HAL
open science

Médicaments anticancéreux par voie orale et dispositif de lien ville-hôpital : enquête auprès des pharmaciens d'officine de l'Aveyron

Guillaume Cavallier

▶ To cite this version:

Guillaume Cavallier. Médicaments anticancéreux par voie orale et dispositif de lien ville-hôpital : enquête auprès des pharmaciens d'officine de l'Aveyron. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03436380

HAL Id: dumas-03436380
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03436380v1

Submitted on 19 Nov 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
U.F.R. DE PHARMACIE

Année : 2021 N°

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

Présentée et soutenue publiquement
le 14 janvier 2021
par

Guillaume CAVALLIER

MÉDICAMENTS ANTICANCÉREUX PAR VOIE ORALE ET DISPOSITIF DE LIEN VILLE-HÔPITAL : ENQUÊTE AUPRÈS DES PHARMACIENS D'OFFICINE DE L'AVEYRON

Directeur de thèse : M. Philip CHENNELL

Jury

Président :	M. David BALAYSSAC	Maître de conférences – Praticien Hospitalier – H.D.R., U.F.R. Pharmacie de Clermont-Ferrand
Membres :	M. Philip CHENNELL	Maître de conférences – Praticien Hospitalier, U.F.R. Pharmacie de Clermont-Ferrand
	Mme Isabelle GALZIN-JOULIE	Pharmacienne, Pharmacie de Bozouls
	Mme Murielle LAUDET	Pharmacienne Assistante Spécialiste, C.H.U. de Clermont-Ferrand
	M. Pierre-Marie VAYSSETTES	Pharmacien, Pharmacie place Fontanges

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
U.F.R. DE PHARMACIE

Année : 2021 N°

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

Présentée et soutenue publiquement
le 14 janvier 2021
par
Guillaume CAVALLIER

MÉDICAMENTS ANTICANCÉREUX PAR VOIE ORALE ET DISPOSITIF DE LIEN VILLE-HÔPITAL : ENQUÊTE AUPRÈS DES PHARMACIENS D'OFFICINE DE L'AVEYRON

Directeur de thèse : M. Philip CHENNELL

Jury

Président :	M. David BALAYSSAC	Maître de conférences – Praticien Hospitalier – H.D.R., U.F.R. Pharmacie de Clermont-Ferrand
Membres :	M. Philip CHENNELL	Maître de conférences – Praticien Hospitalier, U.F.R. Pharmacie de Clermont-Ferrand
	Mme Isabelle GALZIN-JOULIE	Pharmacienne, Pharmacie de Bozouls
	Mme Murielle LAUDET	Pharmacienne Assistante Spécialiste, C.H.U. de Clermont-Ferrand
	M. Pierre-Marie VAYSSETTES	Pharmacien, Pharmacie place Fontanges

Remerciements

Le projet de cette thèse n'aurait jamais pu aboutir seul, aussi je tiens à remercier chaleureusement :

Monsieur le Docteur Philip Chennell, qui a porté de l'intérêt à ce projet dès le début et m'a accompagné attentivement à toutes les étapes. Merci pour votre bienveillance et votre rigueur

Monsieur le Docteur David Balayssac, pour m'avoir accompagné dans mon projet de stage au Québec (qui a contribué à l'idée de ce sujet) et fait l'honneur de présider le jury de cette thèse

Madame le Docteur Régine Chevrier, pour avoir consacré du temps pour répondre à mes interrogations sur le fonctionnement de la pharmacie du Centre Jean Perrin et exprimé de l'intérêt pour ce projet

Madame le Docteur Murielle Laudet, pour m'avoir d'abord encadré avec sympathie pendant mon premier stage en service d'hématologie clinique, pour avoir répondu à mes questions sur la pharmacie du centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand et pour avoir aidé au développement du questionnaire

Madame le Docteur Caroline Perrier, Madame le Docteur Mireille Sabatier, Monsieur le Professeur Jean-Marie Canonge, pour avoir répondu à mes questions concernant le lien hôpital-officine au niveau de leur établissement

Madame le Docteur Isabelle Galzin-Joulié, pour avoir contribué à de nombreuses reprises à ma formation pratique, notamment en tant que maître de stage de pratique professionnelle, et avoir participé au développement du questionnaire

Monsieur le Docteur Pierre-Marie Vayssettes, pour m'avoir offert un soutien de taille dans la diffusion du questionnaire et avoir accepté de prendre part au jury de cette thèse

Les équipes des pharmacies d'officine de l'Aveyron qui ont accepté de prendre de leur temps pour répondre à ce (long) questionnaire et m'ont permis de recueillir des données intéressantes

Madame Elisabeth Valadier, pour son intérêt à ce projet et m'avoir donné accès à l'Oncoguide créé par le laboratoire Pierre Fabre

Madame Marianne Boyer, pour m'avoir accueilli en stage au sein du satellite d'oncologie de la pharmacie hospitalière du centre hospitalier de l'Université de Montréal. La découverte du dispositif d'accompagnement des patients sous M.A.V.O. et de coordination hôpital-officine en place au sein de ce centre a contribué à la naissance de ce projet

La société Le Sphinx Développement, qui m'a fourni un accès gratuit à son logiciel d'enquêtes professionnel, support du questionnaire, en offrant une grande liberté de conception

Mes parents, beaux-parents, Mathilde Mouliac, Eléanor Caliman, Gabrielle Valadier pour leur soutien sans faille et indispensable pour mener à bien cette aventure

Faustine Franco, Marie-Laure Pignol, Claire Tolmer pour leur soutien et les bons moments passés ensemble au cours de ces années d'études

Julia Roig et Valentin Bors, pour leur soutien et leur aide dans la réalisation des cartes.

Table des matières

1. Introduction 11
2. Matériels et méthodes 18
   2.1. Questionnaire 18
      2.1.1. Conception 18
      2.1.2. Pré-validation 19
      2.1.3. Diffusion 20
   2.2. Recueil et traitement des résultats 21
3. Résultats 22
   3.1. Répartition géographique des officines répondantes 22
   3.2. Activité pharmaceutique officinale 23
   3.3. Interactions avec les centres de cancérologie 27
   3.4. Dispositifs de lien ville-hôpital : résultats tous centres confondus 29
   3.5. Dispositifs de lien ville-hôpital : résultats par centre 33
      3.5.1. Comparatif des pratiques communes 34
         3.5.1.1. Prescription et autres documents 34
         3.5.1.2. Contacts de l'hôpital vers la ville 37
         3.5.1.3. Contacts de la ville vers l'hôpital 39
      3.5.2. Procédures particulières à certains centres 43
         3.5.2.1. I.U.C.T. Oncopôle 43
         3.5.2.2. C.H. Rodez 43
         3.5.2.3. I.C.M. 44
      3.5.3. Impact des dispositifs de lien ville-hôpital 45
      3.5.4. Autres réponses 47
         3.5.4.1. Centre Jean Perrin (Clermont-Ferrand) 47
         3.5.4.2. Autres centres 48
   3.6. Opinion sur la qualité de l'exercice en cancérologie 50
   3.7. Observations et suggestions 54
4. Discussion 57
5. Conclusion 76

Références bibliographiques 77

Annexe I : Classification des médicaments anticancéreux et périmètre de la médecine de précision (INCa) 84

Annexe II : Traitements anticancéreux par voie orale disponibles à l'officine 85

Annexe III : Questionnaire 88

Annexe IV : Suggestions d'outils pour le lien ville-hôpital 101
Serment de Galien 103

Liste des tableaux

Tableau I	: Indication(s) des 15 premières molécules anticancéreuses orales déclarées comme les plus délivrées par les officines répondantes en 2019.	24
Tableau II	: Classement des 10 premiers groupes tarifaires de spécialités anticancéreuses orales déclarés comme les plus fréquemment mis en stock par les pharmacies répondantes (n = 166 déclarations, plusieurs réponses étaient possibles pour chaque officine).	26
Tableau III	: Opinion générale déclarée par les équipes officinales sur l'utilité du (des) document(s) joints à la prescription dans la délivrance et le suivi (lors de la primo-prescription d'un anticancéreux oral délivré en officine), sur une échelle d'entiers de 0 (« inutile ») à 5 (« très utile »).	37
Tableau IV	: Proportion (%) déclarée des primo-prescriptions d'un anticancéreux oral délivré à l'officine pour lesquelles un(e) professionnel(le) du centre prescripteur contacte l'officine avant la venue du (de la) patient(e) à l'officine.	37
Tableau V	: Opinion générale déclarée par les équipes officinales sur l'utilité d'être contactées par le centre ayant une activité de cancérologie avant la venue du (de la) patient(e) à l'officine lors de la primo-prescription d'un anticancéreux oral délivré en officine, sur une échelle d'entiers de 0 (« inutile ») à 5 (« très utile »).	38
Tableau VI	: Fréquence de remontée d'informations de l'officine au centre prescripteur pour les patient(e)s sous anticancéreux oral délivré en officine, déclarée par les équipes officinales sur une échelle d'entiers de 0 (« jamais ») à 5 (« toujours »).	42
Tableau VII	: Aisance des patients vis-à-vis de leur nouveau traitement par anticancéreux oral à l'arrivée dans l'officine qui va le dispenser, déclarée par les équipes officinales sur une échelle de 0 (« pas du tout ») à 5 (« tout à fait »).	45
Tableau VIII	: Utilité globale des dispositifs de lien ville-hôpital ressentie et déclarée par les équipes officinales pour les centres desquels elles reçoivent des prescriptions d'initiation d'anticancéreux oraux, sur une échelle de 0 (« absente ») à 5 (« essentielle »).	45
Tableau IX	: Intérêt déclaré par les équipes officinales pour des formations en oncologie, sur une échelle de 0 (« pas du tout ») à 5 (« tout à fait »).	52
Tableau X	: Répartition en types des propositions soumises par les officines répondantes concernant des outils de lien ville-hôpital à mettre en place par les centres hospitaliers prescripteurs (n = 81 propositions émanant de 29 officines, proportions exprimées par rapport au nombre total de propositions soumises).	54

Liste des figures

Figure 1	: Classification des anticancéreux délivrables en ville (adaptée de celle de l'I.N.Ca. (9)).	14
Figure 2	: Carte de répartition des officines ayant répondu à l'enquête (département de l'Aveyron).	22
Figure 3	: Molécules anticancéreuses orales déclarées comme les plus fréquemment délivrées par les officines répondantes en 2019 (plusieurs réponses possibles).	23
Figure 4	: (A) Classes thérapeutiques des molécules anticancéreuses orales déclarées comme les plus dispensées par les officines répondantes en 2019 (n = 150 déclarations, plusieurs étaient possibles pour chaque officine) et (B) Classes thérapeutiques des spécialités anticancéreuses orales déclarées comme mises en stock par les officines répondantes (n = 173 déclarations, plusieurs étaient possibles pour chaque officine).	25
Figure 5	: Carte des liens entre les officines ayant répondu et les centres hospitaliers ayant une activité de cancérologie sélectionnés comme origine importante de prescriptions d'initiation d'anticancéreux oraux délivrables en officine (n = 130 liens déclarés).	27
Figure 6	: Fréquence d'ouverture déclarée du Dossier Pharmaceutique (D.P.) / Dossier Médical Partagé (D.M.P.) par les pharmacies répondantes, lors de la présentation d'une ordonnance d'initiation d'anticancéreux oral.	29
Figure 7	: Fréquence déclarée de consultation du Dossier Pharmaceutique (D.P.) / Dossier Médical Partagé (D.M.P.) par les officines répondantes lors de la présentation d'une ordonnance d'initiation d'anticancéreux oral.	30
Figure 8	: Fréquence déclarée de transmission à l'ensemble de l'équipe officinale et fréquence déclarée de numérisation dans le dossier patient(e) des informations éventuellement émises par l'établissement prescripteur et reçues par les officines répondantes en parallèle de la réception d'une ordonnance d'initiation d'anticancéreux oral.	31
Figure 9	: Répartition des centres sélectionnés par les officines répondantes comme émetteurs majeurs de prescriptions d'initiation d'anticancéreux oraux délivrés en officine (n = 59, réponses non exclusives).	33
Figure 10	: Fréquence de déclaration d'utilisation des modes de transmission des prescriptions d'initiation d'anticancéreux oraux aux officines répondantes, selon l'établissement prescripteur (réponses non exclusives).	34
Figure 11	: Fréquence déclarée de transmission par les officines répondantes au médecin traitant des prescriptions d'initiation d'anticancéreux oraux délivrés en officine, selon l'établissement prescripteur.	35

Figure 12 : Fréquence de déclaration de présence de documents joints aux prescriptions d'initiation d'anticancéreux oraux délivrés en officine, en pourcentage du nombre de répondants selon le type de document et l'établissement prescripteur (réponses non exclusives sauf « Aucun »). 36

Figure 13 : Fréquence déclarée d'information de l'officine habituelle d'un(e) patient(e) par le centre ayant une activité de cancérologie lors de la primo-prescription d'un anticancéreux oral rétrocédé par l'hôpital, selon l'établissement prescripteur. 39

Figure 14 : Fréquence déclarée de contact des professionnels des centres ayant une activité de cancérologie par les équipes officinales (à propos d'une primo-prescription d'anticancéreux oral délivré en officine) selon la profession contactée et le centre. 40

Figure 15 : Fréquence de déclaration des difficultés exprimées (%) par les équipes officinales limitant la communication avec les pharmaciens des centres ayant une activité de cancérologie, en pourcentage du nombre de répondants par établissement prescripteur (réponses non exclusives sauf « Aucune »). 42

Figure 16 : Capacité déclarée par les équipes officinales à réaliser certaines étapes importantes du processus de dispensation dans le cas d'une ordonnance d'anticancéreux oral (n = 59). 50

Figure 17 : Fréquence de déclaration d'utilisation (%) des différentes sources d'informations sur les anticancéreux oraux par les pharmacies répondantes (réponses non exclusives), en pourcentage du nombre de répondants (n = 59). 51

Figure 18 : Fréquence de déclaration par les officines répondantes des modes de formation professionnelle parmi les plus pratiques, en pourcentage du nombre de répondants (n = 59). 53

Liste des abréviations

A.D.N. : Acide désoxyribonucléique

A.T.C. : Classification anatomique thérapeutique et chimique

B.C.G. : Bacille de Calmette et Guérin

C.H. : Centre hospitalier

C.H.U.M. : Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

C.L.C.C. : Centre de lutte contre le cancer

C.M.C. : Centre médico-chirugical

D.C.C. : Dossier communicant de cancérologie

D.C.I. : Dénomination commune internationale

Décl. : Déclarations

D.F.S.P. : Dermatofibrosarcome protuberans (ou maladie de Darier-Ferrand)

E.T.P. : Education thérapeutique du (de la) patient(e)

F.I.N.E.S.S. : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

G.I.S.T. : Tumeurs stromales gastro-intestinales (gastro-intestinal stromal tumours)

H.P.V. : Papillomavirus humain

I.C.M. : Institut du Cancer de Montpellier

I.N.Ca. : Institut national du cancer

I.U.C.T. : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse

L.A.L. : Leucémie aiguë lymphoïde

L.C.E. : Leucémie chronique à éosinophiles

L.G.O. : Logiciel de gestion d'officine

L.L.C. : Leucémie lymphoïde chronique

L.M.C. : Leucémie myéloïde chronique

M.A.V.O. : Médicament anticancéreux par voie orale

M.S.S. : Messagerie sécurisée de santé

O.Mé.D.I.T. : Observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques

Pos. : Position

P.P.S. : Programme personnalisé de soins

P.U.I. : Pharmacie à usage intérieur

R.C.P. : Réunion de concertation pluridisciplinaire

R.O.H.LIM. : Réseau d'oncologie-hématologie du Limousin

S.F.P.O. : Société Française de Pharmacie Oncologique

S.H.E. : Syndrome hyperéosinophilique

S.M.D./S.M.P. : Syndromes myélodysplasiques/myéloprolifératifs

T.T.C. : Toutes taxes comprises

V.H.B. : Virus de l'hépatite B

1. Introduction

Un cancer est défini par l'Académie de Pharmacie comme une « pathologie caractérisée par la présence d'une ou de plusieurs tumeurs malignes formées à partir de la transformation d'une cellule initialement normale, à la suite d'une mutation ou/et à une instabilité génétique. La transformation cellulaire tumorale se traduit par une perte de contrôle du cycle cellulaire avec prolifération anarchique, une insensibilité à l'apoptose, des anomalies de la réparation de l'ADN » (1). Le terme « cancer » désigne à la fois les tumeurs malignes solides et les hémopathies malignes.

En France métropolitaine en 2018, on estimait l'incidence des cancers à 382 000 (ces nouveaux cas étant répartis entre 54 % chez l'homme et 46 % chez la femme). La mortalité par cancer sur cette même année a été estimée à 157 400 décès (dont 57 % chez les hommes et 43 % chez les femmes). Entre 1990 et 2018, l'incidence a progressé de 65 % chez l'homme et 93 % chez la femme. Sur la même période, la mortalité a augmenté de 6 % chez l'homme et 26 % chez la femme (2).

Ces chiffres recouvrent des réalités très différentes selon notamment le site de la tumeur primaire, le type de cancer et l'âge. Chez l'homme les sites des trois principaux cancers en terme d'incidence sont : la prostate (50 430 nouveaux cas en 2015), le poumon (31 231 cas en 2018) et le côlon-rectum (23 216 cas en 2018) (2). Chez la femme, ce sont, pour l'année 2018 : le sein (58 459 cas), le côlon-rectum (20 120 cas) et le poumon (15 132 cas) (2). La survie est très hétérogène selon les sites mais une augmentation de la survie nette standardisée à 5 ans (sur la période 1989-2010 ou 1995-2010 selon les sites) a été observée pour la majorité des cancers pour lesquels des données sont disponibles (3,4). Cette amélioration peut potentiellement être imputée aux progrès de la prise en charge préventive et curative.

Les premiers signes d'un cancer sont souvent perçus au décours de consultations ou examens médicaux pour des problèmes ne relevant pas de l'oncologie (par exemple une consultation chez son médecin généraliste, un scanner de contrôle post-opératoire). Certains symptômes généraux anormaux peuvent faire suspecter un cancer (fatigue intense, douleurs inexpliquées,…). Des éventuels examens complémentaires pourront être prescrits puis le (la) patient(e) sera orienté(e) vers une consultation dans un établissement autorisé à traiter le cancer. La réalisation d'un test de dépistage est l'autre situation qui va faire suspecter un

cancer ou permettre d'identifier des lésions précancéreuses. Il existe actuellement en France trois programmes de dépistage organisé : cancer du sein, cancer colorectal et cancer du col de l'utérus (5). Lorsqu'un risque accru de développer la maladie est potentiellement transmissible à la descendance, comme par exemple pour les cancers dus à une altération génétique constitutionnelle, les patient(e)s à risque peuvent être orientés par leur médecin généraliste vers un spécialiste qui pourra leur proposer une consultation d'oncogénétique, aboutissant éventuellement à un test génétique chez le (la) patient(e) et des membres de sa famille (6).

L'annonce du cancer est un moment particulièrement important et difficile pour les patient(e)s et leur entourage, elle fait donc l'objet d'un dispositif spécifique depuis 2005, rendu obligatoire par décret (7) et comportant aujourd'hui cinq temps successifs (8). L'annonce de suspicion décrite au paragraphe précédent en représente le premier temps, elle est souvent faite dans un cabinet de ville. On ne parle encore que de suspicion car le diagnostic de cancer ne peut être posé qu'après confirmation par examen anatomo-cytopathologique d'une biopsie ou pièce opératoire, sauf dans le cas des hémopathies malignes où les analyses biologiques permettent cette confirmation (6). Dans les tumeurs solides, un bilan d'extension pourra préciser l'étendue du cancer et vérifier la présence ou non de métastases. Si la pathologie est avérée, vient le second temps : l'annonce du diagnostic, qui est réalisée par un médecin spécialiste en charge du traitement du cancer au sein d'un établissement autorisé à traiter le cancer. Autour de cette étape, le cas sera présenté en réunion de concertation pluridisciplinaire (R.C.P.) dans cet établissement. La R.C.P. regroupe au moins trois médecins de spécialités différentes, elle permet de décider du traitement le plus adapté à la situation du (de la) patient(e) en fonction des référentiels et études les plus récents (6). Le traitement peut alors être proposé au (à la) patient(e) lors du troisième temps : la proposition thérapeutique (qui peut éventuellement être confondue avec le second temps en pratique). Après acceptation, elle est formalisée par la remise d'un programme personnalisé de soins (P.P.S.) qui détaille les étapes du traitement, les soins de support et les contacts utiles (6), il est transmis au médecin traitant. Le quatrième temps de l'annonce est le temps soignant paramédical (réalisé par un(e) infirmier (-ère) ou un(e) manipulateur (-trice) d'électroradiologie médicale dans l'établissement hospitalier). Il permet de reformuler les informations précédemment données, détailler les traitements proposés, évaluer les besoins en soins de support, orienter vers d'autres professionnels ou associations. Pour finir, le

cinquième temps est la consultation de synthèse avec le médecin généraliste. Les échanges avec le médecin généraliste sont essentiels tout au long de ce dispositif pour avoir une prise en charge globale et adaptée aux spécificités de chaque patient(e).

Les traitements qui peuvent être utilisés dans ces pathologies sont très divers selon le site du cancer, le stade, le type de tumeur (selon les cellules d'origine, les marqueurs moléculaires qu'elle exprime, ses mutations,…), l'état du patient, etc. … Le traitement de référence des tumeurs malignes solides non métastatiques est souvent la chirurgie. On peut aussi avoir recours à la radiothérapie ou aux traitements médicamenteux. Ces traitements sont utilisés seuls ou en association à d'autres types de traitements. Les connaissances sur la pathologie, les méthodes diagnostiques et les traitements ont connu une progression qui s'est intensifiée depuis le début du XXème siècle.

Concernant les médicaments, plusieurs classes thérapeutiques différentes sont maintenant disponibles. Ils peuvent être regroupés suivant des critères variables selon le système de classification utilisé. La classification de l'Institut national du cancer (I.N.Ca.) (9), qui sera utilisée ici, est présentée dans l'Annexe I. Plus précisément, les classes comportant des médicaments délivrables en ville sont reprises dans la Figure 1. Cette classification comprend trois grandes classes (chimiothérapies conventionnelles, immunothérapies et inhibiteurs de mécanismes oncogéniques (thérapies ciblées et hormonothérapies)), qui seront présentées ci-après.

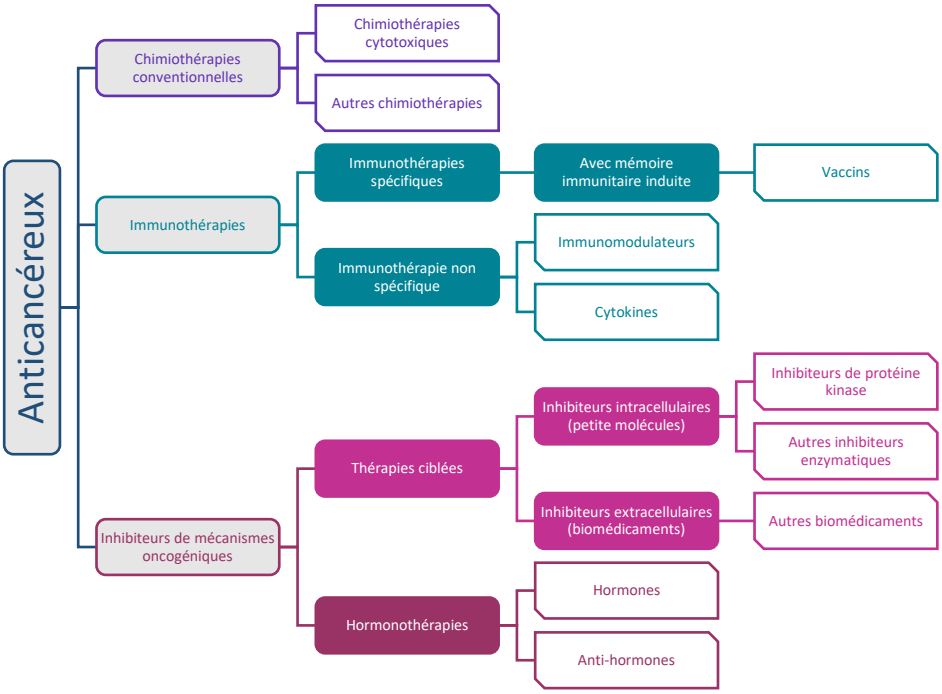


Figure 1 : Classification des anticancéreux délivrables en ville (adaptée de celle de l'I.N.Ca. (9)).

L'un des groupes historiquement les plus représentés en volume à l'hôpital est celui des chimiothérapies anticancéreuses conventionnelles, souvent désignées par abus de langage sous le terme « chimiothérapies » (qui signifie « méthode de traitement des maladies faisant appel à des substances chimiques » (10)). De manière générale, leur principe est d'empêcher la prolifération des cellules tumorales en bloquant la multiplication des cellules à renouvellement rapide. Le premier essai clinique documenté d'une chimiothérapie cytotoxique intraveineuse remonte à 1942 (11). Le développement de nouveaux produits (voire familles de produits) de plus en plus efficaces s'accéléra à partir des années 1950 (12), avec par exemple le cisplatine, le cyclophosphamide ou les anthracyclines qui sont toujours utilisés aujourd'hui. Les stratégies évoluèrent vers de nouveaux principes toujours en vigueur (selon les produits) : administrations intermittentes (phases de repos pour laisser les tissus sains se régénérer), association de différents produits (de mécanismes d'action différents), traitements adjuvants (administrés après chirurgie ou radiothérapie) (13). Les principaux inconvénients de ces médicaments sont : le manque de sélectivité (toxicité pour les cellules saines à renouvellement rapide), des effets indésirables lourds (fatigue, nausées, immunosuppression,…), l'administration majoritairement intraveineuse à l'hôpital sous surveillance. Dans un second temps a eu lieu le développement de formes orales dans cette classe, qui peuvent être dispensées à l'officine.

Vers la fin du XIXème siècle, les premiers principes de l'hormonothérapie furent découverts pour traiter des cancers du sein (14). Cette thérapeutique consiste à jouer sur les transmissions hormonales pour bloquer le développement de tumeurs hormonodépendantes. Le premier essai clinique concluant de l'efficacité d'une hormonothérapie chimique date de 1944 (14), mais il fallut attendre la découverte du deuxième antiestrogène non-stéroïdien en 1967, le tamoxifène, pour voir apparaitre une utilisation dans le cancer du sein (14). C'est aujourd'hui une thérapeutique qui s'est développée (anti-estrogènes, anti-androgènes, inhibiteurs de l'aromatase,…) et représente une grande part des délivrances en cancérologie en ville (15).
Le groupe des « thérapies ciblées » est né de l'étude des voies de signalisation : une thérapie ciblée est définie comme étant un « traitement ajusté aux caractéristiques génétiques, moléculaires et phénotypiques d'un individu, visant une cible précise constituée par un mécanisme moléculaire qui sous-tend la maladie » (16). Selon la classification de l'I.N.Ca., les thérapies ciblées regroupent les inhibiteurs intracellulaires (petites molécules) et les inhibiteurs extracellulaires (biomédicaments) (9). D'une manière générale, une thérapie ciblée va agir soit directement sur les cellules cancéreuses, soit sur l'environnement qui favorise la croissance de la tumeur (17). C'est seulement en 1996 qu'est apparue la première thérapie de ce type, l'imatinib (Glivec®) (18). Cette classe est en pleine explosion depuis les années 1990, avec de très nombreux traitements par voie orale en officine dans le groupe des inhibiteurs intracellulaires (les biomédicaments sont injectables et dispensés à l'hôpital).

Enfin les immunothérapies consistent en « l'utilisation de substances qui augmentent et/ou restaurent la capacité du système immunitaire à prévenir et combattre les maladies » (19). L'idée d'utiliser le système immunitaire remonte à l'Antiquité (20) et a subi de nombreuses avancées dans les dernières décennies. Du côté des immunothérapies spécifiques (ciblant une particularité des cellules tumorales), les seules thérapies délivrables en ville sont les vaccins préventifs (qui préviennent des infections entrainant un risque de cancer) : le vaccin contre le papillomavirus humain (H.P.V.) et contre le virus de l'hépatite B (V.H.B.) (21). Des vaccins thérapeutiques sont en cours de développement et approuvés dans certains pays (22). Il existe également d'autres produits comme les inhibiteurs des points de contrôle, les anticorps bispécifiques, les anticorps dirigés contre un marqueur de surface et les thérapies cellulaires délivrés à l'hôpital (23,24). Du côté des immunothérapies non spécifiques, on retrouve en

officine l'interféron α-2a, et des médicaments immunomodulateurs de différents types (25). En ce qui concerne les produits délivrés en ville, la voie orale est totalement absente de ce groupe. Les bornes des classifications peuvent varier selon les systèmes, on peut par exemple inclure dans les thérapies ciblées l'hormonothérapie (9), les vaccins anticancéreux ou la thérapie génique (26). La liste des traitements par voie orale délivrables en ville inclus dans chaque catégorie (issue du système de l'I.N.Ca. (9)) est disponible dans l'Annexe II.

La prise d'un traitement par voie injectable impose certaines contraintes selon les produits : nécessité de personnel qualifié ou de l'apprentissage d'une technique d'injection, administration en milieu hospitalier, temps d'administration, etc. … Ces contraintes justifient la tendance actuelle de développement de formes administrables par voie orale (soit des produits nouveaux comme l'imatinib, soit à partir de produits existants en changeant la forme galénique comme la vinorelbine (27)). En 2019, 5 des 6 nouvelles molécules anticancéreuses autorisées en France s'administraient par voie orale (dont 2 disponibles en ville au 30/09/2020 (28)) et 10 des 13 nouvelles spécialités (29) (en excluant les génériques et les biosimilaires dans les deux cas).

