



HAL
open science

Lien ville—hôpital et anticancéreux oraux : opinion des pharmaciens de l'Aveyron

Guillaume Cavallier, Murielle Laudet, Pierre-Marie Vayssettes, David Balayssac, Philip Chennell

► To cite this version:

Guillaume Cavallier, Murielle Laudet, Pierre-Marie Vayssettes, David Balayssac, Philip Chennell. Lien ville—hôpital et anticancéreux oraux : opinion des pharmaciens de l'Aveyron. *Bulletin du Cancer*, 2022, 109 (6), pp.692-706. 10.1016/j.bulcan.2022.02.007 . hal-03806105

HAL Id: hal-03806105

<https://uca.hal.science/hal-03806105v1>

Submitted on 22 Jul 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

LIEN VILLE-HOPITAL ET ANTICANCÉREUX ORAUX : OPINION DES PHARMACIENS DE L'AVEYRON

Hospital - community pharmacy coordination for the dispensing of oral antineoplastic drugs : an observational study in the French county of the Aveyron

Guillaume Cavallier¹, Murielle Laudet², Pierre-Marie Vayssettes³,
David Balayssac⁴, Philip. Chennell^{5*}

¹ SELARL Pharmacie de Bozouls, F-12340 Bozouls, France

² CHU Clermont-Ferrand, Pôle Pharmacie, F-63000 Clermont-Ferrand, France

³ Syndicat des pharmaciens de l'Aveyron, F-12200 Villefranche-de-Rouergue, France

⁴ Université Clermont Auvergne, INSERM, U1107 NEURO-DOL, CHU Clermont Ferrand, F-63000 Clermont-Ferrand, France

⁵ Université Clermont Auvergne, CHU Clermont-Ferrand, Clermont Auvergne INP, CNRS, ICCF, F-63000 Clermont-Ferrand, France

* **Auteur correspondant** : Philip Chennell

Université Clermont Auvergne, CHU Clermont-Ferrand, Clermont Auvergne INP, CNRS, ICCF, F-63000 Clermont-Ferrand, France

e-mail : pchennell@chu-clermontferrand.fr

Résumé

Introduction : Le nombre croissant de médicaments anticancéreux par voie orale (MAVO) délivrés en officine a modifié le travail des pharmaciens d'officine. La coordination entre hôpital et pharmacies d'officine est devenue essentielle pour un travail de qualité. 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 hospitaliers ayant une activité de cancérologie (lors de la réception d'une primo-prescription de MAVO), et d'évaluer l'impact de ces dispositifs sur leur pratique. **Méthodes :** Une enquête déclarative a été proposée aux 109 pharmacies d'officine de l'Aveyron pour évaluer leurs relations avec les centres de cancérologie les plus proches incluant les dispositifs de relais ville-hôpital mis en œuvre, et recueillir leur opinion sur la qualité du lien et de l'exercice pharmaceutique. **Résultats :** Le taux de réponse était de 54 % (59 officines). La transmission d'informations entre centres prescripteurs et officines était limitée (seulement 50 % des officines recevaient des documents complétant la prescription), les dispositifs de communication étaient peu utilisés (44 % des officines ne consultaient pas le dossier médical partagé), et il y avait un fort sentiment de rupture entre l'hôpital et les pharmacies répondantes, impactant leur capacité à sécuriser la dispensation (46 % des répondants ont affirmé ne pas ou peu pouvoir valider l'indication des MAVO). **Discussion :** Cette étude illustre la sous-utilisation des dispositifs de communication existants et le fait que les pharmacies de ville éprouvent des difficultés pour réaliser la dispensation de MAVO liées à un manque d'information.

Mots-clés : Antinéoplasiques ; Parcours de soins ; Administration par voie orale ; Service des pharmacies communautaires ; Réseaux Ville Hôpital

Abstract

Introduction: The growing number of oral antineoplastic agents delivered by French community pharmacies has modified the job and roles of community pharmacists. Coordination between hospitals (oncology centers) and community pharmacies has become essential for a quality work in this field. The goal of this work was to obtain information about the feeling of the community pharmacies teams in a French county (Aveyron) regarding the communication tools offered by various hospitals with an oncology service (when receiving a beginning prescription for an oral antineoplastic drug), and to evaluate the impact of these tools on their practice. **Methods:** A declarative survey was submitted to the 109 community pharmacies of this county to evaluate their relationship with their nearest oncology centers (including communication tools) and collect their opinion on the quality of the coordination and their pharmaceutical exercise. **Results:** The response rate was of 54 % (59 community pharmacies). Communication between the oncology centers and the pharmacies was limited (only 50 % of the pharmacies received information complementary to the prescription), the available tools were not used very frequently (44 % of pharmacies didn't use shared medical records) and there was a strong feeling of rupture between the pharmacies and the oncology centers, impacting the quality of their work (46 % of respondents indicated being little or incapable of correctly validating the indication of the anticancer drug). **Discussion:** This study illustrates the under-use of the available hospital-community pharmacy communication tools and the fact that the pharmacies feel difficulties to correctly deliver oral antineoplastic medications due to a lack of information.

Keywords: Antineoplastic Agents; Administration, Oral; Community Pharmacy Services; Community Care Network

Introduction

Les médicaments anticancéreux administrés par voie orale (MAVO) représentent une part de plus en plus importante des traitements disponibles pour lutter contre le cancer. En 2019, cinq des six nouvelles

molécules anticancéreuses autorisées en France s'administraient par voie orale (dont deux disponibles en ville au 30 septembre 2020 [1]). La voie orale offre une administration non invasive aux patients, contrairement à la voie injectable, et modifie la perception du patient de sa maladie, dans le sens d'une moindre gravité [2].

Cependant ce changement de forme galénique et de voie d'administration comporte des difficultés, par exemple : observance du traitement [3] (variable [4]), reconnaissance et gestion des effets indésirables [3,5], interactions avec l'alimentation [6–8], difficultés à déglutir [5]. Deux circuits de dispensation en ambulatoire existent : la rétrocession par une pharmacie hospitalière (pour les produits inscrits sur la liste des médicaments « rétrocédables ») [9] et la dispensation en officine de ville [10]. La dispensation comporte des problématiques particulières comme la communication entre pharmacie de ville et hôpital (si dispensation en ville) [11] et le délai logistique d'approvisionnement éventuel. De plus, il faut prendre en compte des particularités inhérentes aux molécules anticancéreuses : effets indésirables parfois graves (ex. capécitabine et neutropénie [12], ibrutinib et hémorragie [13]), interactions (avec d'autres médicaments prescrits, l'automédication, la phytothérapie, les compléments alimentaires) [6–8,14], etc... Tous ces éléments rendent l'acte de dispensation à la fois complexe et essentiel dans le but d'optimiser le traitement médicamenteux.

Au niveau hospitalier, la mise en place d'une organisation permettant une prise en charge pluridisciplinaire organisée autour du patient, dont les acteurs sont coordonnés et disposent de nombreuses informations partagées, est visée. Une fois la porte de sortie de l'hôpital passée, le patient à qui un MAVO est prescrit se rendra dans une pharmacie de ville (aussi dénommée « pharmacie d'officine ») pour obtenir son traitement (sauf pour les MAVO rétrocedés par une pharmacie hospitalière). La coordination des professionnels hospitaliers avec les professionnels de ville (médecins traitants, pharmaciens, infirmiers libéraux, etc.) dans l'équipe de soins autour du patient semble cruciale pour une prise en charge de qualité. Cette coordination, appelée « lien ville-hôpital », a deux grands enjeux : la communication entre les membres de l'équipe et le partage d'informations, pour améliorer le parcours de soins. Au niveau de l'officine, cette coordination doit fournir les moyens d'une délivrance médicamenteuse optimale en oncologie.

Les modalités de la mise en place de cette coordination dans un territoire majoritairement rural, ne comportant pas de centre spécialisé en cancérologie (mais des établissements autorisés à traiter le cancer), méritent de l'intérêt du fait de potentielles distances importantes entre les spécialistes en oncologie et les patients, d'interactions avec des centres spécialisés potentiellement variés. L'objectif de ce travail était donc d'obtenir des informations issues des équipes officinales dans le département de l'Aveyron concernant la mise en pratique d'outils de lien ville-hôpital par différents centres hospitaliers ayant une activité de cancérologie (lors de la réception d'une prescription d'initiation de MAVO), d'évaluer l'impact de ces dispositifs sur leur pratique officinale et de recueillir leur opinion sur la qualité de pratique actuelle. Le but était de mettre en lumière les dispositifs existants les plus efficaces, ou les pistes permettant de les améliorer, pour que les équipes officinales puissent concourir à un accompagnement optimal des patients traités par MAVO.

Matériels et méthodes

Une étude observationnelle a été réalisée dans un groupe de pharmacies d'officine volontaires, sur la base du point de vue de l'ensemble de l'équipe travaillant dans chaque pharmacie, recueilli via un questionnaire informatisé. Ces données ont été initialement recueillies dans le cadre d'une thèse pour le diplôme d'État de docteur en pharmacie [15] qui propose une analyse plus détaillée.

L'étude a été menée en secteur rural et urbain, dans le département de l'Aveyron (région Occitanie, France). La collecte de données a eu lieu du 2 septembre 2020 au 18 octobre 2020 inclus.

Toutes les équipes de pharmacies d'officine en activité situées dans le département de l'Aveyron étaient éligibles. Une seule réponse par pharmacie de ville était attendue (dans le cas de réponses multiples, une seule était retenue en fusionnant les réponses). Les structures éligibles ont été identifiées grâce à une extraction du Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) [16]. La première phase de recrutement a été effectuée par courrier électronique groupé grâce au Syndicat des Pharmaciens de

l'Aveyron (diffusion aux membres et à des non-membres dans le département) et au groupement d'intérêt économique Pharmaveyron (diffusion aux membres). La deuxième phase a consisté en une relance effectuée par ces deux réseaux (deux semaines et demie plus tard). La troisième phase a été ciblée sur toutes les pharmacies éligibles mais n'ayant pas encore intégré l'étude : quelques relances par courriel (ou autres messageries électroniques) ont été faites puis un appel téléphonique a été passé à chacune du 26 septembre 2020 au 14 octobre 2020.

