traitement par le patient. En agissant dans l'ensemble de l'organisme, les traitements médicamenteux de la chimiothérapie sont difficilement supportables ; en effet, en s'attaquant aux cellules à renouvellement rapide, ces médicaments tuent les cellules cancéreuses, mais également les cellules saines.

Malgré tous les effets indésirables connus des traitements anti-cancéreux, seules les toxicités cutané-muqueuse et phanérienne provoquant des effets indésirables dermatologiques seront abordées dans cette partie car la solution et les anticipations pour leur faire face vont être décrits dans la troisième partie de cette thèse.

Ces effets indésirables impactent la qualité de vie en attaquant l'image de soi, en altérant les échanges tactiles et en dévoilant la maladie. Ils ne doivent pas être négligés.

#### 1.3.1 Cicatrices

À la suite d'une opération de chirurgie et dans le but de retirer la lésion cancéreuse, des cicatrices apparaissent. La cicatrisation est un **phénomène biologique et physiologique** qui permet à une plaie de se réparer (Figure 2).

L'aspect de cette cicatrice va être déterminé par l'incision et le type d'approche choisis par le chirurgien. Selon la localisation du cancer, elle peut être en ligne droite ou en forme de demi-lune.

Après l'opération de chirurgie, la cicatrice peut devenir rouge, boursoufflée et donner l'impression d'être chaude. Cette séquelle est esthétique mais peut aussi devenir douloureuse si des réactions locales apparaissent.



Figure 2 : Cicatrice suite à une mastectomie (33)

La guérison complète d'une cicatrice met entre 12 à 18 mois et elle doit faire l'objet d'une attention particulière (1).

### 1.3.2 Radiodermites

Les radiodermites sont des **lésions cutanées**, qui correspondent à une inflammation de la peau ou à un érythème causé par des radiations ionisantes (Figure 3). Elles apparaissent généralement après une radiothérapie et ces lésions peuvent être aiguës ou tardives.

Aux débuts de la radiothérapie les rayonnements étaient émis de façon plus large et détruisaient ainsi une grande partie des cellules saines des tissus environnants. Actuellement, même si la technique n'est pas parfaite et qu'il reste des cellules saines avoisinantes détruites, la radiothérapie est mieux maîtrisée et ciblée.

La radiodermite aiguë correspond à des lésions précoces, qui apparaissent quelques jours ou quelques semaines après le début du protocole de radiothérapie. Ces lésions sont en lien direct avec le type de rayonnement utilisé et la dose reçue par le patient.



Figure 3 : Radiodermite suite à une radiothérapie (36)

Elles sont classées en 4 grades selon leur sévérité (Tableau 1) :

Tableau 1 : Grades de sévérité des radiodermites

<b>Grade 1</b>	Erythème léger ou desquamation sèche
<b>Grade 2</b>	Erythème modéré Desquamation humide non confluyente, limitée aux plis Œdème modéré
<b>Grade 3</b>	Desquamation et décollements exsudatifs confluent Saignement aux traumatismes mineurs ou au frottement
<b>Grade 4</b>	Lésions menaçantes avec nécrose cutanée Ulcération avec mise à nu du derme profond ou de l'hypoderme Saignement spontané

La radiodermite chronique apparaît tardivement. Ces lésions peuvent se dévoiler des mois, voire des années après les séances de radiothérapie. Elle survient sans lien avec l'intensité de la radiodermite aiguë.

La peau est alors plus mince et plus sensible à la moindre agression. Elle a également perdu sa tonicité. Le patient nécessite donc une surveillance à vie car la radiodermite chronique peut être favorisée par des facteurs déclenchants, comme des traumatismes ou une exposition solaire, et peut également présenter un risque d'évolution vers un cancer de la peau (34–36).

### 1.3.3 Syndrome main-pied

Le syndrome main-pied, aussi appelé érythrodysesthésie palmoplantaire, se caractérise par un **érythème inflammatoire et douloureux** survenant au niveau des **zones de pression et/ou de friction**, de façon **bilatérale** (Figure 4). On le retrouve donc principalement au niveau des appuis, sur les plantes des pieds et sur les paumes des mains, mais aussi au niveau des aisselles et des plis corporels.

Il est induit par certaines chimiothérapies et de nombreuses thérapies ciblées. Ces traitements fragilisent les micro-vaisseaux sanguins au niveau de la peau des mains et des pieds, ce qui

provoque une réaction inflammatoire à l'origine de rougeur, de gonflement, de sécheresse, d'ampoules, de crevasses, d'hypersensibilité ou de fourmillement.

Le syndrome main-pied diffère pour chaque patient, selon son type de traitement. Certaines molécules vont entraîner un phénomène plutôt inflammatoire, avec des sensations de brûlures, alors que d'autres peuvent causer des lésions hyperkératosiques, avec une sécheresse et une hyperkératinisation.

L'intensité des symptômes peut engendrer une diminution des doses ou une interruption temporaire du traitement.



Figure 4 : Syndrome main-pied localisé au niveau des mains (39)

Le syndrome main-pied se manifeste de la première à la quatrième semaine après le début du traitement. Les lésions de ce type de syndrome sont souvent précédées de picotements, de fourmillements ou de sensation de brûlures (37–39).

Selon la sévérité des signes cliniques allant de l'inconfort à l'incapacité de produire des tâches quotidiennes, le syndrome main-pied est classé en 3 grades (Tableau 2) :

Tableau 2 : Grades de sévérité du syndrome main-pied

<b>Grade 1</b>	Rougeur discrète, gonflement, hypersensibilité, fourmillements, sensation de brûlures, pas de douleur Sensations désagréables, sans impact sur les gestes quotidiens
<b>Grade 2</b>	Rougeur, ampoules, crevasses, gonflement, douleur, sécheresse Inconfort dans les gestes quotidiens

<b>Grade 3</b>	Rougeur, ampoules, crevasses, gonflement, douleur vive, sécheresse puis desquamation de la peau  Difficultés à accomplir des gestes quotidiens, comme la marche ou les gestes fin de préhension
----------------	---

#### 1.3.4 Atteintes cutanées

La peau recouvre la totalité de la surface corporelle. Elle représente le revêtement de l'homme et agit comme une barrière de protection entre le monde extérieur et ses agressions et l'intérieur du corps.

Malheureusement de nombreux traitements anti-cancéreux dégradent cette barrière indispensable et la fragilise.

##### 1.3.4.1 Xérose

Une xérose se caractérise par une **sécheresse cutanée** importante, accompagnée d'un **prurit** quasi constant. Cette sécheresse peut, à terme, devenir une desquamation (Figure 5). Une xérose peut être généralisée ou localisée en affectant la peau, mais également les muqueuses comme les lèvres, les conjonctives ou les muqueuses buccale ou génitale.

Cet effet indésirable apparaît quelques semaines après le début du traitement, en particulier sous thérapie ciblée, et persiste pendant toute la durée du traitement. Elle se manifeste préférentiellement au niveau du tronc et des membres. La peau perd alors de sa souplesse, de sa douceur et devient moins lisse.



Figure 5 : Sécheresse cutanée au niveau d'un bras (41)

Selon le degré de sévérité, la xérose cutanée est classé en 3 grades (Tableau 3) :

Tableau 3 : Grades de sévérité de la xérose cutanée

<b>Grade 1</b>	< 10% de la surface corporelle, sans érythème ni prurit
<b>Grade 2</b>	10-30% de la surface corporelle, associée à un érythème ou un prurit Interférant avec les activités physiques de la vie quotidienne
<b>Grade 3</b>	> 30% de la surface corporelle, associée à un érythème ou un prurit Interférant avec les activités élémentaires de la vie quotidienne

Les mesures préventives d'une xérose sont essentielles. Mais lorsqu'elle est installée, les soins doivent être renforcés afin d'éviter l'apparition de fissures et de crevasses au niveau de la pulpe des doigts et des talons. Cette hyperkératinisation est douloureuse et peut devenir une porte d'entrée de surinfections (35,40).

#### 1.3.4.2 Rash cutané ou folliculite acnéiforme

Le rash cutané ou la folliculite acnéiforme, fréquemment rencontré sous thérapies ciblées, sous immunothérapie ou encore sous chimiothérapie classique, est caractérisé par **l'inflammation des follicules pileux**, localisés au niveau du visage, du haut du tronc et du cuir chevelu (Figure 6). Ces rougeurs et ces boutons rouges avec une pointe blanche contenant du pus ressemblent à de l'acné, mais sans comédons.



Figure 6 : Rash cutané (43)

Le délai d'apparition est relativement court : il est de 3 à 15 jours environ après le début du traitement.

Cet effet indésirable peut donc devenir extrêmement invalidant de par son aspect physique, mais également son aspect douloureux, car des sensations de prurit et de brûlures sont possibles.

Des mesures de prévention sont alors recommandées pour empêcher l'apparition de ces lésions. Durant le traitement anticancéreux, des soins locaux de traitement cutané spécifique, voire des antibiotiques par voie orale peuvent également être prescrits.

La folliculite acnéiforme peut être masquée par un maquillage correcteur adapté (35,40,42).

#### 1.3.5 Atteintes unguéales

Certains anticancéreux, en particulier les taxanes, les anthracyclines, le 5-FU et la capécitabine, provoquent une **atteinte de l'ongle**. Les ongles sont alors fragilisés et deviennent mous, secs et cassants. Ces anomalies sont à l'origine d'un inconfort esthétique et de perturbations dans la vie quotidienne en ayant des conséquences sur la préhension, la statique et la marche ; elles peuvent même aboutir à un arrêt du traitement.

Les atteintes unguéales sont diverses. Elles peuvent se manifester suite à l'apparition de stries ou de sillons transversaux appelés lignes de Beau, correspondant à une interruption de croissance de l'ongle lors de chaque injection de chimiothérapie (Figure 7). Des hématomes sous-unguéaux peuvent également apparaître ; ils sont responsables de colorations anormales de l'ongle et de son décollement. Certaines molécules sont capables de provoquer des paronychies, qui sont des inflammations du pourtour de l'ongle, douloureuses et invalidantes, susceptibles d'évoluer vers une infection.



Figure 7: Ongles d'une patiente suite à une chimiothérapie (44)

Les paronychies se différencient selon leur grade de sévérité (Tableau 4) :

Tableau 4 : Grades de sévérité des paronychies

<b>Grade 1</b>	Œdème ou érythème du repli cutané de l'ongle, rupture de la cuticule
<b>Grade 2</b>	Œdème ou érythème douloureux du repli cutané de l'ongle, associé à un écoulement ou à la séparation des couches de la tablette unguéale  Nécessite un traitement local ou oral  Interférant avec les activités physiques de la vie quotidienne
<b>Grade 3</b>	Nécessite une chirurgie ou une antibiothérapie par voie intraveineuse  Interférant avec les activités élémentaires de la vie quotidienne

Les atteintes unguéales se manifestent dès 3 à 8 semaines après le début du traitement et requièrent une protection d'au moins 3 mois après l'arrêt du traitement.

Après l'arrêt du traitement, une gêne peut également persister plus de 6 mois, pour les ongles de mains, et jusqu'à 12 mois, pour les ongles de pieds compte tenu de la croissance lente des ongles.

En prévention, les patients doivent avoir des ongles de mains et de pieds irréprochables (38,41).

### 1.3.6 Alopécie

L'alopécie est une **chute partielle ou complète** des cheveux et des poils du corps et du visage. En oncologie, elle est secondaire à certains médicaments de radiothérapie, définie au niveau du crâne et délimitée par la zone traitée par les rayons, et de chimiothérapie, s'attaquant aux cellules cancéreuses mais aussi aux cellules saines à renouvellement rapide comme celles des phanères. Ces molécules détruisent donc les cellules des bulbes pileux.

La chute des cheveux est un des effets indésirables les plus redoutés des patients. Lors d'une chimiothérapie, cette alopecie peut être temporaire, mais selon la dose administrée, elle peut, dans certains cas de radiothérapie, être définitive.

La chute des cheveux atteint les personnes dans leur image corporelle. Elle est souvent mal vécue, en particulier chez les femmes, ayant un véritable impact sur leur bien-être physique et psychologique.

L'alopecie débute en général 15 jours à 3 semaines après le début du traitement anticancéreux et les cheveux peuvent commencer à repousser 6 à 8 semaines après la fin du traitement. Cette repousse peut s'accompagner d'un changement d'aspect du cheveu (il est souvent plus fin) et de la couleur (blanchiment accéléré).

Dans certains cas, des démangeaisons et des picotements au niveau du cuir chevelu peuvent être ressentis avant et durant la chute.

Cette chute de cheveux peut être limitée en évitant toute agression du cuir chevelu, comme des couleurs et des brushings, durant tout le traitement, et en portant un casque réfrigérant lors des séances de chimiothérapie, mais son efficacité diffère selon les molécules utilisées et selon les patients. En cas d'atteinte du cerveau, les patients ne pourront pas utiliser le casque réfrigérant (Figure 8).



Figure 8 : Casque réfrigérant (47)

Il est possible d'adopter une coupe courte, voire de raser la tête du patient en amont pour éviter un trop gros choc face à cette perte de cheveux. Le port d'une perruque ou de foulard et le maquillage des sourcils peut restaurer une certaine confiance en soi (36,38,46).

## 2 Partie II : L'accompagnement du patient cancéreux

L'accompagnement du patient cancéreux est une étape importante dans la prise en charge globale de la maladie. Il peut avoir lieu pendant ou après le traitement et permet d'améliorer la qualité de vie sur un plan physique et psychologique.

Cet accompagnement se base sur un soutien social, ainsi que sur des soins de support, dans le but d'augmenter les chances de guérison et diminuer le risque de récives.

### 2.1 Soins de support

Traduit de l'anglais « **supportive care** », les soins de supports sont définis comme l'ensemble des démarches et des aides soutenant le patient atteint d'un cancer dans l'ensemble de sa maladie et lors de ses suites, en prenant en compte la diversité de ses besoins (48).

L'objectif 7 du Plan Cancer 2024-2019 est d'assurer la prise en charge globale et personnalisée des patients atteints d'un cancer (49). Cette évolution du Plan Cancer permet donc d'améliorer la qualité de vie des patients par l'accès aux soins de supports.