La voie orale offre une prise grandement facilitée pour le (la) patient(e), qui contribue au maintien de la qualité de vie. Cependant ce changement de forme galénique comporte aussi des difficultés :

- Liée au rôle actif du (de la) patient(e) dans l'observance de son traitement : nécessité d'autonomie (la gravité de la pathologie impose une observance importante)
- Liées à la prise à domicile : nécessité d'apprentissage pour reconnaitre les effets indésirables puis les gérer ou les signaler, d'un suivi de ces effets indésirables et de soins de support à domicile
- Liées à la forme galénique : plan de prise parfois complexe, interactions avec l'alimentation, difficultés à avaler (comprimé ou gélules de grande taille)
- Liées au mode de dispensation : communication entre pharmacie de ville et hôpital, formation continue du (de la) pharmacien(ne), règlementation particulière, délai logistique d'approvisionnement.

Il faut aussi prendre en compte les particularités inhérentes aux molécules anticancéreuses : complexité et variété des modes d'action, effets indésirables lourds et très différents au sein d'une même classe de médicaments, interactions médicamenteuses (et avec la

phytothérapie, les compléments alimentaires), etc. … Tous ces éléments rendent l'acte de dispensation à la fois complexe et essentiel pour le (la) patient(e) dans le but d'optimiser le traitement. Deux procédures de distribution en ambulatoire existent : la rétrocession par une pharmacie hospitalière (pour les produits inscrits sur la liste des médicaments rétrocédables) et la dispensation en officine de ville. Dans les deux cas le (la) patient(e) (ou un(e) aidant(e)) aura une interaction directe avec un(e) pharmacien(ne) et/ou un(e) préparateur (-trice).

Au niveau hospitalier, la mise en place d'une organisation permettant une prise en charge pluridisciplinaire organisée autour du (de la) patient(e), dont les acteurs sont coordonnés et disposent de nombreuses informations partagées, est visée. Une fois la porte de sortie de l'hôpital passée, le (la) patient(e) à qui un M.A.V.O. est prescrit se rendra rapidement dans une pharmacie. L'intégration du (de la) pharmacien(ne) et de tous les professionnels de ville (médecin traitant, infirmier (-ère) libéral(e), etc. …) dans son équipe de soins est cruciale pour une prise en charge de qualité. Cette intégration, appelée « lien ville-hôpital », a deux grands aspects : la communication des membres de l'équipe et le partage d'informations, le tout dans l'intérêt du (de la) patient(e). Au niveau de l'officine, il fournit les moyens d'une délivrance optimale en oncologie. Les modalités de la mise en pratique de ce lien dans un territoire majoritairement rural comme l'Aveyron, ne comportant pas de centre spécialisé en cancérologie (mais des établissements autorisés à traiter le cancer), méritent de l'intérêt. De par cette spécificité, les patient(e)s sont amené(e)s à aller dans des centres spécialisés des départements (ou régions) voisin(e)s. Ces centres ont mis en place des dispositifs de lien ville-hôpital qui peuvent être différents, il conviendrait d'évaluer lesquels sont les mieux perçus en pratique officinale dans la délivrance des M.A.V.O.

L'objectif de ce travail était donc d'obtenir des informations sur le ressenti des équipes officinales en Aveyron concernant les outils mis à disposition par les différents centres ayant une activité de cancérologie qui les entouraient lors de la réception d'une prescription d'initiation de M.A.V.O., et d'évaluer l'impact de ces dispositifs sur leur pratique officinale et leur relation avec leurs patients. Le but final était de dégager les dispositifs existants les plus efficaces, ou les pistes permettant de les améliorer, pour que les équipes officinales puissent concourir à un accompagnement optimal du (de la) patient(e) dans son traitement par M.A.V.O.

2. Matériels et méthodes

2.1. Questionnaire

Dans le but de recueillir le point de vue et l'expérience des équipes officinales sur les dispositifs de lien ville-hôpital, un questionnaire a été établi. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre une réponse par pharmacie, plutôt qu'une réponse par membre d'équipe.
Le périmètre de ce travail a été le département de l'Aveyron, situé en région Occitanie et comptant 109 officines.

2.1.1. Conception

Le logiciel Sphinx iQ2 (Le Sphinx Développement, Chavanod, France, version 7.4.3.0), permettant une saisie en ligne sur une interface de type site Internet (client léger), a été utilisé pour la conception du questionnaire et le recueil des résultats.
En amont du questionnaire, un bilan des informations à recueillir a été fait : détails sur les officines qui répondraient, leurs liens avec les centres de cancérologie avoisinants, les dispositifs de lien ville-hôpital mis en place par ces centres et leur utilité, les pratiques des équipes officinales lors de la dispensation d'un M.A.V.O. Les centres spécialisés en cancérologie géographiquement les plus proches du département (Centre Jean Perrin, Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U.) de Clermont-Ferrand, Institut Universitaire du Cancer de Toulouse – Oncopôle, Institut du Cancer de Montpellier) ont été présélectionnés et contactés afin de recenser en amont les dispositifs de lien-ville hôpital qu'ils mettaient en place. Le Centre Hospitalier de Rodez, centre polyvalent ayant une activité de cancérologie et une position géographique centrale en Aveyron, a fait l'objet du même processus. Les informations récoltées ont permis la création de questions spécifiques au sein du questionnaire.
Cinq parties ont été définies pour recueillir les informations voulues :

- Partie 1 : données sur l'officine
- Partie 2 : données générales sur l'activité de dispensation des M.A.V.O. à l'officine et sur les établissements prescripteurs
- Partie 3 : données sur les dispositifs de lien ville-hôpital (subdivisée en 3a (données communes à tous les centres) et 3b (données par centre))

- Partie 4 : opinion sur la qualité du lien et de l'exercice pharmaceutique dans ce domaine
- Partie 5 : propositions – formations.

Le questionnaire complet est présenté dans l'Annexe III.

Les différents types de questions utilisées ont été :

- Ouvertes, avec parfois une contrainte de saisie (pour le code postal de l'officine restreint aux codes postaux français) et une aide à la saisie (pour la sélection des M.A.V.O. stockés par l'officine)
- A choix multiples, pour certaines les réponses sont proposées dans un ordre aléatoire (à l'exception des réponses « aucun(e) » et « autre(s) ») dans le but d'influencer le moins possible le (la) répondant(e)
- A choix unique sous deux formes : choix parmi une liste de propositions (boutons radio) et liste déroulante
- Classement de propositions (pour le nombre de prescriptions par centre de cancérologie)
- De type échelle, proposant un degré d'accord avec la proposition ou de fréquence, présentées sous trois formes : échelle de 0 à 5, boutons radio à 4 modalités et curseur de 0 à 100.

Un espace de commentaires libres a été laissé afin de recueillir les suggestions de l'équipe officinale. Pour de ne pas perturber le fonctionnement de l'officine, la durée maximale de saisie a été ciblée à 15 minutes. Certaines questions sont proposées ou non en fonction des réponses aux questions précédentes, de ce fait le temps de saisie peut varier.

2.1.2. Pré-validation

Lors de la première phase de l'étape de pré-validation, le questionnaire provisoire a été proposé à deux officines. Après prise en compte de leurs remarques et suggestions, de nombreuses modifications ont été apportées (changements de question, contenu de listes déroulantes, présentation,…). Des prises de contacts avec des centres de cancérologie supplémentaires ont permis d'ajouter des questions.

Lors de la deuxième phase, le questionnaire provisoire modifié a été proposé aux deux mêmes officines et à deux pharmaciens hospitaliers (dont un ayant participé à la mise en place d'un dispositif de lien ville-hôpital). Leurs retours ont permis d'apporter des modifications mineures supplémentaires.

Enfin le questionnaire a été relu et testé informatiquement, puis validé en sa version finale.

2.1.3. Diffusion

Les pharmacies ciblées ont été identifiées grâce à une extraction du Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (F.I.N.E.S.S.) restreinte aux pharmacies d'officine situées dans le département de l'Aveyron (30).

Le lien hypertexte permettant d'accéder au questionnaire a été diffusé par courriel groupé à tous les membres du Syndicat des Pharmaciens de l'Aveyron (affilié à la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (F.S.P.F.)) et à d'autres pharmacies par ce syndicat. Il a également été diffusé par courriel groupé au sein du groupement d'intérêt économique Pharmaveyron.

Après 2 semaines et demie, une relance a été effectuée par le biais de ces deux réseaux. En parallèle, des relances par courriels individuels ont été envoyées à des pharmacies dont l'adresse de courriel était visible sur Internet. En dernier lieu un appel téléphonique de toutes les pharmacies n'ayant pas encore répondu a été réalisé du 26/09/2020 au 14/10/2020.

Le questionnaire a été ouvert aux réponses du 02/09/2020 au 18/10/2020 inclus.

2.2. Recueil et traitement des résultats

Les résultats pouvaient être saisis directement par l'équipe officinale sur le site Internet qui accueillait le questionnaire ou donnés par téléphone lors des appels de relance (et saisis sur cette même interface par l'opérateur). L'ensemble a été récupéré via le logiciel Sphinx iQ2 et exporté au format Microsoft Excel (.xlsx) pour traitement et analyse.

En ce qui concerne la saisie de molécules ou de médicaments, suite à une erreur de paramétrage il était possible de déclarer des médicaments anticancéreux administrés par des voies autres que la voie orale (mais l'aide à la saisie ne proposait que des médicaments délivrés en officine). Ces médicaments hors-champ ont été exclus des données.

L'analyse et la mise en graphiques des données ont été réalisées avec Microsoft Excel (Microsoft Corporation, Redmond, Etats-Unis, version 16.0.13328.20334). Pour la partie 3b, les réponses concernant un centre ont été considérées comme significatives et ont été traitées comme un seul centre lorsque leur nombre était supérieur ou égal à 5 % de l'effectif des répondants (soit 3 réponses). Les réponses non significatives (pour des centres faiblement cités) ont été traitées à part.

Les cartes statistiques ont été réalisées en préparant les données issues du questionnaire avec Microsoft Excel. La carte a ensuite été réalisée avec le logiciel de cartographie QGIS (Association QGIS.ORG, Grüt, Suisse, version 3.16.0) à partir de données dont l'origine et l'actualité sont précisées sous chaque carte.

3. Résultats

3.1. Répartition géographique des officines répondantes

La consultation du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (F.I.N.E.S.S.) (30) a permis d'identifier 109 pharmacies éligibles. 59 réponses valides ont été recueillies (1 réponse a été annulée à cause d'une participation en double de l'officine en question, certaines parties ont été ajoutées à sa première réponse), soit un taux de réponse de 54 %. La répartition géographique des officines ayant répondu est représentée dans la Figure 2.

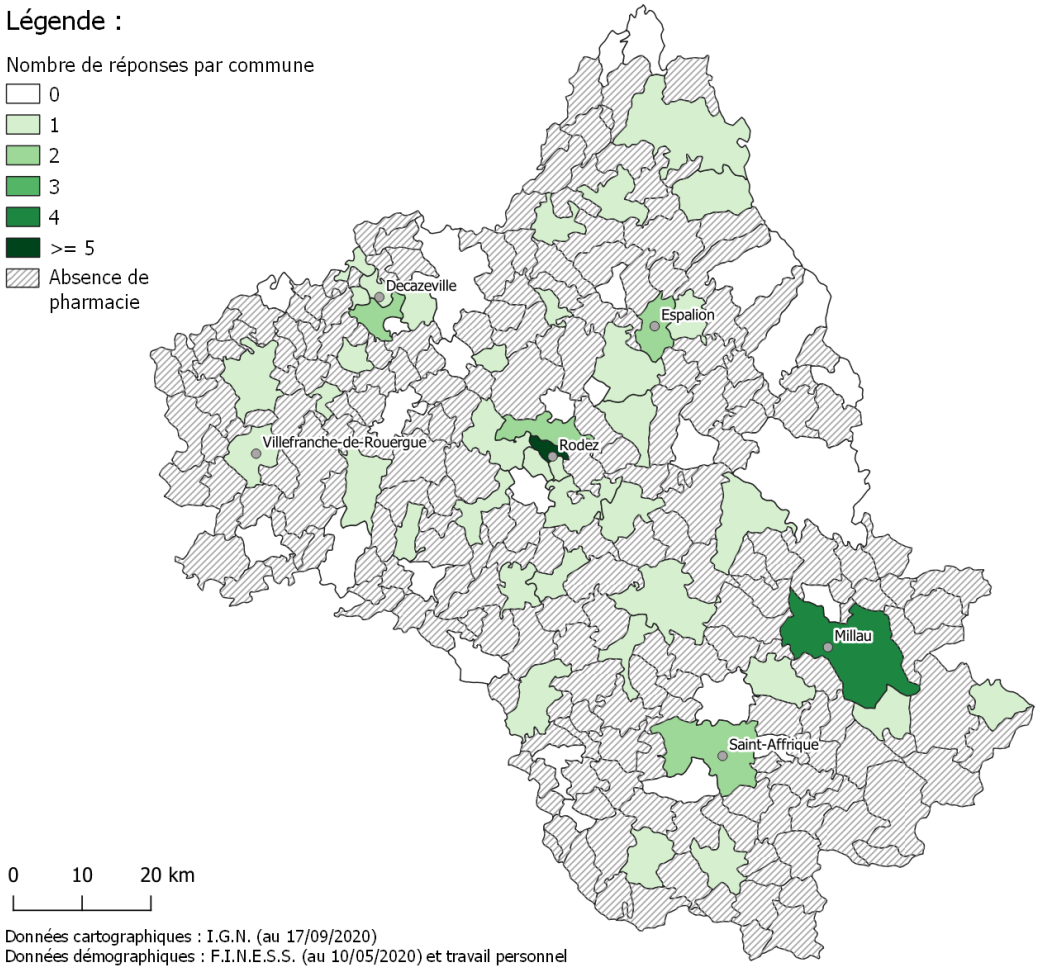


Figure 2 : Carte de répartition des officines ayant répondu à l'enquête (département de l'Aveyron).

La répartition des officines ayant répondu dans le département était homogène. La densité de réponse était plus importante dans les communes possédant une densité officinale plus importante, notamment celles des principales villes du département, représentées par des points gris (principalement les communes de Millau et Rodez).

3.2. Activité pharmaceutique officinale

Le champ des M.A.V.O. était vaste et se composait de médicaments aux indications limitées. Des questions ont été posées aux officines afin d'avoir une idée sur leur activité réelle concernant ces produits.

Les 15 molécules déclarées comme ayant été les plus fréquemment délivrées en 2019 sont présentées, avec leur fréquence de déclaration et leur ordre d'importance parmi les dispensations (chaque officine classait les 3 molécules les plus dispensées) dans la Figure 3.

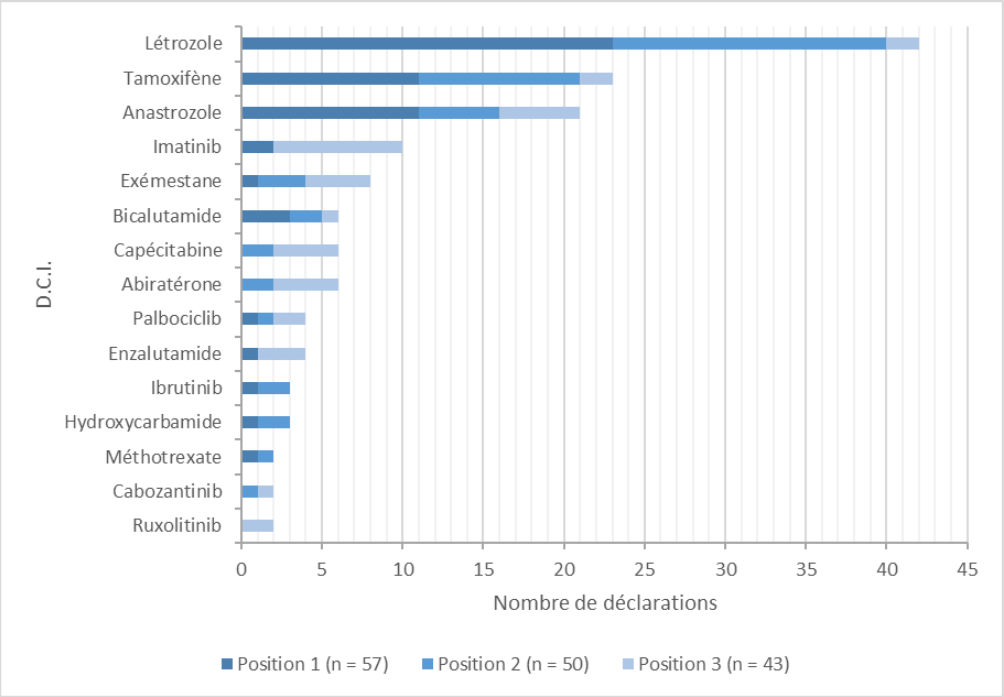


Figure 3 : Molécules anticancéreuses orales déclarées comme les plus fréquemment délivrées par les officines répondantes en 2019 (plusieurs réponses possibles).

Trois molécules d'hormonothérapie indiquées dans le cancer du sein figuraient largement en tête (dont le létrozole qui dominait le classement). La première thérapie ciblée venait en quatrième position (imatinib), la première chimiothérapie conventionnelle en septième (capécitabine). Le spectre des sites cancéreux couverts par ces 15 premières molécules était large comme le démontre la liste de leurs indications (Tableau I).

Tableau I : Indication(s) des 15 premières molécules anticancéreuses orales déclarées comme les plus délivrées par les officines répondantes en 2019.
Indications résumées données par les bases de données Thériaque (https://www.theriaque.org/apps/contenu/accueil.php) et Vidal (https://www.vidal.fr/) consultées le 11/11/2020 (Pos. : position)

Pos.	D.C.I.	Type	Indication(s) (résumée(s))
1	Létrozole	Hormonothérapie	Cancer du sein
2	Tamoxifène		
3	Anastrozole		
4	Imatinib	Thérapie ciblée	Leucémie myéloïde chronique (L.M.C.) Leucémie aiguë lymphoïde (L.A.L.) Syndromes myélodysplasiques/ myéloprolifératifs (S.M.D./S.M.P.) Syndrome hyperéosinophilique (S.H.E.) et/ou leucémie chronique à éosinophiles (L.C.E.) Tumeurs stromales gastro-intestinales (G.I.S.T. - gastro-intestinal stromal tumours) Dermatofibrosarcome protuberans (D.F.S.P. ou maladie de Darier-Ferrand)
5	Exémestane	Hormonothérapie	Cancer du sein
6	Bicalutamide		Cancer de la prostate
7	Capécitabine	Chimiothérapie conventionnelle	Cancer du côlon Cancer colorectal Cancer gastrique Cancer du sein
8	Abiratérone	Hormonothérapie	Cancer de la prostate
9	Palbociclib	Thérapie ciblée	Cancer du sein
10	Enzalutamide	Hormonothérapie	Cancer de la prostate
11	Ibrutinib	Thérapie ciblée	Lymphome à cellules du manteau Leucémie lymphoïde chronique (L.L.C.) Macroglobulinémie de Waldenström
12	Hydroxycarbamide	Chimiothérapie conventionnelle	L.M.C. Polyglobulie Thrombocytémie essentielle
13	Méthotrexate		L.A.L.
14	Cabozantinib	Thérapie ciblée	Adénocarcinome rénal Carcinome hépatocellulaire
15	Ruxolitinib		Splénomégalie myéloïde Myélofibrose secondaire Maladie de Vaquez

En considérant l'ensemble des molécules déclarées, la prépondérance de l'hormonothérapie se confirmait (73 %, Figure 4A). Les thérapies ciblées et chimiothérapies conventionnelles

occupaient ensuite des proportions comparables. En considérant uniquement l'hormonothérapie, on a noté que les 4 premières molécules étaient indiquées dans le cancer du sein, tandis que la première à être indiquée dans le cancer de la prostate arrivait en cinquième position.

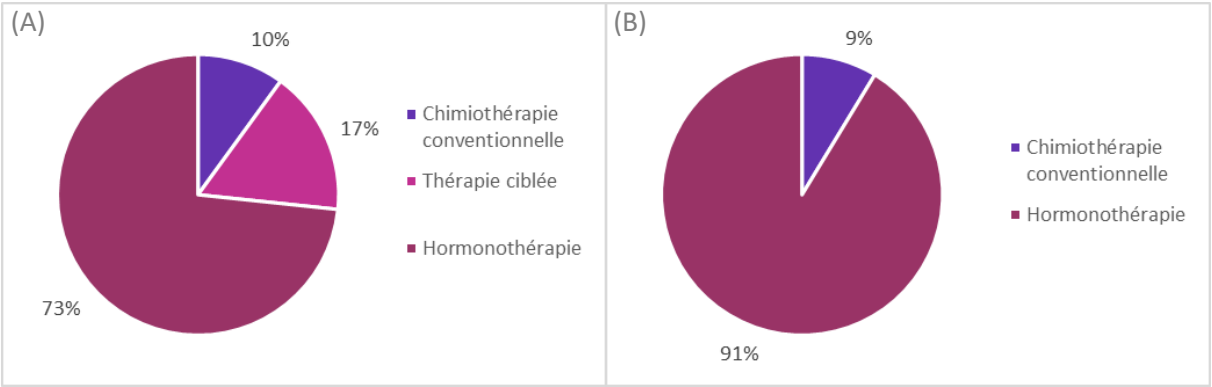


Figure 4 : (A) Classes thérapeutiques des molécules anticancéreuses orales déclarées comme les plus dispensées par les officines répondantes en 2019 (n = 150 déclarations, plusieurs étaient possibles pour chaque officine) et (B) Classes thérapeutiques des spécialités anticancéreuses orales déclarées comme mises en stock par les officines répondantes (n = 173 déclarations, plusieurs étaient possibles pour chaque officine).

La mise à disposition rapide de ces anticancéreux aux patients passait par la mise en stock des spécialités ou une commande à chaque prescription. Parmi les 10 premiers groupes de spécialités déclarés comme présents dans le stock de l'officine (Tableau II), on a observé uniquement des produits à un tarif inférieur ou égal à 86,20 € (toutes taxes comprises (T.T.C.), hors honoraires de dispensation) et majoritairement des molécules d'hormonothérapie indiquées dans le cancer du sein.

En prenant en compte l'ensemble des données déclarées (2 saisies ont été exclues pour ambigüité), il a été observé que l'hormonothérapie dominait ici aussi la répartition par classe (Figure 4B). Les thérapies ciblées, très coûteuses et plus rarement délivrées, n'étaient pas déclarées comme étant stockées.

Tableau II : Classement des 10 premiers groupes tarifaires de spécialités anticancéreuses orales déclarés comme les plus fréquemment mis en stock par les pharmacies répondantes (n = 166 déclarations, plusieurs réponses étaient possibles pour chaque officine).
Données valables en France, issues de la Base des Médicaments et Informations Tarifaires (mise à jour au 03/11/2020, version 1226, http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/bdm_it/index.php?p_site=AMELI) consultées le 11/11/2020. Tarifs indiqués toutes taxes comprises, hors honoraires de dispensation (Pos. : position, Décl. : déclarations).

Pos.	Décl.	Groupe	Type	Unités	Tarif (€)
1	35	Létrozole (générique) 2,5 mg comprimé	Hormonothérapie	30	40,66
2	29	Tamoxifène (générique) 20 mg comprimé		30	6,50
3	26	Anastrozole (générique) 1 mg comprimé		30	30,52
				90	86,20
4	24	Bicalutamide (générique) 50 mg comprimé		30	37,53
5	13	Létrozole (Femara®) 2,5 mg comprimé		30	40,66
6	10	Hydroxycarbamide (Hydrea®) 500 mg gélule	Chimiothérapie conventionnelle	20	4,79
7	10	Exémestane (générique) 25 mg comprimé	Hormonothérapie	30	46,10
8	7	Exémestane (Aromasine®) 25 mg comprimé		30	46,10
9	6	Tamoxifène (générique) 10 mg comprimé		30	3,27
10	6	Anastrozole (Arimidex®) 1 mg comprimé		30	30,52
				90	86,20

3.3. Interactions avec les centres de cancérologie

Il a été demandé aux participant(e)s de sélectionner les 3 centres ayant une activité de cancérologie dont ils (elles) recevaient le plus de prescriptions d'initiation de M.A.V.O. On a alors observé une prédominance de 3 centres (Figure 5, n = 130 sélections) qui étaient (dans l'ordre décroissant du nombre de sélections) :

- L'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse (I.U.C.T.) Oncopôle
- Le Centre Hospitalier (C.H.) Jacques Puel (Rodez)
- L'Institut du Cancer de Montpellier (I.C.M.).

Ces centres représentaient 95 % des sélections.

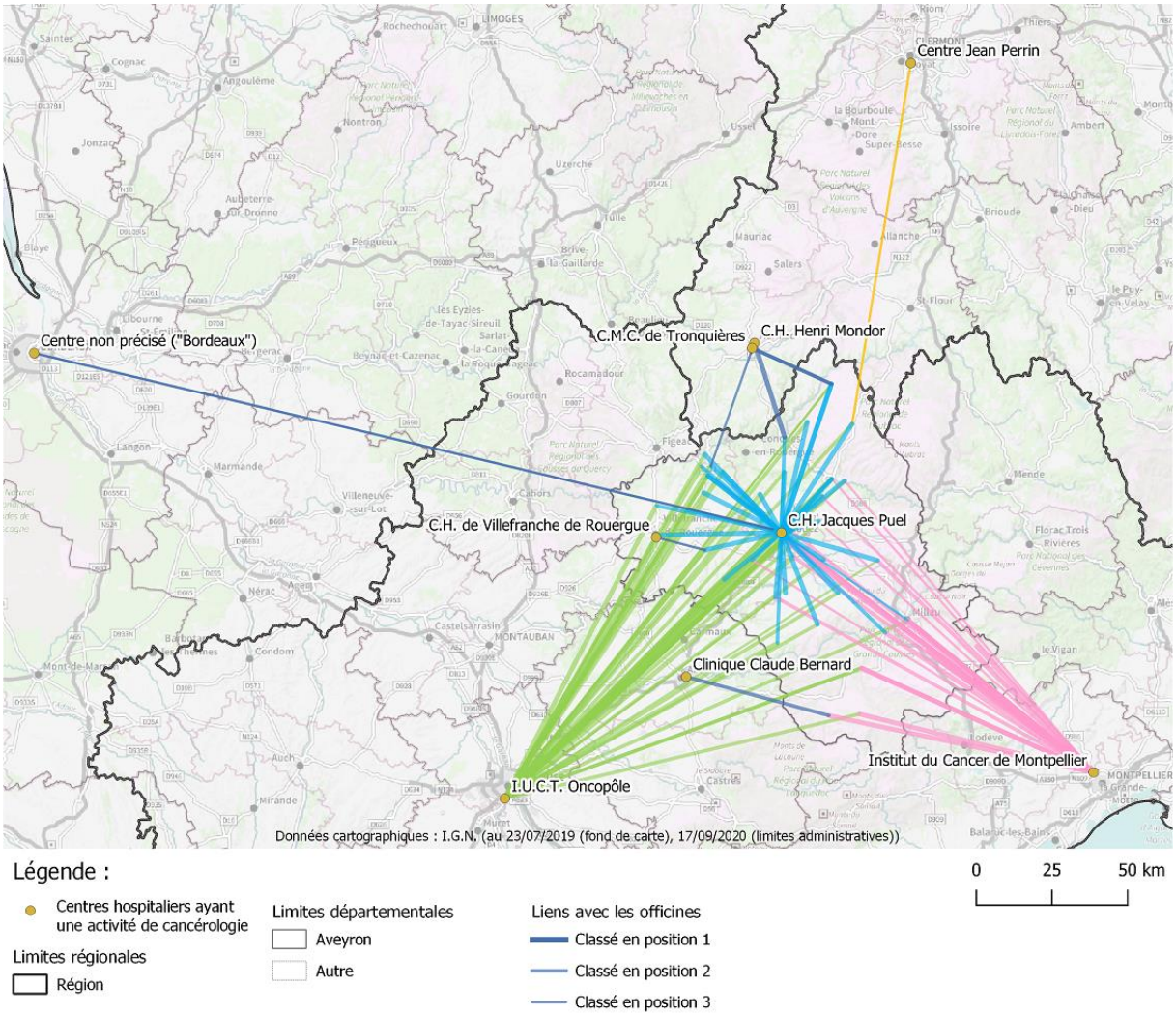


Figure 5 : Carte des liens entre les officines ayant répondu et les centres hospitaliers ayant une activité de cancérologie sélectionnés comme origine importante de prescriptions d'initiation d'anticancéreux oraux délivrables en officine (n = 130 liens déclarés).

Une grande proportion des prescriptions était originaire de centres situés dans le département de l'Aveyron (39 % des sélections). En dehors du département, les prescriptions se répartissaient principalement sur Toulouse (région Occitanie, ex-région Midi-Pyrénées) et Montpellier (région Occitanie, ex-région Languedoc-Roussillon). Très peu provenaient de la région Auvergne-Rhône-Alpes qui est limitrophe de l'Aveyron.

Les officines devaient ensuite classer les centres qu'elles avaient sélectionnés dans l'ordre du nombre de prescriptions. Ainsi on a remarqué que le C.H. Jacques Puel prédominait dans le centre et le Nord du département, l'I.U.C.T. Oncopôle dans l'Ouest et l'I.C.M. dans le Sud.

3.4. Dispositifs de lien ville-hôpital : résultats tous centres confondus

Dans un premier temps, des questions ont été posées sur le lien entre hôpital et pharmacies d'officine sans distinction entre les centres ayant une activité de cancérologie, pour étudier les pratiques de manière globale. L'utilisation de deux dispositifs numériques nationaux (le Dossier Pharmaceutique (D.P.) et le Dossier Médical Partagé (D.M.P.)) a notamment été évaluée, ainsi que les pratiques des équipes officinales lorsque des informations supplémentaires accompagnaient les prescriptions d'initiation de M.A.V.O.

Lors de la présentation d'une ordonnance d'initiation de M.A.V.O., dans le cas où le (la) patient(e) n'avait pas de D.P. ou D.M.P., les personnes interrogées ont déclaré ouvrir plus fréquemment un D.P. qu'un D.M.P. (Figure 6).

