

# RAPPORT

## Anticancéreux Oraux

Etat des lieux en Île-de-France



## SOMMAIRE :

<b>CONTEXTE</b> .....	<b>6</b>
<b>Méthodologie</b> .....	<b>8</b>
<b>ETAT DES LIEUX REGIONAL</b> .....	<b>9</b>
Recensement des modes d'organisation hospitalière .....	9
Analyse de données régionales (base SNIIRAM) .....	11
Données patients .....	14
Traitement par hormonothérapie .....	17
Traitement par anticancéreux y compris les thérapies ciblées .....	19
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>22</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>24</b>
Annexe 1 : Extraits Plan Cancer 2014-2019 en lien avec les anticancéreux oraux : 24	
Annexe 2 : liste des médicaments pour lesquels une dispensation dans la base SNIIRAM a été recherchée.....	27
Annexe 3 : Tableau récapitulatif des données par médicament.....	29
Annexe 4 : Répartition géographique (par département) des lieux de résidence des patients et des lieux de dispensation en officine.....	30



## Analyse des données et rédaction :

Céline Borel, pharmacien - OMEDIT Ile-de-France

Anne Debelle-Le Colleter, responsable du département traitement de l'information en santé - ARS Ile-de-France Direction de la Stratégie

Olivier Ferrain, chargé de mission département performance en santé - ARS Ile-de-France Direction de la Stratégie

Maude Kolski, interne en pharmacie département qualité sécurité pharmacie médicament biologie - ARS Ile-de-France, Direction de la qualité et de la sécurité et de la protection des populations,

Agnès Laforest-Bruneaux, pharmacien département qualité sécurité pharmacie médicament biologie - ARS Ile-de-France, Direction de la qualité et de la sécurité et de la protection des populations

Danièle Legrand, médecin référent oncologie – ARS Ile-de-France Direction de l'offre de soins

Mélisande Le Jouan, pharmacien - OMEDIT Ile-de-France

Seak-Hy Lô, chargée de mission département traitement de l'information en santé - ARS Ile-de-France Direction de la Stratégie

Vincent Malaizé, chargé d'étude département traitement de l'information en santé - ARS Ile-de-France Direction de la Stratégie

## Coordination :

Agnès Laforest-Bruneaux, pharmacien département qualité sécurité pharmacie médicament biologie - ARS Ile-de-France, Direction de la qualité et de la sécurité et de la protection des populations

Nous remercions le Dr Frédérique Maindrault et le Dr Jean-Baptiste Meric pour la lecture qu'ils ont bien voulu faire de ce document et leurs conseils éclairés sur l'analyse des données.



## CONTEXTE

Depuis une dizaine d'années le cancer est la première cause de mortalité en France devant les maladies cardio-vasculaires. En effet, l'augmentation de l'incidence des cancers associée à une proportion plus importante de cancers de bon pronostic, a permis de stabiliser le nombre de décès. Ces éléments expliquent que le cancer est désormais la deuxième cause de mise sous affection de longue durée (ALD)<sup>1</sup> derrière le diabète et que la prise en charge d'un certain nombre de patients s'inscrit dans la durée, à l'instar de certaines pathologies chroniques.

En parallèle, la prise en charge des patients est en constante évolution avec un accès plus précoce au diagnostic et l'apparition de nouveaux médicaments tels que les thérapies ciblées, l'immunothérapie ou de nouvelles générations de cytotoxiques, associés aux progrès importants des traitements par chirurgie et/ou radiothérapie.

Notre étude porte sur le traitement médicamenteux des cancers par voie orale qui a connu un essor considérable avec l'apparition dans les années 2000 des thérapies ciblées anticancéreuses. En effet, qu'elles soient administrées par voie parentérale pour les anticorps monoclonaux ou par voie orale pour les inhibiteurs de protéine kinase, les thérapies ciblées représentent désormais un médicament sur quatre<sup>2</sup>, conséquence d'une accélération de leur mise sur le marché ces cinq dernières années tout particulièrement pour les formes orales. Pour exemple, entre 2010 et 2014, huit nouvelles thérapies ciblées ont été mises sur le marché chaque année.

