

Recommandations S.F.P.O. Plantes et compléments alimentaires dans la prise en charge du patient atteint de cancer.



SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE PHARMACIE ONCOLOGIQUE

Promoteur

Société Française de Pharmacie Oncologique

Edition N°1 – Janvier 2020

Membres du groupe de travail

Coordonnés par Emilie Petit-Jean et Bertrand Pourroy

Florian Correard, Pharmacie, Hôpital de la Timone, (APHM) Marseille
Françoise Blanc-Légier, Pharmacie, Institut Sainte Catherine, Avignon
Anne Deldicque, Pharmacie, CHU Lille
Nicolas Koessler, Pharmacie du Marché, Wasselone
Isabelle Madelaine, Pharmacie, Hôpital Saint Louis (APHP), Paris

Emilie Petit-Jean, Pharmacie, Centre Paul Strauss, Strasbourg
Bertrand Pourroy, Oncopharma, Hôpital de la Timone, (APHM), Marseille
Audrey Thomas, Pharmacie, Hôpital Cochin (APHP), Paris
Raphaëlle Fanciullino, Pharmacie, Hôpital de la Conception, (APHM) Marseille

Edition du 31 janvier 2020

Groupe de relecture :

AITICHO Myriam (CLCC Lyon), ALESSANDRA Christine (CHI Toulon La Seyne), ALEXANDRE Tiffany (Pharmacie Alix, Strasbourg), ASTIER Alain (Hôpital H. Mondor – AP-HP), AZOUZA Wakil (Hôpital Privé Arnaud Tzanck Mougins), BARDIN Christophe (Hôpital Cochin – AP-HP), BERTRAND Claude (CLCC Rennes), BURTIN Christophe (CH Côte Basque, Bayonne), BRAGUER Diane (CHU Marseille), CHEVRIER Régine (CLCC Clermont-Ferrand), COLLERY Claire (CH Métropole Savoie), CORMIER Nicolas (CHU Nantes), DAOUPHARS Mikael, (CLCC Rouen), DARBON Floriane (CLCC Marseille), DONAMARIA Catherine (CLCC Bordeaux), DORY Alexandre (Pharmacie Sainte Marguerite, Strasbourg,)DORY Anne (CHU Strasbourg), ETIENNE SELLOUM Nelly (CLCC Strasbourg), GOMEZ Vanessa (CH Cannes), GRAFF Véronique (Clinique Saint Anne, Strasbourg), HELVIG Alix (CLCC Marseille), HONORE Stéphane (CHU Timone - Marseille), JARY Anne (CLCC Rennes), LEMARIGNIER Christelle (CH Colmar), LOPEZ Rodolphe (Pharmacie de Gascogne, Seysses), MAUREL Caroline (CLCC Nice), MAILLAN Gaëlle (CHU Limoges), MEUNIER Valérie (CH Hagenau), NOIREZ Véronique (CH Metz Thionville), OLLIVIER Catherine (CHU Caen), PARENT Damien (CLCC Reims), PENAULT Tony (Clinique François Chénieux, Limoges), PINGUET Frédéric (CLCC Montpellier), PREBAY Danielle (CLCC Strasbourg), RIOUFOL Catherine (HCL Lyon), ROUX Clarisse (CHU Nîmes), STREICHER Caroline (CH Brive), TILLEUL Patrick (La Pitié Salpêtrière – AP-HP), TOURNAMILLE Jean-François (CHU Tours), VERON Fabrice (Pharmacie Veron, Le Rouret), VEYRIER Béatrice (CH Avignon), VIGNERON Jean (CHU Nancy).

Ces recommandations ont été rédigées en respectant les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant les recommandations de Bonnes Pratiques [1]

GLOSSAIRE

- AFSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments
- ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire, Environnement, Travail
- ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé
- CA : Compléments Alimentaires
- CEDAP : Commission interministérielle d'Etude des produits Destinées à une Alimentation Particulière
- CH : Centésimale Hahnemannienne
- CS : Consultations
- CSP : Code de la Santé Publique
- CP : Consultation Pharmaceutique
- DH : Décimale Hahnemannienne
- DM : Dispositifs Médicaux
- EFSA : Autorité européenne de sécurité des aliments
- EI : Effets Indésirables
- EMA. Agence Européenne du Médicament
- HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève
- LEEM : Les Entreprises du Médicament
- MAC : Médecine Alternative et Complémentaire
- SFPO : Société Française de Pharmacie Oncologique
- STP : Suivi Thérapeutique
- TC : Thérapies Complémentaires
- UE : Union Européenne

INTRODUCTION

L'utilisation des Médecines dites Alternatives et Complémentaire (MAC) est largement décrite chez les patients atteints de cancer et peut concerner, selon les études, 75 à 90% des patients [2-6].

En France, même si des données consolidées concernant les patients atteints de cancer sont peu disponibles, plusieurs sources mettent en évidence une consommation importante de compléments alimentaires, dont des plantes, par la population générale. Ainsi, l'Académie Nationale de Pharmacie, citant diverses enquêtes, rapportait que plus de 20% des adultes consomment des compléments alimentaires et que cette consommation était très régulière et parfois de longue durée [7]. En 2011, une enquête promue par le LEEM montrait que 63% des français avait confiance dans la phytothérapie, que 45% d'entre eux en consommait et que 28% l'utilisait prioritairement par rapport aux traitements allopathiques [8]. En outre, comme dans la plupart des pays, ces produits sont souvent consommés par des patients atteints de pathologies lourdes et sous traitement médicamenteux, en raison même de leur affection, sans que le soignant en soit, systématiquement, informé [7, 9-11].

L'utilisation de MAC peut présenter des risques en raison d'interactions pharmacocinétiques ou pharmacodynamiques avec les traitements. [5, 12-13] et ces interactions peuvent induire des effets cliniquement significatifs chez les patients concernés [5,14-16]. Ces interactions peuvent évidemment être potentiellement graves lorsqu'elles concernent les anticancéreux. En effet, ces produits présentent souvent une forte variabilité pharmacocinétique [17], pouvant amener à une surexposition (et donc des toxicités supplémentaires) ou à l'inverse à une sous exposition avec perte de chances [18]. L'emploi de compléments alimentaires peut également présenter des risques intrinsèques. Ainsi, un rapport de nutrivigilance portant sur la période 2009-2016 montrait que sur l'ensemble des signalements déclarés, 90.2 % concernaient des compléments alimentaires et qu'entre 36.6 et 52.2% ces cas étaient jugés comme graves [7]. Des risques d'antagonismes entre MAC et chimiothérapie ou radiothérapie ont également été rapportés [19]. Par ailleurs, il est maintenant clair que l'emploi en tant qu'alternative aux traitements de chimiothérapie conventionnels de MAC est responsable d'un surrisque de mortalité chez des patients traités pour des pathologies curables [20-21] mais également que l'emploi de MAC, en plus des traitements classiques, peut provoquer un surrisque de récurrence et décès [22].