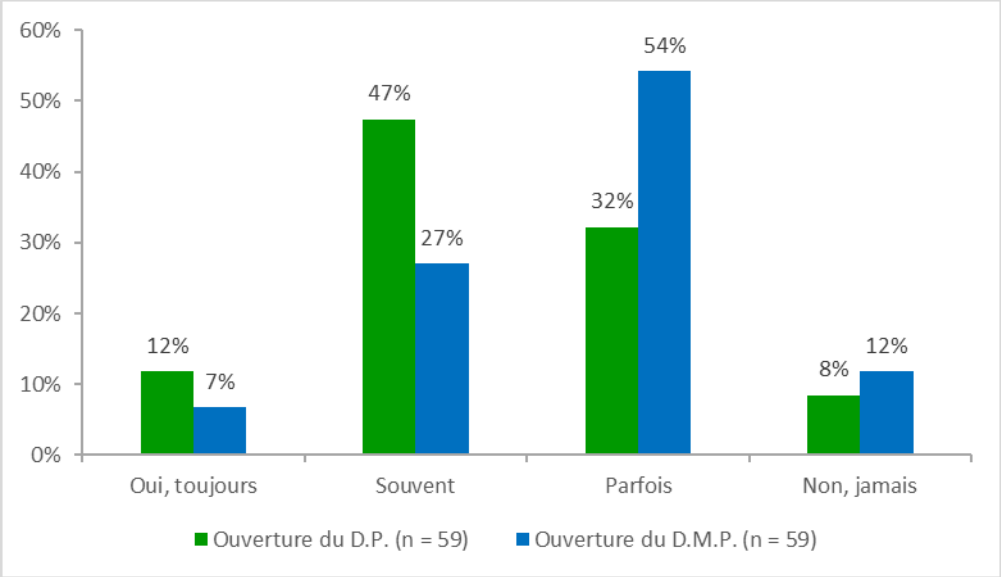


Figure 6 : Fréquence d'ouverture déclarée du Dossier Pharmaceutique (D.P.) / Dossier Médical Partagé (D.M.P.) par les pharmacies répondantes, lors de la présentation d'une ordonnance d'initiation d'anticancéreux oral.

La proportion des officines dans lesquelles le D.P./D.M.P. était systématiquement ouvert était relativement faible, tout comme celle des officines ne réalisant jamais cette ouverture. Les réponses majoritaires étaient « Souvent » pour le D.P. (47 % des réponses), « Parfois » pour le D.M.P (54 % des réponses).

Si on considère les patient(e)s qui possédaient déjà un D.P./D.M.P. et se présentaient avec une ordonnance d'initiation de M.A.V.O., 81 % des officinaux ont déclaré consulter systématiquement ou souvent le D.P. contre 37 % pour le D.M.P. (Figure 7), ce qui montrait une utilisation très supérieure du D.P. On a constaté également que 44 % d'entre eux avaient déclaré ne jamais consulter le D.M.P., contre 8 % pour le D.P. 93 % des officines participantes ont indiqué consulter au moins « parfois » un des deux dossiers.

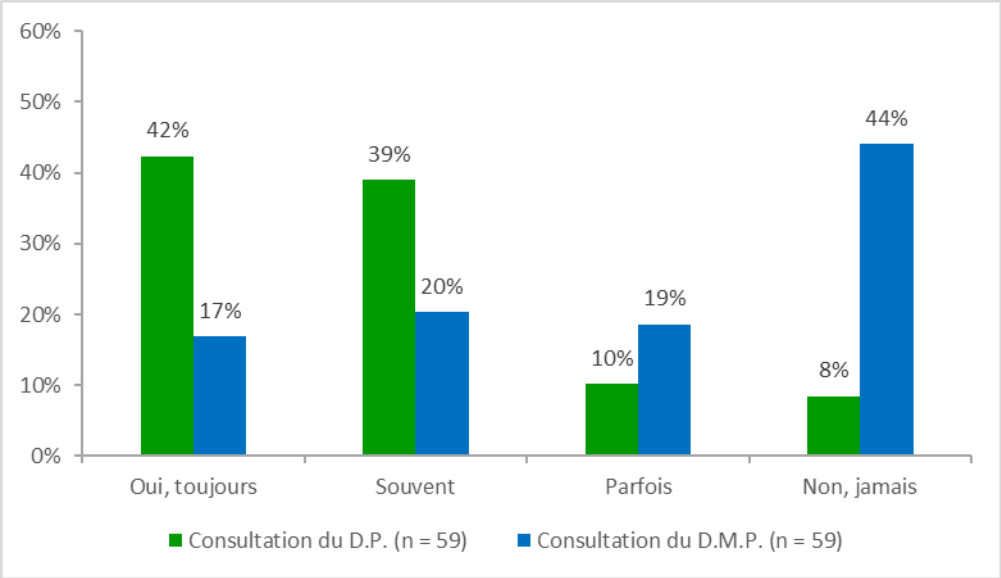


Figure 7 : Fréquence déclarée de consultation du Dossier Pharmaceutique (D.P.) / Dossier Médical Partagé (D.M.P.) par les officines répondantes lors de la présentation d'une ordonnance d'initiation d'anticancéreux oral.

Les limites ou inconvénients majeurs notés par les participant(e)s concernant le D.P. étaient (n = 59) :

- La nécessité de la carte Vitale du (de la) patient(e) pour y accéder (61 %)
- L'absence des posologies (37 %) et le manque d'autres informations (31 %)
- La difficulté voire impossibilité d'accès au système via le logiciel métier (22 %).

La nécessité d'accord du (de la) patient(e) a été vue comme une limite par quelques personnes. Une officine déclarante a également regretté le fait que le D.P. ne soit pas systématisé. Globalement, ce sont les contraintes d'accès et le manque d'informations qui remontaient le plus, mais le système n'en était pas moins très utilisé. Des obstacles techniques persistaient malgré l'ancienneté du D.P.

Du côté du D.M.P., les limites ou inconvénients majeurs notés ont été (n = 59) :

- La difficulté ou impossibilité d'accès via le logiciel métier (66 %)
- Le manque d'informations (24 %) et leur délai de visibilité (25 %).

En de moindres proportions, la nécessité d'accord du (de la) patient(e) est revenue ici aussi et certaines personnes ont déclaré des difficultés pour ouvrir un D.M.P. En somme, l'obstacle technique devenait prépondérant et un manque d'informations était à nouveau fréquemment remonté.

Plus largement, si on ne considérait pas uniquement les informations qui parvenaient via le D.P. et le D.M.P., il arrivait que ces prescriptions soient accompagnées de renseignements sous forme orale (téléphone) ou écrite. Les officines ont été interrogées sur la façon dont elles traitaient ces renseignements et dont elles les partageaient au sein de leur équipe : la synthèse des résultats à cette question est présentée Figure 8.

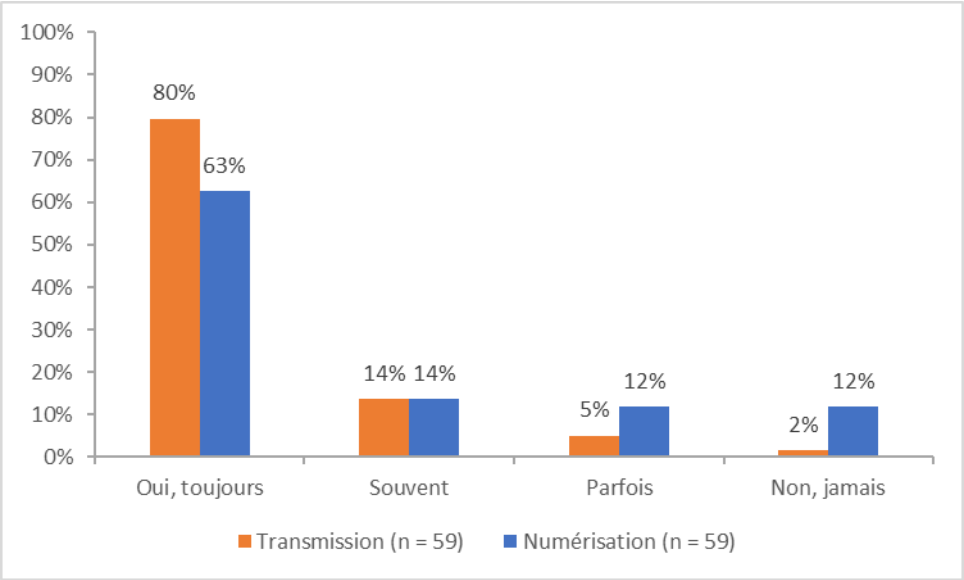


Figure 8 : Fréquence déclarée de transmission à l'ensemble de l'équipe officinale et fréquence déclarée de numérisation dans le dossier patient(e) des informations éventuellement émises par l'établissement prescripteur et reçues par les officines répondantes en parallèle de la réception d'une ordonnance d'initiation d'anticancéreux oral.

On a observé que les informations étaient très bien transmises au sein des équipes officinales (80 % des officines ont déclaré le faire systématiquement), la question ne précisait pas le mode de cette transmission.

L’intégration au dossier informatique du (de la) patient(e) était réalisée aussi dans une proportion importante des cas (systématiquement pour 63 %) mais moins fréquemment que la transmission à l’équipe. Une faible part des officines ne la pratiquait pas du tout (12 %).

Dans la partie libre destinée aux remarques et détails, les principales idées relevées ont été :

- La réalisation possible de cette transmission via papier (et éventuellement la conservation des informations sur ce support) ou via un logiciel qualité
- Une distinction faite dans certaines officines entre les informations portant sur le médicament et sur le (la) patient(e) :
    - Sur le médicament : transmission à toute l'équipe
    - Sur le (la) patient(e) : intégration au dossier patient(e)
- 2 répondants ont noté la faiblesse du flux d'informations en provenance des établissements prescripteurs.

3.5. Dispositifs de lien ville-hôpital : résultats par centre

Les officines ont ensuite été invitées à répondre à des questions à propos de chacun des centres qu'elles avaient sélectionnés (cf. 3.3) :

- Concernant les 5 centres identifiés comme géographiquement proches et contactés (cf. 2.1.1) : une série de questions était présentée pour chaque centre (la plus grande partie était identique, une partie réduite était adaptée aux dispositifs particuliers mis en place par chaque centre)
- Concernant les autres centres sélectionnés par les officines : une série de questions était présentée une fois pour tous.

Le seuil de significativité avait été fixé à 5 %, soit 3 réponses par centre (pour n = 59 répondants). Les centres concernés étaient (Figure 9) : l'I.U.C.T. Oncopôle (Toulouse), le C.H. Jacques Puel (Rodez) et l'I.C.M. (Montpellier).

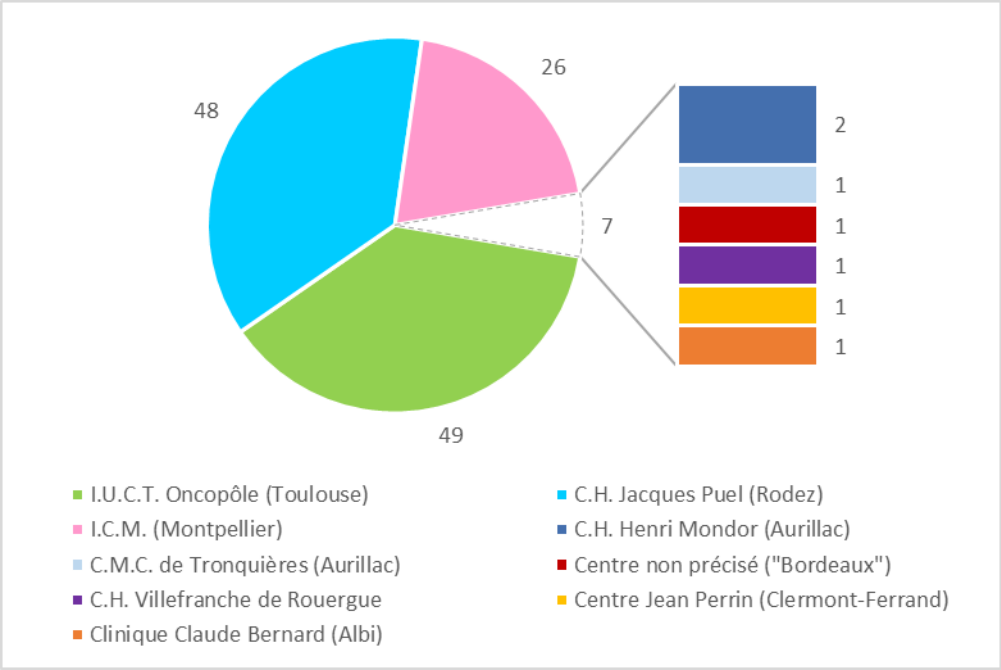


Figure 9 : Répartition des centres sélectionnés par les officines répondantes comme émetteurs majeurs de prescriptions d'initiation d'anticancéreux oraux délivrés en officine (n = 59, réponses non exclusives).
(I.U.C.T. : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse, C.H. : centre hospitalier, I.C.M. : Institut du Cancer de Montpellier, C.M.C. : centre médico-chirurgical)

Sauf lorsque le contraire est précisé, les résultats suivants concernaient l'initiation d'un M.A.V.O. délivré en officine.

3.5.1. Comparatif des pratiques communes

3.5.1.1. Prescription et autres documents

La base des interactions avec l'hôpital concernant les M.A.V.O. délivrés en officine est la transmission d'une ordonnance qui pouvait arriver par plusieurs modes (Figure 10), avant ou en même temps que le (la) patient(e).

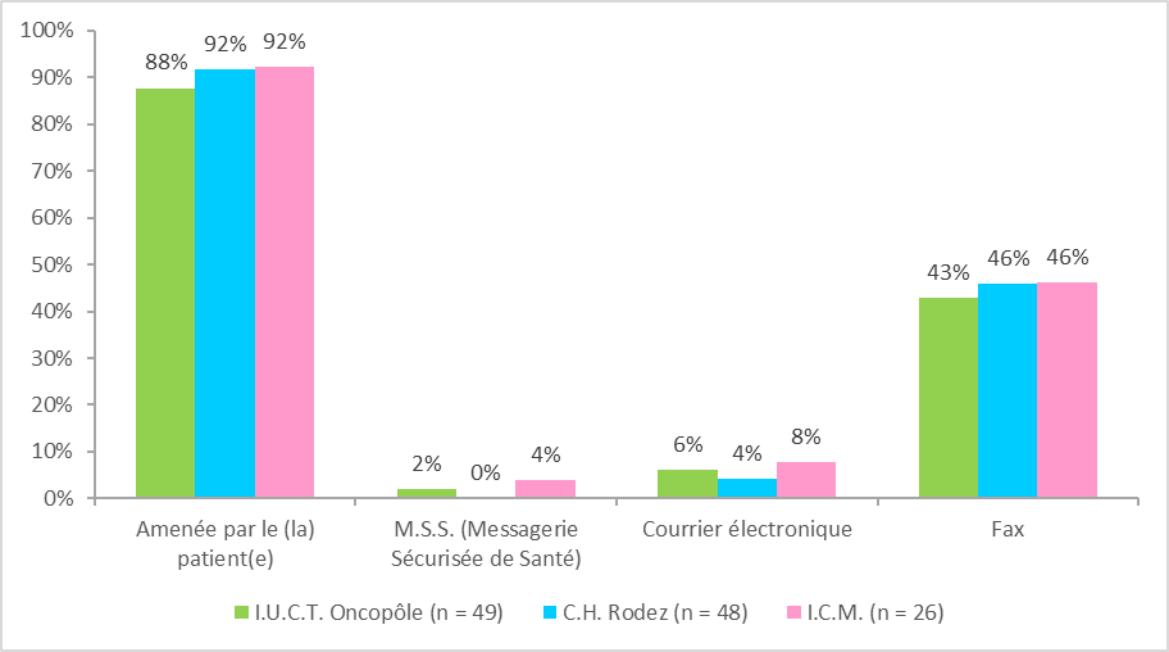


Figure 10 : Fréquence de déclaration d'utilisation des modes de transmission des prescriptions d'initiation d'anticancéreux oraux aux officines répondantes, selon l'établissement prescripteur (réponses non exclusives).
(I.U.C.T. : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse, C.H. : centre hospitalier, I.C.M. : Institut du Cancer de Montpellier)

Le total des fréquences pouvait être supérieur à 100 % pour un centre car celui-ci pouvait utiliser plusieurs modes de transmission à la fois. On considérait que, lorsqu'une transmission par voie électronique avait lieu, elle était réalisée en amont de la venue du (de la) patient(e) à l'officine.

Les ordonnances étaient très fréquemment amenées par le (la) patient(e). Le fax dominait les autres modes utilisés (autour de 45 % de fréquence de déclaration pour tous les centres). Venaient ensuite le courrier électronique et les messageries sécurisées de santé (M.S.S.), très rarement utilisées (entre 2 et 4 % de déclaration, voire jamais pour le C.H. de Rodez) dans ce cadre.

Concernant la transmission des ordonnances d'initiation de M.A.V.O. au médecin traitant, seule une faible part (< 20 %) des officines répondantes a déclaré les leur transmettre (Figure 11).

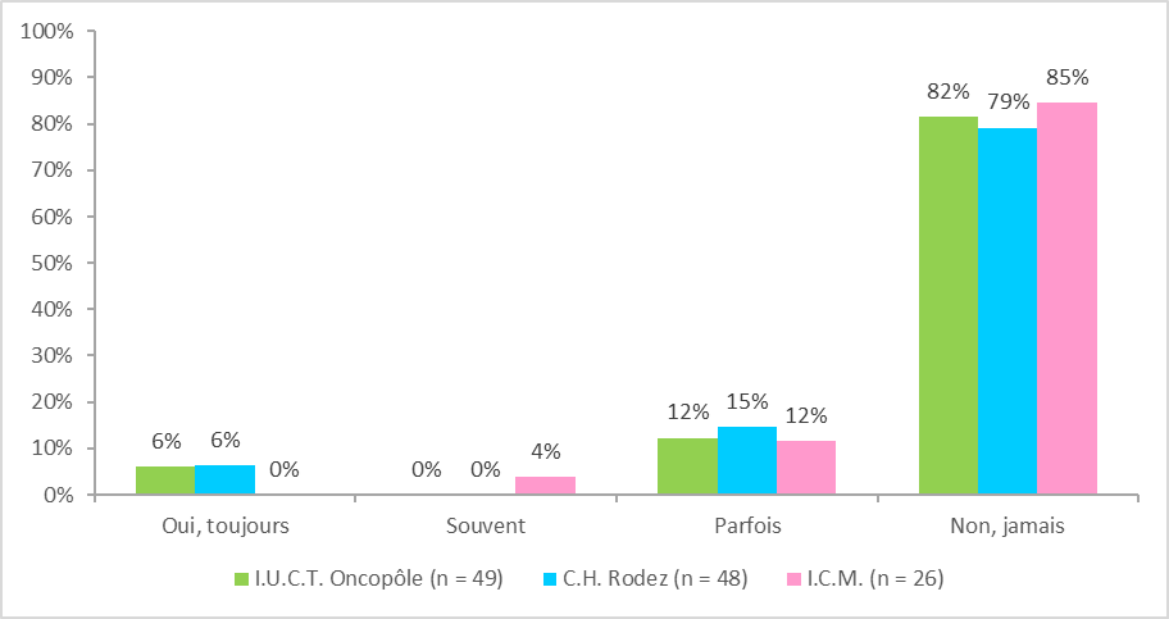


Figure 11 : Fréquence déclarée de transmission par les officines répondantes au médecin traitant des prescriptions d'initiation d'anticancéreux oraux délivrés en officine, selon l'établissement prescripteur.
(I.U.C.T. : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse, C.H. : centre hospitalier, I.C.M. : Institut du Cancer de Montpellier)

Cette pratique demeurait donc marginale, même si la transmission était déclarée comme systématique pour 6 % des officines recevant des prescriptions émanant de l'I.U.C.T. Oncopôle et du C.H. de Rodez.

Enfin, dans un domaine comme les anticancéreux, il était souvent nécessaire d'obtenir des informations supplémentaires pour effectuer la dispensation. Les prescriptions pouvaient être accompagnées de documents destinés au (à la) patient(e) et/ou au (à la) pharmacien(ne) (Figure 12, plusieurs réponses étaient possibles). Tous centres réunis, le document le plus fréquemment joint était le protocole de traitement (entre 45 et 48 % des officines répondantes, soit presque 1 officine sur 2). Les analyses biologiques étaient jointes dans une proportion relativement faible (de 12 à 17 %).

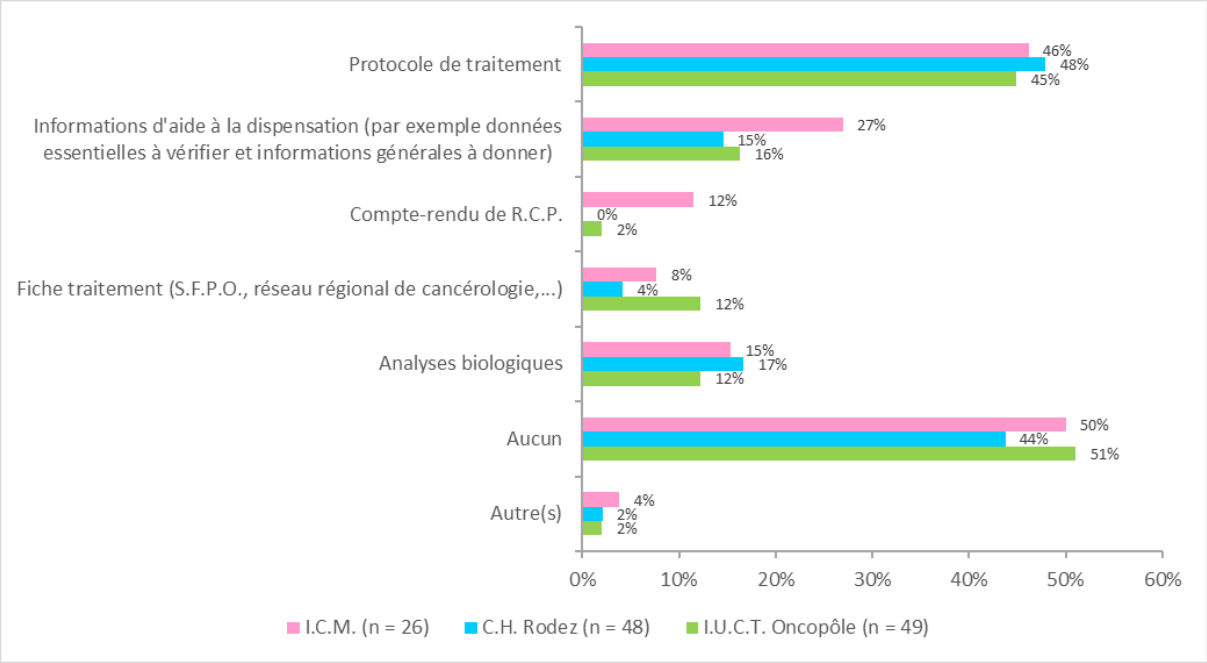


Figure 12 : Fréquence de déclaration de présence de documents joints aux prescriptions d'initiation d'anticancéreux oraux délivrés en officine, en pourcentage du nombre de répondants selon le type de document et l'établissement prescripteur (réponses non exclusives sauf « Aucun »).
(I.U.C.T. : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse, C.H. : centre hospitalier, I.C.M. : Institut du Cancer de Montpellier, R.C.P. : réunion de concertation pluridisciplinaire, S.F.P.O. : Société Française de Pharmacie Oncologique)

L'I.C.M. joignait plus fréquemment des informations d'aide à la dispensation que les deux autres centres (27 % des répondants contre 15 à 16 %). A nouveau l'I.C.M. transmettait plus fréquemment le compte-rendu de réunion de concertation pluridisciplinaire (R.C.P. ; 12 % contre ≤ 2 % pour les autres centres) mais dans l'absolu ce document était peu présent. Une officine a précisé que ce centre avait fourni une « fiche observance » à retourner au premier renouvellement. L'I.U.C.T. fournissait plus fréquemment une fiche traitement (12 % contre 4 à 8 %), ici aussi dans des proportions absolues plutôt faibles. Il faut néanmoins relever que les prescriptions arrivaient seules dans environ 50 % des officines depuis l'I.U.C.T. ou l'I.C.M., 44 % depuis le C.H. de Rodez.

Lorsqu'ils étaient présents, l'utilité de ces documents dans la délivrance et le suivi à l'officine a été jugée comme importante quel que soit le centre (Tableau III).

Tableau III : Opinion générale déclarée par les équipes officinales sur l'utilité du (des) document(s) joints à la prescription dans la délivrance et le suivi (lors de la primo-prescription d'un anticancéreux oral délivré en officine), sur une échelle d'entiers de 0 (« inutile ») à 5 (« très utile »).

Etablissement prescripteur	**I.U.C.T. Oncopôle** (n = 24)	**C.H. Rodez** (n = 27)	**I.C.M.** (n = 13)
Médiane	4	4	4
Moyenne	3,8	3,9	3,9
Ecart-type	0,8	1,0	1,0

(I.U.C.T. : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse, C.H. : centre hospitalier, I.C.M. : Institut du Cancer de Montpellier)

3.5.1.2. Contacts de l'hôpital vers la ville

Lorsqu'un traitement par M.A.V.O. délivré à l'officine était prescrit à un(e) patient(e), il arrivait que le centre de cancérologie lui demande les coordonnées de sa pharmacie habituelle. Ainsi des professionnels de ce centre (médecin, infirmier (-ère), pharmacien(ne), etc.) pouvaient contacter l'officine avant que le (la) patient(e) ne s'y rende (Tableau IV). La question qui a évalué la fréquence de ce contact ne précisait pas un moyen particulier.

Tableau IV : Proportion (%) déclarée des primo-prescriptions d'un anticancéreux oral délivré à l'officine pour lesquelles un(e) professionnel(le) du centre prescripteur contacte l'officine avant la venue du (de la) patient(e) à l'officine.

Etablissement prescripteur	**I.U.C.T. Oncopôle** (n = 49)	**C.H. Rodez** (n = 48)	**I.C.M.** (n = 26)
Médiane	11	10	10
Moyenne	19,5	20,5	17,8
Ecart-type	21,7	23,2	22,2
Proportion de valeurs 0	27	23	31
Proportion de valeurs ≥ 50	16	17	15

(I.U.C.T. : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse, C.H. : centre hospitalier, I.C.M. : Institut du Cancer de Montpellier)

En moyenne, ce contact avait lieu dans 18 à 20 % des cas malgré une dispersion importante. Il a été déclaré comme non réalisé dans 23 à 31 % des cas en fonction des centres. La grande majorité des pharmacies a déclaré une proportion de contact plutôt faible (< 50 % de contact) mais un nombre réduit d'officines a déclaré des contacts plus réguliers (≥ 50 %). Les résultats étaient relativement uniformes entre les centres, bien que l'I.C.M. semblait mettre légèrement moins en pratique cette procédure.

Chez tous les participants ayant déclaré une proportion non nulle, on a observé que ce contact était perçu avec une utilité importante quel que soit le centre prescripteur (Tableau V).

Tableau V : Opinion générale déclarée par les équipes officinales sur l'utilité d'être contactées par le centre ayant une activité de cancérologie avant la venue du (de la) patient(e) à l'officine lors de la primo-prescription d'un anticancéreux oral délivré en officine, sur une échelle d'entiers de 0 (« inutile ») à 5 (« très utile »).

Etablissement prescripteur	**I.U.C.T. Oncopôle** (n = 36)	**C.H. Rodez** (n = 37)	**I.C.M.** (n = 18)
Médiane	4	4	4
Moyenne	4,0	3,8	4,1
Ecart-type	1,2	1,2	0,9

(I.U.C.T. : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse, C.H. : centre hospitalier, I.C.M. : Institut du Cancer de Montpellier)

Une particularité de certains M.A.V.O. était d'être disponible uniquement au niveau hospitalier tout en étant destinés à une prise à domicile. Ils étaient alors rétrocédés par les pharmacies à usage intérieur (P.U.I.) des hôpitaux aux patients. Dans cette situation, les pharmacies de ville étaient potentiellement aveugles sur le traitement anticancéreux. Une question a été posée à ce sujet (la seule à ne pas porter sur des M.A.V.O. délivrés en ville) pour déterminer dans quelle proportion l'officine habituelle du (de la) patient(e) était informée de l'instauration d'un M.A.V.O. « rétrocédable » : les résultats sont présentés Figure 13.

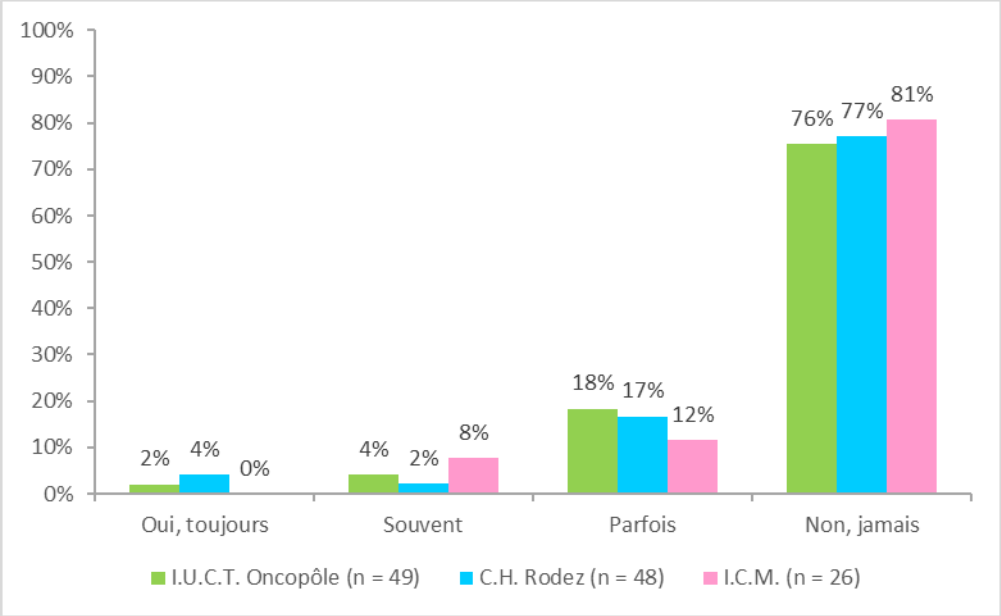


Figure 13 : Fréquence déclarée d'information de l'officine habituelle d'un(e) patient(e) par le centre ayant une activité de cancérologie lors de la primo-prescription d'un anticancéreux oral rétrocédé par l'hôpital, selon l'établissement prescripteur.
(I.U.C.T. : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse, C.H. : centre hospitalier, I.C.M. : Institut du Cancer de Montpellier)

Dans ce qui a été déclaré, l'information semblait transmise dans une très faible proportion des cas. La pratique existait mais était plutôt anecdotique dans tous les centres étudiés.