Avec les thérapies ciblées orales s'ouvre la possibilité d'un « virage ambulatoire » du traitement des cancers. Leur essor est donc associé à des enjeux majeurs pour notre système de santé. La coordination des acteurs de santé et l'information des patients sont indispensables pour une prise en charge efficace<sup>3</sup> : limiter l'apparition des effets indésirables (EI), améliorer leur détection et leur gestion et favoriser l'observance au traitement. Cette recherche d'efficience s'entend également en termes d'enjeux financiers pour ces nouvelles molécules qui pèsent sur les dépenses de santé.

Ainsi, dans le dernier plan cancer 2014-2019, l'INCa définit des objectifs nationaux et régionaux (annexe 1) afin d'adapter les organisations hospitalières et ambulatoires à ce nouveau mode de prise en charge, d'informer et d'impliquer le patient en développant notamment l'éducation thérapeutique. De plus, avec la promulgation de la loi de santé<sup>4</sup> en janvier 2016, le système de santé se recentre sur les soins de proximité avec le virage ambulatoire et le parcours de santé. En plaçant le patient au centre du système de prise en charge, ce dernier doit s'organiser pour répondre aux besoins des patients.

---

<sup>1</sup> Données 2014

<sup>2</sup> Les thérapies ciblées dans le traitement du cancer, état des lieux en 2015 et enjeux, INCa, octobre 2016

<sup>3</sup> A. Bourmaud et al. Is oral chemotherapy prescription safe for patients ? A cross-sectional survey *Annals of Oncology* 25: 500-504, 2014

<sup>4</sup> LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (*Journal officiel* du 27 janvier 2016)

Au niveau de la région Ile-de-France, l'ARS a souhaité engager une démarche d'amélioration des pratiques via un projet à dimension organisationnelle qui prend en compte les patients, le prescripteur hospitalier et les différents acteurs de la prise en charge en ville.

Préalablement, l'ARS a conduit un état des lieux qui a pour objectifs d'une part, de recenser les organisations déjà existantes au sein des établissements de santé et d'autre part, de recueillir, à partir des données du SNIIRAM<sup>5</sup> 2014, les éléments régionaux en lien avec les traitements anticancéreux oraux portant sur les patients, les prescripteurs et les médicaments.

---

<sup>5</sup> Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM)

## METHODOLOGIE

Dans la première partie, l'étude propose une présentation des organisations de la prise en charge établie à partir d'un recueil de données qualitatives dans 7 établissements de santé. Début 2015, un entretien a été organisé avec chaque médecin responsable des structures hospitalières concernées. Au cours de cet entretien, celui-ci a présenté l'organisation mise en place pour assurer le suivi des patients traités par anticancéreux oraux au regard des spécificités de ces nouvelles thérapies et a précisé le rôle des différents professionnels de santé, les différents temps de la prise en charge ainsi que les modalités de coordination avec les acteurs ambulatoires.

Les structures ont été sélectionnées en fonction de leur statut et de l'importance de leur activité. Néanmoins aucune structure privée à but lucratif n'a pu être interviewée, les contacts pris étant restés infructueux.

Dans la deuxième partie, une analyse de la consommation des anticancéreux oraux est proposée à partir des données du système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM) et plus précisément de la base de données de consommation inter-régimes (DCIR).

Les données porteront sur l'année 2014 et sur les liquidations du régime général de l'assurance maladie.

Cette étude se focalise sur les patients pour lesquels des médicaments anticancéreux oraux<sup>6</sup> (annexe 2) ont été délivrés, ce qui se traduit par l'existence d'au moins un remboursement de traitement dispensé dans une officine. Les pharmacies hospitalières ne sont pas dans le champ de l'étude ce qui exclut les médicaments dispensés dans le cadre de la rétrocession hospitalière.

Seules les patients résidant en Île-de-France sont concernés par cette étude. En revanche, aucune restriction n'a été faite pour l'âge des bénéficiaires, les lieux de prescription ou de dispensation (intra ou hors Île-de-France).

Concernant le prescripteur, son identification est assurée par le numéro professionnel avec le cas échéant un numéro FINESS de l'établissement mentionné(s) sur la prescription. Ce numéro est enregistré lors de la dispensation par le pharmacien d'officine. Toutefois les prescripteurs en exercice libéral qui interviennent dans le cadre de contrat au sein d'établissements de santé privés à but lucratif, ne mentionnent pas toujours le numéro FINESS de l'établissement sur leur prescription. Enfin, certaines saisies erronées lors de la dispensation en officine pourront expliquer des résultats atypiques.