Les données à recueillir étaient les suivantes : localisation des officines, leurs liens avec les centres hospitaliers ayant une activité 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 MAVO. Un questionnaire informatisé (Annexe I) a été établi avec le logiciel Sphinx iQ2 (Le Sphinx Développement, Chavanod, France, version 7.4.3.0). Pendant sa conception, les centres spécialisés en cancérologie géographiquement les plus proches du département (Institut Universitaire du Cancer de Toulouse (IUCT) – Oncopôle, Centre Jean Perrin (Clermont-Ferrand), Institut du Cancer de Montpellier (ICM), Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand (service d'hématologie clinique)) ont été présélectionnés et contactés afin de recenser 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 également l'objet de cette procédure.

En ce qui concerne le questionnaire, dans un premier temps des questions ont été posées sur le lien entre hôpital et pharmacie d'officine sans distinction entre les centres hospitaliers prescripteurs pour étudier les pratiques de manière globale. L'utilisation de deux dispositifs numériques nationaux (le Dossier Pharmaceutique (DP) et le Dossier Médical Partagé (DMP)) a été évaluée. Dans un deuxième temps, des questions relatives au lien avec les centres hospitaliers ayant une activité de cancérologie les plus proches ont été posées, en distinguant les établissements prescripteurs les uns des autres. Le questionnaire à destination des pharmacies comportait quatre parties exploitées :

- Partie 1 : données sur la pharmacie
- Partie 2 : données générales sur l'activité de dispensation des MAVO et sur les établissements prescripteurs
- Partie 3 : données sur les dispositifs de lien ville-hôpital (subdivisée en 3a (questions communes pour tous les centres hospitaliers prescripteurs) et 3b (questions par centre hospitalier))
- Partie 4 : opinion sur la qualité du lien ville-hôpital et de l'exercice pharmaceutique dans ce domaine.

Pour la partie 3b, les réponses concernant un centre prescripteur 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. Les réponses non significatives (pour des centres faiblement cités) ont été traitées à part. Pour évaluer l'appréciation des répondants, des questions sous la forme d'une échelle numérique discrète à six valeurs (0, 1, 2, 3, 4, 5) ont été utilisées. Plus la valeur était élevée, plus l'appréciation était positive.

Une pré-validation en deux phases a été réalisée. Premièrement, le questionnaire provisoire a été proposé à deux pharmacies d'officine en Aveyron. Après prise en compte de leurs remarques et suggestions, le questionnaire provisoire modifié a été reproposé aux deux mêmes pharmacies d'officine et à deux pharmaciens hospitaliers du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand (dont un ayant participé à la mise en place d'un dispositif de lien ville-hôpital en service d'hématologie clinique). Leurs retours ont permis d'apporter les dernières modifications. Enfin le questionnaire a été relu et testé techniquement, puis validé dans sa version finale. Pour éviter les données manquantes, le questionnaire informatisé empêchait le passage à la page suivante dès qu'une information essentielle était omise.

Les résultats de cette enquête déclarative sont présentés en valeur absolue, moyenne \pm écart-type, pourcentage. L'analyse des données a été réalisée avec Microsoft Excel (Microsoft Corporation, Redmond, Etats-Unis, version 16.0.13328.20334) et le site BiostaTGV (réseau Sentinelles - Institut Pierre Louis UMR S 1136, Paris, France, <http://biostatgv.sentiweb.fr>). Les effectifs ont été comparés au moyen de tests statistiques précisés ci-après avec un seuil d'erreur fixé à 5 % ($p < 0,05$) :

- Facteur d'étude qualitatif avec échantillons appariés et variable de réponse qualitative ordinale : tests des rangs signés de Wilcoxon

- Facteur d'étude qualitatif avec échantillons indépendants et variables de réponse qualitative nominale : test exact de Fisher
- Facteur d'étude qualitatif avec échantillons indépendants et variables de réponse quantitative : test de Kruskal-Wallis.

La mise en graphiques a été faite avec le logiciel R (*The R Foundation for Statistical Computing*, Vienne, Autriche, version 4.0.3). La carte statistique a été réalisée avec QGIS (Association QGIS.ORG, Grüt, Suisse, version 3.16.0) à partir de données dont l'origine et l'actualité sont précisées sous la carte.

Résultats

Parmi les 112 pharmacies d'officine inscrites au FINESS, 109 étaient éligibles pour l'étude, et 60 réponses ont été recueillies, dont 59 valides (une réponse a été annulée à cause d'une participation en double de l'officine en question), soit un taux de réponse de 54 % (Figure 1). La répartition géographique des officines ayant répondu est représentée dans la Figure 2, elle 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.

Dispositifs de lien ville-hôpital

Une description des dispositifs de lien ville-hôpital mis en place par les centres hospitaliers ayant une activité de cancérologie étudiés est présentée en Annexe II. Lors de la présentation d'une primo-prescription de MAVO, dans le cas où le patient n'avait pas de DP ou DMP, on a constaté un lien entre le type de dossier créé par les pharmacies interrogées et la fréquence de cette création ($p = 0,005$, Figure 3A). Les pharmacies de l'étude créaient plus fréquemment un DP qu'un DMP dans ce cadre. La proportion des officines dans lesquelles le DP/DMP était systématiquement créé était relativement faible (12 % pour le DP et 7 % pour le DMP), tout comme celle des officines ne réalisant jamais cette création (8 % pour le DP et 12 % pour le DMP). Les réponses majoritaires étaient « Souvent » pour le DP (47 %), « Parfois » pour le DMP (54 %). Si on considère les patients qui possédaient déjà un DP/DMP et se présentaient avec une primo-prescription de MAVO, on a observé également un lien entre le type de dossier et la fréquence de consultation par les pharmacies ($p < 0,001$, Figure 3B). Les officinaux avaient tendance à consulter bien plus fréquemment le DP. Quatre-vingt-un pour cent ont déclaré consulter systématiquement ou souvent le DP contre 37 % pour le DMP. On a constaté que 44 % d'entre eux avaient déclaré ne jamais consulter le DMP, contre 8 % pour le DP.

Les limites ou inconvénients majeurs rapportés par les participants concernant le DP étaient ($n = 59$) : la nécessité de la carte Vitale du patient pour y accéder (61 %), l'absence des posologies (37 %), le manque d'autres informations (sans précision, 31 %) et la difficulté voire l'impossibilité d'accès au système via le logiciel métier de la pharmacie d'officine (22 %). La nécessité de l'accord du patient pour l'accès au DP a été vue comme une limite par quelques pharmacies. Une pharmacie a également regretté le fait que le DP ne soit pas systématisé. Du côté du DMP, les limites ou inconvénients majeurs notés ont été ($n = 59$) : la difficulté ou l'impossibilité d'accès via le logiciel métier de la pharmacie d'officine (66 %), le manque d'informations (24 %) et leur délai de visibilité (25 %). Dans de moindres proportions, la nécessité de l'accord du patient a aussi été rapportée et certaines pharmacies ont déclaré des difficultés pour créer un DMP.

D'après les déclarations des officines, les principaux centres hospitaliers émetteurs de primo-prescriptions de MAVO sont décrits dans le Tableau I. Les officines ont été invitées à répondre à des questions à propos de chacun des centres hospitaliers qu'elles avaient déclarés. Le seuil de significativité avait été fixé à 5 %, soit trois réponses pour un centre prescripteur. Les centres hospitaliers concernés étaient donc : l'IUCT Oncopôle, le CH de Rodez et l'ICM. Sauf lorsque le contraire est précisé, les résultats de cette partie concernent la primo-prescription d'un MAVO délivré en pharmacie d'officine émise par un de ces trois centres hospitaliers.

Au début d'un traitement par MAVO délivré en officine a lieu la transmission d'une ordonnance, réalisable par plusieurs modes (Figure 4). On considérait que, lorsqu'une transmission par voie électronique avait lieu, elle était réalisée en amont de la venue du patient à l'officine.

Les ordonnances étaient très fréquemment amenées par le patient (90 % en moyenne). Le fax dominait les autres moyens de transmission utilisés (45 % en moyenne). Venaient ensuite le courrier électronique (6 % en moyenne) et les messageries sécurisées de santé (MSS), très rarement utilisées (2 % en moyenne). Les résultats obtenus pour les trois centres étaient comparables.

Les prescriptions pouvaient être accompagnées de documents destinés au patient et/ou au pharmacien (Figure 5). Tous centres réunis, le document le plus fréquemment joint était le protocole de traitement (déclaré par 46 % des pharmacies en moyenne). Dans des proportions plus faibles, on a identifié les informations d'aide à la dispensation (par exemple données essentielles à vérifier et informations générales à donner ; 18 % en moyenne), les analyses biologiques (15 % en moyenne) et les fiches traitement (éditées par la Société Française de Pharmacie Oncologique (SFPO) [17], un réseau régional de cancérologie, etc. ; 8 % en moyenne). Une différence significative entre centres hospitaliers a été observée pour le compte rendu de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), transmis plus fréquemment par l'ICM (12 % contre 2 % ou moins pour les autres centres) mais dans l'absolu ce document était peu présent (3 % en moyenne). Une pharmacie a précisé que l'ICM avait fourni une « fiche observance » à retourner au premier renouvellement. Il faut néanmoins relever que les prescriptions arrivaient seules dans 48 % des officines en moyenne. Lorsqu'ils étaient présents, l'utilité de ces documents dans la délivrance et le suivi à l'officine n'était pas statistiquement différente entre les centres hospitaliers prescripteurs : en moyenne $3,8 \pm 0,8$ pour l'IUCT Oncopôle ($n = 24$), et $3,9 \pm 1,0$ pour le CH de Rodez ($n = 27$) et l'ICM ($n = 13$, sur une échelle de zéro « inutile » à cinq « très utile », $p = 0,84$).