3.5.1.3. Contacts de la ville vers l'hôpital

Dans le sens inverse, lors de la délivrance d'un M.A.V.O. en officine il arrivait que l'équipe contacte le centre prescripteur pour obtenir plus de renseignements à propos de l'ordonnance, soumettre un problème bloquant, etc. Les officines ont été interrogées dans le but de connaitre les professionnels qu'elles contactaient le plus dans ces situations de délivrance parmi 4 professions hospitalières : les médecins, les pharmaciens, les infirmiers de coordination, les infirmiers. Les résultats sont présentés Figure 14.

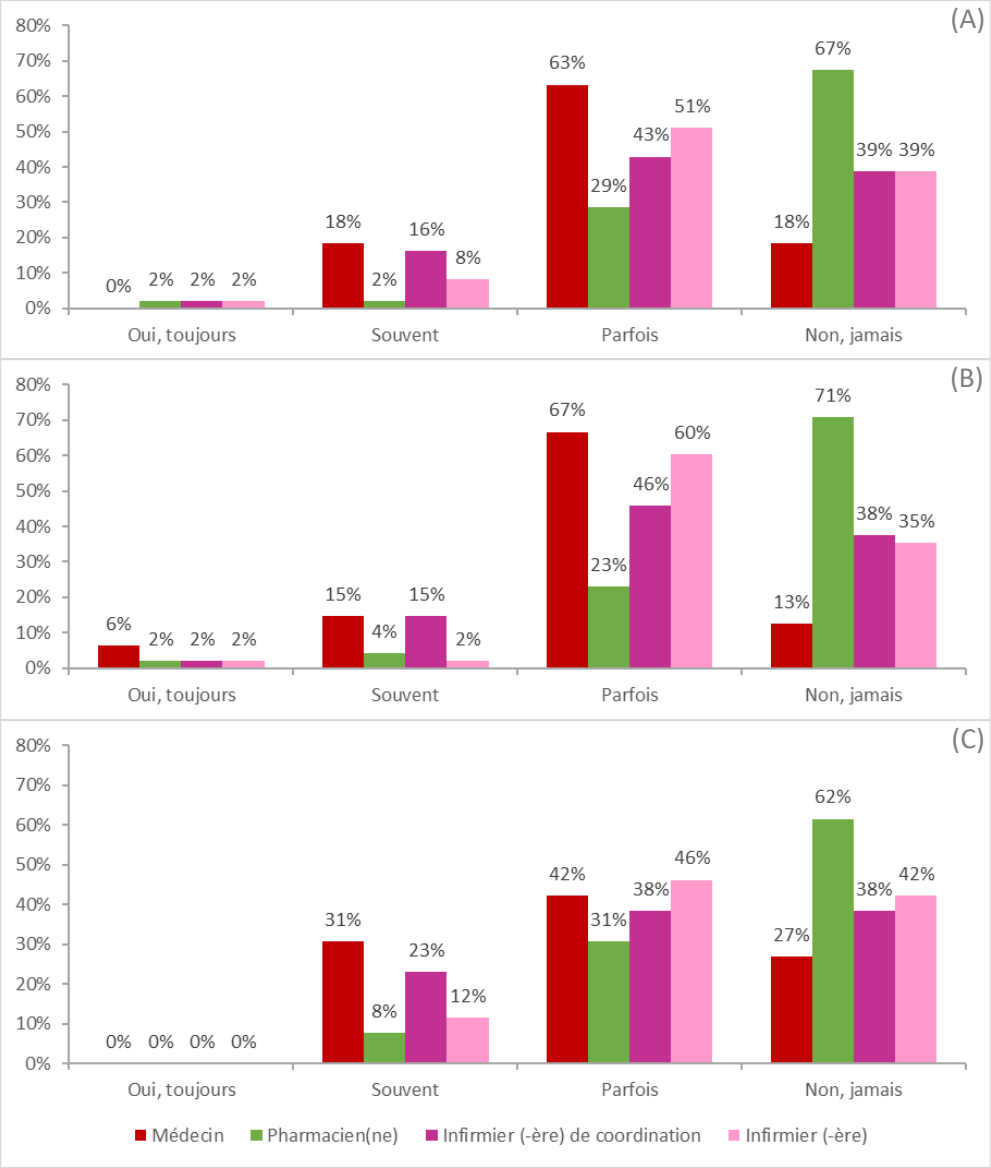


Figure 14 : Fréquence déclarée de contact des professionnels des centres ayant une activité de cancérologie par les équipes officinales (à propos d'une primo-prescription d'anticancéreux oral délivré en officine) selon la profession contactée et le centre.
(A) : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse (I.U.C.T.) Oncopôle (n = 49)
(B) : centre hospitalier (C.H.) de Rodez (n = 48)
(C) : Institut du Cancer de Montpellier (I.C.M., n = 26)

Premièrement, tous centres confondus, plus de 60 % des répondants ont déclaré ne jamais contacter les pharmaciens hospitaliers, c'était la profession la moins contactée avec un écart important par rapport aux autres étudiées. Les réponses « oui, toujours » ont été très rares quels que soient le centre et la profession.

Concernant l'option « souvent », les médecins étaient en tête ex-aequo avec les infirmiers de coordination. Le nombre absolu de réponses pour cette option restait faible. Concernant

l'option « parfois », qui a été la plus choisie pour toutes les professions (en excluant les pharmaciens hospitaliers), pour l'I.U.C.T. Oncopôle et le C.H. de Rodez les médecins étaient classés en premier, suivis des infirmiers puis des infirmiers de coordination. Avec l'I.C.M. l'ordre était différent : les infirmiers obtenaient la première place, suivis des médecins puis des infirmiers de coordination.
Synthétiquement, les médecins arrivaient en tête du classement pour l'I.U.C.T. Oncopôle et pour le C.H. de Rodez. Le classement était plus compliqué pour l'I.C.M. où les infirmiers avaient une place importante pour recevoir les demandes des officinaux. Pour tous les centres il était difficile de dégager une priorité entre infirmiers et infirmiers de coordination.

En se penchant sur les « barrières » qui limitaient la communication entre les équipes officinales et les pharmaciens hospitaliers (Figure 15, plusieurs réponses étaient possibles), on a observé qu'elles étaient représentées majoritairement par l'absence d'échange de coordonnées puis par une faible disponibilité à l'hôpital dans des proportions proches (déclarées par au moins 50 % des répondants pour chaque centre). En comparant l'ordre des barrières entre centres, l'absence des coordonnées dominait les difficultés vis-à-vis de l'I.C.M., tandis que c'était le manque de disponibilité à l'hôpital qui était le plus fortement ressenti pour l'I.U.C.T. et le C.H. de Rodez. En comparant la fréquence des barrières entre centres, c'était pour l'I.C.M. que l'absence de coordonnées pesait le plus. Le manque de disponibilité à l'hôpital était ressenti plus fortement pour l'I.U.C.T. Oncopôle puis l'I.C.M. mais les écarts étaient faibles entre les 3 centres. Les problèmes de compréhension ont été cités dans une proportion plus réduite, ils concernaient plutôt le C.H. de Rodez et l'I.C.M.

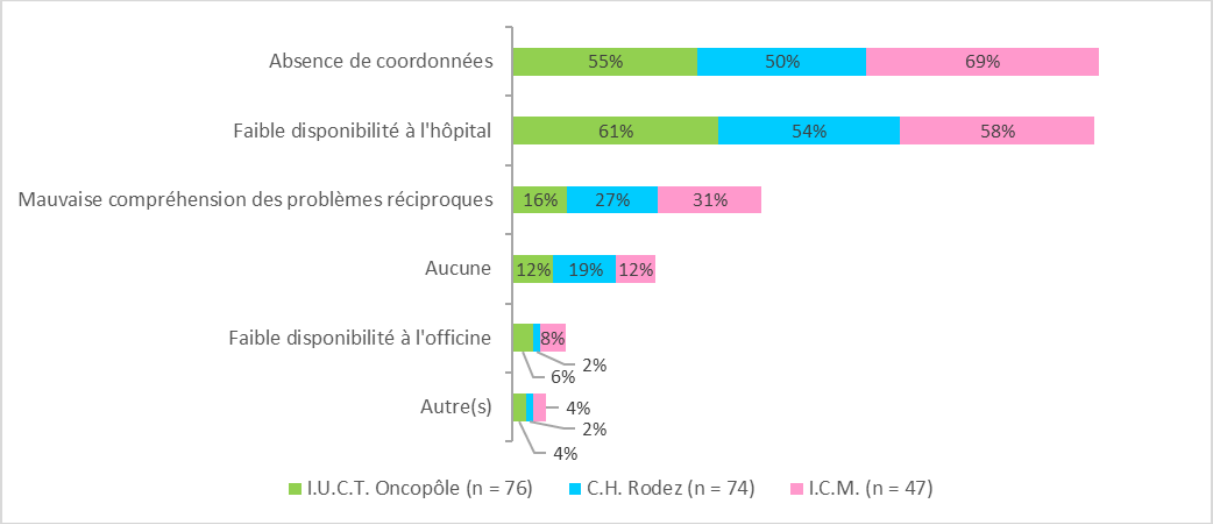


Figure 15 : Fréquence de déclaration des difficultés exprimées (%) par les équipes officinales limitant la communication avec les pharmaciens des centres ayant une activité de cancérologie, en pourcentage du nombre de répondants par établissement prescripteur (réponses non exclusives sauf « Aucune »).
(I.U.C.T. : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse, C.H. : centre hospitalier, I.C.M. : Institut du Cancer de Montpellier)

Dans les réponses « autre(s) », le sentiment d'être négligeable a été déclaré 2 fois (en lien avec les centres I.U.C.T. Oncopôle et I.C.M.). Une personne a précisé que le fait de contacter la pharmacie hospitalière n'était pas dans les habitudes.

Le deuxième moment où il pouvait être nécessaire que l'officine contacte le centre prescripteur était au cours du traitement, pour faire remonter des problèmes liés au M.A.V.O. On a constaté que ces communications étaient rares tous centres confondus (Tableau VI), légèrement plus fréquentes vers l'I.C.M.

Tableau VI : Fréquence de remontée d'informations de l'officine au centre prescripteur pour les patient(e)s sous anticancéreux oral délivré en officine, déclarée par les équipes officinales sur une échelle d'entiers de 0 (« jamais ») à 5 (« toujours »).

Etablissement prescripteur	**I.U.C.T. Oncopôle** (n = 49)	**C.H. Rodez** (n = 48)	**I.C.M.** (n = 26)
Médiane	1	1	1
Moyenne	1,1	1,1	1,5
Ecart-type	1,1	1,0	1,6

(I.U.C.T. : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse, C.H. : centre hospitalier, I.C.M. : Institut du Cancer de Montpellier)

3.5.2. Procédures particulières à certains centres

3.5.2.1. I.U.C.T. Oncopôle

Le principal dispositif déclaré par l'I.U.C.T. Oncopôle était le Dossier Communicant de Cancérologie (D.C.C.). Celui-ci contenait notamment le compte-rendu de R.C.P., le type de cancer, des informations saisies par la pharmacie hospitalière (traitement, conseils thérapeutiques). Il était accessible aux « professionnels de santé (hospitaliers ou libéraux) prenant en charge le patient et ayant signé la charte des utilisateurs » (31).

Ce dossier était numérique, les équipes officinales ayant des interactions avec ce centre (n = 49) ont donc été interrogées sur leur possibilité d'accès : 71 % des répondants ont déclaré ne pas connaître le dispositif. Parmi ceux qui le connaissaient (n = 14), 29 % y avaient accès (soit 8 % du nombre total de répondants pour ce centre).

Chez les répondants qui avaient déclaré avoir accès au D.C.C., la note attribuée concernant son utilité dans la pratique professionnelle était de 4,3 en moyenne (n = 4, médiane = 4,5, écart-type = 1,0, sur une échelle d'entiers de 0 (« pas du tout ») à 5 (« tout à fait »)), soit très importante.

Chez ceux qui avaient déclaré ne pas y avoir accès ou ne pas connaître le D.C.C., l'utilité potentielle dans la pratique professionnelle était jugée à 3,6 en moyenne (n = 45, médiane = 4, écart-type = 1,5, sur une échelle identique), soit potentiellement plutôt importante. Dans cette sous-population, 40 % des personnes ont répondu 5/5.

3.5.2.2. C.H. Rodez

Au Centre Hospitalier de Rodez, le choix a été fait de mettre en place des entretiens pharmaceutiques à l'issue de la prescription de M.A.V.O. (rétrocédés par la P.U.I. ou délivrés en ville). Cet entretien comportait un bilan médicamenteux (en contactant la pharmacie de ville habituelle du (de la) patient(e)), des conseils sur le risque d'interactions médicamenteuses et d'interactions avec la phytothérapie. Le (la) pharmacien(ne) hospitalier (-ère) contactait éventuellement le prescripteur si une modification du traitement chronique était nécessaire. Ce centre a déclaré avoir au moment de l'enquête des difficultés (en terme d'organisation, de temps et de locaux) pour proposer ces entretiens à tous les patients.

Il a été demandé aux officines en relation avec ce centre (n = 48) si elles avaient connaissance de la présence de ce dispositif : 81 % des officines étudiées ont déclaré ne pas être informées que ce dispositif existait.

Les équipes ayant répondu positivement (n = 9) ont déclaré avoir rarement accès au compte-rendu de cet entretien (« Non, jamais » pour 89 % d'entre-elles, « parfois » pour 11 %). Dans cette part des équipes, l'utilité dans leur pratique professionnelle des informations issues de ces entretiens (sans se limiter au compte-rendu) a été jugée à 3,4 en moyenne (médiane = 4, écart-type = 1,3, sur une échelle de 0 (« inutiles ») à 5 (« très utiles »)), soit plutôt utiles.
Du côté des équipes qui ne connaissaient pas le dispositif, l'intérêt potentiel des informations qui en seraient issues pour la pratique professionnelle a été perçu à 4,1 en moyenne (médiane = 5, écart-type = 1,2, sur une échelle de 0 (« pas du tout ») à 5 (« tout à fait »)), soit important.

3.5.2.3. I.C.M.

Les pharmaciens de l'Institut du Cancer de Montpellier ont choisi aussi de déployer des entretiens pharmaceutiques lors des initiations de M.A.V.O. Cette fois-ci l'entretien était mené par un binôme infirmier (-ère) de coordination et pharmacien(ne). L'infirmier (-ère) abordait les soins de support, le suivi téléphonique et la gestion des effets secondaires. Il (elle) faisait, si besoin, le lien avec l'infirmier (-ère) libéral(e). Le (la) pharmacien(ne) présentait le médicament, les modalités de prise, réalisait un bilan médicamenteux. Il (elle) sensibilisait à l'automédication et aux thérapies complémentaires, aux interactions médicamenteuses, etc. Le centre a déclaré que la pharmacie d'officine du (de la) patient(e) était systématiquement contactée et incitée à effectuer un suivi du (de la) patient(e).
Comme plus haut, les officines en relation avec ce centre (n = 26) ont été interrogées pour identifier celles qui connaissaient l'existence de ce dispositif : 88 % d'entre elles ont déclaré ne pas le connaître.
Parmi les 3 officines ayant déclaré connaitre ces entretiens, 2 ont déclaré accéder « parfois » au compte-rendu de l'entretien et 1 « non, jamais ». Dans ce groupe, l'utilité des informations issues des entretiens (sans se limiter au compte-rendu) dans la pratique officinale a été évaluée à 3,3 en moyenne (médiane = 3, écart-type = 1,5, sur une échelle de 0 (« inutiles ») à 5 (« très utiles »)), soit plutôt utiles.
Dans le groupe des officines ne connaissant pas ces entretiens, l'intérêt potentiel pour les informations qui en seraient issues a été évalué à 3,9 en moyenne (médiane = 4, écart-type = 1,1, sur une échelle de 0 (« pas du tout ») à 5 (« tout à fait »)), soit plutôt important.

3.5.3. Impact des dispositifs de lien ville-hôpital

Une fois ces dispositifs (communs et particuliers) abordés, il a été question de leur impact sur le relais ville-hôpital. Premièrement, le niveau d'aisance des patients vis-à-vis de leur nouveau traitement par M.A.V.O. a été jugé par les membres de l'équipe officinale (Tableau VII). Le centre de l'échelle se trouvant à 2,5, on a observé des résultats moyens. L'I.C.M. semblait le mieux positionné (moyenne de 2,6).

Tableau VII : Aisance des patients vis-à-vis de leur nouveau traitement par anticancéreux oral à l'arrivée dans l'officine qui va le dispenser, déclarée par les équipes officinales sur une échelle de 0 (« pas du tout ») à 5 (« tout à fait »).

Etablissement prescripteur	**I.U.C.T. Oncopôle** (n = 49)	**C.H. Rodez** (n = 48)	**I.C.M.** (n = 26)
Médiane	2	3	3
Moyenne	2,4	2,5	2,6
Ecart-type	1,1	0,9	1,1

(I.U.C.T. : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse, C.H. : centre hospitalier, I.C.M. : Institut du Cancer de Montpellier)

Ensuite il a été demandé aux équipes d'évaluer l'utilité de l'ensemble des dispositifs de lien ville-hôpital par centre (Tableau VIII). Les réponses étaient dispersées mais les moyennes étaient homogènes entre les centres, marquant une utilité ressentie comme plutôt bonne.

Tableau VIII : Utilité globale des dispositifs de lien ville-hôpital ressentie et déclarée par les équipes officinales pour les centres desquels elles reçoivent des prescriptions d'initiation d'anticancéreux oraux, sur une échelle de 0 (« absente ») à 5 (« essentielle »).

Etablissement prescripteur	**I.U.C.T. Oncopôle** (n = 49)	**C.H. Rodez** (n = 48)	**I.C.M.** (n = 26)
Médiane	3	3	3
Moyenne	3,1	3,1	3,2
Ecart-type	1,6	1,6	1,4

(I.U.C.T. : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse, C.H. : centre hospitalier, I.C.M. : Institut du Cancer de Montpellier)

Enfin plusieurs observations et suggestions ont été émises par les répondants. Concernant l'I.U.C.T. Oncopôle, elles étaient les suivantes :

- Parmi les observations, les principales notions qui ressortaient étaient :
    - Une forte demande d'informations de la part des officines
    - La nécessité d'améliorer le lien, parfois inexistant (« ordres et contrordres »), parfois réduit à un appel pour faxer l'ordonnance et commander le médicament
    - La satisfaction à propos du D.C.C.
    - Un sentiment d'ignorance de l'hôpital envers l'officine
- Parmi les suggestions :
    - « transmission des infos par messagerie sécurisée, appel à la pharmacie (ordo, protocole, listing des éléments fait lors du passage au centre, prise du traitement le jour du départ du centre) »
    - « Informer sur les coordonnées d'une personne référente ».

Concernant le C.H. de Rodez, on a noté :

- Parmi les observations, principalement :
    - La nécessité d'améliorer le lien
    - Un manque d'informations sur les dispositifs de lien existants et donc une difficulté à les juger
- Parmi les suggestions :
    - « transmission des infos par messagerie sécurisée, appel à la pharmacie (ordo, protocole, listing des éléments fait lors du passage au centre, prise du traitement le jour du départ du centre) » (aussi proposée pour l'I.U.C.T. Oncopôle)
    - La création d'un poste de « référent cancérologie » pour faire le lien
    - La transmission d'une « Fiche accompagnant (effets secondaires) », du « protocole », des « dates de prise quand il s'agit de prises discontinues ».

Et concernant l'I.C.M., les répondants ont rapporté :

- Parmi les observations, principalement :
    - Des difficultés pour joindre les professionnels de santé des hôpitaux
    - Un manque d'informations sur la prise en charge du (de la) patient(e)
    - Un manque d'informations sur les dispositifs de lien existants et donc une difficulté à les juger
    - De bons rapports et une bonne anticipation

- Parmi les suggestions :
    - « transmission des infos par messagerie sécurisée, appel à la pharmacie (ordo, protocole, listing des éléments fait lors du passage au centre, prise du traitement le jour du départ du centre) » (aussi proposée pour les deux autres centres).

3.5.4. Autres réponses

3.5.4.1. Centre Jean Perrin (Clermont-Ferrand)

Une seule pharmacie a déclaré le Centre Jean Perrin (situé à Clermont-Ferrand) parmi l'un des 3 centres les plus importants émetteurs de prescriptions d'initiation de M.A.V.O. (Figure 9). Cette seule réponse n'était pas significative, ces résultats sont présentés pour information.

Ce centre a déclaré avoir déployé la consultation tripartite : la consultation médicale d'initiation du M.A.V.O. était suivie d'une consultation avec un(e) infirmier (-ère) de coordination et d'une consultation avec un(e) pharmacien(ne) hospitalier (-ère). La consultation pharmaceutique permettait d'aborder les modalités de prise, les effets secondaires, le tout sur le modèle de l'éducation thérapeutique du (de la) patient(e) (E.T.P.). Elle donnait aussi l'occasion de faire une analyse des interactions (avec éventuellement contact du médecin traitant). Si le (la) patient(e) donnait son accord, son officine était contactée par téléphone pour l'informer de sa venue, permettre un temps d'échange avec le (la) pharmacien(ne) d'officine (sur des points particuliers, des interactions médicamenteuses notées, etc.) et lui transmettre une fiche d'information (destinée au (à la) patient(e)) sur le traitement. Le centre déclarait réaliser ces consultations pharmaceutiques pour environ 60 % des patients en raison d'un manque d'effectif pharmaceutique.
Les résultats obtenus pour les questions posées de manière identique pour chaque centre (cf. partie 3.5.1) étaient homogènes à ceux obtenus pour les autres centres, les réponses majoritaires étaient identiques. En particulier, l'officine ayant répondu a déclaré qu'aucun document n'était joint aux primo-prescriptions de M.A.V.O. et ne jamais être contactée par des professionnels de ce centre avant la venue du (de la) patient(e). Elle a également indiqué faire rarement remonter des problèmes liés au M.A.V.O. en cours de traitement (note de 1 sur une échelle de 0 (« jamais ») à 5 (« toujours »)).

La seule officine ayant répondu a déclaré ne pas avoir connaissance de la consultation tripartite. Elle a exprimé un intérêt potentiel évalué à 5 pour les informations issues de cette consultation (sans se limiter au compte-rendu) dans sa pratique professionnelle (sur une échelle de 0 (« pas du tout ») à 5 (« tout à fait »)).

D'autre part ce centre a déclaré avoir mis en place un dispositif de P.R.Om. (de l'anglais *patient-reported outcome*, « résultat rapporté par les patients ») : ces systèmes impliquent le (la) patient(e) dans le suivi de leur maladie, ils vont eux-mêmes rapporter des effets secondaires, dire comment le traitement se passe. Le Centre Jean Perrin utilisait le logiciel Applichimio (Groupement de coopération sanitaire service numérique de santé, Paris, France) qui proposait une question par jour au (à la) patient(e) concernant les effets secondaires liés à son traitement, les résultats étaient ensuite remontés aux médecins.
Cette officine a déclaré ne pas connaître le dispositif Applichimio mais, après information sur son fonctionnement, a déclaré qu'elle l'aurait trouvé potentiellement « tout à fait » utile dans sa pratique professionnelle (note de 5 sur une échelle de 0 (« pas du tout ») à 5 (« tout à fait »)).
Concernant l'impact des dispositifs de lien ville-hôpital, l'équipe officinale a évalué à 2/5 l'aisance des patients par rapport à leur nouveau traitement par M.A.V.O. à l'arrivée dans l'officine (sur une échelle de 0 (« pas du tout ») à 5 (« tout à fait »)). L'utilité des dispositifs de lien ville-hôpital mis en place par le centre a été jugée à 2/5 par cette équipe (sur une échelle de 0 (« absente ») à 5 (« essentielle »)).

3.5.4.2. Autres centres

Certains centres déclarés par des officines comme primo-prescripteurs importants de M.A.V.O. (cf. 3.5) n'avaient pas été interrogés lors de la conception du questionnaire (cf. 2.1.1), ils ne faisaient donc pas l'objet d'une série de questions adaptée. La déclaration de l'un d'entre eux entrainait la présentation de deux questions facultatives (une seule fois par répondant). Les réponses ont donc été traitées ici sans distinction du centre prescripteur. Les établissements concernés étaient :

- C.H. Henri Mondor (Aurillac, n = 2)
- C.M.C. de Tronquières (Aurillac, n = 1)
- C.H. de Villefranche de Rouergue (Villefranche de Rouergue, n = 1)

- Clinique Claude Bernard (Albi, n = 1)
- Un centre non précisé (Bordeaux, n = 1).

Tout d'abord, les officines ont pu déclarer les dispositifs de lien ville-hôpital utilisés par ces centres lors des primo-prescriptions de M.A.V.O. (n = 2, dont 1 réponse exclue (« Aucune idée »)). La seule réponse valide était « Appel téléphonique et FAX ».

Ensuite, il leur était possible d'évaluer l'utilité dans leur pratique professionnelle des documents joints aux prescriptions d'initiation de M.A.V.O., si présents (n = 5). En moyenne la fréquence d'utilisation a été jugée à 4,2 (médiane = 5, écart-type = 1,3, sur une échelle de 0 (« jamais ») à 5 (« toujours »)).

3.6. Opinion sur la qualité de l'exercice en cancérologie

De manière à avoir une vue plus détaillée de l'intérêt des relations avec les centres qui prescrivaient les M.A.V.O., les pharmacies d'officine ont été interrogées sur leurs pratiques lors de la délivrance de ces traitements. A ce stade, on s'intéressait à toutes les délivrances (initiation ou renouvellement) en officine de M.A.V.O.

Il a tout d'abord été question de leur possibilité ressentie de réaliser ou non certaines étapes cruciales du processus de dispensation, dont les résultats sont présentés Figure 16.

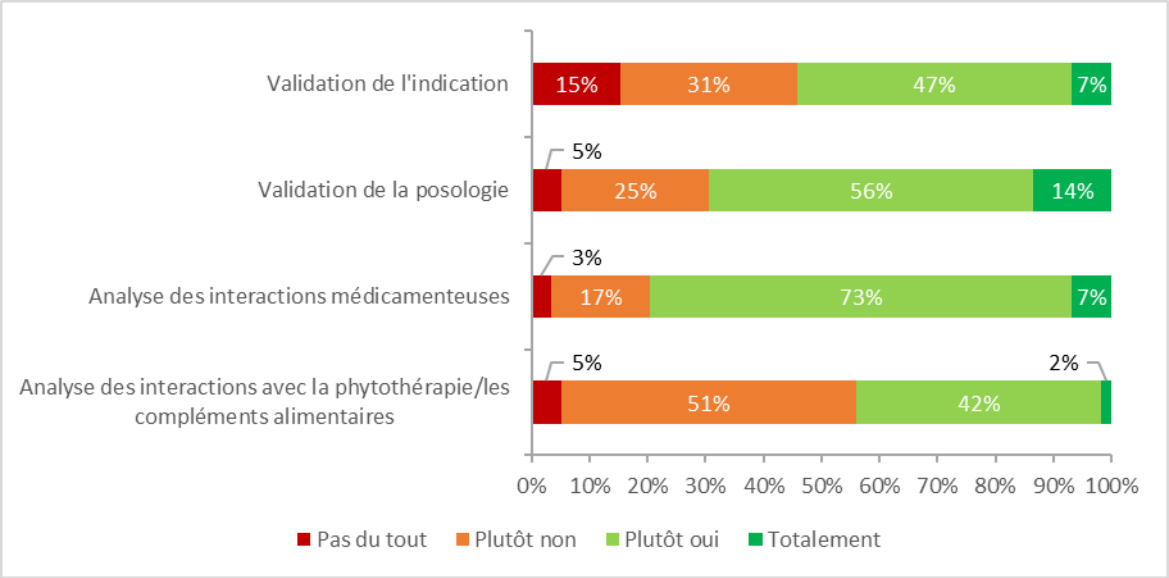


Figure 16 : Capacité déclarée par les équipes officinales à réaliser certaines étapes importantes du processus de dispensation dans le cas d'une ordonnance d'anticancéreux oral (n = 59).

Bien que les réponses aient été majoritairement positives concernant la validation de l'indication (avec 54 % de réponses à tendance positive), cet item a obtenu le plus grand nombre de réponses « pas du tout » (15 %). La validation de la posologie a remporté le plus de réponses « totalement » (14 %) et a obtenu 70 % de réponses à tendance positive. L'étape ayant obtenu le plus de réponses positives était l'analyse des interactions médicamenteuses (80 % de réponses positives). Au contraire, l'analyse des interactions avec la phytothérapie et/ou les compléments alimentaires est la seule étape pour laquelle il y a eu plus de 50 % de réponses à tendance négative.

En particulier pour les M.A.V.O., il était nécessaire que l'équipe officinale s'assure de la sécurité du (de la) patient(e) et contribue à maximiser son observance au cours du traitement. En moyenne, ces équipes ont évalué leur impression d'avoir les ressources nécessaires à 2,3 (n = 59, médiane = 2, écart-type = 1,2, sur une échelle de 0 (« pas du tout ») à 5 (« tout à fait »)).

Les équipes qui avaient déclaré ne pas avoir toutes les ressources nécessaires (n = 56) ont été interrogées sur le détail des ressources qui leur manquaient (avec la possibilité d'en déclarer plusieurs à la fois). Les deux les plus déclarées ont été « des informations » (80 % des répondants) et « du temps » (75 %). Dans des proportions beaucoup moins significatives, « un local adapté » (13 %) et « formation et présentation des nouveaux produits et des protocoles » (2 %) ont été cités.

Lorsque les équipes officinales avaient besoin d'informations sur les M.A.V.O., elles ont déclaré se tourner vers les sources décrites dans la Figure 17 (plusieurs réponses possibles).