Si les risques liés à l'emploi des MAC en association ou en alternative des traitements de chimiothérapie conventionnels sont maintenant bien identifiés, leur prise en compte en pratique clinique est beaucoup plus complexe. Ainsi, si les médecins prescripteurs sont conscients de risques liés à l'emploi de ces produits par les patients, ils restent largement démunis quant à l'attitude à adopter [23]. Ces difficultés sont en grande partie imputable à un manque de formation des médecins face à cette question [24]. De par leur formation et leurs missions, les pharmaciens sont déjà impliqués sur cette question. Selon l'Article L4211-1 du CSP, est « réservée aux pharmaciens, [...] la vente des plantes médicinales inscrites à la pharmacopée » [25]. Par ailleurs, avec le développement des consultations pharmaceutiques au niveau hospitalier et le développement des bilans de médication pour les patients traités pour cancer en officine, les pharmaciens ont un rôle majeur à jouer pour la détection et la prise en compte du risque potentiel lié à l'usage des MAC par les patients [23,26-30].

DEFINITIONS PRELIMINAIRES

Médecine non conventionnelle [31]

La médecine « conventionnelle » s'appuie sur des traitements qui ont obtenu une validation scientifique, soit par des essais cliniques, soit parce qu'ils bénéficient d'un consensus professionnel fort obtenu avec l'accord et l'expérience de la majorité des professionnels de la discipline concernée.

Dans la très grande majorité des cas, les pratiques de soins non conventionnelles n'ont pas fait l'objet d'études scientifiques ou cliniques montrant leurs modalités d'action, leurs effets, leur efficacité, ainsi que leur non-dangerosité.

Médecine Alternative Complémentaire [32]

Si une pratique non conventionnelle est utilisée avec la médecine conventionnelle, elle est considérée comme « complémentaire ».

Si une pratique non conventionnelle est utilisée à la place de la médecine conventionnelle, elle est considérée comme une « alternative ».

Ont été identifiées 4 catégories de Médecines Alternatives et Complémentaires :

- Thérapies biologiques : phytothérapie, aromathérapie (huiles essentielles)
- Thérapies manuelles : ostéopathie, chiropraxie
- Approches corps esprit : hypnose, méditation, sophrologie
- Approches globales : acupuncture, homéopathie, médecine traditionnelle chinoise

Médecine intégrative [32]

La médecine intégrative combine souvent des approches conventionnelles et complémentaires de manière coordonnée. Il met l'accent sur une approche holistique, axée sur le patient, des soins de santé et du bien-être - comprenant souvent des aspects mental, émotionnel, fonctionnel, spirituel, social et communautaire - et traitant la personne dans son ensemble plutôt que, par exemple, un système d'organe.

Médicaments à base de plantes [33-34]

« Un médicament à base de plantes est un médicament dont la substance active est exclusivement une ou plusieurs substances végétales ou préparation à base de plantes ou une association de plusieurs substances végétales ou préparations à base de plantes. (Art. L. 5121-1 du CSP) Il peut se présenter sous la forme d'une spécialité pharmaceutique, d'une préparation pharmaceutique (magistrale ou officinale), ou de drogues végétales. »

Parmi ceux-ci, on distinguera :

- Les médicaments d'usage traditionnel à base de plantes, catégorie créée par une Directive européenne de 2004 permettant d'enregistrer les produits à partir d'une posologie précisée, d'un usage traditionnel supérieur à 30 ans dont 15 dans l'Union Européenne (UE) et de données d'efficacité et de sécurité plausibles [35].

- Les médicaments d'usage médical bien établi, sont issus d'une directive européenne de 2001. Elle recense les substances actives dont l'efficacité est reconnue, le niveau de sécurité est acceptable et dont l'usage est supérieur à 10 ans dans l'UE [36-37].

Le statut de médicament de ces produits à base de plante ne permet pas, en théorie, d'utiliser le terme de MAC pour ceux-ci. Néanmoins ces produits pouvant être commercialisés et achetés sans ordonnance en pharmacie, ils seront considérés pour la suite de ce travail comme devant recevoir la même attention que les autres MAC d'origine végétale.

Préparations à base de plantes [34]

Elles sont définies à l'article R5121-1 du CSP comme :

« Préparations obtenues par traitement de substances végétales, tel que l'extraction, la distillation, l'expression, le fractionnement, la purification, la concentration ou la fermentation; elles comprennent les substances végétales concassées ou pulvérisées, les teintures, les extraits, les huiles essentielles, les jus obtenus par pression et les exsudats traités ».

Préparations pour tisane [38]

Préparation aqueuse obtenue (par infusion, macération ou décoction) à partir d'une ou plusieurs drogues végétales. Ces préparations sont régies par le formulaire national selon des monographies et des règles de réalisation particulières. Selon la pharmacopée française, la dose quotidienne est généralement de 250 à 500mL pour une quantité mise en œuvre de 5 à 10 g/L.

Huiles essentielles [34,39-41]

Les huiles essentielles sont considérées comme des "préparations" à base de plantes. [34] Elles sont définies à la Pharmacopée Européenne [40] comme des "produits odorants, généralement de composition complexe, obtenus à partir d'une matière première végétale botaniquement définie, soit par entraînement par la vapeur d'eau, soit par distillation sèche, ou par un procédé mécanique approprié sans chauffage".

Une huile essentielle est le plus souvent séparée de la phase aqueuse par un procédé physique n'entraînant pas de changement significatif de sa composition. Les huiles essentielles peuvent subir un traitement ultérieur approprié. Elles peuvent être commercialement dénommées comme étant déterpénée, désesquiterpénée, rectifiée ou privée de « x ».

Selon leur utilisation et leur revendication, les huiles essentielles sont soumises à la réglementation des produits cosmétiques, des biocides (sprays assainissant), ou des médicaments à base de plantes.

Les médicaments à base d'huiles essentielles, délivrés uniquement en pharmacie doivent être conformes à la qualité pharmaceutique décrite dans la Pharmacopée européenne ou dans la Pharmacopée française. Ce référentiel décrit la dénomination scientifique exacte de l'huile essentielle, son chimiotype le cas échéant, et sa composition chimique.

A noter qu'il existe une liste de 15 huiles essentielles relevant du monopole pharmaceutique. Pour les autres elles « *doivent être conformes à la qualité pharmaceutique décrite dans la Pharmacopée européenne* » [40].