Entre le moment où un MAVO délivré en officine était prescrit et le moment où le patient venait le chercher, il était relativement rare que l'officine habituelle du patient soit contactée par un professionnel du centre prescripteur (en moyenne $19,5 \pm 21,7$ % des cas pour l'IUCT Oncopôle ($n = 49$), $20,5 \pm 23,2$ % pour le CH de Rodez ($n = 48$) et $17,8 \pm 22,2$ % pour l'ICM ($n = 26$), $p = 0,82$). Chez tous les participants ayant déclaré une proportion non nulle, on a observé que ce contact était perçu avec une utilité évaluée en moyenne respectivement à $4,0 \pm 1,2$ ($n = 36$), $3,8 \pm 1,2$ ($n = 37$) et $4,1 \pm 0,9$ ($n = 18$, sur une échelle de zéro « inutile » à cinq « très utile », $p = 0,67$).

Parallèlement, une particularité de certains MAVO était d'être disponibles uniquement au niveau hospitalier tout en étant destinés à une prise à domicile. Ils étaient alors rétrocédés par les pharmacies à usage intérieur (PUI) des hôpitaux aux patients et potentiellement invisibles pour les pharmacies de ville. D'après les déclarations recueillies, l'officine habituelle d'un patient était informée de l'instauration d'un MAVO rétrocédable dans une très faible proportion des cas : « non, jamais » pour 76 % des répondants pour l'IUCT Oncopôle ($n = 49$), 77% pour le CH de Rodez ($n = 48$) et 81 % pour l'ICM ($n = 26$).

Dans certains cas, il était nécessaire que les équipes des pharmacies d'officine contactent les établissements prescripteurs et notamment les pharmaciens hospitaliers. En se penchant sur les « barrières » qui limitaient la communication (Figure 6), il a été observé qu'elles étaient déclarées majoritairement comme causées par l'absence des coordonnées de contact et une faible disponibilité des pharmaciens hospitaliers (déclarées par au moins 50 % des répondants pour chaque centre). Les problèmes de compréhension ont été cités dans une proportion plus réduite.

[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 hospitaliers qui prescrivent les MAVO, les pharmacies d'officine ont été interrogées sur leurs pratiques lors de la délivrance de ces traitements. À ce stade, on s'intéressait à toutes les délivrances (primo-prescriptions ou renouvellements) en officine de MAVO. Il a tout d'abord été question de leur possibilité ressentie de réaliser ou non certaines étapes cruciales du processus de dispensation (Figure 7A). Bien que les réponses aient été majoritairement positives concernant la validation de l'indication (54 % de réponses « plutôt oui » + « totalement »), 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 (« plutôt oui » + « totalement »). L'étape ayant obtenu le plus de réponses

positives (80 % de réponses « plutôt oui » + « totalement ») était l'analyse des interactions médicamenteuses. Au contraire, l'analyse des interactions avec la phytothérapie et/ou les compléments alimentaires est la seule étape pour laquelle il y a eu une majorité de réponses à tendance négative (56 % de réponses « pas du tout » + « plutôt non »).

En particulier pour les MAVO, il était nécessaire que l'équipe officinale s'assure de la sécurité du patient et contribue à maximiser son observance. En moyenne, ces équipes ont évalué leur impression d'avoir les ressources nécessaires à $2,3 \pm 1,2$ (n = 59, sur une échelle de zéro « pas du tout » à cinq « 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. Les deux les plus déclarées ont été « des informations » (80 % des répondants) et « du temps » (75 %). Dans des proportions beaucoup moins importantes, « 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 MAVO, elles ont déclaré se tourner vers les sources décrites dans la Figure 7B. Pratiquement toutes les pharmacies ayant répondu se servaient de la base de données intégrée au logiciel métier, cela a été de loin la source la plus fréquemment déclarée (85 %). Le dictionnaire Vidal® était également fréquemment utilisé, dans sa version électronique (58 %) ou papier (44 %, la parution de cette version a été arrêtée). La formation continue a été retenue par plus de la moitié des répondants (53 %).

Discussion

Ce travail a permis de constater que les dispositifs disponibles (DP, DMP, MSS) étaient sous-exploités en tant qu'outils de lien entre hôpital et pharmacies d'officine. Les réponses obtenues ont montré un point de vue positif sur deux procédures de lien quand elles étaient mises en place (la transmission de documents additionnels avec les primo-prescriptions de MAVO et le contact de la pharmacie habituelle lors d'une primo-prescription de MAVO), mais la demande d'une meilleure inclusion dans le circuit des informations restait présente. Dans ce contexte, une impression de travail non optimal en ce qui concernait la dispensation des MAVO en ville a été observée.

Le passage du milieu hospitalier à la pharmacie d'officine peut être vécu comme une rupture dans le parcours de soins, et l'éviter est un des objectifs de deux dispositifs numériques existants : le DP et le DMP. Au 31 janvier 2019, 78,6 % des Français possédaient un DP [18], 100 % des pharmacies d'officine aveyronnaises étaient connectées au DP [19] et 17,2 % des PUI françaises [20] (dont 57 % déclaraient en 2020 se connecter entre 1 et 5 fois par semaine [21]). Du côté du DMP, au 31 janvier 2021, 14,6 % des Français en possédaient un. Parmi le nombre total de DMP alimentés entre le 1er février 2020 et le 31 janvier 2021 (soit 93,0 % des DMP créés), 7,7 % ont été alimentés par des établissements de santé [22,23]. Ces systèmes ne sont pas dédiés à la cancérologie. Le DP (dans son aspect DP-patient) se cantonne aux médicaments tandis que le DMP permet de rassembler plus de documents (comptes-rendus d'hospitalisation, analyses biologiques, etc.) mais peut se révéler moins exhaustif sur le plan médicamenteux (absence de l'automédication, contrairement au DP) [24,25]. Tous deux nécessitent d'être créés après accord du patient, chose possible notamment en pharmacie d'officine [26]. Cette étude a mis en évidence une tendance à créer plus souvent des DP que des DMP chez les répondants. Il est à noter que le DP est plus rapide à créer car nécessitant moins de renseignements. Les fréquences de création jugées moyennes (les réponses majoritaires ont été « souvent » (DP) et « parfois » (DMP)) indiquaient une intégration dans les pratiques mais suggéraient aussi qu'il existait des freins à la systématisation de cette démarche. Il est possible qu'une proportion de ces « non-crétions » ait été due à un refus du patient (donnée non recueillie). Sur le volet de l'utilisation, le DP était en position de force avec 42 % des répondants ayant déclaré une consultation systématique pour les primo-prescriptions de MAVO, contre 17 % pour le DMP.

Le recensement des inconvénients et limites de ces deux systèmes a fait apparaître, pour le DP, notamment la nécessité de la carte Vitale du patient pour consulter ou modifier les informations (61 %) [26]. Ceci garantit l'accord du patient et souvent sa présence lors de l'utilisation du DP mais peut être problématique en son absence. D'autre part, ceci peut empêcher l'intégration de médicaments à

prescription facultative, le patient ne venant pas toujours avec sa carte Vitale pour en acheter. Le manque d'informations, autre limite ayant été déclarée pour le DP (surtout sur les posologies), était réel car le DP ne contient que le nom des médicaments pris dans les quatre derniers mois (et 21 dernières années pour les vaccins) avec leur quantité et leur date de délivrance [26]. La persistance de difficultés techniques d'accès est un grave problème en regard de l'ancienneté du dispositif (mis en place en 2008 [27]). Du côté du DMP, la jeunesse du système (dont le déploiement a commencé en 2016 [28]) pourrait expliquer, du moins en partie, la prépondérance des difficultés techniques d'accès (déclarées par 66 % des répondants). Le DMP pouvant recevoir des informations très diverses [25], le ressenti exprimé d'un manque d'informations (comme pour le DP) pourrait potentiellement venir d'une sous-alimentation par les professionnels eux-mêmes. La remontée du délai de visibilité des informations était attribuable notamment à l'apparition des médicaments au moment de leur remboursement [24]. Le DP devant bientôt alimenter le DMP [29], ce manque d'informations pourrait être réduit dans le futur. Deux avantages du DMP sont la consultation possible par de nombreux professionnels de santé [30] et le besoin de la carte Vitale uniquement au premier accès [31]. La limitation du DP aux seuls médicaments et sa sous-utilisation en établissement de santé posent un problème dans le lien ville-hôpital concernant les MAVO. Ainsi, il pourrait être un maillon important à intégrer à un dispositif plus complet. Le DMP semble être un outil plus complet mais sous-exploité bilatéralement. Sa polyvalence peut limiter son efficacité dans un domaine spécialisé comme la cancérologie. De plus il se retrouve en concurrence avec des outils dédiés à ce domaine mis en place au niveau local, comme les dossiers communicants de cancérologie (DCC, par exemple le DCC Onco-Occitanie [32] ou le DCC ONCO AURA [33]). En janvier 2022, le DMP devrait être remplacé par un dispositif plus large qui en intégrera les données, appelé « Mon espace santé ». Ce service aura pour particularité d'être automatiquement ouvert pour chaque affilié à l'Assurance maladie (sauf s'il s'y oppose), ce qui pourrait considérablement accroître le nombre de dossiers ouverts par rapport au DMP [34].

Lors d'une initiation de MAVO délivré en ville, dans de très nombreux cas l'équipe officinale découvrait l'ordonnance lors de la venue du patient. Dans les cas plus rares d'une transmission en amont, le succès du fax était possiblement dû à sa simplicité et rapidité d'utilisation. La sous-utilisation des MSS est un problème car elles permettent de répondre aux exigences de confidentialité des données de santé lors des échanges par voie électronique [35], contrairement au fax et au courrier électronique classique. Leur coût peut difficilement être vu comme un frein car il existe des services gratuits de MSS. On peut cependant évoquer l'obstacle des procédures d'authentification parfois contraignantes. Dans le cas où le patient amène directement l'ordonnance, il est possible que la spécialité ne soit pas stockée à la pharmacie (car souvent coûteuse et à faible rotation) et qu'il doive donc revenir. Ce délai est une contrainte pour le patient mais un avantage pour le personnel de l'officine qui peut en tirer parti pour se documenter, analyser les interactions médicamenteuses, etc. Étant donné la part des ordonnances amenées directement par les patients, on peut supposer que ce délai s'imposait fréquemment. Il oblige des patients à faire une visite évitable dans une pharmacie et à risquer un retard du début de traitement. Pour résoudre ces problèmes tout en préservant les avantages du délai, il pourrait être intéressant qu'une transmission de l'ordonnance en amont de la venue du patient soit systématiquement faite par MSS.