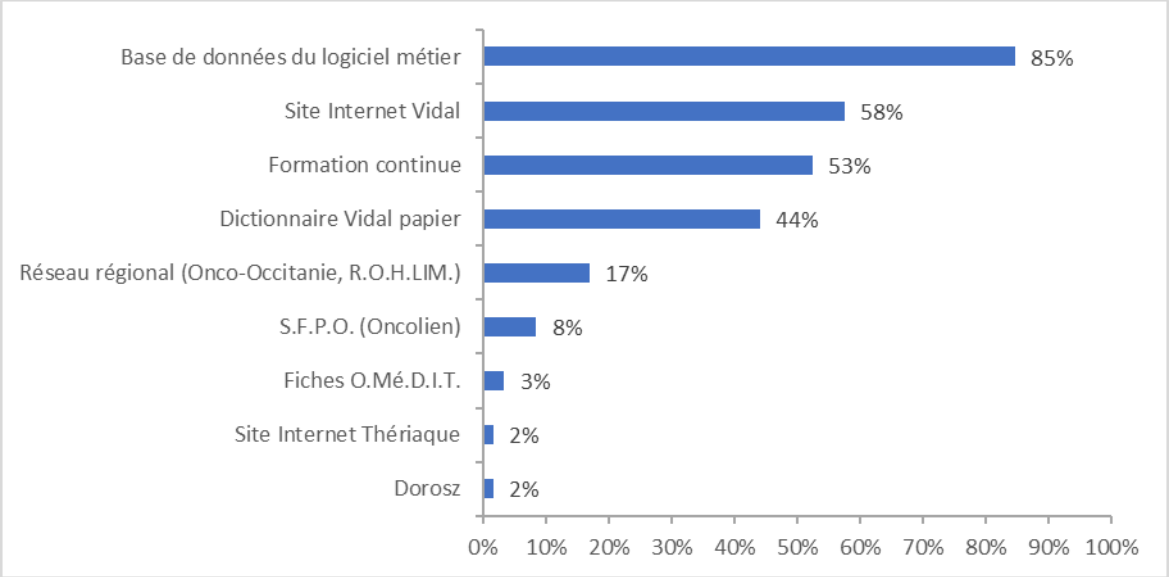


Figure 17 : Fréquence de déclaration d'utilisation (%) des différentes sources d'informations sur les anticancéreux oraux par les pharmacies répondantes (réponses non exclusives), en pourcentage du nombre de répondants (n = 59).
(R.O.H.LIM. : réseau d'oncologie-hématologie du Limousin, S.F.P.O. : Société Française de Pharmacie Oncologique, O.Mé.D.I.T. : observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques)

Pratiquement toutes les officines ayant répondu se servaient de la base de données intégrée au L.G.O., cela a été de loin la source la plus fréquemment déclarée. Le dictionnaire Vidal venait, dans sa version électronique, en deuxième position. La version papier restait bien utilisée et est arrivée en quatrième position (44 % des répondants). La formation continue a été retenue par plus de la moitié des répondants (53 %). Les réseaux régionaux de cancérologie, la Société Française de Pharmacie Oncologique (S.F.P.O.) et certains observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques (O.Mé.D.I.T.) éditaient notamment des fiches (pour professionnels et/ou patients) synthétiques. Ils sont arrivés respectivement en cinquième, sixième et septième position avec des fréquences faibles.

En regroupant ces sources par type, il a été constaté que les sources informatisées, de type base de données, formaient la majorité des sources déclarées (53 % des sources déclarées, n = 160). La formation continue (19 %) et les formes papier (17 %) ont été déclarées à une fréquence inférieure. Les supports des sociétés savantes et réseaux de cancérologie sont arrivés en dernière place (11 %).

Plus particulièrement, la demande des officinaux en formations professionnelles sur les M.A.V.O. a été évaluée. Les résultats sont présentés dans le Tableau IX. On a constaté un intérêt marqué, que le thème soit les M.A.V.O. ou les soins de support, avec un score légèrement supérieur pour les M.A.V.O.

Tableau IX : Intérêt déclaré par les équipes officinales pour des formations en oncologie, sur une échelle de 0 (« pas du tout ») à 5 (« tout à fait »).

Thème	**Anticancéreux oraux** (n = 59)	**Soins de support** (n = 59)
Médiane	5	4
Moyenne	4,1	4,0
Ecart-type	1,1	1,1

Les déclarations des officinaux sur les modes les plus pratiques pour ces formations (Figure 18, plusieurs réponses possibles) ont concerné plus souvent les cours interactifs en ligne (« e-learning ») et les journées de formation de groupe (sous-entendu à l'extérieur de l'officine). Les trois autres modes proposés (visioconférence, vidéo en ligne et formation individualisée

dans l'officine (sous-entendu réalisée par un(e) formateur (-trice) présent(e) sur place)) ont été plutôt moins cités.

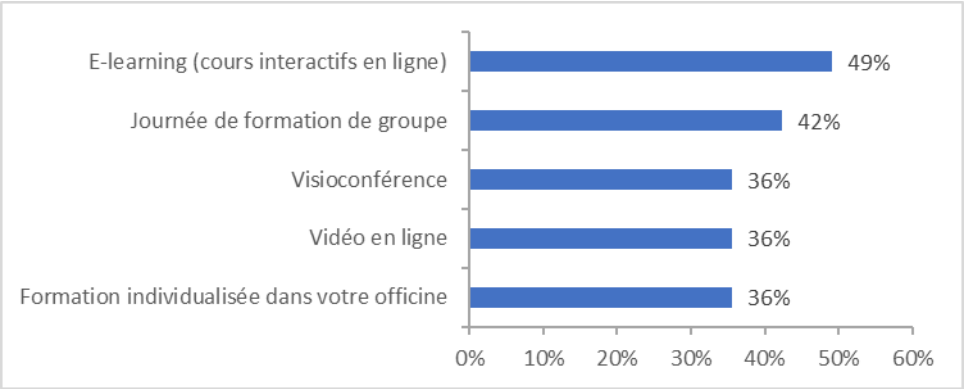


Figure 18 : Fréquence de déclaration par les officines répondantes des modes de formation professionnelle parmi les plus pratiques, en pourcentage du nombre de répondants (n = 59).

3.7. Observations et suggestions

La dernière partie du questionnaire donnait aux équipes officinales la possibilité de s'exprimer librement.

Tout d'abord il leur était proposé de soumettre des idées d'outils de lien ville-hôpital à mettre en place. 29 officines ont fait 81 propositions, dans lesquelles 37 idées différentes ont été identifiées. Ces idées ont été regroupées en 9 types répertoriés dans le Tableau X.

Tableau X : Répartition en types des propositions soumises par les officines répondantes concernant des outils de lien ville-hôpital à mettre en place par les centres hospitaliers prescripteurs (n = 81 propositions émanant de 29 officines, proportions exprimées par rapport au nombre total de propositions soumises).

Type	Occurrences des propositions	Proportion (%)
Transmission de documents par l'établissement prescripteur	35	43
Principes de pratique généraux	13	16
Contacts de l'hôpital vers l'officine	12	15
Interactions entre hôpital et officine	6	7
Dossiers électroniques	5	6
Contacts de l'officine vers l'hôpital	4	5
Informations sur les traitements hospitaliers	3	4
Procédures	2	2
Elaboration de support	1	1

La transmission de documents de l'hôpital à l'officine a regroupé la majeure partie des suggestions. Deux des trois premiers types étaient de nature descendante (de l'hôpital vers la ville).

Les principales idées émises ont été les suivantes (les pourcentages représentent le nombre de propositions sur une idée par rapport au nombre total de réponses obtenues (n = 29 officines répondantes)) :

- Parmi les documents, le protocole a été le plus demandé par les officinaux (24 %), suivi par les fiches d'information sur le traitement (17 %, par exemple les fiches Oncolien® (32)) et le programme personnalisé de soins (P.P.S., 14 %). Dans des proportions plus faibles on trouvait le compte-rendu hospitalier, des fiches de suivi du patient

(contenant les informations essentielles pour la bonne prise en charge, effets indésirables, contrôles, etc.), les résultats d'analyses biologiques et l'ordonnance

- Les « principes de pratique générale » regroupaient les idées plus larges sur le lien ville-hôpital : en premier lieu la coopération avec le (la) pharmacien(ne) d'officine, son intégration dans le suivi du (de la) patient(e) (14 %). En deuxième venait la transmission régulière de plus d'informations par le centre ayant une activité de cancérologie (10 %). La notion d'inclusion de l'équipe officinale dans les échanges avec les prestataires de service (sans que l'équipe ne soit uniquement en bout de chaîne) a été évoquée dans 2 propositions
- Les contacts initiés par les centres ayant une activité de cancérologie à destination des officines ont été cités par 41 % des répondants. Au premier rang on trouvait le principe d'information de l'officine en anticipation de la venue du (de la) patient(e) lorsqu'un M.A.V.O. avait été prescrit (21 %). Les autres items regroupaient des sollicitations de contacts plus réguliers par des moyens divers
- A l'inverse les solutions de contact venant de l'officine pour l'hôpital ont été moins évoquées (14 %). Elles regroupaient la proposition de mise en place au niveau des centres ayant une activité de cancérologie d'une personne référente pour le lien ville-hôpital (7 %) et, dans de plus faibles effectifs, la mise à disposition d'adresses de courrier électronique de professionnels du centre ou la création d'une ligne téléphonique pour les questions urgentes
- A mi-chemin entre ces deux catégories, les propositions traitant des interactions entre les milieux hospitalier et officinal (21 %) ont été majoritairement représentées par la demande d'utilisation des M.S.S.
- L'accès au dossier du (de la) patient(e) ou sa meilleure exploitation ont été mentionnés par 17 % des répondants. Dans certains cas le type de dossier n'était pas précisé, dans les autres les répondants évoquaient le D.M.P. ou le D.C.C.
- Les informations sur les traitements hospitaliers (10 %) se divisaient en les souhaits de recevoir des informations sur les traitements administrés dans les centres ayant une activité de cancérologie et sur ceux rétrocédés par les P.U.I.
- Les procédures proposées (7 %) étaient un carnet pour faire remonter les effets indésirables au médecin et des entretiens pharmaceutiques d'éducation thérapeutique du (de la) patient(e) (E.T.P.)

- Le seul support proposé (3 %) était un site Internet permettant de poser plus de questions (sans détails fournis).

Le détail est disponible dans l'Annexe IV.

Enfin, la possibilité a été donnée aux répondants de saisir librement des commentaires (n = 2). Deux notions ont été développées :

- La satisfaction des patients ayant suivi un programme d'E.T.P. pour leur traitement par M.A.V.O. mais le trop faible nombre de patients auxquels ces programmes étaient proposés (ces patients souffriraient d'un manque d'accompagnement)
- La « quasi absence de lien ville-hôpital » (peut-être accentuée en milieu rural) avec « du travail à faire des deux côtés ».

4. Discussion

Ce travail a permis de constater l'existence de dispositifs innovants mais sous-exploités en tant qu'outils de lien entre hôpital et officine (parfois par manque de communication aux officines ou par difficulté à les systématiser). Les réponses obtenues ont exprimé un point de vue positif sur ces systèmes quand ils étaient disponibles mais une demande toujours importante, notamment pour l'inclusion dans le circuit des informations. De fait, une impression de travail non optimal en ce qui concernait la dispensation des M.A.V.O. à l'officine a été observée, mais des pistes concrètes ont été évoquées par les officines répondantes, en se basant souvent sur des moyens existants.

Dans notre étude, il a été montré que l'hormonothérapie du cancer du sein occupait une place notable dans l'activité de dispensation des M.A.V.O. en officine. Les 3 molécules déclarées comme les plus délivrées en Aveyron en 2019 (toutes faisaient partie de l'hormonothérapie) concordaient avec les 3 molécules anticancéreuses orales les plus délivrées par les officines d'Île-de-France en 2014 (15), ce profil n'était donc pas isolé. Cependant, cette répartition en volume de l'activité ne se traduisait pas dans les dépenses de l'Assurance Maladie en remboursement (pour les anticancéreux délivrés en ville, toutes voies confondues, sur la France entière) (33) : en 2016, les thérapies ciblées ont engendré une dépense 1,4 fois supérieure à celle liée aux hormonothérapies. Les spécialités déclarées comme les plus délivrées n'étaient donc pas celles qui engendraient les plus grandes dépenses. Parmi les M.A.V.O. les plus fréquemment stockés par les officines répondantes se trouvaient uniquement des spécialités à un tarif inférieur ou égal à 86,20 € T.T.C. et majoritairement des molécules d'hormonothérapie indiquées dans le cancer du sein : seuls des traitements ayant un tarif relativement faible et une rotation importante étaient donc mis en stock. Pour une officine, un produit qui ne tourne pas risque de finir périmé et d'engendrer une perte directement liée à son prix d'achat, ce qui explique cette politique. Cela implique qu'un(e) patient(e) débutant une hormonothérapie orale a de grandes chances de repartir de l'officine avec son traitement, contrairement à ceux qui initient une chimiothérapie orale ou une thérapie ciblée orale. Ces derniers doivent revenir après réception de la spécialité, et sont donc dépendants de la possibilité d'approvisionnement et du délai. Grâce aux grossistes-répartiteurs ce délai est souvent inférieur à 12 heures, mais il y a potentiellement un risque

de retard pour le début du traitement (notamment si le circuit d'approvisionnement ne passe pas par le grossiste-répartiteur ou encore plus en cas de tensions d'approvisionnement sur le médicament en question), d'où l'intérêt d'anticiper la disponibilité dès la prescription.

Pour les officines de l'Aveyron inclues dans notre étude, il a été montré que les relations avec les centres ayant une activité de cancérologie se faisaient surtout de manière intra-départementale pour les centres hospitaliers polyvalents, et de manière intrarégionale (en Occitanie) pour les centres spécialisés en cancérologie. Des centres situés à distance équivalente (comme à Clermont-Ferrand, région Auvergne-Rhône-Alpes) étaient très peu émetteurs de prescriptions de M.A.V.O. vers l'Aveyron. A cette première considération il s'est ajoutée une corrélation entre la proximité d'une officine par rapport à un centre ayant une activité de cancérologie et le nombre de prescriptions d'initiation de M.A.V.O. en provenance de ce centre qu'elle traitait. On peut supposer que les patients se rendaient généralement dans l'un des centres ayant une activité de cancérologie les plus proches de leur domicile en Occitanie, bien qu'il y puisse y avoir des exceptions.
Ce passage du milieu hospitalier à la pharmacie d'officine peut être vécu comme une rupture, et l'éviter est un des objectifs de deux dispositifs numériques existants : le D.P. et le D.M.P. Ces systèmes ne sont pas dédiés à la cancérologie et sont mis en place sur le territoire français dans les structures équipées des matériels et logiciels adéquats. Le D.P. (dans son aspect DP-patient) se cantonne aux médicaments tandis que le D.M.P. permet de rassembler plus de documents (comptes-rendus d'hospitalisation, analyses biologiques,…) mais peut se révéler moins exhaustif sur le plan médicamenteux. Tous deux nécessitent d'être ouverts et peuvent l'être, après accord du (de la) patient(e), en pharmacie d'officine. Cette étude a mis en évidence une tendance à ouvrir plus fréquemment des D.P., ce qui peut s'expliquer par le fait que, par rapport au D.M.P., le D.P. était plus rapide à ouvrir (il nécessitait moins de renseignements) et plus facile à utiliser à l'officine (au moment de l'enquête tous les logiciels de gestion d'officine (L.G.O.) ne permettaient pas d'accéder au D.M.P. alors que beaucoup étaient compatibles avec le D.P. (34)). Les traitements médicamenteux sont également visibles plus rapidement sur le D.P. Les fréquences d'ouverture moyennes (les réponses majoritaires ont été « souvent » (D.P.) et « parfois » (D.M.P.)) indiquaient une intégration dans les pratiques mais suggéraient aussi qu'il existait des freins à la systématisation de cette démarche. Par conséquent une part des patient(e)s ne pouvait pas bénéficier de ces dispositifs

existants. La question n'abordant pas la proposition d'ouverture, il est possible qu'une proportion de ces « non-ouvertures » ait été due à un refus du (de la) patient(e). Le coût n'entrait pas en ligne de compte puisque le D.P. et D.M.P. sont gratuits pour les utilisateurs (patients ou professionnels). Sur le volet de l'utilisation, le D.P. était en position de force avec 42 % des répondants ayant déclaré une utilisation systématique pour les primo-prescriptions de M.A.V.O., contre 17 % pour le D.M.P. L'outil D.M.P. était donc utilisé à une fréquence bien plus faible que le D.P., en lien apparemment avec des obstacles techniques importants lors de son utilisation à l'officine.

Le recensement des inconvénients et limites de ces deux systèmes a fait apparaitre, pour le D.P., notamment la nécessité d'utilisation de la carte Vitale du (de la) patient(e) pour consulter ou modifier les informations (61 % des répondants). Ceci garantit l'accord du (de la) patient(e) (et souvent sa présence) lors de l'utilisation du D.P., mais peut être problématique lorsque le (la) pharmacien(ne) doit travailler à distance du (de la) patient(e) (par exemple pour préparer une ordonnance à l'avance ou répondre à une question par téléphone). D'autre part ceci peut empêcher l'intégration de médicaments à prescription facultative, le (la) patient(e) ne venant pas toujours avec sa carte Vitale. Le manque d'informations, limite ayant été également déclarée pour le D.P. (surtout les posologies), est réel car le D.P. ne contient que le nom des médicaments pris dans les 4 derniers mois (ou 21 dernières années pour les vaccins) avec leur quantité et leur date de délivrance (35). L'association avec la consultation du D.M.P. aurait pu partiellement pallier à ce manque. La persistance de difficultés techniques d'accès est un grave problème en regard de l'ancienneté du dispositif (mis en place dès 2008 (36)). Du côté du D.M.P., la jeunesse du système (dont le déploiement a commencé en 2016 (37)) pourrait possiblement expliquer, du moins en partie, la prépondérance des difficultés techniques d'accès (déclarées par 66 % des répondants). Le D.M.P. pouvant recevoir des informations très diverses (38), le ressenti exprimé d'un manque d'informations (comme pour le D.P.) pourrait donc potentiellement venir d'une sous-alimentation de cette base de données par les professionnels eux-mêmes. La remontée du délai de visibilité des informations était attribuable à l'apparition des médicaments dans le D.M.P. au moment de leur remboursement (alors qu'ils apparaissent dans le D.P. dès la délivrance). Le D.P. devant bientôt alimenter le D.M.P. (39), ce manque d'informations pourrait être réduit dans le futur. Deux avantages du D.M.P. pour les professionnels sont la consultation possible par de nombreuses professions (40) et le besoin de la carte Vitale uniquement au premier accès (41). L'accord du (de la)

patient(e), perçu comme une contrainte par quelques officines pour le D.M.P., est nécessaire pour ouvrir ou consulter un D.P. (39) ou un D.M.P. (42).
En prenant en compte l'ensemble des informations liées à une ordonnance d'initiation de M.A.V.O. qui parvenaient à l'officine (quel que soit le canal), on a pu constater que la pratique de transmission en interne (au sein de l'officine) des informations reçues était très bien ancrée dans les habitudes. Elle était sans doute facilitée par l'effectif réduit des équipes officinales. La numérisation de ces données dans le dossier patient(e) permet de garder une trace, éventuellement de créer des alertes qui s'affichent lors de la venue du (de la) patient(e). Cette solution était relativement répandue mais pas autant que le principe de transmission dans l'équipe. Chez certains, ce traçage semblait plutôt concerner les informations liées au (à la) patient(e) individuellement tandis que celles concernant le médicament semblaient être plutôt simplement diffusées dans l'équipe. La limite de ces déclarations était que ces pratiques s'appliquaient parfois sur un volume d'informations réduit.

Ensuite, l'attention a été portée sur les éventuelles différences de pratiques permettant un lien hôpital-officine selon les centres ayant une activité de cancérologie. Lors d'une initiation de M.A.V.O. délivré en ville, dans de très nombreux cas l'équipe officinale découvrait l'ordonnance lors de la venue du (de la) patient(e). Dans les cas plus rares d'une transmission en amont, le succès du fax est possiblement dû à sa simplicité et rapidité d'utilisation, les appareils étant très répandus. La sous-utilisation des M.S.S. est un problème car elles permettent de répondre aux exigences de confidentialité des données de santé lors des échanges par voie électronique (43), contrairement au fax et au courrier électronique classique. Leur coût peut difficilement être vu comme un frein car les ordinateurs qui permettent d'y accéder sont répandus et il existe des services gratuits de M.S.S. On peut par contre évoquer l'obstacle des procédures d'authentification parfois contraignantes.
Dans le cas où le (la) patient(e) amène directement l'ordonnance, il est possible que la spécialité ne soit pas stockée à la pharmacie et qu'il (elle) doive donc revenir (notamment pour les thérapies ciblées et les chimiothérapies conventionnelles comme évoqué plus haut). Ce délai sera une contrainte pour le (la) patient(e) mais un avantage pour le personnel de l'officine qui peut en tirer parti pour se documenter, analyser les interactions médicamenteuses (I.A.M.), etc. Etant donné la part des ordonnances amenées directement par le (la) patient(e), on peut supposer que ce délai s'impose fréquemment. Il oblige donc des

patient(e)s faisant l'objet d'une prise en charge lourde à faire une visite évitable dans une pharmacie et à risquer un retard du début de traitement. Pour résoudre ces problèmes tout en préservant l'avantage du délai pour l'équipe officinale, il pourrait être intéressant qu'une transmission de l'ordonnance à l'officine en amont de la venue du (de la) patient(e) soit systématiquement faite. L'optimum serait que celle-ci passe par une M.S.S. Sauf dans les cas d'urgence, il resterait nécessaire que l'original de la prescription soit présenté pour réaliser la délivrance du médicament.

En parallèle, normalement le médecin traitant est informé par l'hôpital de la mise en place d'un traitement par M.A.V.O. délivré en officine. L'intérêt de la transmission d'une copie de la prescription par la pharmacie d'officine au médecin traitant pourrait être qu'il soit informé rapidement sur les modifications de la prise en charge du (de la) patient(e), tout en favorisant la coopération des acteurs de santé locaux. Cette façon de faire n'était pas généralisée (totalement absente pour 79 à 85 % des officines répondantes selon le centre prescripteur). Pour une des rares pharmacies concernées par la transmission systématique, la procédure était un accord avec des médecins généralistes locaux. Il conviendrait de vérifier avec les médecins généralistes l'utilité pressentie de cette façon de fonctionner.

Les prescriptions peuvent être accompagnées de documents joints dans le but de sécuriser, faciliter la délivrance, de donner des aide-mémoires au (à la) patient(e), etc. Le protocole de traitement, document qui était le plus fréquemment présent tous centres confondus, donne au pharmacien une vue d'ensemble sur un traitement médicamenteux (qui peut combiner plusieurs molécules) et sa chronologie. Il permet notamment l'analyse des interactions avec les éventuels traitements dispensés à l'hôpital. Il a pu être confondu avec le programme personnalisé de soins (P.P.S.), qui donne une vue d'ensemble sur la prise en charge d'un malade atteint de cancer sans se limiter au traitement médicamenteux. Les résultats des analyses biologiques étaient uniformément peu joints. Ils peuvent être un élément clé pour autoriser ou non la délivrance. Il arrive que l'ordonnance précise des valeurs à contrôler.

Certains centres avaient pour particularité de donner plus fréquemment certains documents. En particulier les informations d'aide à la dispensation, plus fréquemment fournies par l'I.C.M., peuvent faire gagner un temps précieux au dispensateur pour travailler en sécurité et optimiser la prise par le (la) patient(e). Elles peuvent regrouper des informations synthétiques qui auraient pu être obtenues en se documentant (ce que le dispensateur doit vérifier, ce qu'il doit signaler au (à la) patient(e), ce qu'il doit surveiller, etc.), mais offrent la possibilité d'aller

directement à l'essentiel et ajoutent l'expérience des professionnels du centre. Le compte-rendu de R.C.P., qui était presque uniquement fourni par l'I.C.M. mais à une fréquence faible, peut donner des informations médicales de contexte de prescription. Le dernier élément propre à l'I.C.M. était la « fiche observance » à retourner au premier renouvellement. L'unique déclaration ne permettait pas de tirer des conclusions mais la démarche était originale : elle démontrait une volonté de retour (pour une fois les informations allaient de la ville vers l'hôpital), donc d'un lien, dans l'intérêt de maximiser l'observance. Il est supposé que cette fiche devait être remplie par l'officine, cette information n'ayant pas été précisée. Les fiches traitement, qui étaient plutôt utilisées par l'I.U.C.T. Oncopôle (mais peu fréquemment dans l'absolu) sont généralement rédigées par des sociétés savantes ou des réseaux de cancérologie. Elles peuvent se rapprocher des informations d'aide à la dispensation mais peuvent également s'adresser aux patient(e)s (par exemple les fiches de la Société Française de Pharmacie Oncologique (S.F.P.O.) (32) existent parfois dans une version professionnel et une version patient). Elles contiennent les modalités de prise, les effets indésirables majeurs, la conduite à tenir en cas de problème, etc. En dehors du cas où elles seraient modifiées par le centre prescripteur, ces fiches sont généralement accessibles aux pharmaciens d'officine sur Internet.

Les réponses obtenues dans ce travail ont montré que les prescriptions n'étaient complétées par des documents additionnels que dans environ 1 cas sur 2. Pourtant, les équipes officinales voyaient un intérêt important dans ces documents. En mettant en perspective les documents uniformément les plus fréquemment présents (déclarés par au moins 12 % des officines répondantes pour les 3 centres étudiés : le protocole de traitement, les résultats des analyses biologiques et les informations d'aide à la dispensation), ceux-ci semblaient avoir un rôle important à l'officine. Les faibles écarts d'évaluation d'utilité des documents joints entre les différents centres étudiés ne permettaient pas la comparaison entre centres.

Une limite était créée par la formulation de la question portant sur ces documents joints : « De quel(s) document(s) ces prescriptions sont-elles accompagnées ? ». On ne pouvait pas affirmer que, lorsque des documents étaient déclarés comme joints à la prescription, ils étaient systématiquement accessibles au (à la) pharmacien(ne) à l'officine. Ils pouvaient parfois être remis au (à la) patient(e) qui ne les présentait que si on les lui demandait et s'il donnait son accord.

Le contact d'une pharmacie de ville par le personnel du centre prescripteur avant la venue du (de la) patient(e) à l'officine peut avoir pour but de recueillir les traitements chroniques pour analyse par la pharmacie hospitalière (par exemple dans la cadre de la conciliation médicamenteuse), de prévenir l'officine afin qu'elle commande le traitement prescrit, d'échanger avec le (la) pharmacien(ne) d'officine, etc. En outre, c'est une façon de résoudre le problème du délai d'approvisionnement abordé plus haut. Quel que soit le centre dont on parle (parmi les trois étudiés), ce contact restait relativement rare lors des initiations de M.A.V.O. délivrés en officine. Sa fréquence était irrégulière en fonction des officines. Pourtant, lorsque cette procédure était mise en pratique, elle semblait trouver une bonne utilité dans la délivrance et le suivi à l'officine. Certains centres avaient déclaré (au cours de la conception du questionnaire) la mettre en pratique (I.C.M., partiellement pour le C.H. de Rodez) dans le parcours des patients sous M.A.V.O. Il a été constaté que cette mise en place n'était peut-être pas encore complète.

Ce contact peut devenir crucial dans le cas des M.A.V.O. rétrocédés par les P.U.I. (sauf si le centre prescripteur utilise un dossier électronique accessible à l'officine). L'automédication peut être un danger si le (la) pharmacien(ne) d'officine n'est pas averti(e) de la présence du traitement par M.A.V.O. D'autre part la pharmacie d'officine habituelle du (de la) patient(e) peut avoir une vision sur quasiment l'ensemble des traitements dispensés au (à la) patient(e) et concourir à l'analyse des interactions, d'où l'intérêt d'une collaboration avec la pharmacie hospitalière. Or les officines semblaient mises au courant de l'instauration d'un M.A.V.O. rétrocédé par l'hôpital dans peu de situations, d'où un risque potentiel pour le (la) patient(e). Pour autant, ce résultat était difficile à interpréter dans la mesure où les données étaient déclarées par les équipes officinales. Elles pouvaient parfois obtenir l'information de manière indirecte ou rester dans l'ignorance totale d'un M.A.V.O. rétrocédé, d'où une possible sous- ou surestimation des M.A.V.O. rétrocédés invisibles. Un questionnement au niveau des centres ayant une activité de cancérologie et des P.U.I. des hôpitaux permettrait d'obtenir des données plus fiables.

Lorsqu'un contact est initié depuis l'officine vers un centre ayant une activité de cancérologie, la profession de l'interlocuteur peut varier selon la question et les disponibilités au niveau de ce centre. Le peu d'orientation des équipes officinales vers les pharmaciens hospitaliers était net (jamais contactés pour 62 à 71 % des répondants selon les centres), il existait donc des

« barrières » entre ces professionnels. Dans les situations de blocage de délivrance, il est compréhensible que les officinaux cherchent à se rapprocher du prescripteur, ce qui explique la bonne place qu'avaient les médecins dans les fréquences de contact. Les infirmiers étaient également fréquemment destinataires des demandes, en particulier à l'I.C.M., ainsi que les infirmiers de coordination potentiellement grâce à leur connaissance du contexte de prescription. Néanmoins les pharmaciens exerçant dans ces centres sembleraient bien placés et formés pour répondre aux questions des officinaux. De plus, comme les médecins et les infirmiers, ils ont accès au système d'information du centre.