Ces quinze huiles essentielles sont cependant identifiées comme ayant un rapport bénéfice/risque négatif. Elles ne sont disponibles que dans le circuit pharmaceutique en raison de leurs propriétés neurotoxique (absinthe, thuya, sauge officinale), irritante (sabine, moutarde), phototoxique (rue) ou cancérigène (sassafras) [41].

Les autres huiles essentielles, ne relèvent pas du monopole pharmaceutique et « *ne doivent pas revendiquer d'indications thérapeutiques dès lors que leur composition n'est pas garantie au regard de leur effet thérapeutique potentiel* » [40].

Les dispositifs médicaux (DM)

Pour qu'une plante intègre la composition d'un DM, il faut que son mode d'action réside sur un principe physique, et il « *ne doit pas entraîner d'effet pharmacologique ou immunologique ni de modification du métabolisme* » [42].

Les compléments alimentaires (CA) :

Selon le décret 2006-352 du 20 mars 2006 [7, 43] les CA sont « *des denrées alimentaires ;*

- *dont le but est de compléter le régime alimentaire normal ;*
- *qui constituent une source concentrée de nutriments ou d'autres substances ;*
- *ayant un effet nutritionnel ou physiologique seuls ou combinés ;*
- *commercialisés sous forme de doses, à savoir les formes de présentation telles que les gélules, les pastilles, les comprimés, les pilules et autres formes similaires, ainsi que les sachets de poudre, les ampoules de liquide, les flacons munis d'un compte-gouttes et les autres formes analogues de préparations liquides ou en poudre destinées à être prises en unités mesurées de faible quantité ».*

L'arrêté du 24 juin 2014 [44] établit « *la liste des plantes (autres que les champignons) dont certaines parties peuvent être utilisées pour des préparations de plantes et les conditions applicables aux compléments alimentaires contenant ces préparations de plantes* ». L'arrêté précise les définitions de « *matière première végétale* » et de « *préparation de plante* ». [7]. Ainsi, par « **matière première végétale** » on entend « *la plante entière ou la partie de plante, incluant les cultures de cellules, n'ayant pas encore subi de traitement spécifique et destinée à entrer dans la fabrication d'une préparation de plante* ». Par « **préparations de plantes** », on entend « *les préparations obtenues à partir des matières premières végétales, notamment en les réduisant en poudre ou en les traitant par un procédé d'extraction, de distillation, d'expression, de fractionnement, de purification, de concentration ou de fermentation* ». L'arrêté énumère également les exigences auxquelles doivent satisfaire les responsables de la mise sur le marché des CA.

Pour les compléments alimentaires à base de plantes, une liste exhaustive publiée au Journal Officiel [45] détermine les plantes autorisées dans les CA ainsi que leurs éventuelles restrictions. Elles sont au nombre de 541 et recouvrent largement la liste des plantes de la pharmacopée. De plus, cette liste est en constante évolution car assujettie au principe de reconnaissance mutuelle en vigueur dans l'UE.

Depuis 2008, une liste de 148 plantes inscrites sur la liste A de la pharmacopée française (liste des plantes médicinales utilisées traditionnellement en allopathie relevant du monopole du pharmacien) peuvent « être vendues [en l'état et sauf mélanges autorisés] par des personnes autres que les pharmaciens » en France [45].

Allégations

Les termes « *prévention* », « *traitement* » ou encore « *guérison* » ne pourront être utilisés pour identifier les MAC (hors médicaments), les différentes allégations suivantes pourront être utilisées :

- Les allégations nutritionnelles renseignant le consommateur sur la valeur énergétique ou les nutriments contenus dans le produit (par exemple : plante « *naturellement riche en vitamine C* ». [46])
- Les allégations fonctionnelles informant sur le « *rôle physiologique d'une substance* »,

Elles sont régies par la Commission Interministérielle d'Etude des produits Destinées à une Alimentation Particulière (CEDAP) elle-même liée à l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) qui définissent une liste des expressions autorisées comme « *riche en fibres pour un aliment contenant 6g pour 100g de fibres* » [47].

Homéopathie

L'homéopathie est une méthode thérapeutique qui repose notamment sur le principe de similitude (du grec homoios « semblable » et pathos « maladie »), c'est-à-dire soigner par ce qui est semblable à la maladie. Elle

consiste en effet, en l'administration à des doses très faibles ou infinitésimales, de substances susceptibles de provoquer, à des concentrations différentes, chez l'homme en bonne santé, des manifestations semblables aux symptômes présentés par le malade. [48]

Le médicament homéopathique, qui n'est qu'une composante de l'homéopathie, est défini par la réglementation en vigueur comme « *tout médicament obtenu à partir de substances appelées souches homéopathiques, selon un procédé de fabrication homéopathique décrit par la pharmacopée européenne, la pharmacopée française ou, à défaut, par les pharmacopées utilisées de façon officielle dans un autre Etat membre de l'Union européenne. Un médicament homéopathique peut aussi contenir plusieurs principes* ». [34].

La dénomination d'un médicament homéopathique comporte le nom de la souche, écrit en latin, suivi de la dilution exprimée en dilutions décimales (DH) ou centésimales (CH) hahnemanniennes. Par exemple, une dilution de 1 CH correspond à une dilution au 1/100 : 1 partie de la souche est diluée dans 99 parties de solvant. Une dilution de 2 CH correspond à 1 partie de la dilution 1 CH à nouveau diluée dans 99 parties de solvant, et ainsi de suite [48]. La dilution korsakovienne (K) est, quant à elle, définie par le mode opératoire suivant : on place dans un flacon de grandeur et type définis 99 parties du solvant et on y ajoute une partie de la souche à diluer. On agite vigoureusement pour mélanger le contenu puis on vide le flacon tout en agitant de façon à éliminer le maximum de son contenu. Il persiste alors sur les parois du flacon une quantité de solution considérée comme une partie de la première dilution. La dilution obtenue lors du nouveau remplissage est une dilution au 1/100.

L'article L5121-13 du CSP précise que « le degré de dilution garantissant l'innocuité du médicament » correspond à une situation où « le médicament ne peut contenir ni plus d'une partie par 10 000 de la teinture mère, ni plus d'un centième de la plus petite dose utilisée éventuellement en allopathie, pour les principes actifs dont la présence dans un médicament allopathique entraîne l'obligation de présenter une prescription médicale [49]. En d'autres termes, il est communément admis que des dilutions homéopathiques supérieures à la 4ème CH ou à la 8ème DH ne présentent pas de risque toxique ou d'interaction.

PERIMETRE DES RECOMMANDATIONS

Les MAC entrant dans le cadre de ces recommandations sont :

- ➔ Les Médicaments à base de plantes dont les huiles essentielles
- ➔ Les Compléments alimentaires dont vitamines, oligo-éléments et probiotiques

Ces recommandations concernent exclusivement les produits consommés par les patients, quelle que soit la voie d'administration, à l'exception des dilutions homéopathiques supérieures à 8DH/4CH.