Les prescriptions peuvent être accompagnées de documents joints dans le but de sécuriser, faciliter la dispensation, de donner des aides-mémoire au patient, de compléter les informations données. 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 (PPS), qui donne une vue d'ensemble sur la prise en charge d'un malade atteint de cancer sans se limiter aux médicaments. Les informations d'aide à la dispensation, globalement peu transmises, peuvent faire gagner un temps précieux au pharmacien dispensateur pour travailler en sécurité et optimiser la prise par le patient. Elles peuvent regrouper des informations synthétiques (ce que le dispensateur doit vérifier, ce qu'il doit signaler au patient, ce qu'il doit surveiller, les symptômes devant amener à une consultation médicale, etc.) et offrent la possibilité d'aller directement à l'essentiel en ajoutant l'expérience des oncologues. Les fiches traitement, encore moins fréquemment présentes, se rapprochent des informations

d'aide à la dispensation mais peuvent également s'adresser aux patients. Elles contiennent les modalités de prise, les effets indésirables majeurs, la conduite à tenir en cas de problème, etc... Ces fiches sont généralement accessibles sur Internet, l'intérêt de leur transmission est de pouvoir utiliser le même support qu'à l'hôpital. Les résultats des analyses biologiques, également peu transmis, peuvent être un élément clé pour autoriser ou non la délivrance, l'ordonnance peut préciser des valeurs à contrôler. Le compte rendu de la RCP, presque uniquement fourni par l'ICM mais à une fréquence faible, peut donner des informations médicales de contexte de prescription. Le dernier élément, propre à l'ICM, était la « fiche observance » à retourner au premier renouvellement. L'unique déclaration ne permettait pas de tirer des conclusions mais cette démarche originale démontrait une volonté de retour d'informations. D'une manière générale, les équipes officinales voyaient un intérêt important dans ces documents.

Le contact d'une pharmacie de ville par le personnel du centre hospitalier prescripteur avant la venue du patient à l'officine peut avoir pour but de recueillir les traitements chroniques pour analyse par la pharmacie hospitalière (par exemple dans le cadre d'un bilan médicamenteux optimisé), de prévenir l'officine afin qu'elle commande le traitement prescrit, d'échanger avec le pharmacien d'officine. Quel que soit le centre dont on parle (parmi les trois étudiés), ce contact restait relativement rare lors des primo-prescriptions de MAVO délivrés en officine. Pourtant, lorsque cette procédure était mise en pratique, elle semblait trouver une bonne utilité dans la délivrance et le suivi à l'officine. Ce contact peut devenir crucial dans le cas des MAVO rétrocedés par les PUI. L'automédication peut être un danger si le pharmacien d'officine n'est pas averti de la présence du traitement par MAVO (par exemple l'erlotinib interagit avec les inhibiteurs de la pompe à protons, dont certains sont disponibles sans ordonnance en France) [8,36]. Or les officines habituelles des patients semblaient mises au courant de l'instauration d'un MAVO rétrocedé par l'hôpital dans peu de situations, d'où un risque. Pour autant, ce résultat était difficile à interpréter dans la mesure où les données étaient déclarées par les équipes officinales, d'où une possible sous- ou surestimation des MAVO rétrocedés invisibles. Dans l'autre sens de communication, des équipes officinales vers les pharmaciens hospitaliers, il a été étonnant de constater que l'absence de coordonnées de contact était un facteur limitant dans une période de développement des outils numériques. La faible disponibilité des pharmaciens hospitaliers ressentie par leurs collègues officinaux est peut-être liée à une inadéquation entre leurs effectifs et leurs missions.

Par la suite, l'opinion des équipes officinales sur leur travail dans la dispensation de MAVO (primo-prescriptions ou renouvellements) a été étudiée. 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. Les opinions étaient très mitigées concernant la réalisation de cette étape, on a noté une forte proportion de déclarations d'incapacité (15 %) relativement aux autres étapes étudiées. En l'absence d'informations supplémentaires données par le centre hospitalier prescripteur, les moyens d'obtenir l'indication (pas toujours avec certitude) sont la déduction par le pharmacien ou l'interrogation du patient. Les équipes officinales ont exprimé un sentiment de capacité correcte bien qu'incomplète pour la validation de posologie (70 % de réponses « plutôt oui » + « totalement »). La posologie peut être unique, donc facile à valider, ou varier selon l'indication et/ou selon l'état physiopathologique du patient. Peu de schémas sont généralement possibles, ce qui pourrait contribuer à la meilleure assurance des équipes officinales. De plus, la posologie peut permettre de faire une hypothèse sur l'indication (et/ou l'état physiopathologique). Cette étape aussi dépend du partage d'informations. L'analyse des interactions médicamenteuses est un des cœurs de métier des pharmaciens. Elle nécessite de connaître les molécules utilisées dans le traitement (y compris chronique) du patient, ce qui est souvent accessible (discussion avec le patient, dossier patient local, DP, DMP), d'où l'opinion très positive des équipes officinales sur leur capacité à la réaliser (80 %). 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 « plutôt non » + « pas du tout »). Les produits de phytothérapie et les compléments alimentaires obéissent à une réglementation variable selon les produits. Certains peuvent être vendus hors des pharmacies, ce qui complique l'établissement de la liste des produits pris par un patient. Leur composition et les données sur les interactions ne sont pas forcément présentes dans les sources documentaires des pharmacies. Pour autant, ces produits peuvent être pourvoyeurs d'interactions [6,7,14], plusieurs centres hospitaliers ayant une activité de cancérologie avaient déclaré sensibiliser leurs patients à ce sujet (CH de Rodez et ICM).

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 MAVO, 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 trois parties (patients, professionnels de ville et hospitaliers). En 2020, l'avenant 21 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine a structuré l'accompagnement des patients sous MAVO en pharmacie de ville et a instauré une rémunération associée [37]. Cet accompagnement se compose de trois entretiens la première année, deux les années suivantes. Avant même l'entretien initial, la récupération de l'ensemble des traitements du patient est nécessaire. De nombreuses autres informations seront nécessaires pour conduire chaque entretien (par exemple coordonnées des autres professionnels, PPS, changements intervenus). Il paraît difficile de pouvoir mettre convenablement en place ces entretiens au vu du manque d'informations constaté en officine. La sous-exploitation du DMP constatée dans cette étude pose également un obstacle à cet accompagnement nouveau.

Lors d'un besoin de documentation à propos des MAVO, les équipes officinales semblaient avoir le réflexe de se tourner vers les bases de données, très majoritairement celle du logiciel métier (85 %) puis la base Vidal® en ligne. Ces sources sont d'accès rapide et mises à jour en continu (à la différence des supports papier).—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 une officine sur deux (53 %) utilise des dispositifs de formation continue pour s'informer sur les MAVO 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.

Dès 2013, une enquête avait identifié un fort besoin de lien ville-hôpital chez des pharmaciens d'officine en Gironde à propos des MAVO. Elle pointait déjà la nécessité d'être averti de la prescription du MAVO avant la venue du patient à l'officine ainsi que le manque d'informations chez les officinaux pour répondre aux questions des patients [38]. D'autres dispositifs de lien ville-hôpital tels que ceux observés dans cette enquête sont actuellement développés en France : ils sont souvent axés sur des programmes d'éducation thérapeutique du patient ou de consultations pharmaceutiques au niveau des centres hospitaliers 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 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 dossier communicant de cancérologie (DCC) et la sécurisation des échanges [11]. Une expérimentation de dispositif de lien ville-hôpital pharmaceutique menée entre 2018 et 2019 sous l'égide de l'ICM a établi l'efficacité de cette démarche concernant 3 axes : l'observance médicamenteuse, la gestion des effets indésirables et des interactions médicamenteuses [39]. Pour terminer, le taux de réponse au questionnaire a été supérieur à 50 % 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. L'usage du mode déclaratif impliquait une part de subjectivité dans les données. Également, cette étude n'a recensé que les avis des pharmacies d'officine et n'a pas directement comparé leur point de vue à celui des professionnels des centres hospitaliers ayant une activité de cancérologie ou à celui d'autres professionnels de santé de ville. Parmi les centres hospitaliers étudiés, l'IUCT regroupe en réalité trois sites : deux intégrés au Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse (Purpan et Rangueil-Larrey) et l'Oncopôle. Ce dernier a été choisi car il dispose d'une PUI dédiée à l'oncologie. Enfin, la conception du questionnaire a empêché la rotation aléatoire des propositions de certaines questions à choix multiple, l'ordre des propositions a donc pu parfois influencer sur le répondant.

Conclusion

Dans le cadre d'une primo-prescription de MAVO, 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 équipes officinales ayant répondu au questionnaire étaient demandeuses d'informations émanant notamment des centres hospitaliers prescripteurs et seraient intéressées pour être intégrées dans la prise en charge.

Des moyens existants pour effectuer la coordination ont été identifiés, notamment la transmission d'informations via les MSS, le DP, le DMP, le DCC. Des procédures nouvelles pour systématiser les communications entre professionnels de santé des deux secteurs ont semblé nécessaires.

Une évaluation à plus large échelle avec des points de vue plus divers (professionnels hospitaliers, autres professionnels de santé de ville, 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 MAVO, il serait sans doute utile d'étudier sa mise en pratique et les besoins dans d'autres domaines thérapeutiques.