L'absence de coordonnées déclarée comme première des barrières entre pharmacie d'officine et pharmacie hospitalière (déclarée par 50 à 69 % des répondants) est un fait surprenant à l'époque des technologies de la communication. En effet, il est possible de trouver les coordonnées publiques des centres ayant une activité de cancérologie mais il est plus difficile de trouver les coordonnées des P.U.I. de ces centres, et encore plus de trouver celles des pharmaciens. L'I.C.M. semblait plus concerné que les deux autres centres par ce problème. Il existe un répertoire numérique national des professionnels de santé, mais il ne donne pas toujours des coordonnées directes (44). La deuxième barrière déclarée était la disponibilité des pharmaciens hospitaliers (54 à 61 %). Il faut tout d'abord noter que les pharmaciens sont peu nombreux en établissement de santé par rapport aux médecins et infirmiers : en 2018 en France on comptait 6 665 postes de pharmacien(ne) en P.U.I. (45), à comparer avec 64 868 médecins (hospitaliers et salariés-hospitaliers, hors exercice mixte) (46) et 156 598 infirmiers (salariés, hors exercice mixte) (47). Ensuite cette information était déclarative, ce qui peut interroger sur le côté subjectif de cette « barrière », elle intégrait l'image de l'hôpital qu'avaient les équipes officinales. Ce point était appuyé par le fait que certaines officines ont déclaré être perçues comme négligeables. Le manque de disponibilité des pharmaciens hospitaliers a été déclaré légèrement plus fortement avec l'I.U.C.T. Oncopôle et l'I.C.M., qui sont deux plus grosses structures spécialisées (à comparer avec le C.H. de Rodez). Enfin, les incompréhensions entre les milieux hospitalier et officinal, remontées à plus faibles fréquences, peuvent survenir du fait des problématiques très différentes entre l'exercice pharmaceutique à l'hôpital et en ville. Elles semblaient moins problématiques avec l'I.U.C.T. Oncopôle, peut-être grâce à la ligne dédiée.

Très peu de retours semblaient effectués au travers des officines en cas de problèmes après le début du traitement par M.A.V.O. (délivré en officine). Ceci pourrait s'expliquer par la

présence de dispositifs ne passant pas par la pharmacie d'officine et pouvant remplir cette fonction, par exemple les infirmiers de coordination à la disposition des patients pour signaler des problèmes par téléphone ou les dispositifs de P.R.Om. comme Applichimio (utilisé au Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand). La note légèrement supérieure attribuée à l'I.C.M. (moyenne de 1,5/5 contre 1,1 pour les autres centres étudiés) était peut-être liée à la mise en place de la « fiche observance » à retourner au centre au premier renouvellement (cf. 3.5.1.1).

Parmi les dispositifs propres à certains centres ayant une activité de cancérologie, l'I.U.C.T. Oncopôle avait déclaré utiliser le D.C.C. La part des officines répondantes connaissant le D.C.C. et y ayant accès (8 %) démontrait une large sous-utilisation de ce dispositif à l'officine, pourtant mis en place depuis plus de 2 ans. Il était majoritairement inconnu des équipes officinales (71 %) et majoritairement inaccessible pour les équipes qui le connaissaient (21 %), d'où un besoin de communication et formation fort. Il est potentiellement aussi du ressort des officinaux de demander l'accès au système quand ils reçoivent une prescription de M.A.V.O. provenant de l'I.U.C.T. Oncopôle. Lorsqu'il était accessible, les équipes officinales trouvaient une grande utilité au D.C.C., bien que l'effectif des répondants ait été faible. Celles qui n'y avaient pas accès lui voyaient une utilité potentielle plutôt bonne. Le D.C.C. aurait donc un intérêt dans la délivrance de M.A.V.O. à l'officine.

Les entretiens pharmaceutiques mis en place au C.H. de Rodez étaient très peu connus des officines (19 %). Il faut prendre en compte le fait que, au moment de l'enquête, le dispositif n'était pas proposé systématiquement. Il a l'avantage d'offrir un contact téléphonique entre pharmacie d'officine et pharmacie hospitalière. Parmi les officines connaissant ces entretiens, l'intérêt pour les informations qui en découlaient était plutôt bon. Il aurait potentiellement pu être supérieur car peu d'informations parvenaient directement aux officines, en effet très peu avaient accès au compte-rendu. La transmission du contenu de l'entretien a pu également se faire indirectement en discutant avec le (la) patient(e) au comptoir. L'intérêt potentiel marqué des officines (ne connaissant pas ces entretiens) pour les informations qui découleraient des entretiens affichait leur volonté de recevoir plus d'informations et de s'appuyer sur ces entretiens.

Comme pour les entretiens pharmaceutiques mis en place au C.H. de Rodez, ceux développés par l'I.C.M. étaient très peu connus en Aveyron (connus d'uniquement 12 % des officines ayant répondu au questionnaire). Pourtant, leur mise en place remonte à 2016 et, à la différence du

C.H. de Rodez, l'I.C.M. avait la possibilité de réaliser systématiquement ces entretiens. De plus, un contact systématique des officines avait été déclaré par ce centre (ce qui est un avantage). Pour les personnes qui connaissaient le dispositif, l'intérêt pour les informations produites était plutôt bon tout comme dans le cas des entretiens du C.H. de Rodez. Les mêmes problèmes d'accès à l'information se posaient pour les officinaux, ce qui pouvait influer sur cet intérêt. L'intérêt potentiel plus marqué dans le groupe ne connaissant pas le dispositif, toujours comme dans le cas du C.H. de Rodez, confirmait la demande d'informations et la volonté de s'appuyer sur ces entretiens. Une particularité, le binôme infirmier (-ère) de coordination-pharmacien(ne), pouvait permettre de répondre à un large éventail de questions du (de la) patient(e) et favorisait l'interprofessionnalité.
Parmi ces 3 dispositifs, le D.C.C. semblait plus pertinent pour contribuer au lien entre les centres ayant une activité de cancérologie et les officines. L'intérêt des entretiens pharmaceutiques aurait peut-être été réhaussé si les informations qui en découlaient avaient été mieux partagées avec la pharmacie de ville du (de la) patient(e).

La finalité de l'ensemble des dispositifs et procédures de lien ville-hôpital est la santé des patients. Lorsqu'un M.A.V.O. leur avait été prescrit et qu'ils se présentaient à l'officine pour la première délivrance, le niveau d'aisance des patients vis-à-vis de ce nouveau traitement était moyen (du point de vue des officines répondantes). C'est un problème pour des traitements qui demandent une observance particulièrement bonne et un apprentissage de la conduite à tenir en cas de souci. Il faut prendre en compte le fait que les réponses étaient influencées par la subjectivité des répondants (qui ne disposaient pas d'une grille d'évaluation). Le renforcement des dispositifs de lien ville-hôpital pourrait donner des moyens aux équipes officinales pour contribuer à améliorer ce niveau d'aisance. Les dispositifs déjà en place étaient plutôt bien perçus dans leur utilité (note moyenne : 3,1 à 3,2/5) par les officines répondantes mais une marge d'amélioration (ou de généralisation) semblait persister. A la fois sur le plan de l'aisance des patients et celui de l'utilité des dispositifs, les résultats obtenus pour les trois centres étudiés étaient comparables.
Les observations libres faites par les équipes officinales répondantes concernant ces 3 centres avaient des points communs. D'une manière générale, les équipes officinales ont relaté un manque d'informations à la fois sur la prise en charge du (de la) patient(e) et sur les dispositifs de lien ville-hôpital déjà en place. Plusieurs souhaitaient une amélioration de ce lien. Une

volonté d'investissement dans le parcours des patients apparaissait donc. En particulier pour l'I.U.C.T. Oncopôle, l'utilité du D.C.C. a été reprise et le potentiel manque de considération du personnel hospitalier pour l'officine a été exprimé. A propos de l'I.C.M., un avis était encourageant sur la qualité des rapports avec l'officine mais la disponibilité des professionnels de ce centre semblait problématique, comme rapporté dans les « barrières » plus haut.

Parmi ce que les officines ont proposé parallèlement pour les trois centres étudiés, l'idée d'une transmission sécurisée systématique de certaines informations essentielles (ordonnance, protocole, compte-rendu du passage au centre et modalités du début de traitement) à l'officine accompagnée d'un appel a été évoquée, en supposant que cela devait se faire en amont de la venue du (de la) patient(e) à l'officine. Ceci est déjà en place dans certains cas grâce au D.C.C. et/ou au D.M.P., mais comme précisé dans les parties précédentes les pratiques ne sont pas uniformes et pas toujours régulières. Particulièrement pour le C.H. de Rodez, la transmission de 2 informations supplémentaires a été suggérée : une fiche contenant les effets secondaires et les dates des prises futures si discontinues. Pourtant, le premier document avait été déclaré comme transmis par ce centre, mais uniquement si l'entretien pharmaceutique avait lieu, d'où l'intérêt de systématiser ces entretiens. Enfin, la possibilité de communiquer avec un référent a été demandée pour l'I.U.C.T. Oncopôle et le C.H. de Rodez. Or d'après les déclarations de l'I.U.C.T. Oncopôle, il existe déjà une ligne dédiée aux pharmacies d'officine au niveau de la pharmacie hospitalière comme évoqué plus haut. Il semblerait que les pharmaciens hospitaliers et les infirmiers de coordination puissent participer à cette fonction, sous réserve que leurs coordonnées soient connues.

Il aurait été intéressant de pouvoir évaluer les dispositifs mis en place par le Centre Jean Perrin et le C.H.U. de Clermont-Ferrand (la consultation tripartite (pour les deux) et Applichimio (Centre Jean Perrin)) mais les données recueillies étaient insuffisantes. En ce qui concerne les autres centres ayant une activité de cancérologie cités par les officines répondantes, il a seulement été possible de conclure que les éventuels documents joints aux prescriptions d'initiation de M.A.V.O. étaient fréquemment utilisés.

L'avant-dernière partie du questionnaire était consacrée à l'opinion des équipes officinales sur leur travail dans la dispensation de M.A.V.O. (initiations ou renouvellements). Lors de la réception d'une ordonnance, la validation de l'indication est une étape de départ, la validation de la posologie peut en découler. Le partage des opinions positives et négatives à presque 50

% de chaque et la forte proportion d'incapacité totale (15 %) affichaient un manque d'informations. L'indication est rarement mentionnée par les prescriptions, les moyens semblent donc insuffisants. En l'absence d'informations supplémentaires du centre prescripteur, les moyens d'obtenir l'indication (pas toujours avec certitude) sont : la déduction par le (la) pharmacien(ne) ou l'interrogation du (de la) patient(e), ce qui expliquerait la proportion de réponses positives (54 %). Les équipes officinales ont exprimé un sentiment de capacité correcte bien qu'incomplète pour la validation de posologie (70 % de réponses positives). La posologie peut être unique, donc facile à valider, ou varier selon l'indication et/ou selon l'état physiopathologique du (de la) patient(e). Peu de schémas sont généralement possibles et la posologie peut parfois permettre de faire une hypothèse sur l'indication (et/ou l'état physiopathologique), ce qui pourrait contribuer à la meilleure assurance des équipes officinales. Cette étape aussi dépend du partage d'informations au niveau du centre prescripteur.

L'analyse des interactions médicamenteuses est le cœur de métier des pharmaciens, d'où l'opinion très positive des équipes officinales sur leur capacité à la réaliser (80 % de réponses positives). Pour la mettre en pratique, les officinaux ont besoin de connaître les molécules employées dans le traitement (y compris chronique) du (de la) patient(e), ce qui est accessible (discussion avec le (la) patient(e), dossier patient(e), D.P., D.M.P., etc.). En ce qui concerne les interactions avec la phytothérapie et les compléments alimentaires, l'avis des équipes officinales sur leur capacité d'analyse a été bien plus mauvais (56 % de réponses négatives). Les produits de phytothérapie et les compléments alimentaires obéissent à une règlementation variable selon les produits. Tous les compléments alimentaires et certains produits de phytothérapie peuvent être vendus hors des pharmacies, ce qui complique l'établissement de la liste des produits. Leur composition n'est pas forcément présente dans les sources documentaires des équipes officinales. Pour autant, ces produits peuvent être pourvoyeurs d'interactions, plusieurs centres ayant une activité de cancérologie ont déclaré sensibiliser leurs patients à ce sujet (notamment le C.H. de Rodez, l'I.C.M.) et c'est également le rôle des équipes officinales.

D'un point de vue d'ensemble, les équipes ont estimé avoir partiellement les ressources pour assurer la sécurité des patients et favoriser leur observance (évaluation moyenne de 2,3/5). Ces deux points sont particulièrement importants dans le domaine des M.A.V.O. qui peuvent être des traitements lourds et complexes (en termes d'effets indésirables, modalités de prise,

etc.), ce manque de ressources était inquiétant. La première des deux ressources identifiées comme les plus manquantes, les informations, peut être amenée par des dispositifs de lien ville-hôpital. Ils se présentent comme un moyen de partage et de gain de temps pour les deux parties. Si on ne considère que les informations sur les traitements, les laboratoires et les organismes de formation peuvent avoir aussi un rôle à jouer. Le temps, deuxième ressource particulièrement manquante, est moins du ressort des dispositifs de lien ville-hôpital que de l'organisation interne de l'officine. Une organisation qui sera peut-être structurée par la mise en place de l'accompagnement pharmaceutique pour les patients sous anticancéreux oraux (48).

Lors d'un besoin de documentation à propos des M.A.V.O., les équipes officinales semblaient avoir le réflexe de se tourner vers les bases de données, très majoritairement celle du logiciel métier (85 % des répondants) puis la base Vidal en ligne. Ces sources sont d'accès rapide et mises à jour en continu (à la différence des supports papier qui persistaient tout de même parmi les sources consultées). Des détecteurs d'interactions médicamenteuses peuvent y être intégrés et des accès simultanés sont possibles. Cependant, à la différence des fiches traitement synthétiques, les bases de données et dictionnaires papier donnent des informations détaillées, pouvant rendre une recherche ciblée d'information chronophage. Seulement 1 officine sur 2 (53 %) utilise des dispositifs de formation continue pour s'informer sur les M.A.V.O. en amont de toute dispensation. Ce mode nécessite de consacrer du temps hors du comptoir mais permet d'acquérir des connaissances théoriques et pratiques. Notre étude a aussi mis en évidence le peu d'utilisation des supports édités par les sociétés savantes et réseaux de cancérologie (notamment les fiches traitement), ce qui ne correspondait pas aux attentes car leurs fiches sont conçues pour une utilisation rapide et efficace. 4 types de sources d'informations complémentaires sont donc ressortis : très majoritairement les bases de données informatiques, puis la formation continue, les dictionnaires papier et, plus rarement, les supports des sociétés savantes et réseaux de cancérologie.
Les officines répondantes ont affirmé un intérêt fort pour des formations sur les M.A.V.O. (4,1/5 en moyenne) et les soins de support (4,0/5 en moyenne). Ceci était en accord avec la considération de cette activité comme une de leurs sources d'informations sur les M.A.V.O. Le score d'intérêt également élevé pour le thème des soins de support pourrait s'expliquer par le fait que les médicaments qui en font partie sont fréquemment délivrés en officine, que

l'anticancéreux prescrit soit oral ou injectable, délivré par une P.U.I. ou en officine. Sur le plan des modes de formation les plus adaptés, le « e-learning » et les journées de formation de groupe semblaient préférés aux autres modes proposés (visioconférence, vidéo en ligne, formation individualisée dans l'officine). Il est possible que le succès du « e-learning » ait été biaisé par l'épidémie de COVID-19, au cours de laquelle l'enquête s'est déroulée, qui poussait à développer ce type de contenu pour limiter les interactions directes (ce biais se retrouvait pour la visioconférence et les vidéos en ligne). Ce mode a l'avantage de rendre la formation possible sur n'importe quel poste informatique et à n'importe quel moment, au rythme voulu, en favorisant l'interactivité mais sans interlocuteur. La journée de formation de groupe, qui est arrivée en deuxième position, offre une interaction directe avec la possibilité de poser facilement des questions mais nécessite du temps hors de l'officine. Elle peut permettre de rencontrer des professionnels hospitaliers spécialisés en oncologie (médecins, pharmaciens, infirmiers, etc.). Elle a devancé légèrement les autres modes dont la formation individualisée dans l'officine, qui est parfois réalisée pendant les heures d'ouverture et peut subir des interruptions selon l'affluence des patients mais apporte de l'interactivité sans les contraintes d'un déplacement hors de l'officine. Au contraire, les vidéos en ligne manquent d'interactivité mais offrent de la liberté sur le lieu, le moment et le rythme de visionnage. La visioconférence présente des caractéristiques proches de la formation individualisée dans l'officine mais nécessite un équipement adapté.

Par la suite, des suggestions concernant des dispositifs de lien ville-hôpital pour les patients sous M.A.V.O. ont été recueillies. L'un des premiers problèmes exprimés était le manque de coordination des centres initiateurs avec les pharmaciens d'officine, qui connaissent généralement bien et depuis longtemps leurs patients, pouvant ainsi être un relais de proximité utile. La volonté des équipes semblait d'être un maillon de la prise en charge et pas seulement le bout d'une chaîne de distribution.

D'autre part, une demande importante d'informations régulières (sur le (la) patient(e) ou le traitement) était clairement visible dans ces suggestions, c'était le thème qui rassemblait le plus grand nombre de propositions. Parmi les documents les plus demandés, on trouvait le protocole et le P.P.S. (pouvant être confondus comme précisé plus haut). Ces documents sont essentiels à l'officine pour comprendre le parcours du (de la) patient(e), identifier ses besoins, réaliser une analyse d'interactions. Les fiches d'information sur le traitement (qui faisaient

aussi partie des 3 documents les plus demandés, comme par exemple les fiches Oncolien® (32)) peuvent être accessibles directement à l'équipe officinale, mais le fait qu'elles soient transmises par le centre de cancérologie permet de reprendre lors de la dispensation les mêmes éléments que ceux abordés à l'hôpital avec le même support. Dans les documents moins fréquemment suggérés, le compte-rendu hospitalier permettrait d'avoir une idée plus globale de la prise en charge déjà en cours, ce pourrait être un complément du P.P.S. Les fiches de suivi du patient (considérées équivalentes aux « informations d'aide à la dispensation » citées dans la partie 3.5.1.1, contenant les informations essentielles pour la bonne prise en charge, effets indésirables, contrôles, etc.) permettraient à l'équipe officinale d'être plus efficace avant, pendant et après la dispensation. Elles se rapprochent des fiches traitement pour professionnels. Les résultats d'analyses biologiques sont importants dans la délivrance de plusieurs M.A.V.O. mais pas toujours accessibles à l'officine. Il arrive que l'ordonnance précise des limites par rapport à ces résultats pour effectuer la délivrance. Il n'est pas dans l'habitude des patients de les présenter à la pharmacie car ce sont les médecins qui les interprètent. Enfin la demande de transmission de l'ordonnance était à comprendre comme une transmission avant la venue du (de la) patient(e) à l'officine, de manière à anticiper la commande de la spécialité (si besoin) et se documenter. Cette demande de transmission en amont a été supposée pour les documents précédents.

Les équipes officinales ont particulièrement réclamé des informations sur ce qu'il s'était passé à l'hôpital avant le départ du (de la) patient(e), car les traitements administrés en milieu hospitalier sont souvent invisibles pour les pharmaciens des officines (que cela soit les traitements administrés uniquement à l'hôpital ou les éventuelles premières prises de traitements disponibles en ville) tout comme ceux rétrocédés par les pharmacies hospitalières. Certaines de ces informations pourraient être obtenues via le protocole, le P.P.S. et le compte-rendu hospitalier. L'ensemble de ces documents ou informations (et les précédents) peut être partagé par le biais de dispositifs numériques existants, comme le D.C.C. ou le D.M.P. Leur meilleure exploitation a été demandée, c'est une démarche à faire à la fois pour les centres ayant une activité de cancérologie et les officines.

D'autre part, le développement des contacts entre centres ayant une activité de cancérologie et officines a été proposé. Le nombre de propositions dans le sens « hôpital vers officine » était supérieur, un résultat potentiellement influencé par le fait que l'enquête avait été proposée seulement à des équipes officinales. Dans ce sens, les officinaux souhaitaient

surtout être contactés dans le but de connaître le contenu de l'ordonnance à l'avance, ce qui leur permet de s'approvisionner (si besoin) et de se documenter, comme pour la demande de transmission de l'ordonnance en amont. Ce contact avait pourtant été déclaré comme réalisé par plusieurs centres étudiés dans l'enquête. Dans l'autre sens de communication (« officine vers hôpital »), c'étaient un interlocuteur référent ou des coordonnées directes qui ont été demandés, soit un moyen d'obtenir rapidement des réponses à des questions qui se posent parfois alors que le (la) patient(e) attend. Cet élément confirmait la nécessité d'échange de coordonnées entre pharmacie hospitalière et pharmacie de ville (comme observé dans la partie 3.5.1.3). Si on considère les interactions entre ces deux parties d'une manière générale, un accroissement de l'utilisation des M.S.S. répondrait à une demande des officinaux. Comme expliqué plus haut, elles permettent de répondre aux impératifs de confidentialité des échanges et peuvent proposer des annuaires de professionnels de santé. Le fonctionnement asynchrone est à la fois un avantage (les messages sont stockés en l'absence de l'utilisateur) et un inconvénient (le délai de réponse est variable, ce qui ne les rend pas adaptées aux questions urgentes).

Pour finir, parmi les procédures proposées, le système de carnet pour faire remonter les effets indésirables existe déjà sous forme d'applications pour téléphone intelligent (par exemple Applichimio® utilisée par le Centre Jean Perrin), mais l'idée demeure intéressante dans la prise en charge (notamment pour les patients ne possédant pas ces téléphones). La deuxième procédure suggérée était des entretiens pharmaceutiques d'E.T.P. Ils avaient été déclarés comme mis en place par certains centres (notamment le Centre Jean Perrin et le C.H.U. de Clermont-Ferrand, sous la forme de la consultation tripartite). D'autres avaient déclaré des entretiens pharmaceutiques sans parler d'E.T.P. L'E.T.P. est un moyen de rendre le (la) patient(e) acteur (-trice) de sa prise en charge, cependant les programmes d'E.T.P. sont complexes à mettre en place, ils nécessitent une organisation et un financement adéquats.

Les commentaires émis étaient en nombre très faible. Ceci dit, la satisfaction exprimée vis-à-vis des programmes d'E.T.P. pour patients sous M.A.V.O. allait dans le même sens que la suggestion de leur développement lors d'entretiens pharmaceutiques. D'un point de vue plus large, une officine a déploré la faiblesse du lien ville-hôpital. Ce commentaire serait à vérifier en recueillant le point de vue hospitalier et en comparant les données rurales avec des données issues des zones urbaines. Enfin, une notion semblait pertinente au vu des éléments

qui précèdent, à savoir que le lien ville-hôpital devrait se construire par l'action des centres ayant une activité de cancérologie associée à celle des pharmacies d'officine.

Dès 2013, une enquête avait identifié un fort besoin de lien ville-hôpital chez des pharmaciens d'officine en Gironde à propos des M.A.V.O. Elle pointait déjà la nécessité d'être averti de la prescription du M.A.V.O. avant la venue du (de la) patient(e) à l'officine (pour s'approvisionner et se documenter) ainsi que le manque d'informations chez les officinaux pour répondre aux questions des patients (49). D'autres programmes de lien ville-hôpital tels que ceux observés dans cette enquête sont actuellement développés en France : ils sont souvent axés sur des programmes d'E.T.P. ou de consultations pharmaceutiques au niveau des centres ayant une activité de cancérologie, associés à des actions de coordination avec les professionnels de ville. Une étude menée en 2016 sur les 18 centres de lutte contre le cancer (C.L.C.C.) français a constaté des retours positifs sur des actions de coordination entreprises avec la ville mais également qu'il était « urgent d'harmoniser les pratiques de communication » en mettant en avant le D.C.C. et la sécurisation des échanges (50).
De l'autre côté de l'Atlantique, en particulier au Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (C.H.U.M.), un dispositif d'accompagnement pharmaceutique existait pour tous les patients sous anticancéreux intraveineux (vu lors de l'expérience personnelle de l'auteur de cette thèse d'avril à juin 2019). Ce centre a mis en place en avril 2019 un projet d'accompagnement des patients sous M.A.V.O. Peu après la prescription, un entretien pharmaceutique était proposé au (à la) patient(e). Au préalable, le (la) pharmacien(ne) hospitalier (-ère) contrôlait l'indication et la posologie du M.A.V.O. puis recueillait les traitements chroniques par contact de l'officine (« pharmacie communautaire » au Québec) du (de la) patient(e) et/ou interrogation du Dossier santé Québec (D.S.Q.). Ce dossier électronique est proche du D.M.P. français et est ouvert automatiquement pour tout citoyen recevant « des services de santé ou des services sociaux » (51) au Québec (il est néanmoins possible de refuser la communication des renseignements contenus dans le D.S.Q.). Il contient notamment les traitements médicamenteux (délivrés en officine), coordonnées de l'officine habituelle du (de la) patient(e), résultats des analyses biologiques (effectuées dans les laboratoires privés). Lors de l'entretien, le recueil des traitements était vérifié et complété (notamment avec la phytothérapie, les compléments alimentaires). Les étapes du traitement anticancéreux, ses effets indésirables et leur gestion étaient détaillés au (à la) patient(e) qui pouvait alors poser

des questions. Les différences avec les entretiens pharmaceutiques français cités ci-dessus étaient que certains médicaments (à délivrance hospitalière) étaient remis lors de cet entretien et que, si nécessaire et si le médecin avait accordé une délégation pour le (la) patient(e), le (la) pharmacien(ne) hospitalier (-ère) pouvait prescrire certains traitements de support (comme des antinauséeux, ceci se faisant dans le cadre d'une « ordonnance collective » (52)). A l'issue de l'entretien avait lieu l'analyse des interactions. Deux documents étaient ensuite faxés à la pharmacie d'officine : l'ordonnance et le plan de transfert. Le plan de transfert est l'équivalent des « informations d'aide à la dispensation » dans l'enquête, il rassemble notamment les principaux éléments à contrôler lors de la délivrance du M.A.V.O., les principaux effets indésirables et la façon de les gérer. Entre 7 et 14 jours après le début du traitement, un suivi des effets indésirables, avec ajustement éventuel des antinauséeux, était effectué par le (la) pharmacien(ne) hospitalier (-ère). Par contre, au moment de l'observation de ce dispositif, aucun retour n'était demandé par la pharmacie hospitalière à l'officine. L'effectif des pharmaciens du C.H.U.M. permettait d'offrir à une grande partie des patients sous anticancéreux un entretien pharmaceutique. En cas de questions, les patients et pharmaciens d'officine disposaient d'un numéro direct vers le satellite d'oncologie de la pharmacie hospitalière.

La répartition géographique homogène des officines ayant répondu était un point positif pour la représentativité de l'échantillon. Le taux de réponse a été supérieur à 50 %, ce qui limitait l'erreur, mais il serait possible que l'avis des non-répondants change l'interprétation des données. La part de non-réponse peut s'expliquer par la longueur importante du questionnaire ou son mode de remplissage par voie numérique (choisi pour la facilité et rapidité de diffusion, la remontée instantanée des données, la possibilité de contraintes de saisie). L'usage du mode déclaratif impliquait une part de subjectivité dans les données. Également, cette étude n'a recensé que les avis des officines et n'a pas directement comparé leur point de vue à celui des centres ayant une activité de cancérologie ou à celui d'autres professionnels du secteur communautaire (médecins généralistes, infirmiers libéraux, etc.). Concernant les centres étudiés, l'I.U.C.T. regroupe en réalité 3 sites : 2 intégrés au C.H.U. de Toulouse (Purpan et Rangueil-Larrey) et l'Oncopôle. Ce dernier site a été choisi car il dispose d'une pharmacie dédiée à l'oncologie. Le faible effectif des réponses concernant les centres autres que les 3 étudiés (I.U.C.T. Oncopôle, C.H. de Rodez, I.C.M.) a rendu l'interprétation des

réponses qui les concernaient impossible à l'échelle du département. Enfin, la conception du questionnaire a empêché la rotation aléatoire des propositions de certaines questions à choix multiple (cf. 2.1.1), l'ordre des propositions a donc pu parfois influer sur le répondant.

5. Conclusion

Dans le cadre d'une primo-prescription de M.A.V.O., il a été constaté que des dispositifs de lien hôpital-officine existaient, mais que leur implantation dans la pratique courante était incomplète. Ainsi, il est ressorti de ce travail que les officinaux ayant répondu au questionnaire sont très demandeurs d'informations émanant des centres prescripteurs et seraient intéressés pour être intégrés dans la prise en charge. Il est apparu que leur possibilité d'effectuer leur travail de manière optimale dans l'intérêt des patients était limitée pour le domaine des M.A.V.O.

Des moyens existants pour effectuer la coordination ont été identifiés, notamment la transmission d'informations via M.S.S., le D.P., le D.M.P., le D.C.C. et les entretiens pharmaceutiques. Des procédures nouvelles pour systématiser les communications seraient à créer et un échange de coordonnées entre professionnels des deux secteurs a semblé urgent.

Une évaluation à plus large échelle avec des points de vue plus divers (professionnels hospitaliers, autres professionnels de santé du secteur communautaire, patients) pourrait être intéressante pour déterminer plus précisément les dispositifs idéaux. La coordination ville-hôpital est un enjeu important dans le domaine très actif des M.A.V.O., il serait sans doute utile d'étudier sa mise en pratique et les besoins dans d'autres domaines thérapeutiques.