En sont exclues les thérapies manuelles, et approches corps esprit

Dans ces recommandations relatives à la conduite de consultations pharmaceutiques en oncologie, la SFPO soulignait dans sa recommandation N°2 que la « consultation pharmaceutique a pour objectifs [...] **de réaliser une analyse pharmaceutique du traitement médicamenteux (intégrant médicaments, phytothérapie, compléments alimentaires, médecine alternative et complémentaire (MAC).**

Les présentes recommandations ont pour objectifs la prise en compte de cette problématique au-delà des consultations pharmaceutiques, à l'hôpital et à l'officine, en coopération avec les autres professionnels de santé.

Le Conseil national de l'ordre des médecins, dans un texte adopté le 14 juin 2018 a réaffirmé que [...] la prise en charge médicale d'un patient doit être conforme aux exigences de qualité et de sécurité des soins, et que [...] le traitement préconisé [...] ne peut, en aucun cas, être alternatif aux données acquises de la science et à l'état de l'art, mais il peut comporter une prescription adjuvante ou complémentaire, médicamenteuse ou autre. En conséquence, le terme MAC sera abandonné au profit de l'expression de Thérapies Complémentaire (TC) pour ces recommandations.

RECUEIL D'INFORMATIONS

RECOMMANDATION N°1:

La recherche d'informations exhaustives relatives à la prise de TC par les patients, tout au long de leur parcours de soins, est réalisée par le pharmacien quelles qu'en soient les modalités ou l'organisation.

Ce recueil peut être réalisé, à l'hôpital ou à l'officine, lors de la dispensation du traitement anticancéreux, consultations pharmaceutiques, entretiens pharmaceutiques, bilans partagés de médication, conciliation médicamenteuse, télé-expertise, sollicitation médicale pour avis d'expert. Leurs consommations doivent être recherchées systématiquement lors de la réalisation d'un bilan de médication [50].

Ce recueil est réalisé en collaboration avec le patient, les autres professionnels de santé ou toute autre personne impliquée dans la prise en charge du patient (aidant, etc...).

Au cours de ce recueil, il est indispensable que le pharmacien conduise le patient à verbaliser sa prise de TC ainsi que les raisons motivant cette consommation (voir recommandation N°2).

Une proposition de feuille de recueil est disponible en annexe 1 des présentes recommandations.

Certains profils patients ont été identifiés comme particulièrement consommateurs de TC : catégories socio-professionnelles supérieures (cadres et professions intermédiaires), sexe féminin, population d'âge moyen [7, 51-56].

Comme pour les recommandations relatives aux Consultations (CS) pharmaceutiques en oncologie, le groupe s'accorde sur l'importance de la conduite d'entretien formalisé.

RECOMMANDATION N°2 :

Les pharmaciens réalisant le recueil, en interaction directe avec le patient ou son aidant, et l'analyse pharmaceutique ont suivi une formation adaptée à la conduite d'entretien et ont des connaissances approfondies en cancérologie [57-58].

Le groupe préconise que les pharmaciens impliqués puissent suivre une formation spécifique aux TC. Dans le cadre de son programme ONCOTEACH®, la SFPO mettra à disposition des pharmaciens des formations spécifiques sur cette thématique.

Une trame récapitulative des termes et stratégies de communication spécifique aux TC est disponible en annexe 2 des présentes recommandations.

Plusieurs Diplômes Universitaires dédiés à la Pharmacie Oncologique sont accessibles dans différentes facultés de pharmacie et sont listés sur le site internet de la SFPO.

ANALYSE DES TC UTILISEES

RECOMMANDATION N°3 :

L'analyse prend en compte l'identification la plus précise possible de la TC (identité, forme, composition), la quantité consommée, ses modalités de prise, sa provenance, son statut réglementaire, les effets décrits, le bénéfice attendu et/ou perçu par le patient.

Les critères qui apparaissent les plus pertinents pour l'identification selon le groupe sont :

- Pour les plantes : nom latin, nom vernaculaire, partie utilisée (feuille, herbe, racine, graine, écorce, fleur, etc...), principe(s) actif(s) (si décrit(s)), la forme (poudre, extraits, jus, exsudat, tisane, huile essentielle,...)
- Pour les compléments alimentaires : le nom de commercialisation, la composition (si disponible)
- Pour les huiles essentielles : le chemotype
- Pour l'homéopathie, la souche et la dilution hahnemannienne

Les critères qui apparaissent les plus pertinents pour la provenance et le statut réglementaire selon le groupe sont :

- Statut réglementaire : médicament / dispositif médical / complément alimentaire
- Circuit distribution : officine, autre magasin en France, internet, pays étranger...
- Circuit d'approvisionnement : personnel, familial, étranger

Les critères qui apparaissent les plus pertinents pour les effets décrits selon le groupe sont :

- Effet pharmacocinétique
- Effet pharmacodynamique
- Effet toxique

Les critères qui apparaissent les plus pertinents pour les modalités de prise selon le groupe sont :

- Voie d'administration
- Schéma posologique
- Concordance avec les recommandations du fournisseur (si décrit)

Les critères qui apparaissent les plus pertinents pour le bénéfice attendu/perçu selon le groupe sont :

- Prescription par un professionnel médical, paramédical ou indication par un spécialiste en thérapies complémentaires (naturopathes, etc...).
- Automédication (lecture dans un article de presse grand public ou internet, recherche spécifique du patient, conseils de l'entourage)
- Bénéfice attendu : guérison, soulagement des symptômes
- Bénéfice perçu

RECOMMANDATION N°4 :

Au regard des informations collectées, les différents points suivants sont systématiquement évalués :

- **toxicité directe de la TC utilisée**
- **risque d'interaction pharmacocinétique avec les traitements du patient**
- **risque d'interaction pharmacodynamique avec les traitements du patient**
- **mésusage (non-respect des recommandations d'utilisation de la TC)**
- **qualité du circuit d'approvisionnement/distribution**

L'évaluation de la qualité du circuit d'approvisionnement dépendra du statut réglementaire de la TC (médicament, complément alimentaire, dispositif médical). [59-60]

Le circuit des médicaments est, par principe, considéré comme sécurisé.