Remerciements

Nous remercions toutes les équipes des pharmacies d'officine ayant répondu à l'enquête, les pharmaciens des centres hospitaliers ayant une activité de cancérologie, interrogés lors de la conception du questionnaire, la société Le Sphinx Développement pour la mise à disposition gracieuse du logiciel d'enquête. Nous remercions également le Syndicat des Pharmaciens de l'Aveyron ainsi que le groupement d'intérêt économique Pharmaveyron pour avoir contribué à la diffusion de cette enquête.

Références bibliographiques

- [1] VIDAL : Base de données médicamenteuse pour les prescripteurs libéraux. VIDAL n.d. <https://www.vidal.fr/> (accessed September 30, 2020).
- [2] Dhellemmes A, Melan C, Sordes F. Qualité de vie des patients atteints de cancer traités à domicile : étude comparative des différentes voies d'administration de la chimiothérapie. *Bull Cancer (Paris)* 2019;106:1124–31. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2019.09.009>.
- [3] Plan cancer 2014-2019. Paris: République Française; 2014.
- [4] Despas F, Roche H, Laurent G. Observance des médicaments anticancéreux. *Bull Cancer (Paris)* 2013;100:473–84. <https://doi.org/10.1684/bdc.2013.1738>.
- [5] Verbrugghe M, Verhaeghe S, Lauwaert K, Beeckman D, Van Hecke A. Determinants and associated factors influencing medication adherence and persistence to oral anticancer drugs: A systematic review. *Cancer Treat Rev* 2013;39:610–21. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2012.12.014>.
- [6] Schlichtig K, Dürr P, Dörje F, Fromm MF. Medication errors during treatment with new oral anticancer agents: consequences for clinical practice based on the AMBORA study. *Clin Pharmacol Ther* n.d.;n/a. <https://doi.org/10.1002/cpt.2338>.
- [7] Perez T, Montaleytang M, Boisseranc C, De Crozals F, Darbon F, Gérardin E, et al. Retour d'expérience en pharmacie clinique oncologique. *Ann Pharm Fr* 2020;78:70–5. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2019.09.002>.
- [8] Riu-Viladoms G, Martín ECS, Martín-Conde MT, Creus N. Drug interactions with oral antineoplastic drugs: The role of the pharmacist. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2019;28:e12944. <https://doi.org/10.1111/ecc.12944>.
- [9] Médicaments rétrocédés - rétrocession. Ministère Solidar Santé 2021. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/prescription-et-dispensation/article/medicaments-retrocedes-retrocession> (accessed May 29, 2021).
- [10] Classification ATC des médicaments. VIDAL 2021. <https://www.vidal.fr/medicaments/classification/atc.html> (accessed May 30, 2021).
- [11] 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)* 2017;104:727–34. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2017.06.012>.

- [12] Xeloda - Résumé des caractéristiques du produit. Agence Eur Médicam EMA 2021. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/xeloda> (accessed July 11, 2021).
- [13] Imbruvica - Résumé des caractéristiques du produit. Agence Eur Médicam EMA 2021. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/imbruvica> (accessed July 11, 2021).
- [14] Collado-Borrell R, Escudero-Vilaplana V, Romero-Jiménez R, Iglesias-Peinado I, Herranz-Alonso A, Sanjurjo-Sáez M. Oral antineoplastic agent interactions with medicinal plants and food: an issue to take into account. *J Cancer Res Clin Oncol* 2016;142:2319–30. <https://doi.org/10.1007/s00432-016-2190-8>.
- [15] Cavallier G. Médicaments anticancéreux par voie orale et dispositif de lien ville-hôpital : enquête auprès des pharmaciens d'officine de l'Aveyron. Université Clermont Auvergne, 2021.
- [16] FINESS : Consulter la base : Recherche par thème. Fich Natl Etablissements Sanit Sociaux n.d. <http://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/rechercheSimple.jsp?coche=ok> (accessed May 10, 2020).
- [17] Société Française de Pharmacie Oncologique - Oncolien. SFPO ONCOLIEN n.d. <https://oncolien.sfpo.com/> (accessed January 2, 2022).
- [18] DP créés par départements (population) - Le Dossier Pharmaceutique. Ordre Natl Pharm 2019. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Cartes-departementales-DP-en-officine/DP-crees-par-departements-population#> (accessed January 3, 2022).
- [19] Officines raccordées - Le Dossier Pharmaceutique. Ordre Natl Pharm 2019. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Cartes-departementales-DP-en-officine/Officines-raccordees#> (accessed January 2, 2022).
- [20] Données régionales - Le Dossier Pharmaceutique. Ordre Natl Pharm 2019. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Carte-regionale-DP-en-Pharmacie-a-Usage-Interieur/Donnees-regionales> (accessed January 2, 2022).
- [21] Dossier Pharmaceutique en PUI - Baromètre de satisfaction 2021. Paris: Ordre national des pharmaciens; 2021.
- [22] Comité des Professionnels de Santé : la mobilisation et l'engagement des acteurs se poursuivent. Agence Numér En Santé 2021. <https://esante.gouv.fr/actualites/comite-des-professionnels-de-sante-la-mobilisation-et-l-engagement-des-acteurs-se-poursuivent> (accessed January 3, 2022).
- [23] Papon S, Beaumel C. Bilan démographique 2020 révisé. Montrouge: Institut national de la statistique et des études économiques; 2021.
- [24] DP et DMP : deux outils complémentaires - Communications - Ordre National des Pharmaciens. Ordre Natl Pharm 2018. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/DP-et-DMP-deux-outils-complementaires> (accessed June 27, 2021).
- [25] DMP : Découvrir le DMP. Doss Méd Partagé n.d. <https://www.dmp.fr/patient/je-decouvre#Le-DMP-qu-est-ce-que-c-est> (accessed January 5, 2021).
- [26] Vos droits : respect de la vie privée et confidentialité de vos données - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens. Ordre Natl Pharm 2021. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Vos-droits-respect-de-la-vie-privee-et-confidentialite-de-vos-donnees> (accessed July 18, 2021).
- [27] Sa genèse et son évolution - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens. Ordre Natl Pharm 2019. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Sa-genese-et-son-evolution> (accessed November 21, 2020).
- [28] Dossier médical partagé (DMP). Ministère Solidar Santé 2019. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/article/dossier-medical-partage-dmp> (accessed November 21, 2020).
- [29] Article L1111-23 - Code de la santé publique - Légifrance. Légifrance 2019. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886985/2019-07-27 (accessed November 21, 2020).
- [30] Matrice d'habilitations des professionnels de santé. Doss Méd Partagé 2020. <https://www.dmp.fr/matrice-habilitation> (accessed January 5, 2021).
- [31] DMP : Foire aux questions. Doss Méd Partagé n.d. <https://www.dmp.fr/ps/faq> (accessed January 5, 2021).
- [32] Présentation DCC. Réseau Onco Occ n.d. <https://www.onco-occitanie.fr/pro/page/presentation-dcc> (accessed January 5, 2022).
- [33] Outils. ONCO AURA n.d. <https://onco-aura.fr/outils/> (accessed January 5, 2022).
- [34] Mon espace santé sera disponible en janvier 2022. Serv-Publicfr 2021. <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15264> (accessed January 6, 2022).
- [35] Données de santé, messagerie électronique et fax | CNIL. Comm Natl Inform Lib 2015. <https://www.cnil.fr/fr/donnees-de-sante-messagerie-electronique-et-fax> (accessed December 6, 2020).

- [36] Tarceva - Résumé des caractéristiques du produit. Agence Eur Médicam EMA 2021. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/tarceva> (accessed January 6, 2022).
- [37] Avis relatif à l'avenant n° 21 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. 2020.
- [38] Renard P-Y. Délivrance des anticancéreux oraux : besoins et attentes du pharmacien d'officine. *Actual Pharm* 2013;52:44–7. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2012.12.005>.
- [39] Rubira L, Leenhardt F, Perrier C, Pinguet F. Sécurisation du parcours de soins du patient sous thérapie orale en oncologie : expérimentation autour d'un lien pharmaceutique hôpital–ville. *Ann Pharm Fr* 2021;79:558–65. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2021.01.009>.

Légende des figures

Figure 1 : Résultat de la sélection des participants

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

Figure 3 : Fréquence de création (A) / de consultation (B) déclarée du Dossier Pharmaceutique (DP) / Dossier Médical Partagé (DMP) par les pharmacies répondantes, lors de la présentation d'une primo-prescription d'anticancéreux oral.

(IGN : Institut national de l'information géographique et forestière, FINESS : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux)

Figure 4 : Utilisation des modes de transmission des primo-prescriptions d'anticancéreux oraux aux pharmacies d'officines répondantes, selon l'établissement prescripteur (réponses non exclusives).

(IUCT : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse, CH : centre hospitalier, ICM : Institut du Cancer de Montpellier, MSS : messagerie sécurisée de santé)

Figure 5 : Présence de documents joints aux primo-prescriptions d'anticancéreux oraux délivrés en pharmacie d'officine, en pourcentage du nombre de répondants selon le type de document et l'établissement prescripteur (réponses non exclusives sauf « Aucun »).

(IUCT : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse, CH : centre hospitalier, ICM : Institut du Cancer de Montpellier, RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire)

Figure 6 : 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 »).

(IUCT : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse, CH : centre hospitalier, ICM : Institut du Cancer de Montpellier)

Figure 7 : (A) 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) et (B) utilisation des différentes sources d'information sur les anticancéreux oraux par les pharmacies répondantes (réponses non exclusives, en pourcentage du nombre de répondants, n = 59).