Le Doyen de l'UFR de Pharmacie,	Le Président du jury,
Brigitte VENNAT	David BALAYSSAC

Références bibliographiques

1. Cancer — acadpharm [Internet]. Le Dictionnaire de l'Académie nationale de Pharmacie. 2017 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: http://dictionnaire.acadpharm.org/w/Cancer

2. Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 (Volume 1 - Tumeurs solides) [Internet]. Saint-Maurice (France): Santé publique France; 2019 juill [cité 28 août 2020] p. 372. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Rapport-Volume-1-Tumeurs-solides-Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-2018-juillet-2019

3. Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, Guizard A-V, Voirin N, Monnereau A, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 – Tumeurs solides [Internet]. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2016 [cité 9 sept 2020] p. 274. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/docs/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2013.-etude-a-partir-des-registres-des-cancers-du-reseau-francim.-partie-1

4. Monnereau A, Uhry Z, Bossard N, Cowppli-Bony A, Voirin N, Delafosse P, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 2 – Hémopathies malignes [Internet]. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2016 p. 144. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/docs/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2013.-etude-a-partir-des-registres-des-cancers-du-reseau-francim.-partie-2

5. Modalités de dépistage des cancers - Stratégies de dépistage [Internet]. Institut national du cancer. 2020 [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Strategies-de-depistage/Modalites-de-depistage-des-cancers

6. Acquaviva J-L, Bahadoor MRK, Cavallini-Lambert M, Charra C, Estocq G-A, Bernard F, et al. Organisation des soins en cancérologie [Internet]. Boulogne-Billancourt: Institut National du Cancer; 2016 [cité 4 sept 2020]. 54 p. (Outils pour la pratique des médecins généralistes - Du diagnostic au suivi). Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Organisation-des-soins-en-cancerologie

7. Code de la santé publique - Article R6123-88. Code de la santé publique sept 28, 2018.

8. Courdesses F, Desbiolles A, Derozier N, Bréchot J-M, Vandewalle H, Viguier J, et al. Évolution du dispositif d'annonce d'un cancer [Internet]. Boulone-Billancourt: Institut national du cancer; 2019 [cité 5 sept 2020]. 36 p. (Recommandations et référentiels / Référentiels organisationnels). Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce

9. Les thérapies ciblées dans le traitement du cancer en 2015 /État des lieux et enjeux [Internet]. INCa; 2016 juill [cité 12 sept 2020] p. 82. (Appui à la décision). Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-therapies-ciblees/Medecine-de-precision-les-therapies-ciblees

10. Chimiothérapie — acadpharm [Internet]. Le Dictionnaire de l'Académie nationale de Pharmacie. 2017 [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: http://dictionnaire.acadpharm.org/w/Chimioth%C3%A9rapie

11. Hirsch J. An Anniversary for Cancer Chemotherapy. JAMA. 27 sept 2006;296(12):1518-20.

12. Hajdu SI, Darvishian F. A note from history: Landmarks in history of cancer, part 5. Cancer. 2013;119(8):1450-66.

13. Galmarini D, Galmarini CM, Galmarini FC. Cancer chemotherapy: A critical analysis of its 60 years of history. Crit Rev Oncol Hematol. 1 nov 2012;84(2):181-99.

14. Jordan VC. A Century of Deciphering the Control Mechanisms of Sex Steroid Action in Breast and Prostate Cancer: The Origins of Targeted Therapy and Chemoprevention. Cancer Res. 15 févr 2009;69(4):1243-54.

15. Borel C, Debelle-Le Colleter A, Ferrain O, Kolski M, Laforest-Bruneaux A, Legrand D, et al. Anticancéreux oraux - Etat des lieux en Île-de-France [Internet]. Paris: ARS Île-de-France; 2017 janv [cité 18 nov 2020] p. 32. Disponible sur: https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/AKO-idf-2017-raport-anticancereux_0.pdf

16. Thérapie — acadpharm [Internet]. Le Dictionnaire de l'Académie nationale de Pharmacie. 2018 [cité 19 sept 2020]. Disponible sur: https://dictionnaire.acadpharm.org/w/Th%C3%A9rapie

17. Padma VV. An overview of targeted cancer therapy. BioMedicine [Internet]. 28 nov 2015 [cité 13 sept 2020];5(4). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4662664/

18. DeVita VT, Chu E. A History of Cancer Chemotherapy. Cancer Res. 1 nov 2008;68(21):8643-53.

19. Abbott M, Ustoyev Y. Cancer and the Immune System: The History and Background of Immunotherapy. Semin Oncol Nurs. 1 oct 2019;35(5):150923.

20. Granier C, Karaki S, Roussel H, Badoual C, Tran T, Anson M, et al. Immunothérapie des cancers : rationnel et avancées récentes. Rev Médecine Interne. 1 oct 2016;37(10):694-700.

21. Agents infectieux et prévention - Infections [Internet]. Institut national du cancer. [cité 23 sept 2020]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Infections/Agents-infectieux-et-prevention

22. Cancer Treatment Vaccines - Immunotherapy - National Cancer Institute [Internet]. National Cancer Institute. 2019 [cité 23 sept 2020]. Disponible sur:

https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/immunotherapy/cancer-treatment-vaccines

23. Immunothérapie : mode d'action - Thérapies ciblées et immunothérapie spécifique [Internet]. Institut national du cancer. 2017 [cité 23 sept 2020]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Traitements/Therapies-ciblees-et-immunotherapie-specifique/Immunotherapie-mode-d-action

24. Monoclonal Antibodies - National Cancer Institute [Internet]. National Cancer Institute. 2019 [cité 23 sept 2020]. Disponible sur: https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/immunotherapy/monoclonal-antibodies

25. Immune System Modulators for Cancer Therapy - National Cancer Institute [Internet]. National Cancer Institute. 2019 [cité 23 sept 2020]. Disponible sur: https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/immunotherapy/immune-system-modulators

26. Targeted Cancer Therapies Fact Sheet - National Cancer Institute [Internet]. National Cancer Institute. 2020 [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/targeted-therapies/targeted-therapies-fact-sheet

27. Oncoguide. 1re éd. Groupe Pierre Fabre; 2019. 133 p.

28. VIDAL : Base de données médicamenteuse pour les prescipteurs libéraux [Internet]. VIDAL. [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/

29. Téléchargement - Base de données publique des médicaments [Internet]. Base de données publique des médicaments. 2020 [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/telechargement.php

30. FINESS : Consulter la base : Recherche par thème [Internet]. Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux. [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: http://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/rechercheSimple.jsp?coche=ok

31. Présentation DCC [Internet]. Réseau Onco Occitanie. [cité 28 nov 2020]. Disponible sur: https://www.onco-occitanie.fr/pro/page/presentation-dcc

32. Société Française de Pharmacie Oncologique - Oncolien [Internet]. SFPO ONCOLIEN. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: https://oncolien.sfpo.com/

33. Les cancers en France - édition 2017 [Internet]. Boulogne-Billancourt: Institut national du cancer; 2018 avr [cité 18 nov 2020] p. 254. (Les Données). Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/

34. Les logiciels validés DP - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. Ordre National des Pharmaciens. 2020 [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Les-logiciels-valides-DP

35. Vos droits : respect de la vie privée et confidentialité de vos données - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. Ordre National des Pharmaciens. 2020 [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Vos-droits-respect-de-la-vie-privee-et-confidentialite-de-vos-donnees

36. Sa genèse et son évolution - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. Ordre National des Pharmaciens. 2019 [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Sa-genese-et-son-evolution

37. Dossier médical partagé (DMP) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/article/dossier-medical-partage-dmp

38. DMP : Découvrir le DMP [Internet]. Dossier Médical Partagé. [cité 5 janv 2021]. Disponible sur: https://www.dmp.fr/patient/je-decouvre#Le-DMP-qu-est-ce-que-c-est

39. Article L1111-23 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Légifrance. 2019 [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886985/2019-07-27

40. Matrice d'habilitations des professionnels de santé [Internet]. Dossier Médical Partagé; 2020 [cité 5 janv 2021]. Disponible sur: https://www.dmp.fr/matrice-habilitation

41. DMP : Foire aux questions [Internet]. Dossier Médical Partagé. [cité 5 janv 2021]. Disponible sur: https://www.dmp.fr/ps/faq

42. Conditions générales d'utilisation du service DMP pour les professionnels de santé et les établissaments [Internet]. Dossier Médical Partagé. [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: https://www.dmp.fr/ps/cgu

43. Données de santé, messagerie électronique et fax | CNIL [Internet]. Commission nationale de l'informatique et des libertés. 2015 [cité 6 déc 2020]. Disponible sur: https://www.cnil.fr/fr/donnees-de-sante-messagerie-electronique-et-fax

44. Accueil - L'Annuaire Santé [Internet]. Annuaire.sante.fr. [cité 12 déc 2020]. Disponible sur: https://annuaire.sante.fr/web/site-pro/

45. Démographie des pharmaciens - panorama au 1er janvier 2020 [Internet]. Paris: Ordre national des pharmaciens; 2020 juin [cité 25 nov 2020] p. 140. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/506716/2312914/version/1/file/LA-DEMOGRAPHIE-2020.pdf

46. Bouet P, Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France - situation au 1er janvier 2018 [Internet]. Paris: Ordre national des médecins; 2019 avr [cité 25 nov 2020] p. 165. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf

47. Atlas des infirmiers [Internet]. Paris: Ordre national des infirmiers; 2020 juin [cité 28 nov 2020] p. 5. Disponible sur: https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/CNOI/Atlas/2020/2020_Atlas_Infirmier_V1.0.pdf

48. Signature d'un nouvel avenant sur l'accompagnement pharmaceutique et l'exercice coordonné [Internet]. Caisse nationale d'assurance maladie. 2020 [cité 8 déc 2020].

Disponible sur: https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/signature-dun-nouvel-avenant-sur-laccompagnement-pharmaceutique-et-lexercice-coordonne

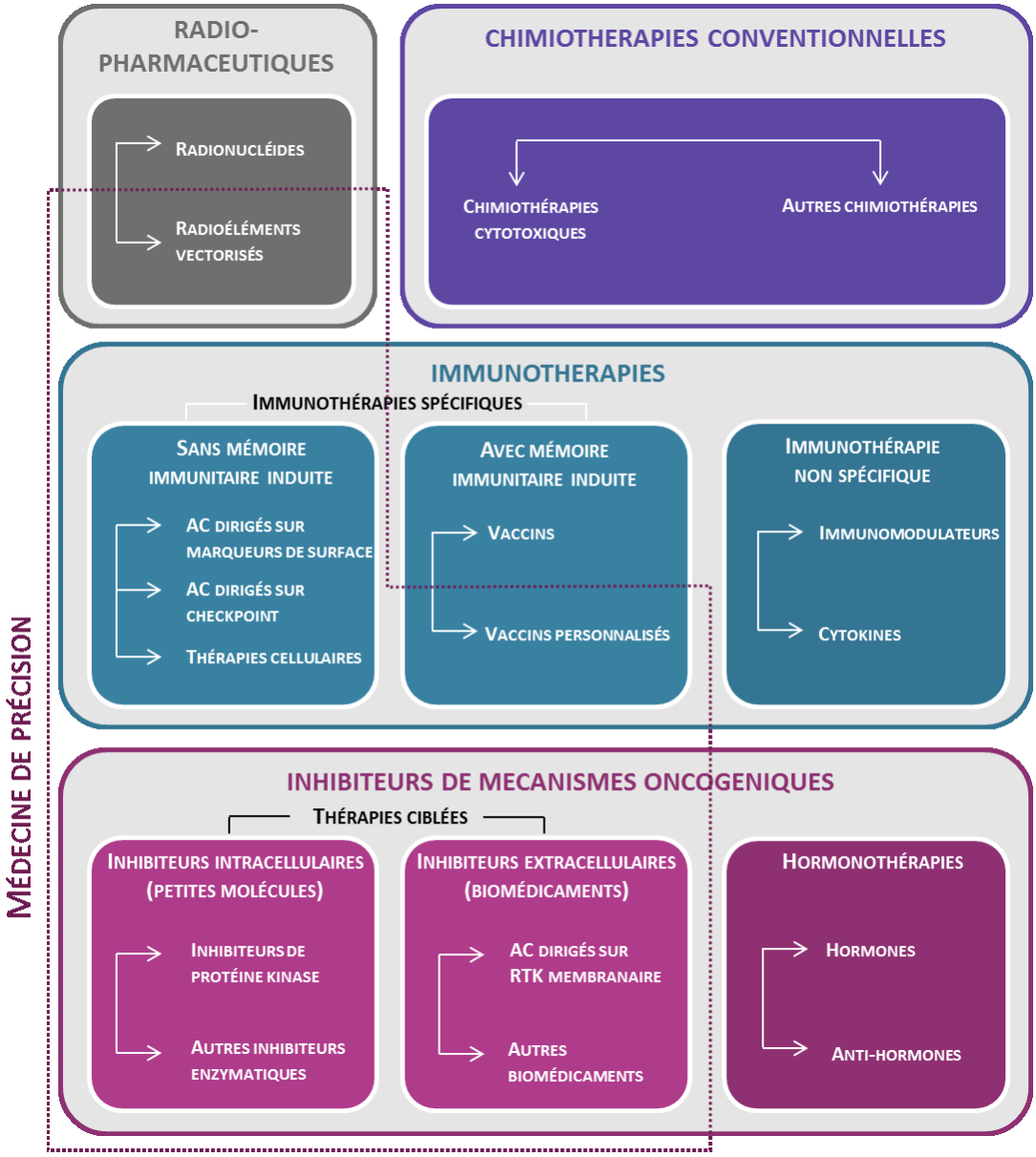
49. Renard P-Y. Délivrance des anticancéreux oraux : besoins et attentes du pharmacien d'officine. Actual Pharm. 1 févr 2013;52(523):44-7.

50. Occhipinti S, Petit-Jean E, Pinguet F, Beaupin C, Daouphars M, Parent D, et al. Implication du pharmacien dans l'accompagnement des patients sous anticancéreux oraux : état des lieux dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC). Bull Cancer (Paris). 1 sept 2017;104(9):727-34.

51. Vos droits - Dossier santé Québec [Internet]. Gouvernement du Québec. 2018 [cité 16 déc 2020]. Disponible sur: https://www.quebec.ca/sante/vos-informations-de-sante/dossier-sante-quebec/vos-droits/

52. Les ordonnances collectives - guide d'exercice [Internet]. Montréal, Canada: Collège des médecins du Québec; 2017 mai [cité 16 déc 2020] p. 29. Disponible sur: http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2017-05-01-fr-ordonnances-collectives.pdf?t=1608114927960

Annexe I : Classification des médicaments anticancéreux et périmètre de la médecine de précision (INCa)



Abréviations : AC : anticorps ; RTK : récepteur tyrosine kinase

Ce schéma est issu d'une publication de l'I.N.Ca. (9)

Annexe II : Traitements anticancéreux par voie orale disponibles à l'officine

Ces données sont issues d'un croisement des bases de données Thériaque (au 17/10/2020) et Vidal (au 21/10/2020). Lorsque cette classification suit la classification anatomique thérapeutique et chimique (A.T.C.), les codes des classes sont indiqués entre parenthèses.

Chimiothérapies conventionnelles :

Classification			D.C.I.	Spécialité(s)
Agents alkylants (L01A)	Moutardes à l'azote (L01AA)		Chlorambucil	Chloraminophene®
			Cyclophosphamide	Endoxan®
			Melphalan	Alkeran®
	Alkylsulfonates (L01AB)		Busulfan	Myleran®
	Autres agents alkylants		Altrétamine	Hexastat®
			Estramustine	Estracyt®
			Pipobroman	Vercyte®
			Procarbazine	Natulan®
Antimétabolites (L01B)	Antifolique (L01BA)		Méthotrexate	Methotrexate Bellon®
	Analogues de la purine (L01BB)		Fludarabine	Fludara®
			Mercaptopurine	Purinethol®, Xaluprine®
	Analogues de la pyrimidine (L01BC)		Capécitabine	Xeloda® + génériques
			Trifluridine/tipiracil	Lonsurf®
Agents induisant ou stabilisant des coupures de l'A.D.N.	Inhibiteurs de la topoisomérase I	Autres antinéoplasiques (L01XX)	Topotécan	Hycamtin®
	Inhibiteurs de la topoisomérase II	Dérivés de la podophyllotoxine (L01CB)	Etoposide	Celltop®
		Anthracyclines et apparentés (L01DB)	Idarubicine	Zavedos®
Agents interférant avec la tubuline et les microtubules	Vincaalcaloïdes et analogues (L01CA)		Vinorelbine	Navelbine® + génériques
Autres antinéoplasiques (L01XX)	Inhibiteurs de la synthèse de l'A.D.N.		Hydroxycarbamide	Hydrea®
	Réducteurs du nombre de plaquettes		Anagrélide	Xagrid® + génériques
	Agents différenciateurs		Bexarotène	Targretin®

Hormonothérapies :

	Classification	D.C.I.	Spécialité(s)
Hormones et apparentés	Estrogènes synthétiques non associés (G03CB)	Diéthylstilbestrol	Distilbene®
	Progestatifs (L02AB)	Mégestrol	Megace®
Antihormones et apparentés	Antiestrogènes (L02BA)	Tamoxifène	Nolvadex® + génériques
		Torémifène	Fareston®
	Antiandrogènes (L02BB)	Apalutamide	Erleada®
		Bicalutamide	Casodex®, Ormandyl Gé® + génériques
		Enzalutamide	Xtandi®
		Nilutamide	Anandron®
	Antiandrogènes (G03H)	Cyprotérone	Androcur® + génériques
	Inhibiteurs de l'aromatase (L02BG)	Anastrozole	Arimidex® + génériques
		Exémestane	Aromasine® + génériques
		Létrozole	Femara® + génériques
	Inhibiteur de la synthèse des androgènes	Abiratérone	Zytiga®

Thérapies ciblées :

Classification		Cible	D.C.I.	Spécialité(s)
Inhibiteurs de protéine kinase	Inhibiteurs de tyrosine kinase	Bcr-Abl (+ autres)	Bosutinib	Bosulif®
			Dasatinib	Sprycel® + génériques
			Imatinib	Glivec® + génériques
			Nilotinib	Tasigna®
			Ponatinib	Iclusig®
		EGFR (= HER-1)	Erlotinib	Tarceva® + génériques
			Géfitinib	Iressa® + génériques
			Osimertinib	Tagrisso®
		EGFR (= HER-1) et HER-2	Lapatinib	Tyverb®
		VEGFR	Axitinib	Inlyta®
		ALK	Céritinib	Zykadia®
		ALK et RET	Alectinib	Alecensa®
		ALK et ROS-1	Lorlatinib	Lorviqua®
		BTK	Ibrutinib	Imbruvica®
		JAK1 et JAK2	Ruxolitinib	Jakavi®
		Multikinases	Brigatinib	Alunbrig®
			Cabozantinib	Cabometyx®
			Crizotinib	Xalkori®
			Lenvatinib	Lenvima®
			Pazopanib	Votrient®
			Régorafénib	Stivarga®
			Sorafénib	Nexavar®
			Sunitinib	Sutent®
			Vandétanib	Caprelsa®
		EGFR (ErbB1), HER-2 (ErbB2), ErbB3 et ErbB4	Afatinib	Giotrif®
	Inhibiteurs de sérine-thréonine kinase	mTOR	Evérolimus	Afinitor®, Votubia® + génériques
		B-Raf	Dabrafénib	Tafinlar®
			Encorafénib	Braftovi®
			Vémurafénib	Zelboraf®
		MEK	Binimétinib	Mektovi®
			Cobimétinib	Cotellic®
			Tramétinib	Mekinist®
		CDK4 et CDK6	Abémaciclib	Verzenios®
			Palbociclib	Ibrance®
			Ribociclib	Kisqali®
	Autres inhibiteurs de protéine kinase	PI3 kinase δ	Idélalisib	Zydelig®
Inhibiteurs de la voie Hedgehog		SMO	Sonidégib	Odomzo®
			Vismodégib	Erivedge®
Inhibiteurs de BCL-2		BCL-2	Vénétoclax	Venclyxto®
Inhibiteurs du protéasome		Protéasome	Ixazomib	Ninlaro®
Inhibiteurs des PARP		PARP	Niraparib	Zejula®
			Olaparib	Lynparza®
			Rucaparib	Rubraca®

Annexe III : Questionnaire

Le questionnaire est présenté ici sous une forme condensée. Une réponse était obligatoire pour chaque question sauf lorsque cela est précisé dans la colonne « Particularités ».

Pages	Particularités
M.A.V.O. et dispositifs de lien ville-hôpital Bonjour, Le lien ville-hôpital est un aspect en mouvement de la prise en charge des patient(e)s. Il revêt une importance particulière pour les médicaments anticancéreux par voie orale (M.A.V.O.) qui, dans la majorité des cas, sont prescrits à l'hôpital et dispensés en ville. Dans le cadre de ma thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie, je souhaite recueillir le point de vue sur ce thème des professionnels de la pharmacie d'officine en Aveyron. Ainsi, ce questionnaire a pour but de recueillir votre expérience en matière de lien ville-hôpital en oncologie et de déterminer les dispositifs les plus utiles à la bonne prise en charge des patient(e)s. Il est proposé aux officines situées en Aveyron et concerne les médicaments anticancéreux par voie orale (M.A.V.O.) dispensés en officine : chimiothérapie, thérapies ciblées, hormonothérapie. Les questions portent majoritairement sur la primo-prescription d'un traitement (initiation ou changement de traitement). **Comment répondre ?** Un questionnaire est adressé par officine, il ne peut être rempli qu'une seule fois pour l'officine. Il est préférable que l'ensemble de l'équipe (ou les personnes les plus amenées à délivrer les M.A.V.O.) se concerte pour y répondre. **Sa durée est estimée à environ 15 minutes.** Pour toutes questions, vous pouvez écrire à l'adresse suivante : guillaume.cavallier@etu.uca.fr Merci pour votre participation ! Pour continuer, veuillez cliquer sur "Suivant". ← Précédent Suivant →	
Partie 1 : données sur l'officine Cette partie vise à recueillir des informations de contexte sur votre officine. **Quel est le nom de votre officine ?** [ ] *Cette information permet de confirmer qu'un seul questionnaire a été rempli par officine, les réponses sont ensuite traitées anonymement.* **Quelle est le code postal de la commune de votre officine ?** [ ] *L'emplacement géographique sera utilisé pour analyser le lien avec la proximité des centres de cancérologie.* **Dans votre officine, qui assure les dispensations de M.A.V.O. ?** Tous (-tes) / Un(e) en particulier / Aucun(e) Pharmacien(ne)s ○ ○ ○ Préparateurs (-trices) ○ ○ ○	

Partie 2 : données sur les centres de cancérologie

Dans cette partie, nous allons vous demander des renseignements sur les centres de cancérologie qui prescrivent des traitements que vous délivrez et sur la nature des prescriptions. Ces questions ne concernent que les prescriptions délivrées par votre officine.

De quel(s) centre(s) recevez-vous des prescriptions d'initiation de M.A.V.O. ?

Cochez les 2 ou 3 premiers centres dont vous recevez le plus de prescriptions.

- ☐ I.U.C.T. Oncopôle (Toulouse)
- ☐ Centre Jean Perrin (Clermont-Ferrand)
- ☐ C.H.U. de Clermont-Ferrand
- ☐ I.C.M. (Montpellier)
- ☐ C.H. Jacques Puel (Rodez)
- ☐ C.H. Henri Mondor (Aurillac)
- ☐ C.M.C. de Tronquières (Aurillac)
- ☐ Aucun
- ☐ Autre(s)

Si 'Autre(s)' précisez :

Pouvez-vous classer ces centres dans l'ordre du nombre de prescriptions d'initiation ?

(1 = centre dont votre officine reçoit le plus de prescriptions)

- ☐ I.U.C.T. Oncopôle (Toulouse)
- ☐ Centre Jean Perrin (Clermont-Ferrand)
- ☐ C.H.U. de Clermont-Ferrand
- ☐ I.C.M. (Montpellier)
- ☐ C.H. Jacques Puel (Rodez)
- ☐ C.H. Henri Mondor (Aurillac)
- ☐ C.M.C. de Tronquières (Aurillac)
- ☐ Autre(s)

Présentée uniquement si plus d'un centre avait été sélectionné à la question précédente

Selon vous, quelles sont les 3 molécules les plus représentées dans les prescriptions que vous recevez (initiation et renouvellement confondus, du 01/01/2019 au 31/12/2019) ?

En 1ère position :

Les molécules les plus dispensées vous sont présentées dans les listes déroulantes. Si vous ne trouvez pas la molécule recherchée, veuillez choisir "autre" (en bas de la liste) et indiquer son nom sur la ligne vide.

Si 'Autre' précisez :

En 2ème position :

Si 'Autre' précisez :

En 3ème position :

Si 'Autre' précisez :

Partie 3a : données sur les dispositifs de lien ville-hôpital (tous centres de cancérologie confondus)

Ces questions concernent les patient(e)s se présentant avec une ordonnance **d'initiation d'un M.A.V.O.**, quel que soit le centre prescripteur.

Concernant le Dossier Pharmaceutique (D.P.) du (de la) patient(e) :

	Oui, toujours	Souvent	Parfois	Non, jamais
Si ouvert, le consultez-vous ?				
L'ouvrez-vous si le (la) patient(e) n'en a pas ?				

Selon vous, quels sont les inconvénients/limites du D.P. ?

- ☐ Difficulté/impossibilité d'accès via le logiciel métier
- ☐ Absence des posologies
- ☐ Manque d'autres informations
- ☐ Nécessité de la carte Vitale
- ☐ Aucun
- ☐ Autre

Si 'Autre' précisez :

Concernant le Dossier Médical Partagé (D.M.P.) du (de la) patient(e) :

	Oui, toujours	Souvent	Parfois	Non, jamais
Si ouvert, le consultez-vous ?				
L'ouvrez-vous si le (la) patient(e) n'en a pas ?				

Selon vous, quels sont les inconvénients/limites du D.M.P. ?

- ☐ Difficulté/impossibilité d'accès via le logiciel métier
- ☐ Manque d'informations
- ☐ Délai de visibilité des informations
- ☐ Aucun
- ☐ Autre

Si 'Autre' précisez :

Si un centre de cancérologie vous transmet des informations, qu'en faites-vous ?

	Oui, toujours	Souvent	Parfois	Non, jamais
Transmission à toute l'équipe	○	○	○	○
Numérisation dans le dossier patient(e)	○	○	○	○

Autres/remarques :

Facultative

Partie 3b : données sur les dispositifs de lien ville-hôpital (par centre)

Ces questions vont concerner **un seul** centre de cancérologie en particulier (en fonction des centres sélectionnés au début), toujours pour des prescriptions **d'initiation d'un M.A.V.O.** Chaque centre vous sera indiqué par un bandeau en haut de la page.

Les questions concernent uniquement les prescriptions délivrées dans votre officine, sauf si une indication contraire est présente (cas d'une seule question par centre).

Veuillez cliquer sur "Suivant" pour continuer.
(Si vous n'avez sélectionné aucun centre parmi ceux proposés dans le début du questionnaire, vous passerez automatiquement à la partie suivante.)

Centre Jean Perrin (Clermont-Ferrand)

Partie présentée uniquement si le Centre Jean Perrin avait été sélectionné

Patient(e)s en provenance du Centre Jean Perrin uniquement
(avec une ordonnance d'initiation d'un M.A.V.O.)

Comment recevez-vous le plus souvent les prescriptions de ce centre ?

(Si vous recevez une copie en premier, cochez le mode de réception de cette copie)

- ☐ Amenée par le (la) patient(e)
- ☐ Fax
- ☐ M.S.S. (Messagerie Sécurisée de Santé)
- ☐ Courrier
- ☐ Courrier électronique
- ☐ Autre

Si 'Autre' précisez :

Transmettez-vous ces prescriptions au médecin traitant du (de la) patient(e) ?

- ○ Oui, toujours
- ○ Parfois
- ○ Souvent
- ○ Non, jamais

Centre Jean Perrin (Clermont-Ferrand) (2/7)

Présentée seulement si un (des) document(s) était (étaient) joint(s)

De quel(s) document(s) ces prescriptions sont-elles accompagnées ?

- ☐ Protocole de traitement
- ☐ Analyses biologiques
- ☐ Informations d'aide à la dispensation (par exemple données essentielles à vérifier et informations générales à donner)
- ☐ Aucun
- ☐ Compte-rendu de R.C.P.
- ☐ Autre(s)
- ☐ Fiche traitement (S.F.P.O., réseau régional de cancérologie,...)

Si 'Autre(s)' précisez :

Quelle est l'utilité de ce(s) documents(s) dans votre délivrance et votre suivi ?

0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5

Inutile — Très utile

Centre Jean Perrin (Clermont-Ferrand) (3/7)

Présentée uniquement si la proportion saisie était différente de 0

Dans quelle proportion des primo-prescriptions êtes-vous contactés par un(e) professionnel (le) de ce centre (personnel pharmaceutique, médical ou paramédical) avant la venue du (de la) patient(e) ?

0 — 100

Quelle est l'utilité de cet échange dans votre délivrance et votre suivi ?

0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5

Inutile — Très utile

Êtes-vous informés lorsqu'un M.A.V.O. rétrocédé par l'hôpital est initié chez un(e) de vos patient(e) réguliers (-ères) ?

Cette question est la seule (pour chaque centre) qui concerne les médicaments délivrés par l'hôpital et non par votre officine.

- ○ Oui, toujours
- ○ Parfois
- ○ Souvent
- ○ Non, jamais

Centre Jean Perrin (Clermont-Ferrand) (4/7)

Vous arrive-t-il de contacter des professionnels de ce centre pour obtenir des informations pour une délivrance de M.A.V.O. ?

	Oui, toujours	Souvent	Parfois	Non, jamais
Médecin	○	○	○	○
Pharmacien(ne)	○	○	○	○
Infirmier (-ère) de coordination	○	○	○	○
Infirmier (-ère)	○	○	○	○

Selon-vous quelles pourraient être les difficultés limitant la communication entre vous et les pharmacien(ne)s de ce centre ?

- ☐ Faible disponibilité à l'hôpital
- ☐ Faible disponibilité à l'officine
- ☐ Absence de coordonnées
- ☐ Mauvaise compréhension des problèmes réciproques
- ☐ Aucune
- ☐ Autre(s)

Si 'Autre(s)' précisez : _____

Vous arrive-t-il de faire remonter au Centre Jean Perrin des problèmes liés au M.A.V.O. (observance, effets indésirables,...) en cours de traitement ?

0	1	2	3	4	5

Jamais — Toujours

Centre Jean Perrin (Clermont-Ferrand) (5/7)

Avez-vous déjà entendu parler du système de consultation tripartite au niveau du Centre Jean Perrin ?

○ Oui ○ Non

La consultation tripartite a lieu lors de l'initiation d'un M.A.V.O. Elle implique le médecin, l'infirmier (-ère) coordinateur (-trice) et le (la) pharmacien(ne) hospitalier (-ère) successivement. Elle vise à expliquer le rôle et les particularités d'un M.A.V.O., vérifier les interactions médicamenteuses. Elle permet d'aborder les effets indésirables potentiels, voire de les prévenir ou de donner la conduite à tenir lorsqu'ils surviennent.

Avez-vous accès au compte-rendu de cette consultation lors de la dispensation du M.A.V.O. ?

○ Oui, toujours ○ Parfois
○ Souvent ○ Non, jamais

Les informations issues de cette consultation sont-elles utiles pour votre pratique ?

0	1	2	3	4	5

Inutiles — Très utiles

Pensez-vous que les informations issues de cette consultation pourraient être intéressantes pour votre pratique ?