De l'annonce de la maladie à la rémission, ces soins de support sont personnels et tiennent compte de chaque patient et de son entourage en fonction des besoins qui lui sont propres : ils sont décrits dans le programme personnalisé de soins.

#### 2.1.1 Intervenants

Les soins de supports sont programmés par l'équipe médicale et il existe un bon nombre d'intervenants pour permettent d'améliorer la qualité de vie du malade. Ils peuvent être des professionnels au sein de l'hôpital ou du centre de lutte contre le cancer, des professionnels exerçant dans le libéral ou dans des structures dédiées, ou encore des patients ressources au sein d'associations.

La **coordination** entre tous ces intervenants se doit d'être fluide afin que le patient profite de la meilleure prise en charge globale et que ses soins de supports deviennent aussi importants que ses traitements spécifiques au cancer.

##### 2.1.1.1 Professionnels de santé « habituels »

Ils reçoivent les informations en amont et sont généralement les **premiers** professionnels au courant de la maladie, avant le patient lui-même. Ils se chargent du dispositif d'annonce, un moment traumatisant pour le patient.

Ils sont représentés par les médecins, les infirmiers, les équipes soignantes au sein du service hospitalier ou du domicile. Ces équipes pluridisciplinaires sont donc capables d'adapter les soins de support aux soins chroniques et aux traitements classiques du cancer (50).

A partir de l'annonce de la maladie, une **réunion de concertation pluridisciplinaire** a lieu pour annoncer le déroulement des traitements envisagés, ainsi que les traitements de support (51).

Le médecin traitant prend le relais en ville après réception des courriers de la part de l'équipe médicale hospitalière afin d'assurer le meilleur suivi possible. Il s'assure du bon déroulement du traitement et peut également répondre aux interrogations du patient.

#### 2.1.1.2 Professionnels de recours

Leur métier est consacré uniquement aux soins de support et représente une grande aide auprès des patients.

L'**assistant social** est un professionnel qualifié permettant de développer les capacités des malades à garder leur autonomie et à faciliter leur insertion sociale. Ils aident aussi les patients à surmonter ou à prévenir certaines difficultés d'un point de vue social, sanitaire, familial, économique ou encore professionnel (52). L'assistant social oriente alors le patient vers les services appropriés et l'aide à faire toutes les démarches que le cancer a perturbé.

Le **diététicien** permet de guider le patient sur ses choix alimentaires et nutritionnels en rapport avec le cancer et les traitements. Il peut adapter les régimes de chaque patient en fonction de ses besoins nutritionnels, en fonction des effets secondaires, mais également en fonction des opérations que le malade a pu subir. Il garde un œil sur la courbe de poids et le manque d'appétit que certains patients peuvent ressentir lors d'un cancer, afin que le patient ne souffre pas de carences et de fatigue (53).

Le **psychologue** est un professionnel de l'écoute, qui aide toutes les personnes en souffrance psychique. L'annonce de la maladie est un choc traumatique pour la majorité des patients et de nombreuses interrogations apparaissent. Un soutien psychologique permet de laisser au patient le soin de s'exprimer face à la maladie et d'appréhender les répercussions négatives d'un cancer (54).

Le **masseur-kinésithérapeute** aide à la rééducation des mouvements des différentes parties du corps avec plusieurs façons de maintenir ou de remédier à des déficits physiques (55). Il aide les patients à garder une activité physique régulière adaptée à chacun afin de lutter contre la fatigue et à accepter plus facilement certains traitements.

Les **socio-esthéticiennes** aident les patient(e)s à se sentir mieux dans leur peau et à revaloriser l'image et l'estime de soi, souvent altérées par la maladie, par des soins esthétiques ou des techniques de maquillage (56).

### 2.1.1.3 Entourage

Représenté par le conjoint, les parents, les enfants, les proches, l'entourage est au cœur de l'accompagnement d'un patient dans sa maladie en apportant de **l'aide, de l'affection et du soutien** (57). Il peut être tout autant affecté par l'annonce du cancer que le malade lui-même et les relations peuvent en être bouleversées et changer tout au long de la maladie.

L'entourage peut également trouver de l'aide et de l'écoute auprès des intervenants professionnels du patient car la charge psychologique peut être difficile.

Selon l'article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique, « toute personne majeure peut désigner une **personne de confiance** qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin » (58). La personne de confiance fait donc très souvent partie de l'entourage ; elle peut accompagner le patient dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux. Elle est l'interlocuteur privilégié pour l'équipe soignante.

### 2.1.1.4 Domaine associatif

Certaines associations proposent d'aider les patients atteints de cancer et leurs proches sur différents points.

Elles peuvent accompagner les patients face à de nombreuses démarches, aider les patients à se sentir mieux dans leur peau, les soutenir, leur permettre de s'évader grâce à des loisirs, ou encore elles peuvent récolter des fonds pour financer la recherche contre le cancer.

Sur la ville de Clermont-Ferrand, il existe différentes associations concernant les soins de supports (59).

La **FFEPGV** (Fédération Française d'Education Physique et Gymnastique Volontaire), la **CAMI Sport et Cancer** et **Clermont en rose** associe le sport à la lutte contre le cancer.

**CEW** est une association fondée par des socio-esthéticiennes pour que les patients se sentent mieux dans leur peau.

**Aider nos proches** permet de soutenir les proches des patients.

L'**Oasis des dômes** et **Life is Rose** accompagnent et soutiennent les patients dans certaines démarches comme des dépenses onéreuses non prises en charge ou l'achat de matériaux.

**Les Blouses roses** distraient et réconfortent les malades grâce à des activités artistiques ou ludiques.

L'**Espace de Rencontre et d'Information** (ERI) est un lieu d'écoute, d'information, d'échanges et d'orientation pour les malades atteints d'un cancer et leurs proches (60).

Dans le Plan Cancer 2014-2019, l'action 7.15 permet d'utiliser des « **patients ressources** » dans l'accompagnement des patients atteints de cancer et dans la formation des professionnels de santé (49). Cette expérience par les « pairs » est une source positive de communication entre l'équipe médical et le patient.

### 2.1.2 Types de soins

Les types de soins de support, complémentaires aux traitements spécifiques du cancer, sont nombreux car ils diminuent les conséquences de la maladie et de ses traitements et améliorent le moral des patients (61).

#### 2.1.2.1 Douleur

Selon la définition officielle de l'International Association for the Study of Pain (IASP) datant de 1979, « la douleur est une expérience sensorielle ou émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes » (62). C'est une **sensation subjective**, difficile à quantifier et à qualifier, qui agit sur le **physique** et sur le **moral**.

La douleur en chimiothérapie a plusieurs causes. Elle peut être due au cancer, provoquée par la tumeur qui comprime un organe. Elle peut être liée aux traitements contre la maladie : aux chimiothérapies, aux radiothérapies ou aux opérations subies, voire même par des examens médicaux.

Malgré sa subjectivité, la douleur peut être **évaluée** grâce à différents outils comme des règles graduées pour désigner l'intensité (63)(Figure 9), des dessins afin de montrer la zone du corps où la douleur est présente, ... L'évaluation de la douleur permet un traitement adapté.

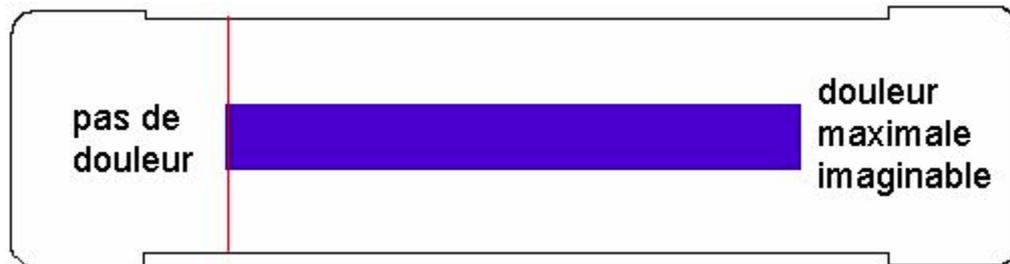


Figure 9 : Echelle visuelle analogique

La douleur épuise beaucoup les patients mais n'est pas une fatalité : elle peut être **prévenue ou soulagée**. Il ne faut donc pas qu'elle soit minimisée et une prise en charge est indispensable pour éviter les répercussions négatives sur la qualité de vie.

Pour traiter la douleur, le patient peut avoir recours à des **techniques médicales ou non médicales**.

Suivant la nature et l'intensité de la douleur décrite par le patient, le médecin peut prescrire des **médicaments antalgiques** pour des douleurs nociceptives ou des **antidépresseurs et antiépileptiques** pour des douleurs neuropathiques. Une **chirurgie ou une radiothérapie** permet de diminuer une douleur lorsqu'elle provient de la compression d'un organe. Les douleurs mécaniques sont soulagées par des **séances de kinésithérapie**.

Les **médecines complémentaires**, comme l'ostéopathie ou l'homéopathie, peuvent s'ajouter, mais ne doivent pas se substituer aux techniques de médecine dites classiques.

Les répercussions émotionnelles de la douleur peuvent être soutenues par une **aide psychologique ou de la relaxation** (35).

#### 2.1.2.2 Fatigue

La fatigue ou l'asthénie sont des termes utilisés en cancérologie pour désigner **l'épuisement chronique**, voire l'affaiblissement, ressentie à tout moment de la prise en charge d'un patient cancéreux. C'est souvent le principal symptôme du cancer déclaré par le malade et a des **répercussions sur la qualité de vie** du patient en affectant la vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle. Il est important que le patient la décrive pour que sa prise en charge soit optimale.

Les causes sont nombreuses et peuvent avoir différentes origines (64).

La **maladie elle-même** est un facteur de fatigue qui varie en fonction de l'organe touché et du type de cancer. La **prise en charge globale** de la maladie rajoute une dose de fatigue supplémentaire avec l'annonce de la maladie, les différentes consultations et hospitalisations, les déplacements entre le domicile et l'hôpital, ou les examens. Ils peuvent également générer du stress et une anxiété, voire même une dépression, qui aggravent la fatigue.

Les **traitements** du cancer sont généralement très fatigants. La chimiothérapie, la radiothérapie ou la chirurgie peuvent se cumuler, ce qui augmente la fatigue. Les traitements causent aussi de nombreux effets indésirables à l'origine de l'asthénie : douleurs, anémie, difficultés alimentaires, nausées, perte d'appétit, problèmes psychiques.

Suite à l'**absence d'effort physique**, le patient peut se sentir fatigué car sa masse et sa force musculaire diminuent (35).

La prise en charge de la fatigue est primordiale pour appréhender la maladie. Elle est **traitée de façon individuelle** avec différents intervenants comme le masseur-kinésithérapeute, l'ergothérapeute, le psychomotricien, le diététicien, le psychologue et la socio-esthéticienne.

Au quotidien, la lutte contre cette fatigue est **multifactorielle**. Elle concerne l'amélioration du sommeil et de l'alimentation, la pratique d'une activité physique régulière, l'organisation des tâches, un soutien psychologique et social, ou encore la continuité d'une activité professionnelle, qui peut être aménagée en fonction du patient.

### 2.1.2.3 Activité physique

Selon l'OMS, l'activité physique est définie par « tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique » (65). Elle englobe ainsi **toutes les activités physiques** quotidiennes, de déplacement, de loisir ou de travail, qui sollicitent le **métabolisme énergétique** et les **muscles**.

La pratique d'une activité physique adaptée est connue pour avoir un **effet bénéfique** à plusieurs niveaux. Elle favorise le maintien et/ou l'amélioration de la condition physique d'un point de vue cardiorespiratoire et musculaire. Elle permet également de maintenir et/ou normaliser le poids et la composition corporelle.

Une amélioration de la qualité de vie pendant et après le cancer est ressentie, avec une diminution de la fatigue perçue, des troubles anxiodépressifs, des douleurs et une amélioration de l'estime de soi et de l'image corporelle.

La tolérance aux traitements est aussi améliorée car certains effets indésirables sont réduits. Pratiquée régulièrement, l'activité physique permet de diminuer le risque de récurrence de certains cancers ; elle prolongerait ainsi l'espérance de vie (35).

En pratique, le patient doit limiter toutes les activités sédentaires et essayer d'être le plus **actif** possible. Dans l'idéal, le patient réalise également une activité d'intensité modérée à élevée 5 fois par semaine, associée à du renforcement musculaire et des assouplissements 2 fois par semaine (15). (Figure 10).

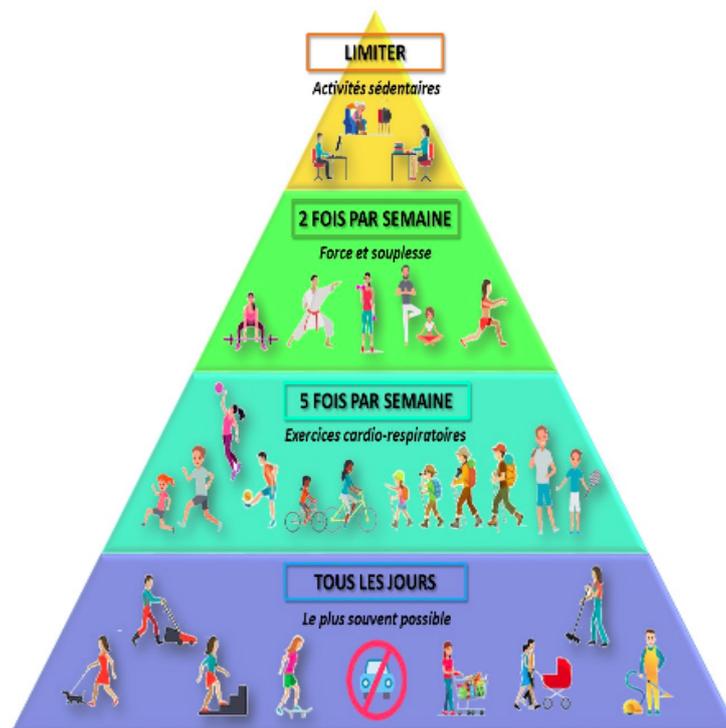


Figure 10 : Pyramide des activités physiques

L'activité physique, dans le cadre du cancer, a tout intérêt à être encadrée par un coach sportif pour éviter tout risque secondaire. Il est également possible que la pratique d'une activité physique soit contre-indiquée dans certaines situations.