Enfin, il a été décidé d'affiner l'analyse en étendant la requête à 2013 et disposer ainsi des données sur 2 années complètes afin d'évaluer les durées de traitement par anticancéreux oraux.

---

<sup>6</sup> Les anticancéreux oraux étudiés comprennent : les cytotoxiques, les thérapies ciblées, l'hormonothérapie, est exclue l'immunothérapie.

# ETAT DES LIEUX REGIONAL

## Recensement des modes d'organisation hospitalière

Afin d'identifier les organisations pour la prise en charge des patients traités par anticancéreux oraux, les équipes de 7 établissements hospitaliers<sup>7</sup> (AP-HP<sup>8</sup>, publics, ESPIC<sup>9</sup>) ont été interrogées.

De manière générale, ces organisations se focalisent sur différents temps ou segments du parcours :

- Évaluation du risque (comorbidités, environnement social, analyse pharmaceutique...);
- Suivi rapproché par les infirmier(e)s qui peut s'inscrire dans le cadre d'une délégation de tâche (loi HPST article 51) ;
- Dispositif de coordination permettant l'accès aux ressources nécessaires en cas de besoin (oncologue, médecin traitant, urgences...).

Ainsi, la plupart des organisations s'articulent autour d'un(e) infirmier(e), premier interlocuteur du patient traité dans la structure hospitalière. Ces infirmier(e)s après évaluation de la situation clinique coordonnent le recours vers le médecin hospitalier.

Un des établissements a choisi de mettre en place, dès 2010, un protocole de coopération<sup>10</sup> interprofessionnelle sur la base de l'article 51 de la loi HPST<sup>11</sup>, autorisé par l'ARS. Des infirmiers expérimentés et formés assurent le suivi par téléphone des patients traités par anticancéreux oraux à domicile et peuvent agir sur la prescription dans un périmètre défini par des protocoles validés préalablement par la HAS. Ce mode d'organisation est en cours de déploiement dans plusieurs établissements de la région.

Dans d'autres établissements, l'infirmier de coordination de l'hôpital de jour est mobilisé pour réaliser un suivi téléphonique ou directement au domicile des patients.

Enfin, une structure organise des consultations médicales d'évaluation du risque et de suivi, associées à une analyse pharmaceutique systématique du traitement médicamenteux réalisée par l'équipe pharmaceutique hospitalière.

D'une manière générale, l'ensemble des structures informent le médecin traitant, mais selon des modalités variées.

---

<sup>7</sup> Hôpital Saint-Antoine- AP-HP, Hôpital Cochin AP-HP, Institut Mutualiste Montsouris, Groupe Hospitalier Saint-Joseph, Centre Hospitalier de Bligny, Hôpital Henri Mondor AP-HP, Institut Gustave Roussy

<sup>8</sup> Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

<sup>9</sup> Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

<sup>10</sup> Protocole consultable à l'adresse internet suivante : [http://www.iledefrance.paps.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/PAPS/protocole\\_autorise/Cancerologie/Anticancereux\\_oraux\\_a\\_domicile/Protocole\\_cooperation\\_St\\_Antoine.pdf](http://www.iledefrance.paps.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/PAPS/protocole_autorise/Cancerologie/Anticancereux_oraux_a_domicile/Protocole_cooperation_St_Antoine.pdf)

<sup>11</sup> L'article 51 de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients. Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération qui est transmis à l'ARS. Celle-ci vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé régional, avant de le soumettre à la validation de la HAS.

Enfin, certains établissements développent des supports informatiques (applicatifs de télésuivi<sup>12</sup>) qui permettent l'échange de données via des algorithmes de criticité et ainsi d'évaluer l'état clinique du patient. L'objectif est de déclencher une prise en charge avant manifestation d'effets indésirables majeurs et de disposer d'éléments sur l'observance.

Dans le cadre de l'accompagnement des patients, des outils validés sont mis à la disposition des professionnels de santé et/ou des patients (protocole de suivi, fiche d'information sur les traitements...) selon différentes modalités.