Concernant les TC identifiées comme compléments alimentaires [61], le groupe recommande de

- ➔ Privilégier les circuits d'approvisionnements contrôlés par les pouvoirs publics par rapport aux achats sur internet ou à l'étranger [62]
- ➔ Vérifier à minima que l'étiquetage comporte comme l'exige la réglementation [43, 63]
 - La mention du terme « complément alimentaire »
 - Le nom et les coordonnées du fabricant
 - La liste des ingrédients et la composition
 - Les conseils d'utilisation
 - Un numéro de lot et une date limite de consommation
- ➔ Vérifier la composition :
 - Absence de substances de la liste B de la pharmacopée française [64]
 - Conformité par rapport à la liste des plantes et autres substances utilisables dans les CA [44]

Si la TC est un DM, le groupe recommande de s'assurer à minima du marquage CE.

Si ces informations ne peuvent pas être vérifiées, le pharmacien doit sensibiliser les patients aux différents circuits d'approvisionnement et informer les patients des sites d'informations à leur disposition (anses.fr, ansm.fr, synadiet.org).

Le groupe attire l'attention sur le fait que dans un mélange, chaque composé devra faire l'objet d'une analyse spécifique.

RECOMMANDATION N°5 :

Un recours systématique à des sources d'informations relatives aux points évoqués dans la recommandation précédente sera réalisé. Les sources disponibles sont notamment :

- Sources réglementaires et/ou institutionnelles (ANSM, EMEA, ANSES, EFSA, FDA...)
- Bases de données publiques (sources académiques et/ou universitaires)
- Publications scientifiques
- Bases de données « grand public » certifiées (Honcode®)

RECOMMANDATION N°6 :

En l'absence ou insuffisance d'information émanant d'une source réglementaire ou institutionnelle, le recours à au moins deux sources d'informations différentes est fortement recommandé.

Les sources actuellement disponibles en libre accès recommandées par le groupe sont :

Sources réglementaires institutionnelles :

- Liste A des plantes médicinales utilisées traditionnellement [65]
- Liste B des plantes médicinales utilisées traditionnellement en l'état ou sous forme de préparation dont les effets indésirables potentiels sont supérieurs au bénéfice thérapeutique attendu [64]
- European Union Herbal monographs [66]
- Recommandations relatives aux critères de qualité des huiles essentielles [67]
- Avis de l'ANSM [68]
- Avis de l'EMA [69]
- Avis de l'ANSES, antérieurement AFSSA [70]
- Avis de l'EFSA [71]
- Legifrance (arrêtés, décrets, loi) [72]
- RCP/base de données publique des médicaments [73]

Sources académiques et/ou universitaires

- Base de données Hédrine-Theriaque [74]
- Rapports de l'Académie de pharmacie [75]
- Interactions médicamenteuses, cytochromes P450 et P-glycoprotéine (Pgp). Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) [76]
- About Herbs. MSKCC [77]
- Herbs at a glance. NCCIH [78]
- Fiches médicaments Oncolien [79]
- HerbMedPro. American Botanical Council [80]

Publications scientifiques

- Pubmed [81]

Bases de données grand public certifiées

- Passport santé [82]
- Webmed [83]

Une base de données interne, construite à partir des données de la littérature disponibles, pourra être élaborée par chaque établissement en fonction de ses besoins spécifiques.

RECOMMANDATION N°7 :

Les données recueillies sont analysées au regard de leur niveau de preuve et de la concordance des données disponibles.

Les critères pour juger du niveau de preuve d'une donnée peuvent être : origine de la donnée (étude *in vitro*, *in vivo*, chez l'homme, ...), qualité de la donnée (étude clinique sur un nombre important de sujets, case report, ...), nombre de sources de données disponibles et leur concordance, applicabilité directe de la donnée

à la situation analysée (case report en prenant en compte l'imputabilité de l'effet rapporté, étude clinique d'interaction directe entre médicament et TC, allégations), ,...

En cas de discordance entre deux sources de données, la consultation d'une troisième source, si disponible, est recommandée. Une hiérarchisation entre les sources de données est réalisée au regard du niveau de preuve de celles-ci.

Il est possible qu'au moment de l'analyse, aucune donnée ne soit disponible après consultation des sources citées précédemment. **L'évolution croissante des connaissances dans le domaine des TC nécessite une réévaluation régulière et a minima à chaque changement de ligne de traitement.**

CONDUITE A TENIR

RECOMMANDATION N°8 :

Le pharmacien apprécie la criticité de la situation en prenant en compte :

- la physiopathologie du patient
- les traitements du patient dans leur ensemble
- Le résultat de l'analyse réalisée avec son niveau de preuve

La criticité est, selon l'académie de pharmacie, « une méthode de discrimination fondée sur l'analyse de risque destinée à apprécier l'impact de l'évènement [...] en termes de santé publique » [84].

En cas de discordance ou de données parcellaires, le risque sera maximalisé.

Le pharmacien peut s'aider, dans son analyse de risques, de travaux déjà publiés [23,26,30].

RECOMMANDATION N°9 :

Le pharmacien informe le patient du résultat de l'analyse, lui propose une conduite à tenir et tente d'obtenir son adhésion. Cette information et la décision finale du patient sont partagées avec l'équipe médicale et tracées dans le dossier médical.

La conduite à tenir proposée par le pharmacien pourra être

- La validation du comportement du patient vis-à-vis de ses TC (absence de risque identifié au regard des données disponibles au moment de l'analyse)
- L'arrêt d'une ou des TC en cas de risque certain identifié.

Dans tous les autres cas (absence de données, risque éventuel) ou lorsque le patient ne souhaite pas suivre les recommandations du pharmacien, une discussion avec le patient est menée impérativement. Celle-ci devra prendre en compte

- Les données scientifiques identifiées par le pharmacien
- Les représentations, croyances et attentes du patient
- Les possibilités d'ajustement des prises de TC.

Exemple :

- Réalisation de fenêtres thérapeutiques (suspension de la TC) en tenant compte des demi-vies des médicaments anticancéreux administrés dans des schémas discontinus (IV principalement) et des TC (si l'information est disponible) [85],
- décalage dans le temps de l'initiation de prise des TC (à l'issue du schéma de traitement),
- adaptation des prises en cas de mésusage identifié de TC,
- limitation du nombre de prises de TC à la gestion de l'effet indésirable (si la TC est en lien avec un symptôme en particulier).

RECOMMANDATION N°10 :

Si le patient opte pour une prise de TC, le pharmacien recommande, s'il y a lieu, une surveillance renforcée du patient à l'équipe médicale et paramédicale.

Une attention particulière sera portée en cas de survenue d'effets indésirables ou d'échappement thérapeutique.

Si un Suivi Thérapeutique Pharmacologique (STP) est possible, il est fortement recommandé [86].

VIGILANCE

RECOMMANDATION N°11 :

Devant tout effet indésirable survenant lors de la prise d'une TC, associé ou non à un traitement médicamenteux, une déclaration auprès des instances compétentes est réalisée.