#### 2.1.2.4 Soutien psychologique

Un accompagnement psychologique permet d'aider les patients tout au long de la maladie, voire même après l'arrêt des traitements, ou à un moment précis, comme lors de l'annonce ou d'une rechute. Le soutien psychologique aide les patients à exprimer leurs **ressentis**, à extérioriser leurs **appréhensions** et leurs **doutes** face au cancer, afin de retrouver un équilibre relationnel.

Les **proches** des patients malades peuvent bénéficier également d'une thérapie psychologique car ils peuvent à certains moments en ressentir le besoin.

L'écoute psychologique peut se faire auprès de **professionnels**, psychiatre ou psychologue. Les **établissements hospitaliers ou des associations** peuvent proposer aux patients des groupes de paroles et d'échange. Certains patients pourront également bénéficier d'une **écoute téléphonique** pour évacuer leur souffrance psychologique.

Ce soutien peut avoir lieu à la demande du patient ou être proposé par l'équipe médicale (66).

#### 2.1.2.5 Estime de soi et image corporelle

Le cancer peut modifier **l'apparence physique** de certains patients et altérer l'estime de soi. Des patients peuvent se sentir **totalemt différents**, voire même étrangers face à leur propre corps, après une chirurgie ou à cause des effets secondaires des traitements, comme la perte des cheveux, la fatigue, les changements au niveau de la peau, la perte ou la prise de poids (66).

Pour faire face à ses transformations physiques et afin de revaloriser l'estime de soi, plusieurs changements sont envisageables.

Des **socio-esthéticiennes** peuvent accompagner et conseiller afin de se sentir mieux dans son corps et reprendre un contrôle positif sur l'image de soi. Leur métier consiste à réactiver la mémoire corporelle et à réapprendre peu à peu la sensation du toucher.

Une **aide psychologique** et une écoute peuvent également permettre d'exprimer cette sensation de corps non-approprié. Elles peuvent se faire auprès de ses proches, d'un groupe de soutien ou de psychologues et psychiatres.

Une **chirurgie réparatrice** permet, en particulier dans le cancer du sein, de recréer l'apparence d'un sein avec une prothèse mammaire (67).

#### 2.1.2.6 Démarches sociales et administratives

Un cancer, comme d'autres maladies, peut donner droit aux patients à bénéficier de nouvelles **aides sociales individuelles**, souvent méconnues du grand public. Pour faciliter ses **démarches administratives**, un assistant social peut aider le patient à l'orienter vers ses besoins et à surmonter certaines difficultés financières.

Les démarches administratives concernent l'organisation du **retour à domicile**, avec les aides à domicile, ou l'intégration dans une **structure de soins de suite** et de réadaptation, les démarches auprès de la **médecine du travail**, pour organiser d'éventuels aménagements de poste ou de temps de travail, mais également les démarches auprès de l'**employeur**, en suivant les différentes conventions collectives des entreprises (66).

Les patients se sentent alors soulagés et peuvent affronter la maladie avec plus d'énergie.

#### 2.1.2.7 Nutrition

Lors d'un cancer, les besoins nutritionnels sont augmentés : le patient doit alors avoir un apport calorique supérieur à la moyenne pour éviter l'**amaigrissement**, qui peut conduire à la **dénutrition**. Celle-ci ne doit pas être négligée car elle perturbe les fonctions de l'organisme et augmente la toxicité des médicaments anti-cancéreux.

L'amaigrissement peut être causé par le **cancer en lui-même** qui entraîne une diminution de l'appétit, par la présence d'une **tumeur** au niveau des voies digestives, par les **traitements** qui induisent de nombreux troubles digestifs.

En cas de nausées ou vomissements, il est conseillé au patient de s'orienter vers des aliments tièdes ou froids, sans odeur, de fractionner les repas et de déléguer la préparation des repas, lorsque cela est possible.

En cas de diarrhée ou constipation, les règles hygiéno-diététiques de base seront alors expliquées au patient.

En cas de mucites, le patient devra éviter les aliments provoquant des aphtes, qu'ils soient piquants ou acides, les aliments trop chauds ou trop durs, ainsi que l'alcool.

A contrario, certains traitements anticancéreux provoquent une **prise de poids**, qu'il faut alors surveiller car elle peut être un facteur de survenue ou de récurrence de cancer hormonodépendants. L'alimentation s'adaptera alors avec une diminution de l'apport calorique journalier (35).

Il est donc important pour le patient d'adapter son alimentation pour contribuer à son bien-être et à sa qualité de vie. Il peut être soutenu, dans sa démarche, par des professionnels, diététiciens ou médecins nutritionnistes, par des ateliers culinaires organisés par des associations ou par les établissements hospitaliers.

## 2.2 Soins palliatifs

Au fil du temps, le cancer est devenu une **maladie chronique**, pouvant rester longtemps stabilisée par de nombreux traitements, mais dans certains cas et malgré les soins curatifs apportés, le cancer **échappe aux traitements** et entre dans sa **phase terminale**.

Les **soins palliatifs** peuvent alors contrôler certains effets indésirables et **améliorer la qualité de vie du patient** durant quelques semaines à quelques années. Les soins palliatifs comprennent aussi le décès, que l'équipe médicale considère comme une étape normale de la maladie.

### 2.2.1 Définition

Selon la définition de l'**OMS**, les soins palliatifs « **améliorent la qualité de vie** des patients et des familles confrontées à une maladie engageant le pronostic vital, **en soulageant** les douleurs et les symptômes, en apportant un **soutien spirituel et psychologique** depuis le moment où le diagnostic est posé jusqu'à la fin de la vie et au cours de la période de deuil.

Ils **soulagent** la douleur et les autres symptômes pénibles. Ils **soutiennent la vie** et considèrent la mort comme un processus normal. Ils ne visent ni à hâter ni à différer la mort. Ils intègrent les **aspects psychologiques et spirituels** des soins au patient. Ils offrent un **système d'assistance** pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à leur décès. Ils offrent un **système d'accompagnement** pour aider la famille à faire face pendant la maladie du patient et au cours de la période de deuil. Ils ont recours à un **travail d'équipe** pour répondre aux besoins des patients et de leur famille, y compris en matière de conseil lié au deuil, si c'est indiqué. Ils vont améliorer la qualité de vie et peuvent également **influer positivement** sur le cours de la maladie. Ils sont mis en œuvre **précocement** au cours de la maladie, en conjonction avec d'autres thérapies visant à prolonger la vie, telles une chimiothérapie ou une radiothérapie, et comprennent les analyses nécessaires pour mieux comprendre et prendre en charge les complications cliniques pénibles » (68).

### 2.2.2 Objectifs et principes

Les objectifs des soins palliatifs sont divisés en 3 catégories et permettent d'assurer au patient la meilleure qualité de vie possible lorsque les thérapeutiques curatives ne peuvent plus guérir.

L'hospitalisation en soins palliatifs permet au patient atteint d'un cancer de soulager ses douleurs physiques, ainsi que d'autres symptômes, afin de **traiter les conséquences physiques** de la maladie.

La prise en charge des **souffrances psychologiques et spirituelles** est un des objectifs des soins palliatifs, ainsi que **l'accompagnement social** des démarches administratives.

Les soins palliatifs apportent également un **soutien et un accompagnement pour les proches** d'une personne atteinte d'un cancer (69).

Selon la **Fondation ARC pour la Recherche sur le Cancer**, il existe plusieurs principes majeurs exercés par les professionnels de santé spécialisés en soins palliatifs.

Ces principes sont fondés sur le **respect du confort, de la dignité et de la volonté** du patient, sur la **prise en compte de sa souffrance globale** qu'elle soit physique, psychique ou spirituelle, sur **l'information et la communication** avec le patient et ses proches des différents traitements mis en place, sur la **continuité et la coordination des soins** par les équipes médicales, ainsi que sur la **préparation à la phase terminale** et au deuil, étape difficile et inévitable dans les soins palliatifs (70).

### 2.2.3 Organisation

#### 2.2.3.1 Demande de soins palliatifs

Chaque patient atteint d'une **maladie grave limitant le pronostic vital**, qu'elle soit évolutive ou terminale, peut demander une place en soins palliatifs.

La demande de soins palliatifs peut être faite par **le patient ou un de ses proches**, mais également par **l'équipe médicale**. Elle est effectuée en fonction de l'état général du patient, de sa maladie, de ses souhaits, ainsi que de son environnement (69).

Elle peut être demandée à **n'importe quel moment** de l'évolution de la maladie et pas seulement en fin de vie. Les professionnels spécialisés dans les soins palliatifs préfèrent d'ailleurs intégrer ces soins **le plus précocement possible**, afin d'éviter la rupture des soins à la fin du stade curatif (70). Les soins palliatifs peuvent être associés aux traitements curatifs, mais peuvent les remplacer : ils deviennent alors des soins de confort exclusifs.

#### 2.2.3.2 Intervenants

Comme pour les soins de support, les soins palliatifs sont organisés par une **équipe multidisciplinaire**. Il existe une **étroite collaboration** entre médecins spécialistes de la prise en charge de la douleur et des traitements symptomatiques, infirmiers, psychologues, assistants sociaux, auxiliaires de vie, kinésithérapeutes, orthophonistes, avec des spécialistes de soins palliatifs qui exercent en établissement hospitalier ou au domicile du patient (69).

Des bénévoles d'associations, telles que l'UNASP et JALMALV, sont formés à l'écoute et à l'accompagnement et peuvent donc participer aux soins palliatifs.

Cette coopération permet de **préserver la meilleure qualité de vie au patient**, jusqu'au décès, en évitant les traitements déraisonnables.

### 2.2.3.3 Dispositifs

Après concertation avec l'équipe médicale et le patient et ses proches, le patient peut être orienté vers différents dispositifs de soins palliatifs afin d'accéder à la prise en charge la plus adaptée.

L'hospitalisation peut se faire **dans les établissements de santé**. Le patient peut rester dans le service dans lequel il est affecté : ce sont alors des **équipes mobiles de soins palliatifs** qui viennent à lui pour évaluer ses soins, donner des conseils et également servir de soutien, ou alors le patient peut bénéficier de **lits identifiés en soins palliatifs**, qui sont des places de soins palliatifs dans le service où le patient est hospitalisé. Lorsque l'état du patient n'est plus gérable en hospitalisation classique, il peut être accueilli dans des **unités de soins palliatifs** pendant un temps défini et permet un moment de répit pour les proches. Cette hospitalisation doit être prescrite par un médecin.

Dans certains cas, les soins palliatifs peuvent être effectués **au domicile du patient**. Les patients sont alors accompagnés par des **réseaux de soins palliatifs**, qui permettent aux intervenant professionnels libéraux de maintenir le patient à domicile. Il existe également des **services d'hospitalisation à domicile**, qui dépendent d'une structure hospitalière et permettent au patient d'accéder aux soins nécessaires chez lui (69).

## 2.3 Place du pharmacien d'officine

Véritable lieu d'accueil et d'écoute, l'officine et le pharmacien jouent un **rôle clé** dans le système de santé et plus particulièrement dans le **relais hôpital – ville**, ce qui permet d'assurer la continuité des soins des patients souffrant d'une pathologie chronique, notamment en oncologie (71).(Figure 11).



Figure 11 : Votre rôle dans les soins oncologiques, un lien essentiel entre l'hôpital et le domicile (71)

### 2.3.1 Loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoire)

Promulguée le 21 juillet 2009, la loi « **Hôpital, Patients, Santé et Territoire** » a permis la **réorganisation de l'offre de soins** de santé et se résume à **4 points essentiels** : la modernisation des établissements publics de santé, l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, la prévention et la santé publique, et enfin l'organisation territoriale du système de santé (72).

Cette loi renforce le rôle du pharmacien d'officine, **professionnel de santé de proximité de référence**, en lui offrant la possibilité d'exercer de **nouvelles missions** et d'acquérir une **reconnaissance par les pouvoirs publics** du rôle essentiel joué dans l'accompagnement du patient en cancérologie. L'exercice a donc évolué : le pharmacien n'est plus seulement un « dispensateur de médicaments », mais désormais un **véritable soignant** indispensable dans la coordination des soins et du système de santé.

Depuis 2012, les avenants conventionnels ont mis en place des **entretiens pharmaceutiques** organisés par les pharmaciens pour assurer un accompagnement des patients volontaires sous traitements chroniques (AVK, AOD, asthmatiques sous corticoïdes inhalés). Cependant, au vu du développement exponentiel des médicaments anticancéreux oraux à l'officine, la convention nationale pharmaceutique intégrera ce nouveau type d'entretien pharmaceutique pour les patients atteints d'un cancer et traités par une chimiothérapie orale, lors de l'année 2020 (73). Cette évolution réglementaire valorise le rôle éducatif du pharmacien d'officine grâce à ces compétences **de conseil, de prévention et d'information**.

### 2.3.2 Nouvel enjeu pour la profession de pharmacien

Le pharmacien est un professionnel de santé que les patients voient régulièrement : ils viennent à la pharmacie sans rendez-vous préalable et la situation géographique des pharmacies d'officine facilitent le lien patient – pharmacien.

Un **questionnement régulier** du patient permet de détecter de nouveaux effets indésirables, de nouvelles sensations ressenties au cours du traitement ou bien la mise en place de nouveaux traitements ou de compléments alimentaires. La date du renouvellement peut également identifier la non-observance du traitement.

Face à son patient atteint d'un cancer, le pharmacien constitue une **aide psychologique** en prenant le temps de l'écouter. Il doit respecter les temps de silence de son patient et faire preuve d'empathie. La relation et le climat de confiance seront renforcés par la **confidentialité de ces échanges** : le pharmacien est tenu au **secret professionnel** et peut emmener son patient dans un **espace dédié et isolé** du reste de l'officine.

La **délivrance du médicament** est une véritable **continuité** de la consultation médicale. Le pharmacien s'appuie sur ses connaissances pour expliquer aux patients les traitements anticancéreux et leurs effets indésirables, en gardant une **image positive du médicament** pour instaurer cette relation de confiance.