Néanmoins, ces différentes organisations ont été mises en place en mobilisant les équipes hospitalières dans le cadre actuel qui ne prévoit pas de valorisation de cette activité (HDJ évaluation du risque, HDJ de suivi, HDJ soin support). Aussi, le suivi réalisé par l'infirmier dans le cadre d'une délégation de tâche n'est pas valorisé pour l'établissement sauf à prévoir un suivi médical en parallèle.

A noter que pour l'année 2016, la direction générale de l'offre de soins<sup>13</sup> a sollicité une remontée de l'activité concernant la prescription initiale de chimiothérapie orale réalisée au sein d'un établissement de santé titulaire d'une autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer par chimiothérapie. L'objet de cette enquête est de valoriser la primoprescription de chimiothérapie orale en modélisant une MIG<sup>14</sup>.

Enfin, une expérimentation nationale portée par l'INCa et la direction générale de l'offre de soins est en cours. Elle évalue la réalisation du suivi par l'infirmier de coordination en cancérologie (45 équipes hospitalières concernées dont 8 en Ile-de-France).

---

<sup>12</sup> Applichimio - Institut Curie avec un soutien financier de l'ARS IDF, CAPRI - Institut Gustave Roussy

<sup>13</sup> Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

<sup>14</sup> Mission d'intérêt général

## Analyse de données régionales (base SNIIRAM)

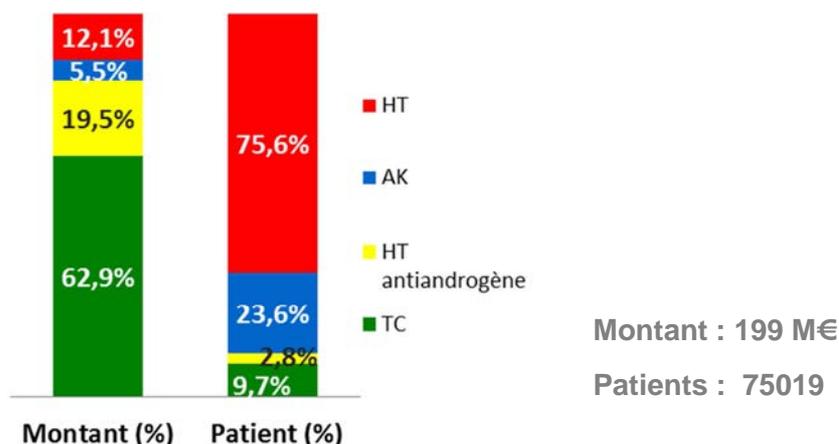
### Éléments généraux

L'ensemble des patients pour lesquels au moins une dispensation d'anticancéreux oraux (y compris les hormonothérapies) a été réalisée au cours de l'année 2014 (hors rétrocession hospitalière) représente en 2014, 75 019 patients soit un total de 529 928 dispensations.

Les patients ont été répartis en 2 groupes :

- ceux bénéficiant d'une « Hormonothérapie exclusive » [**Groupe HT**] : 52 312 patients, 382 543 dispensations, dans lequel les hormonothérapies de dernière génération pour le traitement du cancer de la prostate ont été identifiées ;
- ceux bénéficiant d'au moins 1 anticancéreux oral « Oncologie - Hématologie » [**Groupe AK**] : 22 707 patients, 147 385 dispensations ; qui est subdivisé en 2 sous-groupes :
  - o les thérapies ciblées (TC) représentées dans cette étude par les inhibiteurs de protéine kinase (IPK) (imatinib, erlotinib...) ;
  - o les anticancéreux cytotoxiques (capecitabine, vinorelbine, cyclophosphamide...).

Figure 1. Répartition de la dépense régionale (199 M€) entre les différentes catégories de traitements anticancéreux oraux