0	1	2	3	4	5

Pas du tout — Tout à fait

Présentées uniquement si la consultation tripartite était connue (valable pour ces deux questions)

Présentée uniquement si elle n'était pas connue

Centre Jean Perrin (Clermont-Ferrand) (6/7)

Vous arrive-t-il de discuter du dispositif PROM (Patient-Reported OutcoMe) APPLICHIMIO avec des patient(e)s suivis par le Centre Jean Perrin ?

○ Oui ○ Je ne connais pas le dispositif
○ Non

Il s'agit d'une application pour téléphone permettant au (à la) patient(e) de faire remonter les effets indésirables directement au centre de cancérologie.

Le trouvez-vous utile dans votre pratique professionnelle ?

0	1	2	3	4	5

Pas du tout — Tout à fait

Le trouveriez-vous utile dans votre pratique professionnelle ?

0	1	2	3	4	5

Pas du tout — Tout à fait

Présentée uniquement si « Oui » ou « Non » à la question précédente

Présentée si « Je ne connais pas le dispositif »

Centre Jean Perrin (Clermont-Ferrand) (7/7) **Les patient(e)s issu(e)s de ce centre vous semblent-ils (-elles) à l'aise avec leur nouveau traitement à l'arrivée dans votre officine ?** 0 1 2 3 4 5 Pas du tout — Tout à fait **Comment évaluez-vous globalement l'utilité des dispositifs de lien ville-hôpital avec ce centre ?** 0 1 2 3 4 5 Absente — Essentielle **Avez-vous des observations/suggestions concernant les dispositifs de lien ville-hôpital avec le Centre Jean Perrin ?**	Facultative
I.U.C.T. Oncopôle (Toulouse) Patient(e)s en provenance de l'I.U.C.T. Oncopôle uniquement (avec une ordonnance d'initiation d'un M.A.V.O.) **Comment recevez-vous le plus souvent les prescriptions de ce centre ?** *(Si vous recevez une copie en premier, cochez le mode de réception de cette copie)* ☐ Amenée par le (la) patient(e) ☐ Fax ☐ M.S.S. (Messagerie Sécurisée de Santé) ☐ Courrier ☐ Courrier électronique ☐ Autre Si 'Autre' précisez : **Transmettez-vous ces prescriptions au médecin traitant du (de la) patient(e) ?** ○ Oui, toujours ○ Parfois ○ Souvent ○ Non, jamais	Partie présentée uniquement si l'I.U.C.T. Oncopôle avait été sélectionné
I.U.C.T. Oncopôle (Toulouse) (2/6) **De quel(s) document(s) ces prescriptions sont-elles accompagnées ?** ☐ Protocole de traitement ☐ Analyses biologiques ☐ Informations d'aide à la dispensation (par exemple données essentielles à vérifier et informations générales à donner) ☐ Aucun ☐ Compte-rendu de R.C.P. ☐ Autre(s) ☐ Fiche traitement (S.F.P.O., réseau régional de cancérologie,...) Si 'Autre(s)' précisez : **Quelle est l'utilité de ce(s) document(s) dans votre délivrance et votre suivi ?** 0 1 2 3 4 5 Inutile — Très utile	Présentée seulement si un (des) document(s) était (étaient) joint(s)
I.U.C.T. Oncopôle (Toulouse) (3/6) **Dans quelle proportion des primo-prescriptions êtes-vous contactés par un(e) professionnel (le) de ce centre (personnel pharmaceutique, médical ou paramédical) avant la venue du (de la) patient(e) ?** 0 — 100 **Quelle est l'utilité de cet échange dans votre délivrance et votre suivi ?** 0 1 2 3 4 5 Inutile — Très utile **Êtes-vous informés lorsqu'un M.A.V.O. rétrocédé par l'hôpital est initié chez un(e) de vos patient(e) réguliers (-ères) ?** *Cette question est la seule (pour chaque centre) qui concerne les médicaments délivrés par l'hôpital et non par votre officine.* ○ Oui, toujours ○ Parfois ○ Souvent ○ Non, jamais	Présentée uniquement si la proportion saisie était différente de 0

I.U.C.T. Oncopôle (Toulouse) (4/6)

Vous arrive-t-il de contacter des professionnels de ce centre pour obtenir des informations pour une délivrance de M.A.V.O. ?

	Oui, toujours	Souvent	Parfois	Non, jamais
Médecin	○	○	○	○
Pharmacien(ne)	○	○	○	○
Infirmier (-ère) de coordination	○	○	○	○
Infirmier (-ère)	○	○	○	○

Selon-vous quelles pourraient être les difficultés limitant la communication entre vous et les pharmacien(ne)s de ce centre ?

- ☐ Faible disponibilité à l'hôpital
- ☐ Faible disponibilité à l'officine
- ☐ Absence de coordonnées
- ☐ Mauvaise compréhension des problèmes réciproques
- ☐ Aucune
- ☐ Autre(s)

Si 'Autre(s)' précisez :

Vous arrive-t-il de faire remonter à l'I.U.C.T. Oncopôle des problèmes liés au M.A.V.O. (observance, effets indésirables,...) en cours de traitement ?

0 1 2 3 4 5

Jamais — Toujours

I.U.C.T. Oncopôle (Toulouse) (5/6)

Avez-vous accès au D.C.C. (Dossier Communicant de Cancérologie) en lien avec l'I.U.C.T. Oncopôle ?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Je ne connais pas le dispositif

Celui-ci contient notamment des informations issues de la R.C.P. (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire), le type de cancer, des informations saisies par pharmacie hospitalière.

Trouvez-vous ce dispositif utile dans votre pratique ?

0 1 2 3 4 5

Pas du tout — Tout à fait

Trouveriez-vous ce dispositif utile dans votre pratique ?

0 1 2 3 4 5

Pas du tout — Tout à fait

Présentée uniquement si le D.C.C. était accessible

Présentée dans les autres cas

I.U.C.T. Oncopôle (Toulouse) (6/6)

Les patient(e)s issu(e)s de ce centre vous semblent-ils (-elles) à l'aise avec leur nouveau traitement à l'arrivée dans votre officine ?

0 1 2 3 4 5

Pas du tout — Tout à fait

Comment évaluez-vous globalement l'utilité des dispositifs de lien ville-hôpital avec ce centre ?

0 1 2 3 4 5

Absente — Essentielle

Avez-vous des observations/suggestions concernant les dispositifs de lien ville-hôpital avec l'I.U.C.T. Oncopôle ?

Facultative

C.H. Jacques Puel (Rodez)

Patient(e)s en provenance du Centre Hospitalier Jacques Puel (Rodez) uniquement (avec une ordonnance d'initiation d'un M.A.V.O.)

Comment recevez-vous le plus souvent les prescriptions de ce centre ?

(Si vous recevez une copie en premier, cochez le mode de réception de cette copie)

- ☐ Amenée par le (la) patient(e)
- ☐ M.S.S. (Messagerie Sécurisée de Santé)
- ☐ Courrier électronique
- ☐ Fax
- ☐ Courrier
- ☐ Autre

Si 'Autre' précisez :

Transmettez-vous ces prescriptions au médecin traitant du (de la) patient(e) ?

- ○ Oui, toujours
- ○ Souvent
- ○ Parfois
- ○ Non, jamais

Partie présentée uniquement si le C.H. de Rodez avait été sélectionné

C.H. Jacques Puel (Rodez) (2/6)

De quel(s) document(s) ces prescriptions sont-elles accompagnées ?

- ☐ Protocole de traitement
- ☐ Informations d'aide à la dispensation (par exemple données essentielles à vérifier et informations générales à donner)
- ☐ Compte-rendu de R.C.P.
- ☐ Fiche traitement (S.F.P.O., réseau régional de cancérologie,...)
- ☐ Analyses biologiques
- ☐ Aucun
- ☐ Autre(s)

Si 'Autre(s)' précisez :

Quelle est l'utilité de ce(s) document(s) dans votre délivrance et votre suivi ?

0	1	2	3	4	5

Inutile — Très utile

Présentée seulement si un (des) document(s) était (étaient) joint(s)

C.H. Jacques Puel (Rodez) (3/6)

Dans quelle proportion des primo-prescriptions êtes-vous contactés par un(e) professionnel (le) de ce centre (personnel pharmaceutique, médical ou paramédical) avant la venue du (de la) patient(e) ?

0 — 100

Quelle est l'utilité de cet échange dans votre délivrance et votre suivi ?

0	1	2	3	4	5

Inutile — Très utile

Êtes-vous informés lorsqu'un M.A.V.O. rétrocédé par l'hôpital est initié chez un(e) de vos patient(e) réguliers (-ères) ?

Cette question est la seule (pour chaque centre) qui concerne les médicaments délivrés par l'hôpital et non par votre officine.

- ○ Oui, toujours
- ○ Souvent
- ○ Parfois
- ○ Non, jamais

Présentée uniquement si la proportion saisie était différente de 0

C.H. Jacques Puel (Rodez) (4/6)

Vous arrive-t-il de contacter des professionnels de ce centre pour obtenir des informations pour une délivrance de M.A.V.O. ?

	Oui, toujours	Souvent	Parfois	Non, jamais
Médecin	○	○	○	○
Pharmacien(ne)	○	○	○	○
Infirmier (-ère) de coordination	○	○	○	○
Infirmier (-ère)	○	○	○	○

Selon-vous quelles pourraient être les difficultés limitant la communication entre vous et les pharmacien(ne)s de ce centre ?

- ☐ Faible disponibilité à l'hôpital
- ☐ Faible disponibilité à l'officine
- ☐ Absence de coordonnées
- ☐ Mauvaise compréhension des problèmes réciproques
- ☐ Aucune
- ☐ Autre(s)

Si 'Autre(s)' précisez :

Vous arrive-t-il de faire remonter au C.H. de Rodez des problèmes liés au M.A.V.O. (observance, effets indésirables,...) en cours de traitement ?

0	1	2	3	4	5

Jamais — Toujours

C.H. Jacques Puel (Rodez) (5/6) **Avez-vous déjà entendu parler du système d'entretiens pharmaceutiques réalisés par le C.H. de Rodez ?** ○ Oui ○ Non *Un entretien pharmaceutique a lieu lors de l'initiation d'un M.A.V.O. (si possible), à l'issue de la consultation médicale et fait intervenir le (la) pharmacien(ne) hospitalier (-ère). Il vise à expliquer le rôle et les particularités du M.A.V.O., vérifier les interactions médicamenteuses. Il permet d'aborder les effets indésirables potentiels, voire de les prévenir ou de donner la conduite à tenir lorsqu'ils surviennent.* **Avez-vous accès au compte-rendu de cet entretien lors de la dispensation du M.A.V.O. ?** ○ Oui, toujours ○ Parfois ○ Souvent ○ Non, jamais **Les informations issues de cet entretien sont-elles utiles pour votre pratique ?** 0 1 2 3 4 5 Inutiles — Très utiles **Pensez-vous que les informations issues de cet entretien pourraient être intéressantes pour votre pratique ?** 0 1 2 3 4 5 Pas du tout — Tout à fait	Présentées uniquement si les entretiens pharmaceutiques étaient connus (valable pour ces deux questions) Présentée dans les autres cas
C.H. Jacques Puel (Rodez) (6/6) **Les patient(e)s issu(e)s de ce centre vous semblent-ils (-elles) à l'aise avec leur nouveau traitement à l'arrivée dans votre officine ?** 0 1 2 3 4 5 Pas du tout — Tout à fait **Comment évaluez-vous globalement l'utilité des dispositifs de lien ville-hôpital avec ce centre ?** 0 1 2 3 4 5 Absente — Essentielle **Avez-vous des observations/suggestions concernant les dispositifs de lien ville-hôpital avec le C.H. de Rodez ?**	Facultative
C.H.U. de Clermont-Ferrand Patient(e)s en provenance du C.H.U. de Clermont-Ferrand uniquement (avec une ordonnance d'initiation d'un M.A.V.O.) **Comment recevez-vous le plus souvent les prescriptions de ce centre ?** *(Si vous recevez une copie en premier, cochez le mode de réception de cette copie)* ☐ Amenée par le (la) patient(e) ☐ Fax ☐ M.S.S. (Messagerie Sécurisée de Santé) ☐ Courrier ☐ Courrier électronique ☐ Autre Si 'Autre' précisez : **Transmettez-vous ces prescriptions au médecin traitant du (de la) patient(e) ?** ○ Oui, toujours ○ Parfois ○ Souvent ○ Non, jamais	Partie présentée uniquement si le C.H.U. de Clermont-Ferrand avait été sélectionné
C.H.U. de Clermont-Ferrand (2/6) **De quel(s) document(s) ces prescriptions sont-elles accompagnées ?** ☐ Protocole de traitement ☐ Analyses biologiques ☐ Informations d'aide à la dispensation (par exemple données essentielles à vérifier et informations générales à donner) ☐ Aucun ☐ Compte-rendu de R.C.P. ☐ Autre(s) ☐ Fiche traitement (S.F.P.O., réseau régional de cancérologie,...) Si 'Autre(s)' précisez : **Quelle est l'utilité de ce(s) document(s) dans votre délivrance et votre suivi ?** 0 1 2 3 4 5 Inutile — Très utile	Présentée seulement si un (des) document(s) était (étaient) joint(s)

C.H.U. de Clermont-Ferrand (3/6)

Dans quelle proportion des primo-prescriptions êtes-vous contactés par un(e) professionnel (le) de ce centre (personnel pharmaceutique, médical ou paramédical) avant la venue du (de la) patient(e) ?

0 — 100

Quelle est l'utilité de cet échange dans votre délivrance et votre suivi ?

0	1	2	3	4	5
Inutile					Très utile

Êtes-vous informés lorsqu'un M.A.V.O. rétrocédé par l'hôpital est initié chez un(e) de vos patient(e) réguliers (-ères) ?

Cette question est la seule (pour chaque centre) qui concerne les médicaments délivrés par l'hôpital et non par votre officine.

- ○ Oui, toujours
- ○ Souvent
- ○ Parfois
- ○ Non, jamais

Présentée uniquement si la proportion saisie était différente de 0

C.H.U. de Clermont-Ferrand (4/6)

Vous arrive-t-il de contacter des professionnels de ce centre pour obtenir des informations pour une délivrance de M.A.V.O. ?

	Oui, toujours	Souvent	Parfois	Non, jamais
Médecin	○	○	○	○
Pharmacien(ne)	○	○	○	○
Infirmier (-ère) de coordination	○	○	○	○
Infirmier (-ère)	○	○	○	○

Selon-vous quelles pourraient être les difficultés limitant la communication entre vous et les pharmacien(ne)s de ce centre ?

- ☐ Faible disponibilité à l'hôpital
- ☐ Faible disponibilité à l'officine
- ☐ Absence de coordonnées
- ☐ Mauvaise compréhension des problèmes réciproques
- ☐ Aucune
- ☐ Autre(s)

Si 'Autre(s)' précisez :

Vous arrive-t-il de faire remonter au C.H.U. de Clermont-Ferrand des problèmes liés au M.A.V.O. (observance, effets indésirables,...) en cours de traitement ?

0	1	2	3	4	5
Jamais					Toujours

C.H.U. de Clermont-Ferrand (5/6)

Avez-vous déjà entendu parler du système de consultation tripartite au niveau du C.H.U. de Clermont-Ferrand ?

- ○ Oui
- ○ Non

La consultation tripartite a lieu lors de l'initiation d'un M.A.V.O. Elle implique le médecin, l'infirmier (-ère) coordinateur (-trice) et le (la) pharmacien(ne) hospitalier (-ère) successivement. Elle vise à expliquer le rôle et les particularités d'un M.A.V.O., vérifier les interactions médicamenteuses. Elle permet d'aborder les effets indésirables potentiels, voire de les prévenir ou de donner la conduite à tenir lorsqu'ils surviennent.

Avez-vous accès au compte-rendu de cette consultation lors de la dispensation du M.A.V.O. ?

- ○ Oui, toujours
- ○ Souvent
- ○ Parfois
- ○ Non, jamais

Les informations issues de cette consultation sont-elles utiles pour votre pratique ?

0	1	2	3	4	5
Inutiles					Très utiles

Pensez-vous que les informations issues de cette consultation pourraient être intéressantes pour votre pratique ?

0	1	2	3	4	5
Pas du tout					Tout à fait

Présentées uniquement si les consultations tripartites étaient connues (valable pour ces deux questions)

Présentée dans les autres cas

C.H.U. de Clermont Ferrand (6/6) **Les patient(e)s issu(e)s de ce centre vous semblent-ils (-elles) à l'aise avec leur nouveau traitement à l'arrivée dans votre officine ?** 0 1 2 3 4 5 Pas du tout — Tout à fait **Comment évaluez-vous globalement l'utilité des dispositifs de lien ville-hôpital avec ce centre ?** 0 1 2 3 4 5 Absente — Essentielle **Avez-vous des observations/suggestions concernant les dispositifs de lien ville-hôpital avec le C.H.U. de Clermont-Ferrand ?**	Facultative
I.C.M. (Montpellier) Patient(e)s en provenance de l'Institut du Cancer de Montpellier uniquement (avec une ordonnance d'initiation d'un M.A.V.O.) **Comment recevez-vous le plus souvent les prescriptions de ce centre ?** *(Si vous recevez une copie en premier, cochez le mode de réception de cette copie)* ☐ Amenée par le (la) patient(e) ☐ Fax ☐ M.S.S. (Messagerie Sécurisée de Santé) ☐ Courrier ☐ Courrier électronique ☐ Autre Si 'Autre' précisez : **Transmettez-vous ces prescriptions au médecin traitant du (de la) patient(e) ?** ○ Oui, toujours ○ Parfois ○ Souvent ○ Non, jamais	Partie présentée uniquement si l'I.C.M. avait été sélectionné
I.C.M. (Montpellier) (2/6) **De quel(s) document(s) ces prescriptions sont-elles accompagnées ?** ☐ Protocole de traitement ☐ Analyses biologiques ☐ Informations d'aide à la dispensation (par exemple données essentielles à vérifier et informations générales à donner) ☐ Aucun ☐ Compte-rendu de R.C.P. ☐ Autre(s) ☐ Fiche traitement (S.F.P.O., réseau régional de cancérologie,...) Si 'Autre(s)' précisez : **Quelle est l'utilité de ce(s) document(s) dans votre délivrance et votre suivi ?** 0 1 2 3 4 5 Inutile — Très utile	Présentée seulement si un (des) document(s) était (étaient) joint(s)
I.C.M. (Montpellier) (3/6) **Dans quelle proportion des primo-prescriptions êtes-vous contactés par un(e) professionnel (le) de ce centre (personnel pharmaceutique, médical ou paramédical) avant la venue du (de la) patient(e) ?** 0 — 100 **Quelle est l'utilité de cet échange dans votre délivrance et votre suivi ?** 0 1 2 3 4 5 Inutile — Très utile **Êtes-vous informés lorsqu'un M.A.V.O. rétrocédé par l'hôpital est initié chez un(e) de vos patient(e) réguliers (-ères) ?** *Cette question est la seule (pour chaque centre) qui concerne les médicaments délivrés par l'hôpital et non par votre officine.* ○ Oui, toujours ○ Parfois ○ Souvent ○ Non, jamais	Présentée uniquement si la proportion saisie était différente de 0

I.C.M. (Montpellier) (4/6)

Vous arrive-t-il de contacter des professionnels de ce centre pour obtenir des informations pour une délivrance de M.A.V.O. ?

	Oui, toujours	Souvent	Parfois	Non, jamais
Médecin	○	○	○	○
Pharmacien(ne)	○	○	○	○
Infirmier (-ère) de coordination	○	○	○	○
Infirmier (-ère)	○	○	○	○

Selon-vous quelles pourraient être les difficultés limitant la communication entre vous et les pharmacien(ne)s de ce centre ?

- ☐ Faible disponibilité à l'hôpital
- ☐ Faible disponibilité à l'officine
- ☐ Absence de coordonnées
- ☐ Mauvaise compréhension des problèmes réciproques
- ☐ Aucune
- ☐ Autre(s)

Si 'Autre(s)' précisez :

Vous arrive-t-il de faire remonter à l'I.C.M. des problèmes liés au M.A.V.O. (observance, effets indésirables,...) en cours de traitement ?

0 1 2 3 4 5

Jamais — Toujours

I.C.M. (Montpellier) (5/6)

Avez-vous déjà entendu parler du système d'entretiens pharmaceutiques réalisés par l'I.C.M. ?

○ Oui ○ Non

Un entretien pharmaceutique a lieu lors de l'initiation d'un M.A.V.O. depuis 2016, à l'issue de la consultation médicale et fait intervenir en binôme l'infirmier (-ère) coordinateur (-trice) et le (la) pharmacien(ne) hospitalier (-ère). Il vise à expliquer le rôle et les particularités du M.A.V.O., vérifier les interactions médicamenteuses. Il permet d'aborder les effets indésirables potentiels, voire de les prévenir ou de donner la conduite à tenir lorsqu'ils surviennent.

Avez-vous accès au compte-rendu de cet entretien lors de la dispensation du M.A.V.O. ?

○ Oui, toujours ○ Parfois
○ Souvent ○ Non, jamais

Les informations issues de cet entretien sont-elles utiles pour votre pratique ?

0 1 2 3 4 5

Inutiles — Très utiles

Pensez-vous que les informations issues de cet entretien pourraient être intéressantes pour votre pratique ?

0 1 2 3 4 5

Pas du tout — Tout à fait

Présentées uniquement si les entretiens pharmaceutiques étaient connus (valable pour ces deux questions)

Présentée dans les autres cas

I.C.M. (Montpellier) (6/6)

Les patient(e)s issu(e)s de ce centre vous semblent-ils (-elles) à l'aise avec leur nouveau traitement à l'arrivée dans votre officine ?

0 1 2 3 4 5

Pas du tout — Tout à fait

Comment évaluez-vous globalement l'utilité des dispositifs de lien ville-hôpital avec ce centre ?

0 1 2 3 4 5

Absente — Essentielle

Avez-vous des observations/suggestions concernant les dispositifs de lien ville-hôpital avec l'I.C.M. ?

Facultative

Autre(s) centres

Quel(s) dispositif(s) de lien ville-hôpital est (sont) utilisé(s) par ce(s) centres(s) ?

(Si aucun dispositif n'est utilisé, merci de laisser le champ vide)

Vous servez-vous des documents joints à la prescription (le cas échéant) ?

Si, systématiquement, aucun document n'est joint, passez à la page suivante.

0 1 2 3 4 5

Jamais — Toujours

Page présentée uniquement si au moins un centre ayant une activité de cancérologie autre que les 5 précédents avait été sélectionné. Les 2 questions étaient facultatives

Partie 4 : opinion sur la qualité du lien et de l'exercice pharmaceutique dans ce domaine

Ces questions concernent votre expérience avec les prescriptions de M.A.V.O. (initiations ou renouvellements confondus).

Quelles spécialités d'anticancéreux (chimiothérapies orales, hormonothérapie ou thérapies ciblées) estimez-vous avoir toujours en stock ?

Veuillez saisir les premières lettres puis choisir dans la liste, une ligne ne peut compter qu'une seule spécialité (sauf dans "Autre").
Si vous ne trouvez pas la spécialité recherchée, veuillez saisir son nom dans la zone "Autre".
Si les 5 premières lignes sont remplies, vous pouvez continuer dans la zone "Autre".
Si vous ne stockez aucune de ces spécialités, merci de laisser les champs vides.
(BGA = BGR)

Autre(s) :

Facultative

Dans la majorité des cas, estimez-vous avoir les moyens d'effectuer :

	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Totalement
Validation de l'indication	○	○	○	○
Validation de la posologie	○	○	○	○
Analyse des interactions médicamenteuses	○	○	○	○
Analyse des interactions avec compléments alimentaires et phytothérapie	○	○	○	○

Est-ce que les membres de votre équipe ont l'impression d'avoir toutes les ressources nécessaires pour effectuer des délivrances assurant la sécurité et favorisant l'observance du patient pour les M.A.V.O. ?

0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5

Pas du tout — Tout à fait

Quelles sont les ressources qui vous manquent ?

- ☐ Du temps
- ☐ Un local adapté
- ☐ Des informations
- ☐ Autre(s)

Si 'Autre(s)' précisez :

Présentée uniquement si la réponse à la question précédente était différente de 5

Quelle sont vos sources d'informations sur les M.A.V.O. ?

- ☐ Base de données du logiciel métier
- ☐ Réseau régional Onco-Occitanie
- ☐ Dictionnaire Vidal papier
- ☐ Formation continue
- ☐ Site Internet Vidal
- ☐ Autre(s)
- ☐ S.F.P.O.

Si 'Autre(s)' précisez :

Partie 5 : propositions - formations

Seriez-vous intéressés par des formations sur les M.A.V.O. ?

0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5

Pas du tout — Tout à fait

Seriez-vous intéressés par des formations sur les soins de support ?

0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5

Pas du tout — Tout à fait

Quel mode de formation serait le plus pratique pour votre équipe ?

- ☐ Formation individualisée dans votre officine
- ☐ Vidéo en ligne
- ☐ Journée de formation de groupe
- ☐ E-learning (cours interactifs en ligne)
- ☐ Visioconférence
- ☐ Autre

Si 'Autre' précisez :

En se basant sur votre expérience et vos besoins, qu'aimeriez-vous que les centres prescripteurs mettent en place comme outil(s) de lien ville-hôpital ?	Facultative
Commentaires libres :	Facultative
Précédent / Enregistrer	

Annexe IV : Suggestions d'outils pour le lien ville-hôpital

Ce tableau contient le regroupement par idée des propositions identifiées dans les 29 réponses des équipes officinales aveyronnaises.

Catégorie	Idée	Propositions	Proportion (%)
Transmission de documents par l'établissement prescripteur	Transmission du protocole	7	24
	Transmission d'une fiche d'informations sur le traitement (type Oncolien® (32))	5	17
	Transmission du P.P.S.	4	14
	Accès au compte-rendu hospitalier	3	10
	Transmission d'une fiche de suivi du patient (contenant les informations essentielles pour la bonne prise en charge, effets indésirables, contrôles, etc.)	3	10
	Transmission des résultats d'analyses biologiques	3	10
	Transmission de l'ordonnance	3	10
	Transmission d'un résumé de la pathologie	2	7
	Bilan d'évolution de la maladie	1	3
	Transmission du compte-rendu de la R.C.P.	1	3
	Transmission d'informations sur les entretiens (sans précision)	1	3
	Transmission d'une lettre explicative sur le traitement	1	3
	Transmission d'un résumé d'un compte-rendu (sans précision)	1	3
Principes de pratique généraux	Coopération avec le (la) pharmacien(ne) d'officine, intégration dans le suivi	4	14
	Transmission régulière de plus d'informations par le centre de cancérologie	3	10
	Création/amélioration du lien ville-hôpital	2	7
	Formation (sur les M.A.V.O., les soins de support)	2	7
	Intégration du (de la) pharmacien(ne) d'officine dans l'échange oncologue-patient(e)-prestataire	1	3
	Transmission des ordonnances sans court-circuit par les prestataires	1	3
Contacts de l'hôpital vers l'officine	Information anticipée de la prescription d'un M.A.V.O. par le centre de cancérologie pour que l'équipe officinale puisse le commander et se documenter	6	21
	Appel téléphonique pour information (notamment à l'initiation d'un traitement)	2	7
	Contact pour information	2	7

	Appel du prescripteur (pour informer sur la pathologie et la prise en charge médicamenteuse)	1	3
	Procédure systématique de communication par courriel (pour chaque cas)	1	3
Interactions entre hôpital et officine	Utilisation des M.S.S.	5	17
	Réunions d'information	1	3
Dossiers électroniques	Accès au dossier du (de la) patient(e)	2	7
	Meilleure exploitation du D.M.P.	2	7
	Accès au D.C.C.	1	3
Contacts de l'officine vers l'hôpital	Une personne référente au niveau du centre de cancérologie (apte à répondre aux questions)	2	7
	Adresse de courriel de professionnels du centre de cancérologie	1	3
	Numéro de téléphone de contact (rapide) en cas de questions urgentes	1	3
Informations sur les traitements hospitaliers	Informations sur les traitements administrés à l'hôpital aux patients de l'officine	2	7
	Informations sur les traitements rétrocédés par les P.U.I. aux patients de l'officine	1	3
Procédures	Carnet pour faire remonter les effets indésirables au médecin	1	3
	Entretiens pharmaceutiques d'éducation thérapeutique	1	3
Elaboration de support	Site Internet permettant de poser des questions	1	3

Proportions exprimées par rapport au nombre de réponses (n = 29).

Serment de Galien

En présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples, je jure :

- D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

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

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

Résumé :

La croissance du nombre d'anticancéreux oraux délivrés en officine disponibles sur le marché français a modifié le travail des pharmaciens d'officine qui doivent être compétents sur ces spécialités particulières. La coordination entre hôpital et officine est devenue essentielle pour un travail de qualité dans ce domaine. L'objectif de ce travail était donc d'obtenir des informations sur le ressenti des équipes officinales en Aveyron concernant les outils mis à disposition par les différents centres ayant une activité de cancérologie qui les entouraient lors de la réception d'une prescription d'initiation de M.A.V.O., et d'évaluer l'impact de ces dispositifs sur leur pratique officinale et leur relation avec leurs patients.

Des entretiens ont été menés avec des pharmaciens des centres ayant une activité de cancérologie dans et autour du département de l'Aveyron, à propos des dispositifs de lien hôpital-officine mis en place. Une enquête déclarative a ensuite été proposée aux 109 pharmacies d'officine de ce département, elle a permis d'obtenir 59 réponses.

Une demande importante d'informations a été formulée par les pharmacies d'officine. Elles ont exprimé un sentiment de rupture entre hôpital et officine et une difficulté à établir des contacts avec les centres ayant une activité de cancérologie.

Plusieurs dispositifs ont été identifiés comme utiles pour l'officine et à améliorer ou mieux utiliser : transmission d'informations via M.S.S., D.P., D.M.P., D.C.C., entretiens pharmaceutiques. Des procédures nouvelles pourraient être créées : systématisation des communications, échange de coordonnées entre professionnels des secteurs hospitalier et communautaire.

Mots-clés :

- Antinéoplasiques
- Administration par voie orale
- Lien ville-hôpital
- Parcours de soins
- Service des pharmacies communautaires
- Officine