Il vérifie également la **bonne observance** et met en garde sur les **éventuelles interactions** médicamenteuses ou alimentaires des traitements anticancéreux, afin de détecter un risque iatrogène.

Le pharmacien se doit de développer son propre **réseau** afin de donner aux patients des contacts dans les différents soins de support (71).

Le développement des médicaments anticancéreux en ville et donc plus particulièrement la prise en charge du cancer à la pharmacie d'officine sont une **évolution majeure** dans un système de santé au cœur duquel les soins oncologiques étaient dispensés à l'hôpital (74).

La **formation continue** est une obligation pour le pharmacien tout au long de sa carrière et elle paraît essentielle dans ce contexte au vu des nouveaux traitements anticancéreux qui arrivent sur le marché, afin de transmettre au patient les bonnes informations lors de la délivrance des médicaments.

Grâce à la **conciliation médicamenteuse** effectuée entre les différents professionnels de santé afin de sécuriser la prise en charge du patient, le pharmacien d'officine a pu totalement s'intégrer dans le parcours thérapeutique du patient en travaillant en coordination avec divers confrères libéraux mais également avec les professionnels hospitaliers.

### 2.3.3 Avenant 21 à la convention nationale pharmaceutique

Le 29 juillet 2020, l'USPO, la FSPF et l'Assurance Maladie ont signé **l'avenant 21 à la convention nationale pharmaceutique** (73,75).

Cet avenant établit les **nouvelles modalités de rémunération des accompagnements pharmaceutiques** concernant les patients sous AVK, les patients asthmatiques sous corticoïdes inhalés, les patients sous AOD et les patients âgés polymédiqués. Il précise également la **mise en place d'un nouvel accompagnement pour les patients sous traitements anticancéreux oraux**. D'autre part, cet avenant incite les pharmaciens à renforcer **l'exercice coordonné** entre les différents professionnels de santé.

Au vu de l'accroissement des traitements anticancéreux oraux en ville, en particulier des thérapies ciblées, le pharmacien doit être en mesure d'accompagner les personnes atteintes d'un cancer afin d'améliorer leur prise en charge.

La délivrance de ce type de traitements par les pharmaciens d'officine permet de développer une certaine **qualité de vie des patients** en réduisant les effets indésirables liés aux traitements anticancéreux injectables pris dans des centres hospitaliers. Cependant, le développement de ces formes orales a révélé de **nouvelles difficultés liées à l'observance ou à la surveillance des effets indésirables**, vu que le patient se charge de façon autonome de la prise de ses traitements.

L'accompagnement des patients cancéreux représente donc un **enjeu majeur** pour le métier de pharmacien et comprend différentes étapes pour permettre d'analyser tout risque d'interaction médicamenteuse :

- Un **entretien initial** permet de recueillir les **informations générales** relatives au patient, ses **connaissances** vis-à-vis de son traitement et les **modalités de prise** de son traitement
- Le **deuxième entretien** évoque les difficultés rencontrées dans la **vie quotidienne** du patient et les **effets secondaires** des traitements
- Le **troisième entretien** apprécie **l'observance** du patient

Les années suivantes, le pharmacien reçoit le patient pour un nouvel entretien axé sur sa vie quotidienne, les effets secondaires dus à son traitement et son observance.

La rémunération de ces entretiens pharmaceutiques est différente en fonction de la molécule prise par le patient :

- Pour les patients sous hormonothérapie (tamoxifène, anastrozole, letrozole, exemestane), methotrexate, hydroxycarbamide, bicalutamide : 60€ la première année et 20€ les années suivantes.
- Pour les patients sous anticancéreux des classes ATC L01 et L02 administrés par voie orale : 80€ la première année et 30€ les années suivantes.

### 3 Enquête auprès des pharmaciens d'officine (2020) : place de la dermocosmétique dans l'accompagnement du patient cancéreux

#### 3.1 Définition de la dermocosmétique

La dermocosmétique est un nouveau terme rassemblant la **dermatologie** et la **cosmétique**. Face à l'avancement et aux progrès de la recherche, les produits dermocosmétiques constituent un **véritable lien entre la santé et la beauté** (76) et se situent au cœur du **conseil pharmaceutique**, mais ils peuvent aussi être recommandés par les autres professionnels de santé tels que les médecins, les médecins dermatologues, les médecins esthétiques et les pédiatres.

Malgré le fait qu'il n'existe pas de définition légale de la dermocosmétique, cette appellation est donnée à un produit contenant des **principes actifs** répondant à des attentes spécifiques et dont **l'efficacité et la sécurité** ont été prouvées par des études et des tests. Les laboratoires pharmaceutiques s'assurent et respectent les **Bonnes Pratiques de Fabrication** lors de la commercialisation de ce type de produits.

Les produits dermocosmétiques permettent, aux femmes mais également aux hommes, de prendre soin de **leur peau, de leurs cheveux, ou encore de leurs ongles**. Ce sont des produits particulièrement recherchés par les **patients souffrant d'un cancer** pour **prévenir ou soigner** les éventuels effets secondaires dus aux différents traitements.

Une routine de soin adaptée par le patient permet d'anticiper et de ne pas vivre l'apparition de certains effets indésirables comme une double peine de leur cancer.

#### 3.2 Gammes de dermocosmétiques

Bien que la plupart des marques de cosmétiques retrouvées en pharmacie ou parapharmacie s'adaptent à la demande des patients atteints d'un cancer, certaines marques, comme **Même Cosmetics et Ozalys**, ont su s'implanter sur le marché de la dermocosmétique en ciblant leurs produits uniquement sur l'accompagnement des patients cancéreux. D'autres marques, comme **Eye Care Cosmetics ou La Roche-Posay**, répondent à une demande plus élargie des personnes en cours de traitement anti-cancéreux.

### 3.2.1 *Même Cosmetics*

***Même Cosmetics*** est la **première marque** de soins cosmétiques et de maquillage entièrement **dédiées aux femmes atteintes par le cancer** (77).

Jeune start-up française **créée en 2017** par deux jeunes femmes, **Judith Levy et Juliette Couturier** touchées de près par l'expérience difficile du cancer à travers leurs proches, *Même Cosmetics* a permis aux femmes de **reconquérir leur féminité** en offrant une gamme de produits de beauté permettant de **prendre soin de leur peau fragilisée et sensibilisée** par la maladie et les traitements souvent lourds des traitements anticancéreux, et plus particulièrement la chimiothérapie et la radiothérapie.

Le nom particulier de cette gamme provient d'une devise : « **Même malade, je m'aime, on m'aime !** ». La reconquête de sa féminité altérée par les traitements peut être une véritable **aide psychologique** pour mieux combattre le cancer et les créatrices de la marque savent que cela peut passer par l'achat et l'utilisation de produits de beauté adaptés et dans les tendances du moment.

Cette **alliance humaine et scientifique** a permis de créer une marque de **produits sûrs** avec **une exigence et une rigueur** sur le choix de la formulation, qui se veut **la plus saine et naturelle** possible. Elle épargne, dans la mesure du possible, de toute substance potentiellement nocive associée au cancer, comme le phénoxyéthanol, l'aluminium, les silicones, ou conjuguée à de supposées perturbations hormonales, afin de protéger au mieux la peau des malades et limiter ainsi toute intolérance ou réaction indésirable. Chaque produit a une **formulation 100% française** et se fait avec la contribution de médecins oncologues et dermatologues, de pharmaciens, d'infirmiers, mais aussi de patientes.

La **sécurité** des produits reste primordiale, c'est pourquoi ils ont été soumis à de **nombreux essais cliniques** directement sur des patients aux peaux sensibles, atopiques ou sous traitements anticancéreux.

La marque propose de **nombreux produits adaptés** aux peaux fragilisées, dont des soins du visage et du cuir chevelu, des soins du corps, des soins des mains et des pieds, mais aussi des gammes de vernis au silicium et de dissolvant doux et naturel.

*Même Cosmetics* accompagne et soutient les associations ou les organismes qui participent à l'amélioration de la qualité de vie des patients cancéreux. Depuis 2017, cette entreprise

s'engage à reverser **1% de son chiffre d'affaire à *Unicancer***, qui réunit l'ensemble des Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC), pour **soutenir la recherche et l'enseignement** sur le cancer.

### 3.2.2 *Ozalys*

***Ozalys*** est une marque **française** de dermocosmétique créée par des femmes et pour des **femmes touchées par le cancer** pour une large **gamme de produits d'hygiène pour le visage et le corps** afin de les aider à prendre soin d'elles au quotidien (78).

**Isabelle Guyomarch** est à l'origine de la marque suite à l'atteinte d'un cancer en **2013**. Elle se rend alors compte du manque de produits de beauté adaptés à ses besoins particuliers lors des traitements anticancéreux et de leurs nombreux effets indésirables.

Présidente du groupe *CCI Productions*, l'un de principaux fabricants français de parfums et de produits cosmétiques haut de gamme, cette **femme ambitieuse et passionnée** décide de transformer cette épreuve personnelle en un **projet innovant** dans le domaine du conseil pharmaceutique chez la femme atteinte du cancer : c'est ainsi que naît *Ozalys*, au sein du groupe *CCI Productions*, gamme de produits d'hygiène et de beauté, liant santé et plaisir, destinée aux femmes touchées par la maladie et qui ne renoncent pas à leur féminité.

*Ozalys* offre aux femmes un **rituel de bien-être et de douceur répondant à leurs besoins spécifiques**, comme l'ultra-sensibilité olfactive et sensitive, la sécheresse de la peau, les cicatrices douloureuses, avec la **rigueur et l'exigence de la qualité des produits de luxe**, à travers des soins d'hygiène, visage et corps, d'un dentifrice et d'un bain de bouche.

La marque s'engage auprès du réseau ***Cancer@Work***, qui œuvre au quotidien, au sein des entreprises, à permettre de **mieux vivre le cancer et les maladies chroniques au travail**.

### 3.2.3 *Eye Care Cosmetics*

A la base, la marque ***Eye Care Cosmetics*** constituait une gamme **française** spécialisée en produits de **soin et de maquillage pour les yeux porteurs de lentilles**. Aujourd'hui, elle s'est **élargie** et est destinée aux **peaux et yeux sensibles ou allergiques ou sous traitements oncologiques** (79).

Afin de rendre l'univers de la beauté et du confort accessible à toutes, les produits *Eye Care Cosmetics* sont développés avec des **ingrédients hypoallergéniques**, et en collaboration avec des dermatologues, ophtalmologues et allergologues pour offrir une **parfaite tolérance**.

Se basant sur des **ingrédients les plus naturels possible**, la marque propose de nombreux soins pour les yeux, le visage et les ongles, ainsi que des démaquillants, mais également du maquillage pour les yeux, le teint, les lèvres et des ongles. Ainsi la femme atteinte d'un cancer pourra utiliser leur gamme en toute confiance grâce à ces produits **dermocosmétiques sûrs et efficaces** et pourra alors se réapproprier sa féminité, en luttant contre la maladie et les effets indésirables des traitements.

#### 3.2.4 *La Roche-Posay, Laboratoire Dermatologique*

**La Roche-Posay, Laboratoire Dermatologique** est un **pionnier** dans le marché de la dermatologie et est une marque largement recommandée par les dermatologues du monde entier. Elle est représentée dans de nombreuses pharmacies, afin de **soigner les peaux les plus sensibles et fragiles**.

Cette marque s'est donc logiquement imposée dans le **marché des patients atteints d'un cancer** en proposant de nombreux **produits de soins et de maquillage** pour lutter contre les effets indésirables des traitements et de la maladie, et ainsi prendre soin de leur peau (80).

Leur **centre thermal** assure la prise en charge des patients atteints de cancer dans la récupération cutanée et psychologique après les traitements. Cette cure peut être prescrite à la suite d'une chirurgie, d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie, lors de la persistance des symptômes cutanés ou lors d'une reconstruction plastique.

**L'eau thermale La Roche-Posay aux vertus thérapeutiques** est présente dans la majorité des produits de la marque.

*La Roche-Posay, Laboratoire Dermatologique* joue un **rôle actif dans la formation** des professionnels de santé, comme les médecins, les infirmiers, les socio-esthéticiens et les pharmaciens, dans la prise en charge du cancer et de ses effets indésirables cutanés, en proposant de nombreuses conférences et fiches techniques à distribuer au patient.

Il existe un **atelier maquillage** pour permettre aux patients de se réapproprier leur image et leur redonner confiance.

### 3.3 Enquête auprès des pharmaciens d'officine

#### 3.3.1 Objectifs

L'objectif de cette enquête a été de déterminer **la demande au comptoir et les ressources dermocosmétiques disponibles** à l'officine face à un patient sous traitement anticancéreux.

#### 3.3.2 Matériel et méthode

##### 3.3.2.1 Population cible et période d'étude

Population cible : pour mener à bien cette étude et appréhender la demande des patients et la connaissance des gammes de dermocosmétiques au comptoir, nous avons fait le choix d'interroger les équipes officinales (pharmaciens titulaires, pharmaciens assistants, préparateurs et étudiants de 6<sup>ème</sup> année en stage de pratique professionnelle).

Période : l'enquête a été réalisée du 9 avril 2020 au 9 juillet 2020, soit sur une période de **3 mois**.

##### 3.3.2.2 Collecte des données

Le questionnaire a été diffusé d'une part, *via le réseau social Facebook*, sur le groupe étudiant de la 6<sup>ème</sup> année de pharmacie afin que chaque membre puisse y répondre et le faire passer dans leur officine durant le stage de pratique professionnelle.

D'autre part, un contact téléphonique a été pris avec la secrétaire du Syndicat des Pharmaciens du Puy-de-Dôme qui a communiqué les mails des syndicats de pharmaciens de chaque département français métropolitain et d'Outre-Mer. Le questionnaire a donc eu la possibilité d'être partagé **par courriel en lien direct** à l'ensemble des syndicats de pharmacie de chaque département français, qui l'envoyait ensuite à chaque pharmacie de leur département.

Le questionnaire rempli pouvait être renvoyé par mail ou par fax à la pharmacie Naturel Concept au sein de laquelle j'effectuais mon stage de 6<sup>ème</sup> année de pharmacie. Le questionnaire pouvait également être directement rempli sur le lien Google Forms.