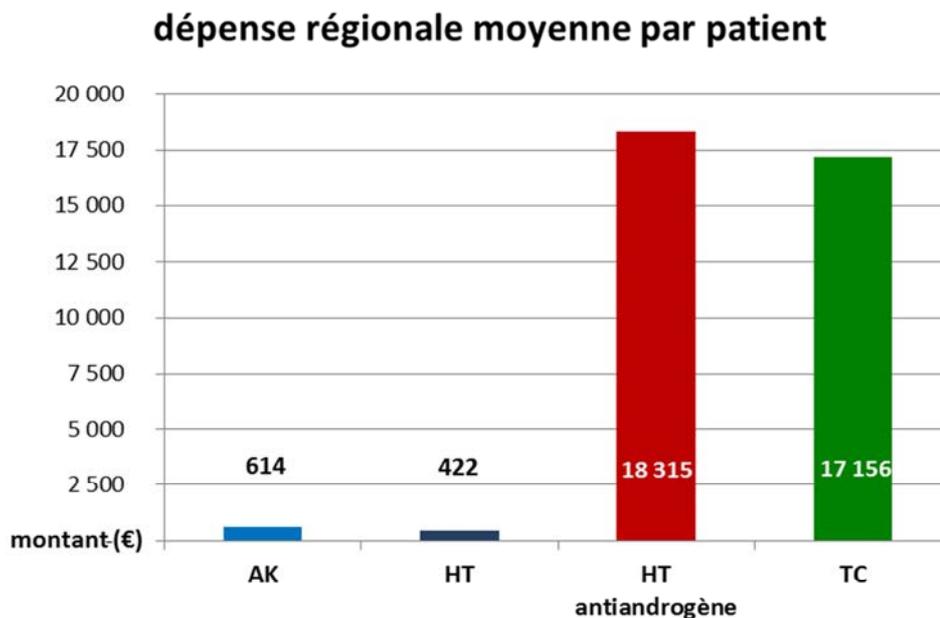
Sur l'année 2014, le montant national remboursé par l'assurance maladie est de 1 462 M€ pour l'ensemble des traitements anticancéreux oraux dont 199 M€ en région Ile-de-France. Par rapport aux données nationales, l'Ile-de-France consacre une proportion plus importante aux thérapies ciblées (62,5% vs 51,5% en France).

Il apparaît que ces thérapies ciblées très spécifiques, concernent un nombre réduit de patients.

## Traitements anticancéreux oraux en IDF dispensés en ville - Coût moyen et nombre de patients

Pour l'Île-de-France, le montant total des traitements anticancéreux dispensés en ville s'élevait à 199 M€ en 2014, soit une dépense régionale moyenne par patient de 2 650 € quelle que soit la durée du traitement et un écart type de 7 800 €, reflet de la grande disparité de la dépense moyenne selon la catégorie de traitement (Fig. 2).

Figure 2. Dépense régionale moyenne par patient selon la catégorie de traitement



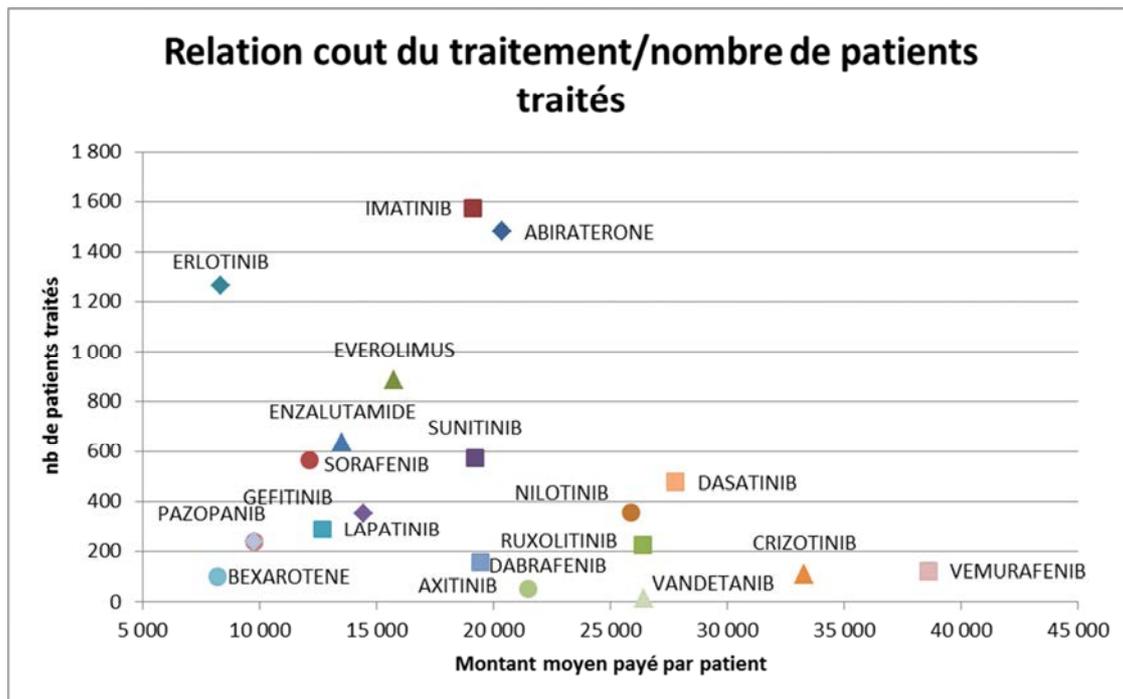
L'analyse plus détaillée met en évidence que les dépenses les plus importantes sont portées par l'abiratéron et l'imatinib avec un montant régional respectif de 30 M€, suivis par plusieurs inhibiteurs de protéines kinases (erlotinib, everolimus, sunitinib, dasatinib) avec des montants respectifs autour de 10 M€. Avec 4,6 M€, la capécitabine est en quinzième position.