En fonction des TC considérées, les déclarations seront faites auprès des instances en charge

- De la pharmacovigilance
- De la matériovigilance
- De la nutrivigilance

L'imputabilité sera évaluée par ces instances. Un retour sera demandé et communiqué au médecin et/ou au patient. La prise en charge thérapeutique du patient devra en tenir compte.

EDUCATION ET INFORMATION

RECOMMANDATION N°12 :

Le pharmacien incite les patients à communiquer aux professionnels de santé toute information relative à sa consommation de TC quelle que soit la prise en charge de sa maladie.

RECOMMANDATION N°13 :

Le pharmacien intègre la problématique des TC dans les actions d'éducation et d'accompagnement qu'il mène auprès des patients.

Un visuel de sensibilisation des patients sera bientôt disponible sur le site de la SFPO.

RECOMMANDATION N°14 :

Le pharmacien sensibilise l'équipe médicale aux risques liés à la prise de TC par les patients. Le pharmacien propose son expertise à l'analyse des cas identifiés par le médecin, sur dossier ou en consultation.

OUTILS

La SFPO met à disposition un certain nombre d'outils à utiliser en annexe.

Annexe 1 : Fiche de recueil d'Information

Annexe 2 : Guide d'entretien

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Guide méthodologique : « Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé » HAS. Mars 2014
2. A literature review of complementary and alternative medicine use by colorectal cancer patients. Sewitch MJ, Rajput Y. *Complement Ther Clin Pract*. 2010
3. Prevalence of complementary medicine use in pediatric cancer: a systematic review. Bishop FL, Prescott P, Chan YK, Saville J, von Elm E, Lewith GT. *Pediatrics*. 2010 Apr;125(4):768-76
4. Complementary medicine use by men with prostate cancer: a systematic review of prevalence studies. Bishop FL, Rea A, Lewith H, Chan YK, Saville J, Prescott P, von Elm E, Lewith GT. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2011
5. Herbal remedies in the United States: potential adverse interactions with anticancer agents. Sparreboom A, Cox MC, Acharya MR, Figg WD. *J Clin Oncol*. 2004
6. Identification and exploration of herb-drug combinations used by cancer patients. Engdal S, Klepp O, Nilsen OG. *Integr Cancer Ther*. 2009
7. « Les compléments alimentaires contenant des plantes ». Rapport de l'Académie nationale de Pharmacie. 12 décembre 2018
8. Observatoire sociétal du médicament. Les Entreprises du Médicament ; TNS Sofres. 2011
9. Dietary supplement use among cancer survivors of the NutriNet-Santé cohort study. Pouchieu C, Fassier P, Druesne-Pecollo N, Zelek L, Bachmann P, Touillaud M, et al. *Br J Nutr* 2015
10. Phytothérapie en France : utilisation fréquente. *Rev Prescrire*, 2008
11. Le pharmacien et les plantes. Ordre National des Pharmaciens. Les cahiers de l'Ordre national des pharmaciens, 2014.
12. MDR- and CYP3A4-mediated drug-herbal interactions. Pal D, Mitra AK. *Life Sci*. 2006
13. Combination therapy of Western drugs and herbal medicines: recent advances in understanding interactions involving metabolism and efflux. Gouws C, Steyn D, Du Plessis L, Steenekamp J, Hamman JH. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2012
14. Potential of chemotherapy-herb interactions in adult cancer patients. McCune JS, Hatfield AJ, Blackburn AA, Leith PO, Livingston RB, Ellis GK. *Support Care Cancer*. 2004
15. Drug interactions in oncology. Beijnen JH, Schellens JH. *Lancet Oncol*. 2004
16. Evidence-based drug--herbal interactions. Chavez ML, Jordan MA, Chavez PI. *Life Sci*. 2006
17. Pharmacokinetic variability of anticancer agents. Undevia SD, Gomez-Abuin G, Ratain MJ. *Nat Rev Cancer*. 2005
18. Identification of drugs that interact with herbs in drug development. Zhou SF, Zhou ZW, Li CG, Chen X, Yu X, Xue CC, Herington A. *Drug Discov Today*. 2007
19. Should supplemental antioxidant administration be avoided during chemotherapy and radiation therapy? Lawenda BD, Kelly KM, Ladas EJ, Sagar SM, Vickers A, Blumberg JB. *J Natl Cancer Inst*. 2008
20. Use of Alternative Medicine for Cancer and Its Impact on Survival. Johnson SB, Park HS, Gross CP, Yu JB. *J Natl Cancer Inst*. 2018.
21. Prevalence and Nondisclosure of Complementary and Alternative Medicine Use in Patients With Cancer and Cancer Survivors in the United States. Sanford NN, Sher DJ, Ahn C, Aizer AA, Mahal BA. *JAMA Oncol*. 2019
22. Dietary Supplement Use During Chemotherapy and Survival Outcomes of Patients With Breast Cancer Enrolled in a Cooperative Group Clinical Trial (SWOG S0221). Ambrosone CB, Zirpoli GR, Hutson AD, McCann WE, McCann SE, Barlow WE, Kelly KM, Cannioto R, Sucheston-Campbell LE, Hershman DL, Unger JM, Moore HCF, Stewart JA, Isaacs C, Hobday TJ, Salim M, Hortobagyi GN, Gralow JR, Budd GT, Albain KS.
23. Development of a rapid risk evaluation tool for herbs/drugs interactions in cancer patients: a multicentric experience in south of France. Pourroy B, Letellier C, Helvig A, Chanet B, De Crozals F, Alessandra C. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017
24. What phytotherapy needs: Evidence-based guidelines for better clinical practice. Colalto C. *Phytother Res*. 2018
25. Article L4211-1 du Code de la Santé Publique. www.legifrance.gouv.fr
26. Interaction between phytotherapy and oral anticancer agents: prospective study and literature review. Clairét AL, Boiteux-Jurain M, Curtit E, Jeannin M, Gérard B, Nerich V, Limat S. *Med Oncol*. 2019