##### 3.3.2.3 Instrument de mesure

Le questionnaire en ligne a été élaboré sur Google Forms.

Il était composé de **10 questions** dont 1 à réponse courte, 4 à choix unique et à 5 choix multiples (Annexe 1).

Les questions concernaient le statut du professionnel, la part de patients cancéreux estimée au sein de leur propre officine, la facilité à appréhender les ordonnances oncologiques au comptoir, les besoins et les ressources manquantes pour répondre à la demande du patient cancéreux, les demandes spontanées et spécifiques de la part des patients, les gammes développées au sein de leurs officines, ainsi que les outils d'aide sur la dermocosmétique adaptée au patient cancéreux.

La durée de réalisation moyenne du questionnaire était estimée à **deux minutes**.

### 3.3.3 Analyse des données

Les données brutes recueillies ont été analysées directement *via* Google Forms, puis exportées au format **Excel** en vue d'une analyse ultérieure.

### 3.3.4 Résultats

Le nombre de professionnels de santé ayant reçu le questionnaire n'a pas pu être comptabilisé, mais nous avons pu récolter **165 réponses**. **Toutes les réponses ont été analysées.**

#### 3.3.4.1 Population de l'étude

La majeure partie des professionnels de santé était des pharmaciens titulaires (81%), tandis que 10% étaient des pharmaciens adjoints, 5% des préparateurs et à 4% des étudiants stagiaires en 6<sup>ème</sup> année (Figure 12).

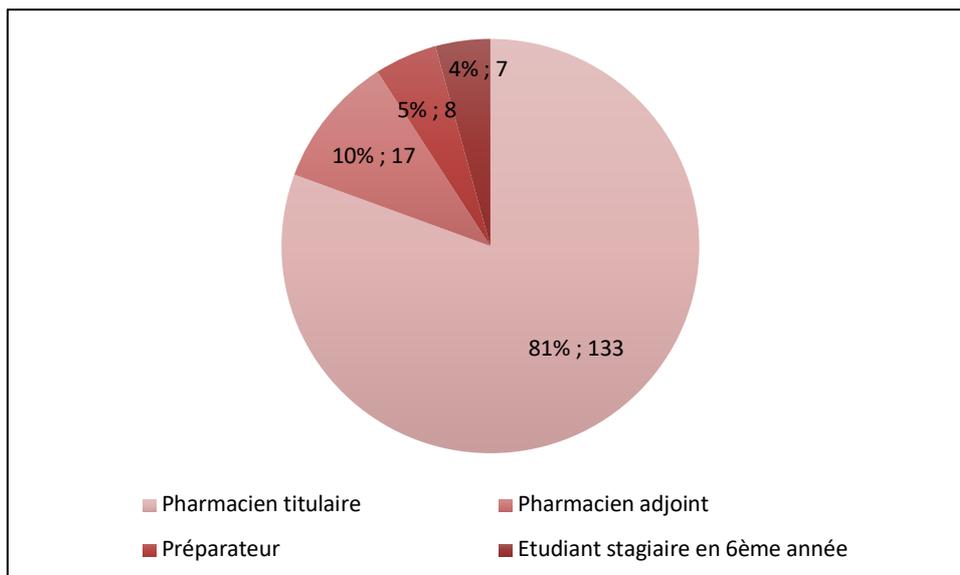


Figure 12 : Proportion de professionnels de santé ayant répondu au questionnaire

La proportion élevée de pharmaciens titulaires ayant répondu s'explique, sans doute, par la facilité à avoir accès à leur boîte mail plus facilement que l'ensemble de l'équipe officinale.

#### 3.3.4.2 Population de patients sous traitement oncologique ou en rémission de l'officine

Concernant l'estimation de la population des patients sous traitement oncologique ou en rémission au sein de chaque officine, 34% des professionnels de santé (56) ont répondu qu'ils estimaient avoir 5% de patients avec ce type de traitement dans leur officine, 19% ont déclaré 10% (32) et 9% (15) ont répondu 20%. Ainsi, la majorité des réponses se situe entre 5 et 20% (Figure 13).

Les résultats oscillant de 0 à 40% peuvent s'expliquer par la difficulté à estimer cette patientèle par l'équipe officinale ou pour les estimations les plus élevées par la spécificité de l'officine (proximité des centres de cancérologie, gammes de dermocosmétiques adaptées, équipe formée et spécialisée dans le cancer, ...).

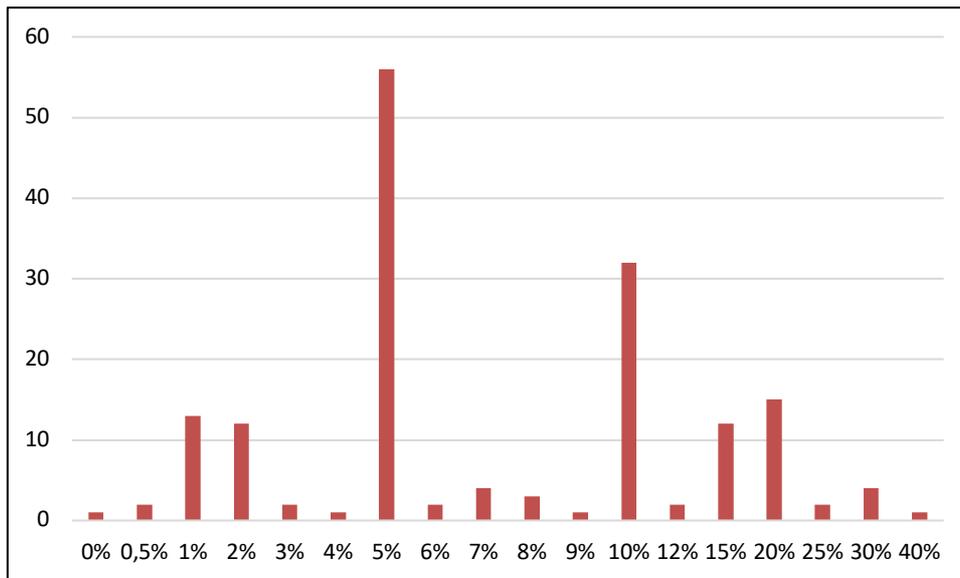


Figure 13 : Estimation de la proportion de patients cancéreux au sein des officines interrogées

### 3.3.4.3 Facilité à appréhender les ordonnances oncologiques par l'équipe officinale

Les professionnels de santé avaient 3 choix possibles pour savoir comment ils se sentaient face à une ordonnance qu'apporte un patient atteint d'un cancer. Vu la complexité des traitements, le nombre de nouvelles molécules qui sortent assez régulièrement sur le marché, l'équipe officinale peut se sentir débordée face aux traitements et aux effets indésirables.

Cette question permet d'initier le questionnement pour appréhender les connaissances des professionnels de santé.

Sur les 165 personnes interrogées, 53% (88) des professionnels de santé interrogés se sentaient en difficulté face à une ordonnance oncologique, tandis que 47% (77) ont répondu s'estimer à l'aise devant ce type d'ordonnance pour donner les bons conseils de délivrance des traitements et pouvoir appréhender les effets indésirables (Figure 14).

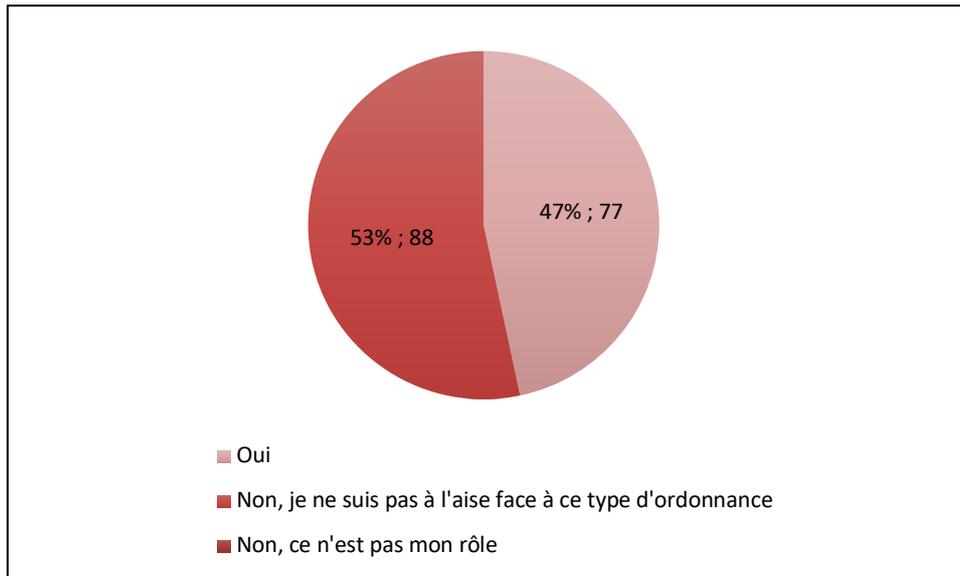


Figure 14 : Facilité à appréhender les ordonnances oncologiques par l'équipe officinale

#### 3.3.4.4 Besoins et ressources manquantes pour répondre à la demande du patient

Une question a permis de déterminer les besoins et les ressources manquantes à l'officine. Elle était à choix multiples, permettant de cocher plusieurs propositions, voire même de répondre avec une proposition ouverte (Figure 15).

Par ordre décroissant, 43% (119) des professionnels interrogés ont estimé avoir besoin de formation à la prévention et à la gestion des effets secondaires des traitements anticancéreux ; 32% (88) aimeraient avoir des formations sur la dispensation de ces traitements. De plus, 21% (57) ont quant à eux, estimé nécessaire d'avoir des explications sur les produits spécifiques dermocosmétiques de la part des laboratoires.

Concernant les réponses ouvertes à cette question (4%, 11) : 4 réponses ont ciblé le besoin de supports de communication pour les pharmaciens (2) et pour les patients cancéreux ou leurs proches (2) ; 6 réponses ont concerné le besoin de formations portant sur les interactions médicamenteuses (1), la nutrition (1), l'accompagnement avec des produits naturels (1), le suivi hospitalier (2). Enfin, une personne a répondu qu'elle manquait de formation concernant l'accompagnement général de ce type de patient.

**Ainsi, il existe un réel besoin de formation concernant les anticancéreux ou leurs effets indésirables.**

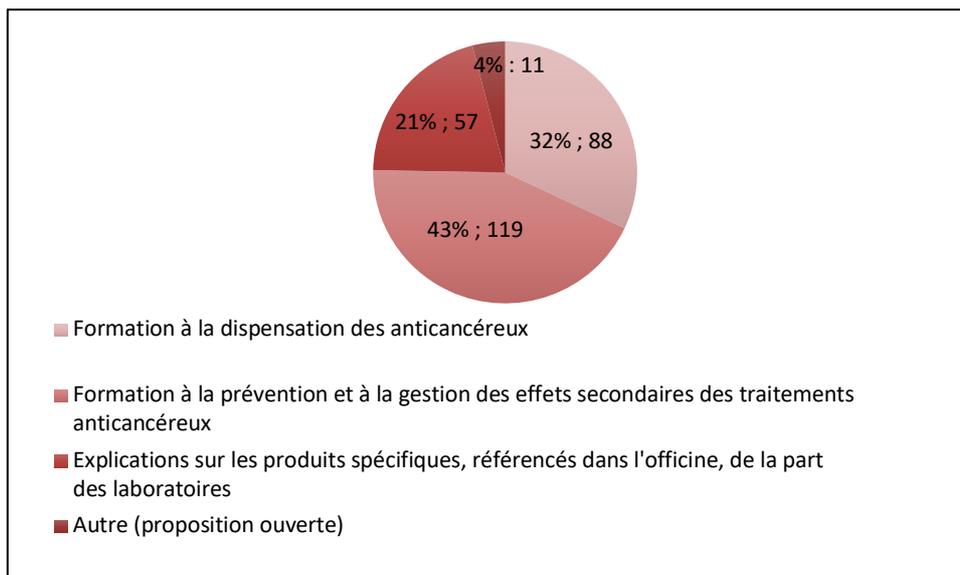


Figure 15 : Besoins et ressources manquantes à l'officine pour répondre à la demande du patient cancéreux

#### 3.3.4.5 Demandes spontanées et spécifiques de la part des patients en traitement ou en rémission

Selon l'équipe officinale, trois-quarts des patients atteints d'un cancer ont des demandes spontanées en soins dermocosmétiques pour pallier aux différents effets secondaires des traitements (Tableau 5).

Tableau 5 : Proportion des patients ayant des demandes spontanées de produits dermocosmétiques au comptoir afin de pallier aux effets indésirables des traitements anticancéreux selon l'équipe officinale

Demandes spontanées au comptoir		
Choix de réponses	Effectif	Pourcentage
Oui	123	75%
Non	42	25%

Les différents types de soins ont concerné les ongles pour 36% (100) des professionnels de santé interrogés, le corps pour 35% (97) et les cheveux ou le cuir chevelu pour 16% (44). De plus, 9% (25) des personnes ont répondu recevoir des demandes pour du maquillage (Figure 16).

La question a sans doute été mal comprise compte tenu des réponses ouvertes reçues (12). En effet, mis à part 1 personne qui a répondu qu'elle avait déjà eu une demande concernant les traitements post-rayons, les autres participants ont axé leurs réponses sur des demandes générales et visant l'alimentation (3), la fatigue (3), la réduction des effets secondaires dus aux traitements anticancéreux (2), la demande de prothèse mammaire et de lingerie adaptée (2) et l'accompagnement psychologique (1) ; ces réponses ne concernaient donc pas l'étude dermocosmétique de la prise en charge du patient à l'officine.