(ROHLim : Réseau d'Oncologie-Hématologie du Limousin, SFPO : Société Française de Pharmacie Oncologique, OMÉDIT : observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques)

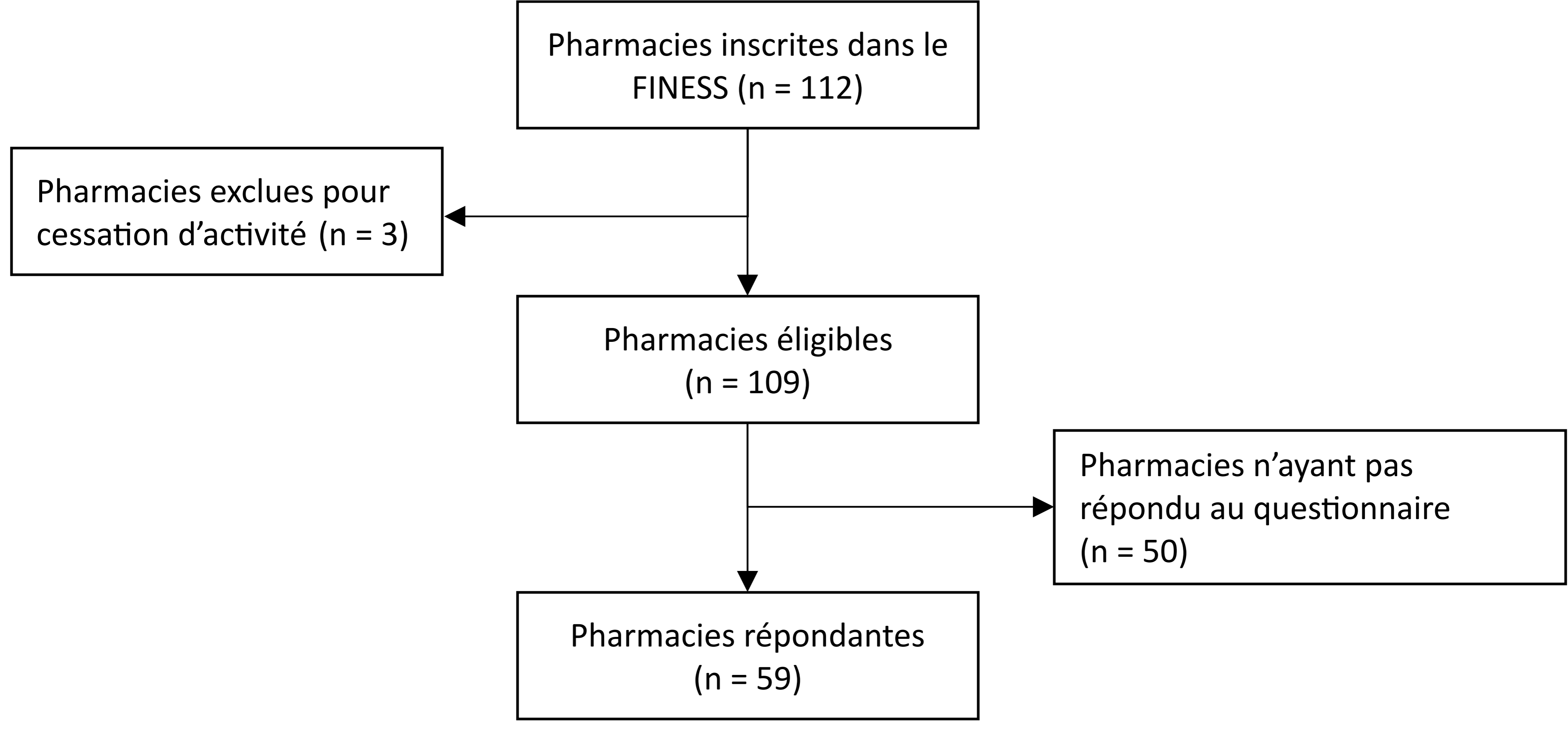
Pharmacies inscrites dans le
FINESS (n = 112)

Pharmacies exclues pour
cessation d'activité (n = 3)

Pharmacies éligibles
(n = 109)

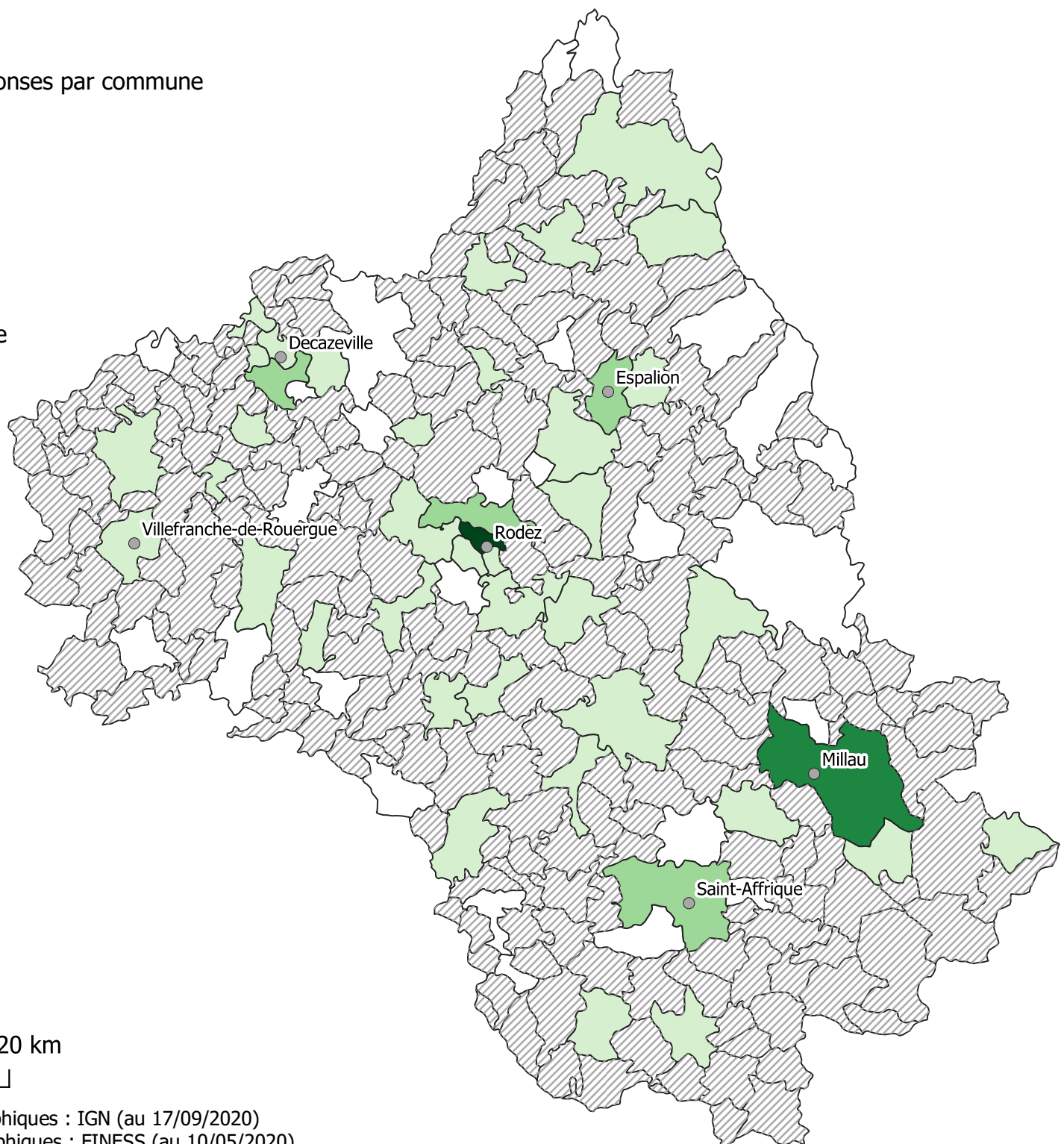
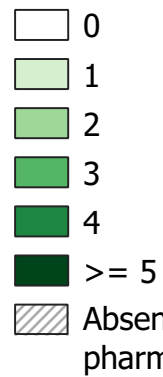
Pharmacies n'ayant pas
répondu au questionnaire
(n = 50)

Pharmacies répondantes
(n = 59)



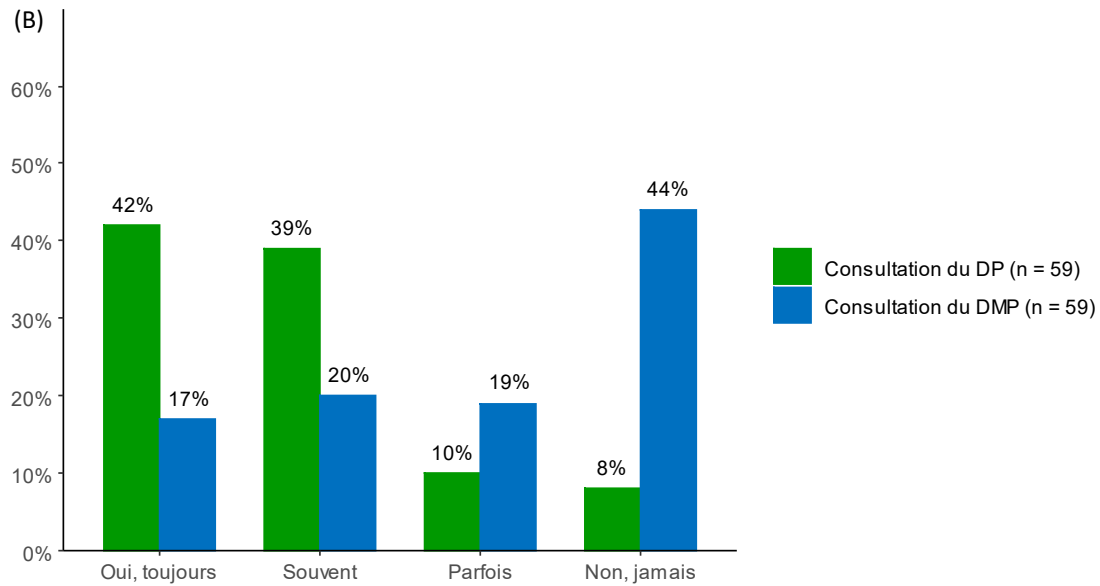
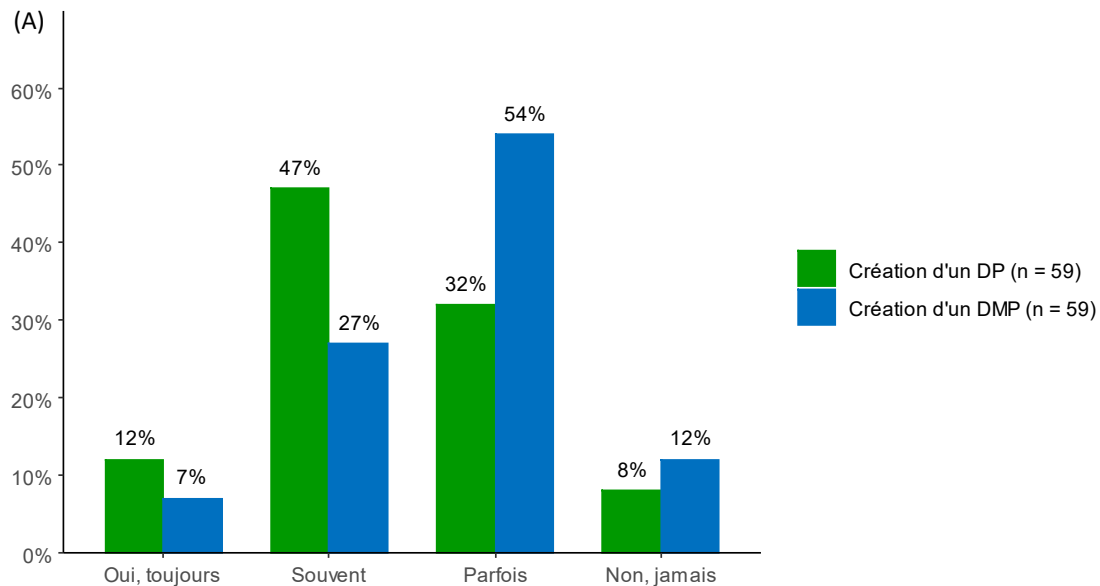
Légende :