27. Potential Drug-Drug and Herb-Drug Interactions in Patients With Cancer: A Prospective Study of Medication Surveillance. Ramos-Esquivel A, Víquez-Jaikel Á, Fernández C. J Oncol Pract. 2017
28. Phytothérapie et aromathérapie...les thérapies complémentaires et le mélanome : parlons-en ! Correard F, Monestier S, Pourroy B. Images en Dermatologie. 2019
29. Complementary Therapy and cancer: a French Multicenter Survey. Correard F, Blanc-Légier F, Roux C, Lobrot F, Pinguet F, Pourrat X, Pourroy B, Donamaria C, Kopferschmitt J BMC Complementary and Alternative Medicine. *Submitted*
30. Les interactions plantes-médicaments : analyse de risque a priori pour une aide à la décision clinique - Mémoire de Diplôme D'Etat de Docteur en Pharmacie. Nicolas Koessler. 2018
31. Les pratiques de soins non conventionnelles. Médecines complémentaires, alternatives, naturelles. Ministère des solidarités et de la santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>
32. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? National Center for Complementary and Integrative Health. <https://nccih.nih.gov/>
33. [https://www.ansm.sante.fr/Activites/Medicaments-a-base-de-plantes/Les-medicaments-a-base-de-plantes/\(offset\)/0](https://www.ansm.sante.fr/Activites/Medicaments-a-base-de-plantes/Les-medicaments-a-base-de-plantes/(offset)/0)
34. Article L5121-1 1 du Code de la Santé Publique. www.legifrance.gouv.fr
35. Décret n° 2008-436 du 6 mai 2008 relatif à l'enregistrement des médicaments homéopathiques et des médicaments traditionnels à base de plantes. 2008. www.legifrance.gouv.fr
36. Comment un médicament à base de plantes est-il autorisé? Agence Nationale de Sécurité du Médicaments et des Produits de Santé». <http://ansm.sante.fr>
37. Directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain. [Legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
38. Formulaire national. Agence Nationale de Sécurité du Médicaments et des Produits de Santé <http://ansm.sante.fr>
39. Pharmacopée européenne 9e Edition. Direction européenne de la qualité du médicament. <https://www.edqm.eu/fr/9e-edition-depharmacopee-europeenne>.
40. Les huiles essentielles . Agence Nationale de Sécurité du Médicaments et des Produits de Santé. <http://ansm.sante.fr>
41. Décret n° 2007-1198 du 3 août 2007 modifiant l'article D. 4211-13 du code de la santé publique relatif à la liste des huiles essentielles dont la vente au public est réservée aux pharmaciens. www.legifrance.gouv.fr
42. Autres produits à base de plantes. Agence Nationale de Sécurité du Médicaments et des Produits de Santé. <http://ansm.sante.fr>.
43. Décret 2006-352 du 20 mars 2006 relatif aux compléments alimentaires. www.legifrance.gouv.fr
44. Arrêté du 24 juin 2014 établissant la liste des plantes, autres que les champignons, autorisées dans les compléments alimentaires et les conditions de leur emploi . www.legifrance.gouv.fr
45. Décret n° 2008-841 du 22 août 2008 relatif à la vente au public des plantes médicinales inscrites à la Pharmacopée et modifiant l'article D. 4211-11 du code de la santé publique. www.legifrance.gouv.fr
46. Décret n°93-1130 du 27 septembre 1993 concernant l'étiquetage relatif aux qualités nutritionnelles des denrées alimentaires - Article 5. 1993. www.legifrance.gouv.fr
47. Allégations nutritionnelles de santé. Autorité européenne de sécurité des aliments: <https://www.efsa.europa.eu/fr/topics/topic/nutrition-and-health-claims>
48. Les médicaments homéopathiques. Ministère des solidarités et de la santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/le-circuit-du-medicament/article/les-medicaments-homeopathiques>
49. Article L5121-13 du Code de la Santé Publique. www.legifrance.gouv.fr
50. Guide Méthodologique : La conciliation des traitements médicamenteux en oncologie ; Complément au guide « Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé ». HAS. Février 2018
51. Predictive factors of complementary and alternative medicine use in the general population in Europe: A systematic review. Guillaud A, Darbois N, Allenet B, Pinsault N ; Akpunar, Bebis, Yavan, 2015.Complement Ther Med. 2019
52. Cancer patients' use of complementary and alternative medicine in Sweden: a cross-sectional study. Wode K, Henriksson R, Sharp L, Stoltenberg A, Hök Nordberg J. BMC Complement Altern Med. 2019

53. Use and perception of complementary and alternative medicine among cancer patients: the CAMEO-PRO study : Complementary and alternative medicine in oncology. Bozza C, Gerratana L, Basile D, Vitale MG, Bartoletti M, Agostinetti E, Russo S, Follador A, De Carlo E, Pella N, Sottile R, Fasola G, Puglisi F. J Cancer Res Clin Oncol. 2018
54. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. Molassiotis A, Fernández-Ortega P, Pud D, Ozden G, Scott JA, Panteli V, Margulies A, Browall M, Magri M, Selvekerova S, Madsen E, Milovics L, Bruyns I, Gudmundsdottir G, Hummerston S, Ahmad AM, Platin N, Kearney N, Patiraki E. Ann Oncol. 2005;
55. A population-based study of prevalence of complementary methods use by cancer survivors: a report from the American Cancer Society's studies of cancer survivors. Gansler T, Kaw C, Crammer C, Smith T. Cancer. 2008;
56. Exploring frontiers: use of complementary and alternative medicine among patients with early-stage breast cancer. Saghatchian M, Bihan C, Chenailler C, Mazouni C, Dauchy S, Delalogue S. Breast. 2014.
57. Recommandations S.F.P.O. sur la réalisation de Consultations Pharmaceutiques en Oncologie. Recommandation N°5. Collectif. 2017.
58. Let's Talk About Those Herbs You Are Taking: Ethical Considerations for Communication With Patients With Cancer About Complementary and Alternative Medicine. Tenner L, Hlubocky FJ, Blanke CD, LeBlanc TW, Marron JM, McGinnis MM, Spence RA, Taylor LP. J Oncol Pract. 2019
59. [https://www.anism.sante.fr/Activites/Medicaments-a-base-de-plantes/Autres-produits-a-base-de-plantes/\(offset\)/4](https://www.anism.sante.fr/Activites/Medicaments-a-base-de-plantes/Autres-produits-a-base-de-plantes/(offset)/4)
60. Médicaments, dispositifs médicaux, compléments alimentaires: quelles sont les règles applicables? Ordre des Pharmaciens. Juillet 2014.
[http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/307349/1558300/version/4/file/Guide de stage officiel 26e edition 2019+VD.pdf](http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/307349/1558300/version/4/file/Guide_de_stage_officiel_26e_edition_2019+VD.pdf)
61. Les compléments alimentaires. ANSES.
<https://www.anses.fr/fr/content/les-compl%C3%A9ments-alimentaires-0>
62. Syndicat National des compléments alimentaires. <http://www.synadiet.org/les-complements-alimentaires/qualite-et-securite-du-consommateur/conseils-pour-lachat-de-complements>
63. Règlement UE N°1169/2011. https://www.senat.fr/europe/textes_europeens/ue0120.pdf
64. Liste B des plantes médicinales utilisées traditionnellement en l'état ou sous forme de préparation dont les effets indésirables potentiels sont supérieurs au bénéfice thérapeutique attendu. Agence Nationale de Sécurité du Médicaments et des Produits de Santé. <http://ansm.sante.fr>
65. Liste A des plantes médicinales utilisées traditionnellement. Agence Nationale de Sécurité du Médicaments et des Produits de Santé. <http://ansm.sante.fr>
66. European Union herbal monographs. European Medicines Agency. <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/herbal-products/european-union-monographs-list-entries>
67. Recommandations relatives aux critères de qualité des huiles Essentielles. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. 2008.
68. Avis de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicaments et des Produits de Santé (ANSM). <https://www.anism.sante.fr/>
69. Avis de l'Agence Européenne du Médicament(EMA). <https://www.ema.europa.eu/en>
70. Avis de l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire, Environnement, Travail (ANSES ; antérieurement Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, AFSSA). <https://www.anses.fr/fr>
71. Avis de l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA). <https://www.efsa.europa.eu/fr>
72. -Legifrance (arrêtés, décrets, loi) www.legifrance.gouv.fr
73. -Base de données publique des médicaments. <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>
74. Base de données Hédrine-theriaque. <http://www.theriaque.org/apps/contenu/accueil.php>
75. Rapports de l'Académie Nationale de pharmacie. <https://www.acadpharm.org/>
76. Interactions médicamenteuses, cytochromes P450 et P-glycoprotéine (Pgp) . Hôpitaux Universitaires de Genève. <https://www.hug-ge.ch/>
77. About Herbs, Botanicals & Other Products . Memorial Sloan Kettering Cancer Center. MSKCC about herbs.<https://www.mskcc.org/cancer-care/diagnosis-treatment/symptom-management/integrative-medicine/herbs>
78. Herbs at a glance. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). <https://nccih.nih.gov/health/herbsataglance.htm>