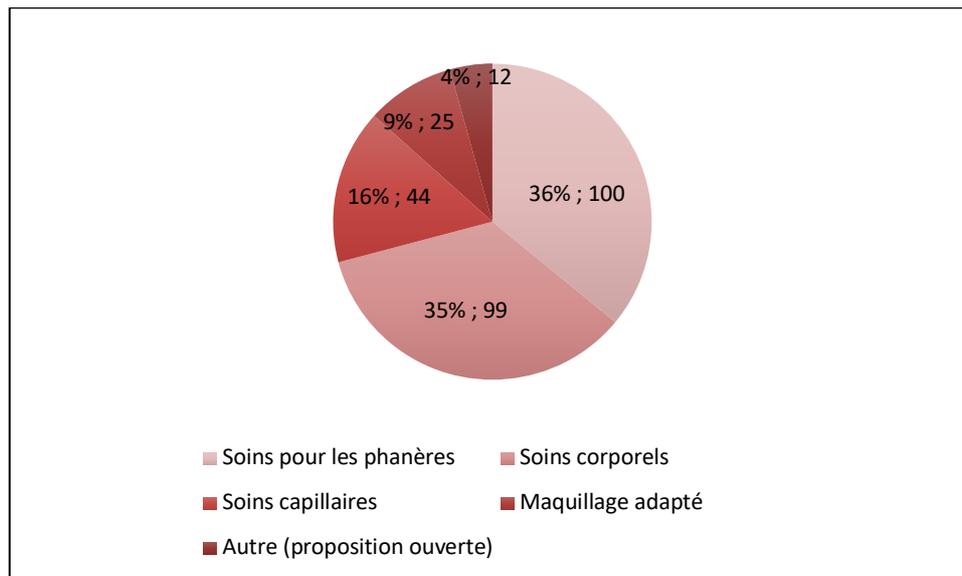


Figure 16 : Différents types de soins dermocosmétiques demandés au comptoir de la part des patients atteints d'un cancer

#### 3.3.4.6 Gammes développées au sein de chaque officine

58% (96) des dispensateurs ont répondu avoir assez de produits de soins pour pallier à la demande et aux effets indésirables de leurs patients atteints d'un cancer. Ceci s'explique par le fait que les gammes classiques de dermocosmétiques sont de plus en plus tolérantes aux types de peaux les plus sensibles et peuvent donc s'utiliser pour appréhender les différents effets secondaires des traitements anticancéreux.

Pour autant, 42% (69) des professionnels, ont répondu que les dermocosmétiques présents dans leur officine ne permettaient pas d'appréhender la demande des patients (Tableau 6).

Tableau 6 : Proportion de professionnels officinaux estimant avoir un rayon dermocosmétique adapté à la demande de leurs patients cancéreux

Proportion de professionnels officinaux estimant avoir suffisamment de produits dermocosmétiques		
Choix de réponses	Effectif	Pourcentage
Oui	96	58%
Non	69	42%

La deuxième partie de cette question concernait les personnes ayant répondu « Oui ». En effet, elles devaient préciser les marques référencées dans leurs officines pour répondre aux besoins de leurs patients sous traitements anticancéreux (Figure 17).

Le top 3 des marques référencées est *Avène*, *La Roche-Posay* et *Même Cosmetics*. Un classement plutôt logique car les gammes *Avène* et *La Roche-Posay* sont représentées dans la plupart des pharmacies. *Même Cosmetics*, gamme plus récente, a su s'imposer dans les pharmacies en étant la première marque dermocosmétique et de maquillage pour les femmes atteintes par le cancer.

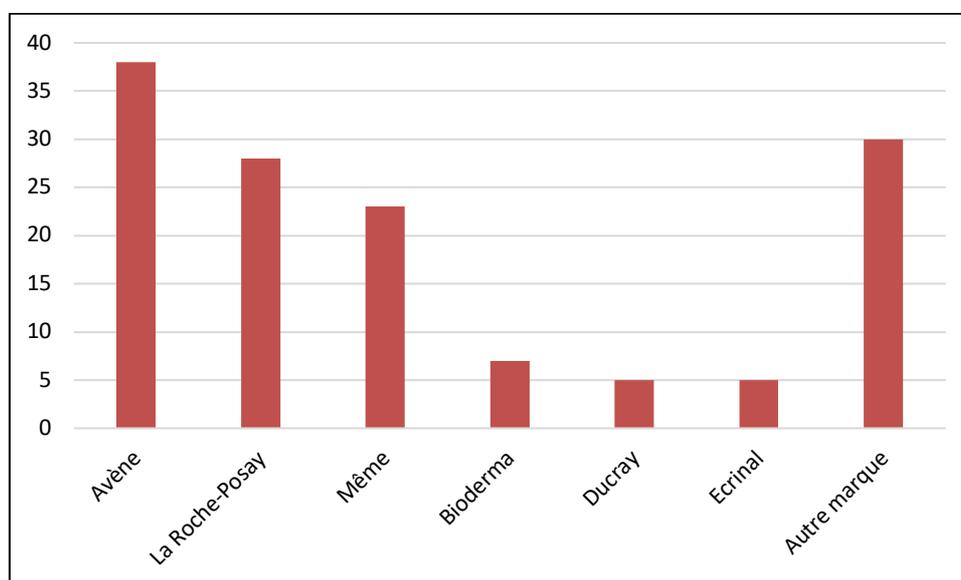


Figure 17 : Les différentes marques présentes en officine pour répondre à la demande des patients cancéreux

### 3.3.4.7 Outils d'aide sur la dermocosmétique adaptée aux patients cancéreux

Un peu plus de 2/3 des professionnels de santé interrogés n'avaient pas reçu d'outils d'aide afin de réaliser une meilleure prise en charge du patient atteint d'un cancer dans leur officine, ce qui n'est pas forcément bien adapté au vu du grand nombre de molécules et de traitements anticancéreux disponibles désormais en ville (Tableau 7).

Tableau 7 : Proportion des professionnels de santé ayant déjà reçus des outils d'aide sur la dermocosmétique adaptée au patient cancéreux

Proportion de professionnels officinaux ayant déjà reçus des outils d'aide à la délivrance des produits dermocosmétiques adaptés au patient cancéreux		
Choix de réponses	Effectif	Pourcentage
Oui	61	37%
Non	104	63%

Parmi les 37% de personnes ayant déjà reçus des outils d'aide dans la prise en charge du patient cancéreux à l'officine, 77% (58) ont participé à des formations par un laboratoire spécifique et 12% (9) ont assisté à des conférences neutres comme à la faculté par exemple (Figure 18).

Les participants avaient également la possibilité de répondre à cette question de façon ouverte. Ils ont évoqué avoir reçu des outils d'aide grâce à des fiches conseils, de posters ou de livret (3), à des formations continues sur la dermocosmétique (3), aux réseaux sociaux ou *via* Internet (1) et aussi à des formations sur les effets secondaires des traitements anticancéreux (1).

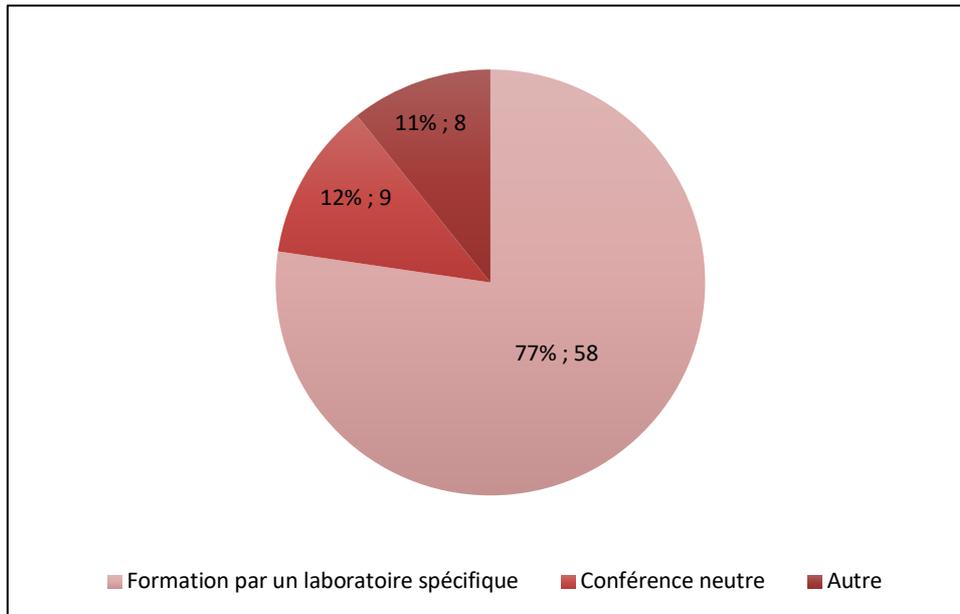


Figure 18 : Outils d'aides déjà reçus par les équipes officielles

Cette question a permis de déterminer les outils d'aide que les professionnels officinaux souhaiteraient afin de réaliser une meilleure prise en charge de leur patient sous traitement anticancéreux (Figure 19).

Dans 37% (101) des cas, ils aimeraient recevoir des fiches conseils assez synthétiques. Pour 30% (82) des personnes interrogées, ce sont des cas-comptoirs qui leur seraient utiles. Dans 18% (50) des cas, des vidéos ou des tutoriels seraient une bonne aide pour faciliter cette prise en charge. Enfin, 12% (33) des professionnels de santé souhaiteraient avoir des conférences sur ce sujet.

Ils avaient également la possibilité de répondre à cette proposition par une réponse ouverte. La proposition majoritaire était celle d'avoir des formations sans aspect commercial (5). Des personnes ont répondu qu'elles aimeraient visiter les laboratoires (1) ou être mieux informées du traitement de chaque patient (1).

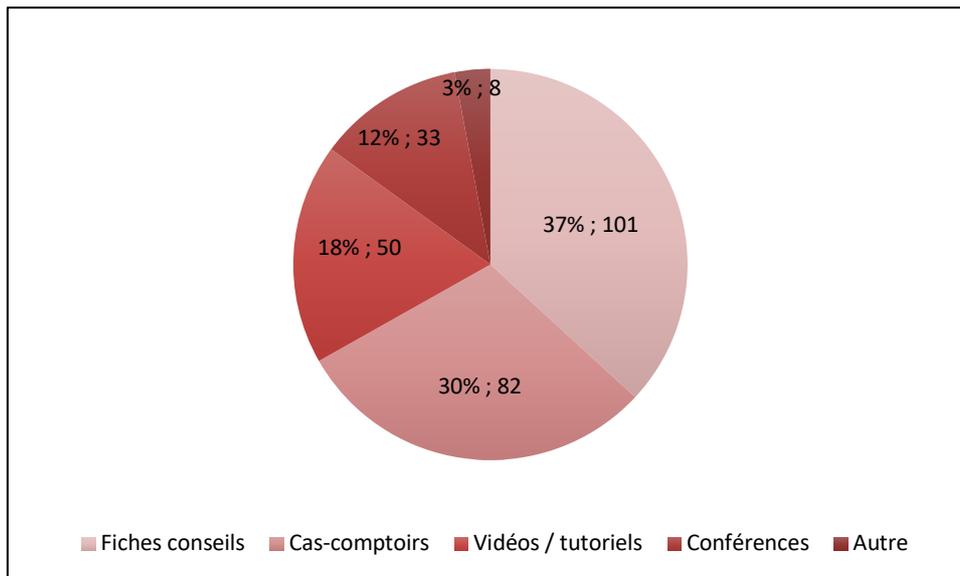


Figure 19 : Outils d'aide qui seraient utiles dans les officines

### 3.3.5 Discussion

Cette enquête auprès des pharmaciens d'officine sur l'accompagnement dermocosmétique du patient cancéreux a pu démontrer que les équipes officinales n'étaient pas forcément à l'aise face à la délivrance des traitements anticancéreux et à la prévention de leurs effets secondaires.

Le besoin de formations est plébiscité pour la majeure partie d'entre eux et les supports de ces nouvelles connaissances sont diverses avec des fiches comptoirs ou des conférences, qui restent des appuis plutôt conventionnels, mais également grâce à des cas-comptoirs, des vidéos ou des tutoriels, plus originaux que les formations classiques.

Il n'existe que très peu d'études, dans la littérature scientifique, traitant de l'accompagnement dermocosmétique du patient cancéreux. Cependant quelques études révèlent, en effet, la difficulté pour la plupart des pharmaciens de réaliser un conseil pharmaceutique complet face à des patients atteints d'un cancer. La problématique s'effectue par le niveau d'aisance à parler de cette maladie avec un patient, par les lacunes concernant les nouvelles molécules mise sur le marché, mais également par le manque de formation.

Cependant, une enquête réalisée en novembre 2014 a permis d'analyser la relation et les attentes des patients cancéreux vis-à-vis du pharmacien d'officine dans un projet de coordination des soins pharmaceutiques (82). Ainsi, 1272 questionnaires ont été inclus dans cette étude (sur un total de 1700 questionnaires à la base), avec un taux de participation de 78%.

Elle comportait 3 axes principaux :

- La relation patient- pharmacien (fréquentation de l'officine, fonction du dispensateur: pharmacien ou préparateur, fidélité)
- Les médicaments (médicaments utilisés, provenance)
- Les informations médicales partagées avec le pharmacien d'officine (conciliation médicamenteuse)

Selon les patients, une coordination des soins pharmaceutiques et l'implication du pharmacien dans des entretiens pharmaceutiques leur semble tout à fait envisageable car la plupart des patients cancéreux se rendent au moins 1 fois par mois dans leur pharmacie et jugent ce lieu adéquat aux projets de coordination. De plus, la relation de confiance entre le patient et le pharmacien est montrée par la fidélité des patients à leur officine et par leur satisfaction à l'égard des équipes officinales.

Cependant, les patients ont déclaré rester hésitants quant aux partages d'informations de leur dossier médical avec le pharmacien d'officine, qui doit alors se montrer d'autant plus convaincant et expliquer son rôle central dans le parcours de soins des patients atteints d'un cancer. La transmission des informations, en amont, permettrait au pharmacien d'appréhender la visite du patient, d'analyser correctement l'ordonnance et d'expliquer les différents effets indésirables que le traitement anticancéreux peut causer. Ces résultats sont à mettre en lien avec la récente mise en place des entretiens pour les patients sous anticancéreux oraux.

### 3.4 Fiches conseils pour les pharmaciens

Comme constaté en analysant les réponses au questionnaire, le pharmacien d'officine reste un acteur majeur dans la prise en charge du patient atteint d'un cancer au vu du développement des traitements anticancéreux en ville.

Il doit donc être suffisamment informé sur la gestion, mais également la prévention, des effets indésirables au comptoir. Nous avons donc décidé qu'il serait judicieux de rédiger des fiches conseils et de pouvoir les distribuer dans les pharmacies afin que le conseil dermatoc cosmétique se fasse du mieux possible.