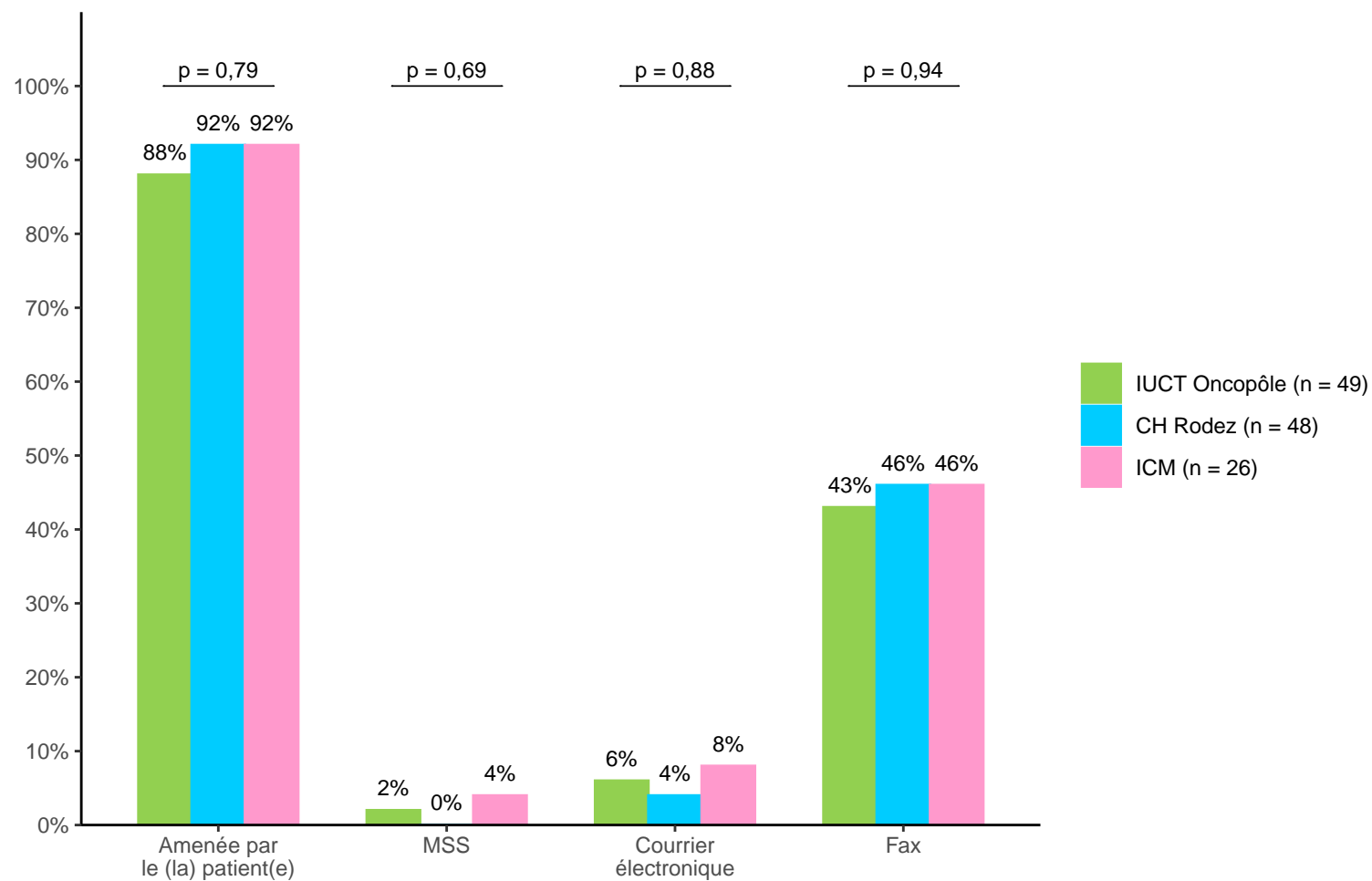
Nombre de réponses par commune

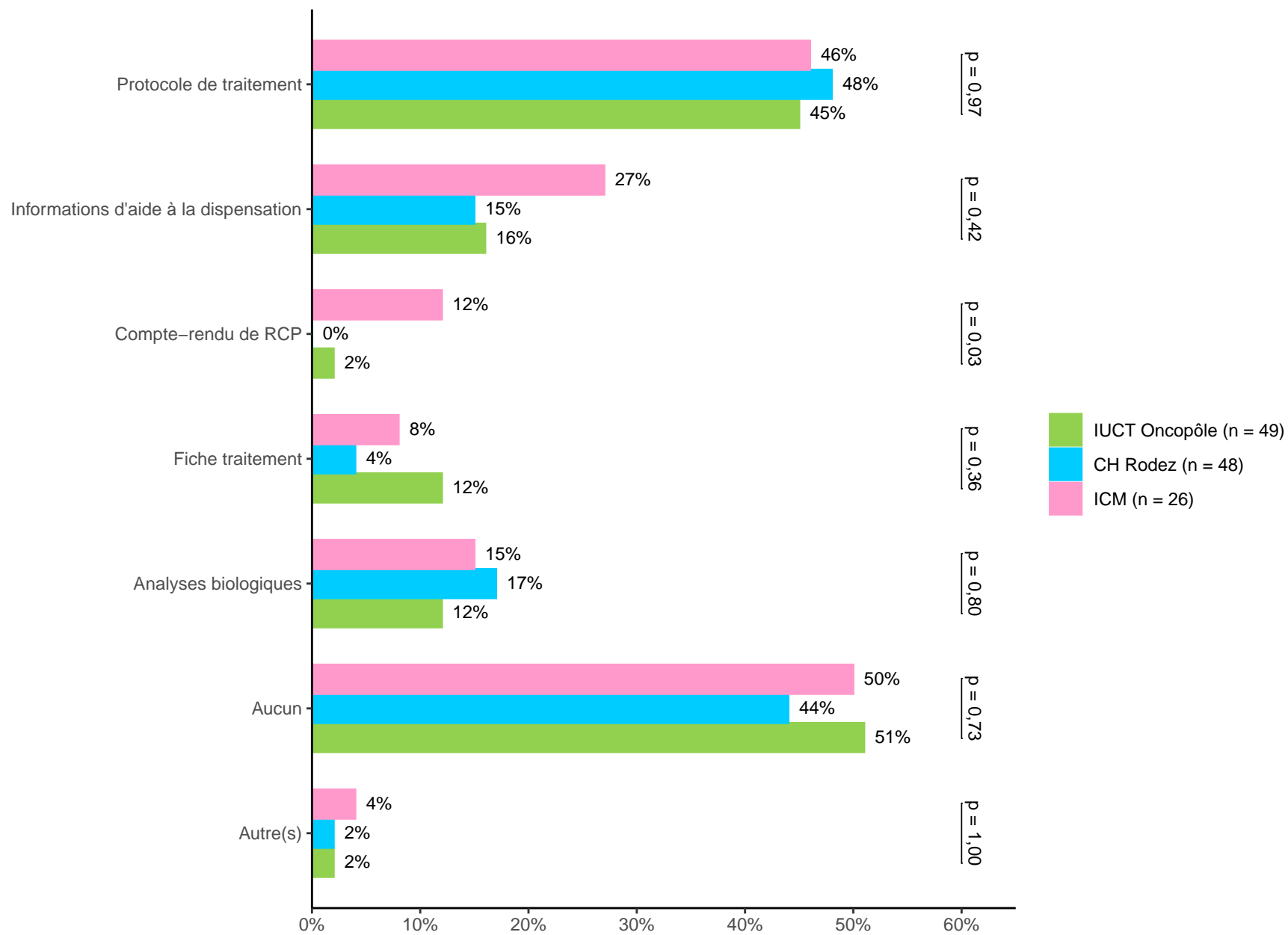


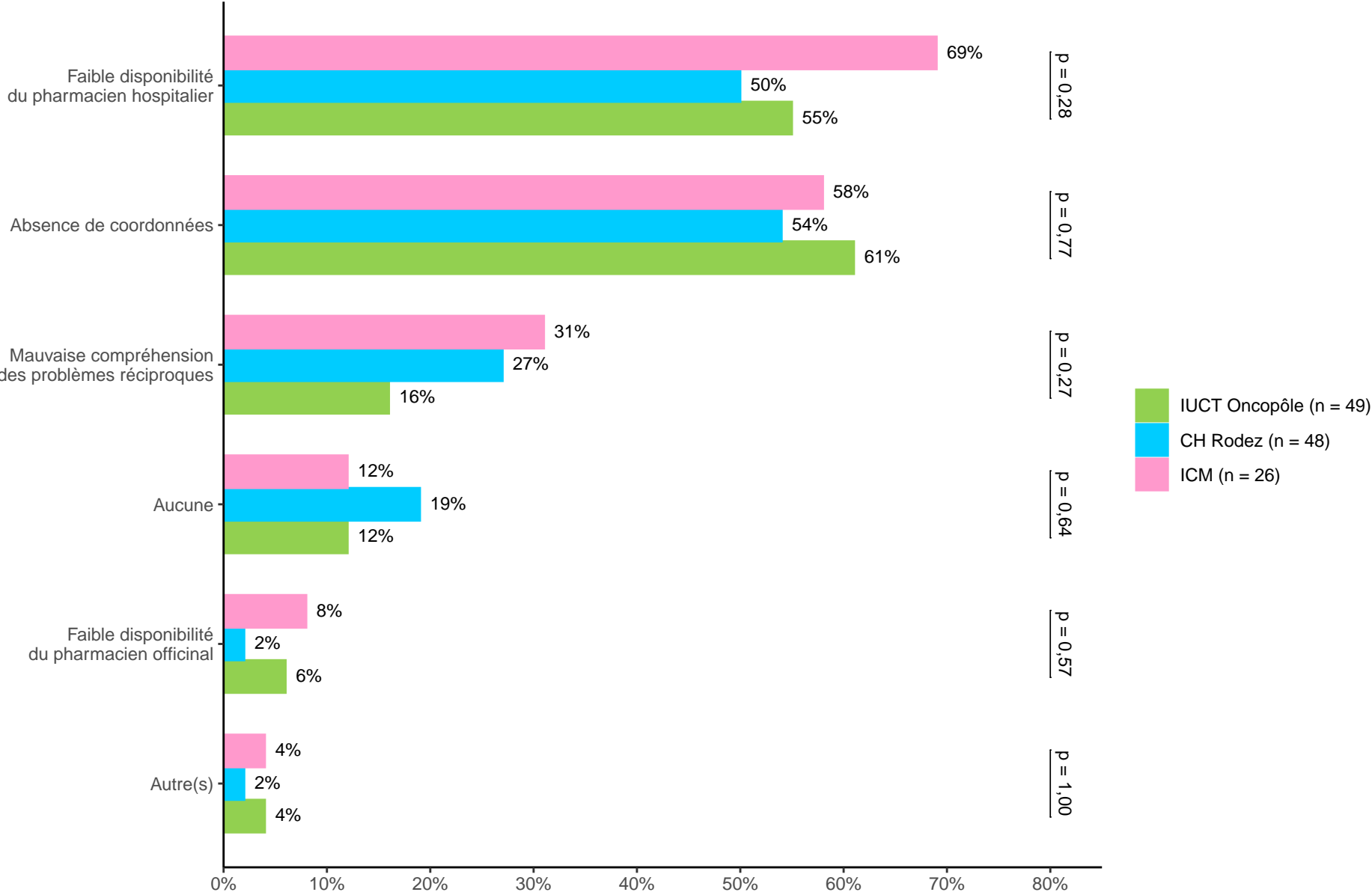
0 10 20 km

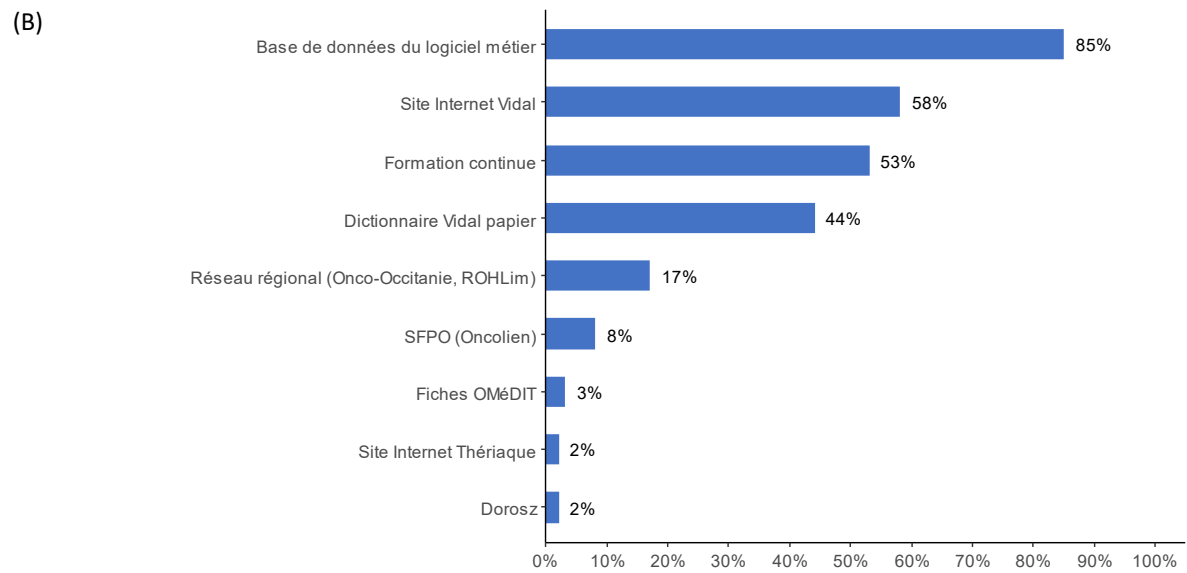
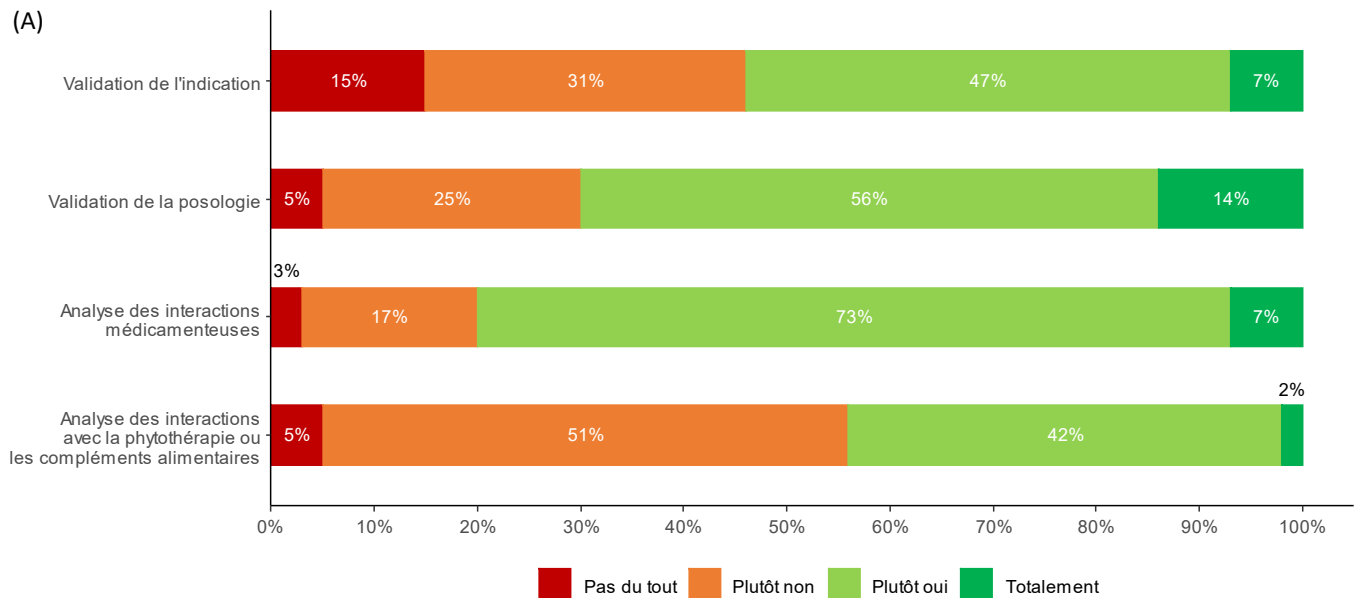
Données cartographiques : IGN (au 17/09/2020)
Données démographiques : FINESS (au 10/05/2020)











*Tableau I : Centres hospitaliers déclarés comme principaux émetteurs de primo-prescriptions de MAVO par les pharmacies d'officine de l'étude (n = 130 déclarations pour 59 officines).
Main anticancer centres at the origin of first prescription of oral antineoplastic agents, as declared by the community pharmacies of the study (n = 130 declarations for 59 pharmacies)*

| Centre hospitalier | Type | Ville | Déclarations | Fréquence de déclaration (%) |
|---|-------------|--------------------------|---------------------|-------------------------------------|
| Institut Universitaire du Cancer de Toulouse – Oncopôle (IUCT Oncopôle) | Spécialisé | Toulouse | 49 | 83 |
| Centre Hospitalier Jacques Puel (CH Rodez) | Polyvalent | Rodez | 48 | 81 |
| Institut du Cancer de Montpellier (ICM) | Spécialisé | Montpellier | 26 | 44 |
| Centre Hospitalier Henri Mondor | Polyvalent | Aurillac | 2 | 3 |
| Centre Médico-Chirurgical de Tronquières | Polyvalent | Aurillac | 1 | 2 |
| Centre Hospitalier de Villefranche de Rouergue | Polyvalent | Villefranche de Rouergue | 1 | 2 |
| Centre Jean Perrin | Spécialisé | Clermont-Ferrand | 1 | 2 |
| Clinique Claude Bernard | Polyvalent | Albi | 1 | 2 |
| Centre non précisé (« Bordeaux ») | Inconnu | Bordeaux | 1 | 2 |