79. Fiches médicaments Oncolien-SFPO. <http://oncolien.sfpo.com/>
80. HerbMedPro. American Botanical Council. <http://cms.herbalgram.org/herbmedpro/index.html>
81. Pubmed. National Center for Biotechnology Information (NCBI). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
82. Passeportsanté. <https://www.passeportsante.net/>
83. WebMD. <https://www.webmd.com>
84. Criticité. Dictionnaire de l'Académie nationale de Pharmacie. <http://dictionnaire.acadpharm.org/w/Criticit%C3%A9>.
85. A strategy for controlling potential interactions between natural health products and chemotherapy: a review in pediatric oncology. Seely D, Stempak D, Baruchel S.J *Pediatr Hematol Oncol*. 2007.
86. Drug interactions with solid tumour-targeted therapies. Thomas-Schoemann A, Blanchet B, Bardin C, Noé G, Boudou-Rouquette P, Vidal M, Goldwasser F. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2014



SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE PHARMACIE ONCOLOGIQUE

Représentant français à l' ESOP European Society of Oncology Pharmacy



CONTACTS – Membres du Conseil d'Administration

Président : Pr C. RIOUFOL

Hospices Civils de Lyon
Groupement Hospitalier Sud
165 chemin du grand Revoyet
69495 PIERRE BENITE
catherine.rioufol@chu-lyon.fr

Vice-Président : Dr I. MADELAINE-CHAMBRIN

Hôpital Saint Louis AP-HP
1 avenue Claude Vellefaux
75010 PARIS
isabelle.madelaine@sls.aphp.fr

Trésorier : Dr J.F. TOURNAMILLE

23 Rue des Vignerons
33 800 Bordeaux
jf.tournamille@sfpo.com

Trésorier adjoint : Dr Régine CHEVRIER

Centre Jean Perrin
58, rue Montalembert
63000 Clermont-Ferrand
regine.chevrier@clermont.unicancer.fr

Secrétaire général : Dr Bertrand POURROY

CHU Timone
264 rue Saint Pierre
13005 Marseille
bertrand.pourroy@ap-hm.fr

Secrétaire Général adjoint : Dr Florian SLIMANO

CHU de Reims
Avenue du Général Koenig
51100 Reims
flimano@chu-reims.fr

Secrétaire pour les affaires internationales : Dr Christophe BARDIN

Hôpital Cochin AP-HP
27, Rue du Faubourg Saint-Jacques
75014 Paris
christophe.bardin@aphp.fr

Autres membres du CA**Pr Alain ASTIER (Membre d'honneur)**

Centre Hospitalier Henri Mondor AP-HP
51, Avenue du Maréchal de Lattre
94010 Créteil
alain.astier@hmn.aphp.fr

Dr B. BERTRAND

Centre Hospitalier de Grasse
Chemin de Clavary
06135 Grasse Cedex
ben.bertrand@gmail.com

Dr F. BLANC-LEGIER (Membre d'honneur)

Institut Sainte Catherine
84082 AVIGNON Cedex 02
françoiseblanc202@orange.fr

Dr D. BRAGUER (Membre d'honneur)

Hôpital Timone Enfants
264 rue Saint Pierre
13005 MARSEILLE
diane.braguer@univ.amu.fr

Dr M. DAOUPHARS

Centre Henri Becquerel Pharmacie
1, rue d'Amiens
76000 Rouen
mikael.daouphars@chb.unicancer.fr

Dr F. DE DROZALS

Institut Sainte-Catherine
250 chemin de baignes pieds
84052 Avignon
f.decrozals@isc84.org

Dr C. DEVYS

Institut de Cancérologie de l'Ouest
15 rue Boquel
49000 Angers
Catherine.Devys@ico.unicancer.fr

Dr E. PETIT-JEAN

Institut de Cancérologie Strasbourg Europe
67000 Strasbourg
e.petit-jean@icans.eu

Dr J.F. LATOUR (Membre d'honneur)

Centre Léon Bérard
28 rue Laennec
69008 LYON
latour@lyon.unicancer.fr

Dr C. OLLIVIER (Membre d'honneur)

CHU Caen Clémenceau,
Av G Clémenceau
14 033 CAEN Cedex
ollivier-c@free.fr

Dr F. PINGUET

CRLC Val d'Aurelle, Parc Euromédecine
34298 Montpellier
fpinguet@icm.unicancer.fr

Dr D. PREBAY (Membre d'honneur)

Centre Paul Strauss
3 rue de la Porte de l'Hôpital
BP 30042
67065 STRASBOURG Cedex
dprebay@strasbourg.unicancer.fr

Dr P. TILLEUL

Hôpital La Pitié Salpêtrière AP-HP
47-83 Bd de l'hôpital
75651 PARIS Cedex 13
patrick.tilleul@aphp.fr

Dr J. VIGNERON

Pharmacie CHU Brabois - Sce Pharmacie
54511 VANDOEUVRE lès NANCY
j.vigneron@chu-nancy.fr

Siège social : 37 rue des Mathurins, 75008 Paris

Web : <http://www.sfpo.com>

Association régie par la loi de 1901