Ces fiches conseils sont présentées dans les annexes 2 à 8 et sont le résultat de la synthèse de documents bibliographiques récents (35,38,40,45,71,81).

Elles portent sur la prise en charge des cicatrices, des radiodermites, du syndrome mains-pieds, de la xérose, du rash cutané ou de la folliculite acnéiforme, des atteintes unguéales et

de l'alopecie. Elles sont divisees en plusieurs parties pour permettre une meilleure lecture : prevention, hygiene, soins, protection et autres conseils associes.

# Conclusion

Le cancer reste une maladie complexe par ses nombreux mécanismes ; la recherche scientifique essaie depuis de nombreuses années d'en comprendre le fonctionnement et de développer ainsi des nouvelles molécules anticancéreuses afin de guérir les patients ou de les maintenir en vie en évitant les effets indésirables et en améliorant leur qualité de vie.

L'accroissement de ces nouveaux traitements en ville permet d'autant plus d'ancrer le pharmacien d'officine dans sa place de professionnel de santé de proximité et de confiance. Au-delà de la délivrance des traitements, le pharmacien a un rôle d'écoute, d'accompagnement et de conseil.

Dans ce domaine, les soins dermocosmétiques ne sont pas à négliger dans la prise en charge du patient car ils apportent une véritable valeur ajoutée à la qualité de vie, à l'estime de soi et au bien-être du patient.

Cependant, des démarches doivent être effectuées pour mettre à jour les connaissances scientifiques du pharmacien, notamment sur la gestion des effets secondaires des traitements anticancéreux au comptoir. Pour réaliser leur mission de façon optimale, il serait également judicieux que la communication interprofessionnelle se fasse d'autant plus et que les pharmaciens d'officine soient informés par les équipes médicales des traitements anticancéreux de leur patientèle en amont de la délivrance dans le but d'être plus fluide lorsque le patient arrive à l'officine.

Grâce à l'avenant 21 à la convention nationale pharmaceutique, le pharmacien voit son métier évoluer et être revalorisé pour permettre une meilleure prise en charge, au sein de l'officine, de ses patients atteints de cancer. Le pharmacien acquiert désormais de nouvelles capacités afin de pouvoir jouer pleinement son rôle dans le parcours de soin et être à la hauteur des nouveaux enjeux de son métier varié et complet.

## Références bibliographiques

1. Hermine O. Qu'est-ce qu'un cancer ? [Internet]. Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. 2020 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.fondation-arc.org/cancer/quest-ce-quun-cancer>
2. INCA. Qu'est-ce qu'un cancer ? [Internet]. Institut national du cancer. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer>
3. INCA. Mécanisme de cancérisation [Internet]. Institut national du cancer. 2016 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Mecanisme-de-cancerisation>
4. Production finale [Internet]. Production finale. [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <http://w1n5t0n.free.fr/production.html>
5. INCA. L'essentiel des faits et chiffres [Internet]. Institut national du cancer. 2019 [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Chiffres-cles>
6. INCA. Facteurs de risque [Internet]. Institut national du cancer. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Facteurs-de-risque>
7. Espié M. Cancers du sein : les facteurs de risque [Internet]. Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. 2020 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.fondation-arc.org/cancer/cancer-sein/facteurs-risque-cancer>
8. Alice F, Béchiri A, Escudié J-N, Servais-Hélie I. Cancer et environnement [Internet]. Santé publique France. 2003 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/exposition-a-des-substances-chimiques/pesticides/documents/article/cancer-et-environnement>
9. Unité Cancer et Environnement. Expositions professionnelles [Internet]. Cancer environnement. 2018 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/165-Vue-densemble.ce.aspx>
10. Département Cancer et environnement. Tabagisme et cancers [Internet]. Cancer environnement. 2018 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/267-Tabac.ce.aspx>
11. INCA. Alcool [Internet]. Institut national du cancer. 2019 [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Alcool>

12. INCA. Cancers : le rôle de l'alimentation [Internet]. Institut national du cancer. 2020 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Alimentation/Cancers-le-role-de-l-alimentation>
13. INCA. Prévention des cancers [Internet]. Institut national du cancer. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Acces-thematique/Prevention-des-cancers>
14. Dry January. Le défi de janvier [Internet]. Dry January. [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <https://dryjanuary.fr/>
15. Département Cancer et environnement. Activité physique et cancer [Internet]. Cancer environnement. 2020 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/178-Activite-physique-et-cancer.ce.aspx>
16. INCA. Mieux se protéger du soleil [Internet]. Institut national du cancer. 2019 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Exposition-aux-rayonnements-UV/Mieux-se-protoger-du-soleil>
17. INCA. Semaine de prévention et de dépistage des cancers de la peau 2019 [Internet]. Institut national du cancer. 2019 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Agenda/Semaine-de-prevention-et-de-depistage-des-cancers-de-la-peau-2019>
18. INCA. Détecter tôt pour mieux soigner [Internet]. Institut national du cancer. 2018 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Detecter-tot-pour-mieux-soigner>
19. INCA. Identifier les signes d'alerte [Internet]. Institut national du cancer. 2016 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Identifier-les-signes-d-alerte>
20. Davin J-L, Soulie M, Mottet N, Irani J, Mejean A, Villers A, et al. La prévention tertiaire en onco-urologie [Internet]. Association française d'urologie. 2007 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/la-prevention-tertiaire-en-onco-urologie>
21. INCA. Accompagnement du patient [Internet]. Institut national du cancer. [cité 18 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Recommandations-et-outils-d-aide-a-la-pratique/Accompagnement-du-patient>
22. Activité physique et cancer [Internet]. [cité 27 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.oncolie.fr/wp-content/uploads/2014/03/51975-Oncolie-3-Pr%C3%A9vention-tertiaire-200ex.pdf>
23. INCA. Choix des traitements [Internet]. Institut national du cancer. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Votre-prise-en-charge/Choix-des-traitements>

24. INCa. Le nouveau programme personnalisé de soins [Internet]. Institut national du cancer. 2019 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Le-nouveau-programme-personnalise-de-soins-Principes-generaux-d-utilisation-et-elements-fondamentaux>
25. INCA. Un traitement local [Internet]. Institut national du cancer. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Traitements/Chirurgie/Un-traitement-local>
26. INCA. Qu'est ce que la radiothérapie ? [Internet]. Institut national du cancer. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Traitements/Radiotherapie/Qu-est-ce-que-la-radiotherapie>
27. This P, Goffin V. L'hormonothérapie [Internet]. Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. 2013 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.fondation-arc.org/traitements-soins-cancer/hormonotherapie>
28. INCA. Qu'est-ce que la chimiothérapie ? [Internet]. Institut national du cancer. 2019 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Traitements/Chimiotherapie/Qu-est-ce-que-la-chimiotherapie>
29. INCA. Médecine de précision : thérapies ciblées et immunothérapie spécifique [Internet]. Institut national du cancer. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Traitements/Therapies-ciblees-et-immunotherapie-specifique/Medecine-de-precision>
30. Vassal G. Les thérapies ciblées [Internet]. Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. 2015 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.fondation-arc.org/traitements-soins-cancer/therapies-ciblees>
31. Pagès F, Ladoire S. L'immunothérapie [Internet]. Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. 2016 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.fondation-arc.org/traitements-soins-cancer/immunotherapie>
32. INCA. Médecine de précision : effets indésirables [Internet]. Institut national du cancer. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Traitements/Therapies-ciblees-et-immunotherapie-specifique/Effets-indesirables>
33. Fondation cancer du sein du Québec. Après une chirurgie, tout savoir sur vos cicatrices [Internet]. Fondation cancer du sein du Québec. 2018 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://rubanrose.org/fondation/nouvelles/apres-une-chirurgie-tout-savoir-sur-vos-cicatrices>
34. radiodermite-p.pdf [Internet]. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/pdf/radiodermite-p.pdf>
35. Les soins du quotidien. 2 nov 2019;2(3294).

36. Frances P. Les radiodermites [Internet]. Le généraliste. 2019 [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.legeneraliste.fr/fmc-medecine-generale/article/2019/04/12/les-radiodermites\\_318228](https://www.legeneraliste.fr/fmc-medecine-generale/article/2019/04/12/les-radiodermites_318228)
37. Sécuriser la dispensation des anticancéreux. 2 nov 2019;2(3293).
38. Battu C. L'accompagnement d'un patient présentant un syndrome mains-pieds. Actual Pharm. 2018;57(577):57-60.
39. Le syndrome main-pied, prévenir et soulager [Internet]. Roche. 2020 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.roche.fr/fr/patients/info-patients-cancer/effets-secondaires-traitement-cancer/syndrome-main-pied-cancer.html>
40. Juvin S. Accompagnement dermocosmétique du patient cancéreux. Actual Pharm. 2016;55(561):39-43.
41. E. Gonzalez M. Sécheresse cutanée [Internet]. Manuels MSD. 2018 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-cutan%C3%A9s/prurit-et-dermatite/s%C3%A9cheresse-cutan%C3%A9e-x%C3%A9rodermie>
42. Loirat D. Des effets secondaires pas si secondaires [Internet]. Bioderma. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.bioderma.fr/fr/club-bioderma/les-rdv-thematiques/mieux-dans-ma-peau/effets-secondaires>
43. Oncology Pro. Rash acnéiforme [Internet]. Oncology Pro. 2009 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://oncologypro.esmo.org/fr/oncology-in-practice/palliative-and-supportive-care/effets-indesirables-dermatologiques-lies-aux-egfri/professionnels-de-la-sante/symptomes-et-classification/modifications-de-la-peau/rash-acneiforme>
44. COG. La chimiothérapie [Internet]. Centre d'oncologie de GEntilly. [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.oncologie-gentilly.com/chimiotherapie.php>
45. Battu C. La prise en charge d'un patient présentant une alopecie. Actual Pharm. 2018;57(581):53-6.
46. INCA. Chimiothérapie : la chute des cheveux (alopécie) et troubles cutanés [Internet]. Institut national du cancer. 2019 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Traitements/Chimiotherapie/Chimiotherapie-quels-effets-indesirables-possibles/Chute-des-cheveux>
47. Casque réfrigérant [Internet]. Help médical. [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.helpmedical.fr/produit-details/27970/casque-refrigerant>
48. INCA. Que sont les soins de support ? [Internet]. Institut national du cancer. 2019 [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Soins-de-support/Definition>

49. INCA. Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs [Internet]. Institut national du cancer. 2014 [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Plan-cancer-2014-2019-de-quoi-s-agit-il>
50. INCA. Les professionnels [Internet]. Institut national du cancer. [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Votre-prise-en-charge/Les-professionnels/Medecins>
51. Hermine O. La mise en place de la prise en charge [Internet]. Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. 2020 [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.fondation-arc.org/traitements-soins-cancer/mise-en-place-prise-en-charge>
52. AFSOS. L'assistant de service social [Internet]. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support. [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.afsos.org/fiche-metier/lassistant-de-service-social/>
53. INCA. Diététicien [Internet]. Institut national du cancer. [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Fatigue/Prendre-en-charge/Dieteticien>
54. INCA. Aide psychologique [Internet]. Institut national du cancer. [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Fatigue/Prendre-en-charge/Aide-psychologique>
55. INCA. Masseur kinésithérapeute [Internet]. Institut national du cancer. [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Fatigue/Prendre-en-charge/Masseur-kinesitherapeute>
56. INCA. Socio-esthétique [Internet]. Institut national du cancer. [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Fatigue/Prendre-en-charge/Socio-esthetique>
57. INCA. Proches [Internet]. Institut national du cancer. [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Aider-un-proche-malade/Information-de-l-entourage/Proches>
58. Article L1111-6. Code de la Santé Publique.
59. AFSOS. Carte des associations [Internet]. La vie autour. 2010 [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.lavieautour.fr/map/45.77722199999999/3.087025>
60. La ligue contre le cancer. Espaces de rencontres et d'information [Internet]. La ligue contre le cancer. 2001 [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.ligue-cancer.net/article/25171\\_les-espaces-de-rencontres-et-dinformation-erir](https://www.ligue-cancer.net/article/25171_les-espaces-de-rencontres-et-dinformation-erir)
61. INCA. Types de soins [Internet]. [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Soins-de-support/Types-de-soins>

62. Treede R-D. The International Association for the Study of Pain definition of pain : As valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. PAIN Rep. 2018;3:1.
63. L'échelle visuelle analogique [Internet]. Antalvite. [cité 7 mai 2020]. Disponible sur: [http://www.antalvite.fr/pdf/echelle\\_visuelle\\_analogique.htm](http://www.antalvite.fr/pdf/echelle_visuelle_analogique.htm)
64. INCA. Fatigue et cancers [Internet]. Institut national du cancer. [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Fatigue/Fatigue-et-cancers>
65. OMS. Activité physique [Internet]. Organisation mondiale de la santé. World Health Organization; [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/>
66. K'noë. Les soins de supports [Internet]. Ligue contre le cancer. 2009 [cité 7 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/soins-de-support-2009-08.pdf>
67. Machavoine J-L. Estime de soi [Internet]. Institut national du cancer. [cité 11 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Estime-de-soi>
68. OMS. Soins palliatifs [Internet]. Organisation mondiale de la santé. World Health Organization; [cité 18 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/cancer/palliative/fr/>
69. INCA. Qu'est-ce que les soins palliatifs ? [Internet]. Institut national du cancer. [cité 18 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Traitements/Soins-palliatifs/Qu-est-ce-que-les-soins-palliatifs>
70. Copel L. Que sont les soins palliatifs ? [Internet]. Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. 2018 [cité 18 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.fondation-arc.org/traitements-soins-cancer/soins-palliatifs/que-sont-les-soins-palliatifs>
71. Aulagner G, Bugat R, Canonge J-M, Cochet J, Dufourmantelle A, Hours S, et al. Oncoguide : piloter les soins de support dans votre officine. Pierre Fabre. 2019.
72. MSS. Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 12 août 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>
73. Ameli. Signature d'un nouvel avenant sur l'accompagnement pharmaceutique et l'exercice coordonné [Internet]. Ameli. 2020 [cité 12 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/signature-dun-nouvel-avenant-sur-laccompagnement-pharmaceutique-et-l'exercice-coordonne>

74. Marmorat T, Canat HL, Préau M, Farsi F. Dispenser des anticancéreux oraux à l'officine. Contraintes professionnelles et pistes d'actions. Sante Publique (Bucur). 2017;Vol. 29(1):89-93.
75. Peix P, Besset P, Ronat M, Bonnefond G. Avis relatif à l'avenant n°21 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. Journal officiel de la République Française. 30 sept 2020;
76. Hallée M-M. Qu'est-ce que la dermocosmétique ? [Internet]. Brunet. [cité 23 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.brunet.ca/beaute/conseils-beaute/quest-ce-que-la-dermocometique/>
77. Mème Cosmetics. Mème [Internet]. Mème Cosmetics. [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.memecosmetics.fr/fr/>
78. Ozalys. Ozalys - Stay beautiful [Internet]. Ozalys. [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ozalys.com/fr/>
79. Eye Care Cosmetics. Eye Care Cosmetics [Internet]. Eye Care Cosmetics. [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.eyecare.fr/fr/>
80. La Roche-Posay. Ma peau pendant un cancer [Internet]. La Roche-Posay. [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.laroche-posay.fr/site/pages/ArticlePage.aspx?ArticleId=28078>
81. Dréno B, Beylot-Barry M, Claudel J-P, André T, Bensadoun R-J. Accompagnement dermo-cosmétiques des effets secondaires cutanés des traitements anti-cancéreux. La Roche-Posay, laboratoire dermatologique.
82. Hébert G, Minvielle E, Di Palma M, Lemare F. Quelles sont les attentes de coordination et d'accompagnement des patients français atteints de cancer vis-à-vis de leur pharmacien de ville ? Bulletin du Cancer. mars 2018;105(3):245-55.

# Annexes

Annexe 1: Questionnaire distribué aux pharmacies d'officine sur la place de la dermocosmétique dans l'accompagnement du patient cancéreux

## RELATION PATIENT CANCÉREUX ET PHARMACIEN D'OFFICINE : PLACE DE LA DERMOCOSMÉTIQUE DANS L'ACCOMPAGNEMENT

Chers confrères pharmaciens,

Dans le cadre de ma thèse d'exercice portant sur la place de la dermocosmétique dans l'accompagnement du patient cancéreux, je vous remercie d'avance de bien vouloir répondre à ce court questionnaire. Vos réponses me seront utiles pour appréhender la demande au comptoir, ainsi que les ressources disponibles à l'officine.

Merci de renvoyer ce questionnaire scanné par mail ([h.dumont2109@gmail.com](mailto:h.dumont2109@gmail.com)) ou au fax de la pharmacie Naturel Concept (04.73.93.61.84).

1. Vous êtes :  Pharmacien titulaire  Pharmacien adjoint  Préparateur  Etudiant stagiaire 6<sup>ème</sup> année

2. A combien évaluez-vous la proportion de patients sous traitement oncologique ou en rémission ? ... %

3. Estimez-vous être suffisamment à l'aise avec une ordonnance d'oncologie pour répondre aux attentes d'un patient ?

Oui  Non, je ne suis pas à l'aise face à ce type d'ordonnance  Non, ce n'est pas mon rôle

4. Que vous-manque-t-il pour répondre à la demande de patients atteints d'un cancer ou en rémission ?

- Besoin de formation à la dispensation des anticancéreux oraux  
 Besoin de formation à la prévention et à la gestion des effets secondaires des traitements anticancéreux  
 Besoin d'explications sur les produits spécifiques, référencés dans votre officine, de la part des laboratoires  
 Autre, précisez : .....

5. Avez-vous des demandes spontanées et spécifiques de la part de vos patients sous traitement ou en rémission ?

Oui  Non

Si oui, lesquelles sont-elles ?

- Soins corporels  Soins capillaires  Soins pour les phanères  Maquillage adapté  
 Autre, précisez : .....

6. Pensez-vous avoir assez de produits dermocosmétiques, dans votre officine, pour répondre à la demande d'un patient sous traitement ou en rémission ?

Oui, précisez la(les) marque(s) référencée(s) : .....  Non

7. Avez-vous déjà eu des outils d'aide sur la dermocosmétique adaptée au patient cancéreux ?

Oui  Non

Si oui, sous quelle forme ?

- Formation par un laboratoire spécifique  Conférence neutre (à la faculté par exemple)  
 Autre, précisez : .....

Si non, qu'est-ce qui vous serait le plus utile pour vous aider à accompagner au mieux le patient cancéreux ?

- Conférence  Fiches conseils  Vidéos / tutoriels  Cas-comptoirs  
 Autre, précisez : .....

Hélène DUMONT, étudiante en 6<sup>ème</sup> année Parcours Officine, UFR Pharmacie-UCA

# Cicatrices

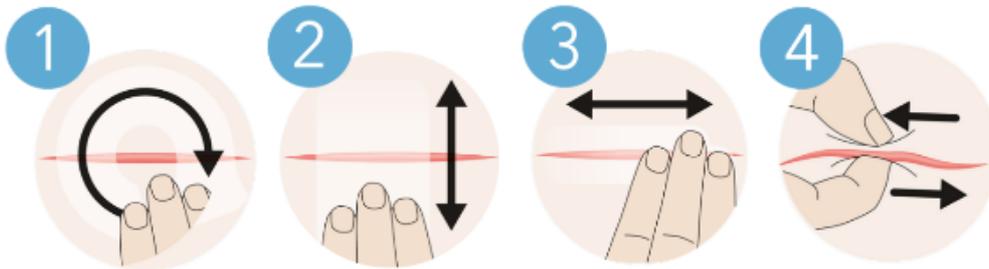


## Hygiène

- Utiliser un gel lavant sans savon adapté au pH physiologique de la peau

## Soins

- Utiliser un baume réparateur 2x/jour, pendant 10min
- Après ablation des fils ou des agrafes, sur une cicatrice fermée
- Massage de la cicatrice à faire :



## Protection

- Protéger la cicatrice avec une crème protection SPF 50 si elle est exposée (à renouveler toutes les 2h)

## Correction et maquillage

- Possibilité d'utiliser un correcteur de teint de la carnation correspondante

# Radiodermites



## Hygiène

- Utiliser un savon liquide ou pain dermatologique au pH physiologique de la peau, sans parfum
- Procéder à un séchage par tamponnements

## Soins

- Hydrater la zone matin et soir avec une crème hydratante, sans parfum
- Nourrir la peau avec un baume réparateur en couche épaisse, plusieurs fois par jour

## Protection

- Protéger la zone irradiée avec une crème protection SPF 50 si elle est exposée (à renouveler toutes les 2h)

## Conseils

- Avant la séance :
  - o Garder la peau propre et sèche
  - o Pas d'application de gel ou de crème 2h avant la séance pour éviter l'effet bolus
- Après la séance : possibilité de rafraîchir et d'apaiser avec une eau thermale
- Possibilité d'effectuer des cures thermales
- Conseiller au patient de se raser avec un rasoir électrique
- Recommander de porter des vêtements en fibres naturelles (coton)
- Eviter tout produit à base d'alcool, de parfums, d'éther, d'eaux de toilette, de talc
- Sauna, hammam et gommage à proscrire durant la durée de la radiothérapie et l'année suivante

# Syndrome main-pied



## Prévention

- Nécessité d'agir dès les premiers symptômes
- Hydrater régulièrement la peau, en particulier au niveau des extrémités (paumes des mains et plantes des pieds)
- Réaliser une manucure ou une pédicure avant de commencer le traitement
- Limiter les traumatismes quotidiens :
  - o Au niveau des mains : port de gants en coton ou en latex selon les tâches
  - o Au niveau des pieds : éviter les marches trop longues, port de chaussures adaptées et de semelles absorbantes

## Hygiène

- Utiliser un gel nettoyant surgras, un syndet ou une huile lavante au pH physiologique de la peau, sans parfum, ni alcool
- Préférer les douches tièdes
- Procéder à un séchage par tamponnements

## Soins

- Nourrir la peau, en particulier des mains et des pieds, avec une crème ou un baume émollient, plusieurs fois par jour
- En cas de fissures : utilisation d'un baume réparateur en couche épaisse
- En cas d'hyperkératose : utilisation de topiques émollients et kératolytiques à base d'urée

# Xérose



## Prévention

- Eviter les pièces surchauffées
- Eviter tout produit à base d'alcool, de parfums, d'éther, d'eaux de toilette, de talc
- Limiter les traumatismes quotidiens, au niveau des mains avec le port de gants en coton ou en latex selon les tâches
- Utilisation de stick labial, de gel buccal (salive artificielle) ou génital (lubrifiant) et de larmes artificielles pour éviter le dessèchement des muqueuses
- Apports alimentaires suffisants en acides gras et en eau pour maintenir la souplesse et l'élasticité de la peau

## Hygiène

- Utiliser un gel nettoyant surgras, un syndet ou une huile lavante au pH physiologique de la peau, sans parfum, ni alcool
- Eviter les gants de toilette et procéder à un séchage par tamponnements
- Préférer les douches tièdes

## Soins

- Nourrir la peau avec une crème ou un baume hydratant
- En cas de fissures : utilisation d'un baume réparateur en couche épaisse
  - o Astuce : mettre le produit sous des gants, des chaussettes ou du film alimentaire pour renforcer l'effet réparateur
- En cas de démangeaisons : utilisation d'un baume réparateur apaisant

# Rash cutané ou folliculite acnéiforme



## Hygiène

- Utiliser un savon liquide ou pain dermatologique au pH physiologique de la peau, sans parfum, ni alcool
- Procéder à un séchage par tamponnements

## Soins

- Utiliser une crème hydratante matin et soir
- Utilisation d'une eau thermale pour apaiser (en pulvérisation) et réduire la sensibilité (en compresses)

## Protection

- Protéger la peau avec une crème protection SPF 50 (à renouveler toutes les 2h)

## Correction et maquillage

- A réaliser après l'application de la crème hydratante
- Eviter les poudres et les produits contenant du parfum, des extraits de fruits ou de plantes
- Utiliser un correcteur de teint de la carnation correspondante

## Conseils

- Eviter de percer les boutons, les gommages et l'exposition au soleil
- Ne pas utiliser de soin contre l'acné juvénile

# Atteintes unguéales



## Prévention

- Réaliser une manucure et une pédicure sans toucher les cuticules et sans couper les ongles trop courts
- Limiter les traumatismes quotidiens :
  - o Au niveau des mains : port de gants en coton ou en latex selon les tâches
  - o Au niveau des pieds : éviter les marches trop longues, port de chaussures adaptées

## Hygiène

- Utiliser un gel nettoyant surgras, un syndet ou une huile lavante au pH physiologique de la peau, sans parfum, ni alcool

## Soins

- Hydrater la base de l'ongle, matin et soir, avec une crème ou un baume hydratant
- En cas de fissures : utilisation d'un baume réparateur

## Protection

- Application d'un vernis fortifiant, avec un filtre UV, à base de silicium
- 1 couche de base, 2 couches de couleur, 1 couche de top coat
  - o Astuce : il existe des vernis transparents pour les hommes

# Alopecie

## Prevention

- Les perruques peuvent provoquer des demangeaisons ou creer une sensation de chaleur ; orienter vers un foulard, une casquette ou un turban
- Eviter de laver et de brosser les cheveux trop souvent
- Eviter tout ce qui peut agresser les cheveux et le cuir chevelu avec la chaleur, des produits chimiques ou des coiffures trop serrées

## Hygiene

- Avant la chute des cheveux : utiliser un shampoing ultra-doux
- Apres la chute des cheveux : utiliser, sur peau mouillee, le meme nettoyant doux (gel surgras, syndet ou huile lavante) que pour le corps
- Secher le cuir chevelu ou les cheveux en tamponnant doucement
- En cas de demangeaisons :
  - o Utiliser un shampoing apaisant
  - o Masser le cuir chevelu pour l'apaiser et reduire les demangeaisons
- Lors de la repousse : utiliser un shampoing fortifiant et revitalisant

## Soins

- Apres la chute des cheveux : utiliser une creme ou un baume hydratant, 1x/jour
- En cas de demangeaisons : appliquer un serum apaisant, un emollient anti-grattage, une brume hydratante ou de l'eau thermale
- Lors de la repousse : utilisation possible de lotion antichute

## Protection

- Photoprotection vestimentaire et/ou application d'un photoprotecteur SPF 50 pour proteger le cuir chevelu

## Conseils

- Avant la chute des cheveux, anticiper une coupe courte pour éviter le traumatisme
- Lors de la repousse, déconseiller les permanentes ou les colorations pour laisser le temps aux cheveux de se rétablir
  - o Coloration possible 6 mois après la fin du traitement avec une coloration végétale
- Chute des cils : port de lunettes de soleil pour protéger des poussières et utilisation de larmes artificielles pour lutter contre la sécheresse oculaire

# Résumé

L'essor des traitements anticancéreux en ville a amené le pharmacien d'officine à développer l'accompagnement du patient cancéreux. En effet, en plus de la dispensation classique des médicaments, il doit être apte à répondre aux besoins et aux demandes du patient face à la délivrance des traitements anticancéreux.

Ce mémoire de thèse présente les principaux points concernant le cancer, et développe l'accompagnement du patient cancéreux par le pharmacien. De plus, une enquête a été réalisée en 2020 auprès des équipes officinales, portant sur la place de la dermocosmétique dans cet accompagnement.

Cette enquête a été réalisée d'avril à juillet 2020, sur la base d'un questionnaire distribué aux équipes officinales. Il a permis aux équipes officinales de se positionner quant à la délivrance de traitements anticancéreux, aux demandes des patients au comptoir, et également aux ressources disponibles et manquantes pour mener à bien leur conseil officinal. L'analyse des réponses a montré le manque de connaissances et de ressources face à la délivrance des traitements anticancéreux et à la prévention de leurs effets secondaires.

Face à ces conclusions, des fiches conseils à la prévention des effets indésirables dermatologiques ont été rédigées pour permettre au pharmacien d'appréhender au mieux la délivrance de ce type de traitements.

Mots clés :

Pharmacien d'officine

Dermocosmétique

Patient cancéreux