Tel que l'illustre la figure 3, le nombre de patients traités par thérapies ciblées reste inférieur à 1 600 patients par médicament, avec une cohorte de moins de 500 patients pour environ 2/3 des molécules. De même, les données nationales 2014 recueillies par l'INCa, indiquent que deux thérapies ciblées sur trois ont concerné chacune moins de 2 000 personnes.

Il convient d'évoquer l'arrivée prochaine sur le marché des médicaments de la classe des ciclib<sup>15</sup> dans le traitement du cancer du sein qui impacteront vraisemblablement les dépenses associées au traitement médicamenteux de cette pathologie.

<sup>15</sup> Actuellement seul le palbociclib est disponible en ATU de cohorte.

Figure 3. Pour chaque traitement innovant (thérapie ciblée et hormonothérapie antiandrogène) relation coût du traitement et nombre de patients traités



Ainsi, le montant total alloué aux thérapies ciblées de 125 M€ est concentré sur un petit nombre de patients.

A l'inverse, les hormonothérapies du cancer du sein (tamoxifène, letrozole et anastrozole) globalisent 17 M€ pour près de la moitié des patients de cette étude.

Les 10 anticancéreux (voie orale) les plus dispensés en 2014 par les officines en Ile-de-France sont décrits dans le tableau ci-après (fig. 4 et annexe 3)

Figure 4. Les 10 médicaments (voie orale) les plus dispensés en Ile-de-France en 2014

Dénomination commune internationale (DCI)	Médicament princeps	Groupe de traitement	Nombre de dispensations en 2014
LETROZOLE	FEMARA®	Hormonothérapie	119 261
TAMOXIFENE	NOLVADEX®	Hormonothérapie	105 307
ANASTROZOLE	ARIMIDEX®	Hormonothérapie	65 687
HYDROXYCARBAMIDE	HYDREA®	Anticancéreux cytotoxique	52 103
EXEMESTANE	AROMASINE®	Hormonothérapie	45 313
BICALUTAMIDE	CASODEX® ORMANDYL®	Hormonothérapie	41 673
CAPECITABINE	XELODA®	Anticancéreux cytotoxique	16 171
IMATINIB	GLIVEC®	Inhibiteur de protéine kinase	13 324
ABIRATERONE	ZYTIGA®	Hormonothérapie anti-androgène	8 287
MERCAPTOPYRINE	PURINETHOL®	Anticancéreux cytotoxique	5 186

## Données patients

### Age moyen et sexe

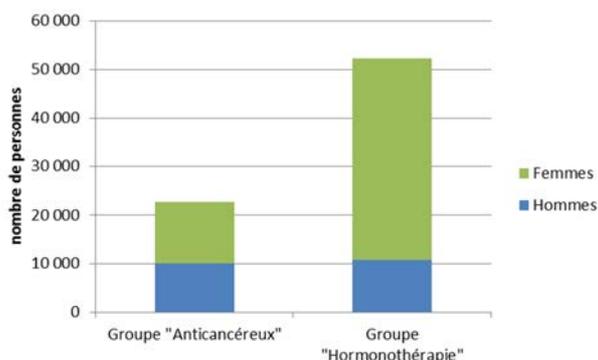
Dans la population étudiée l'âge moyen des patients est de 66 ans, avec 2/3 des patients dans la tranche d'âge 55-84 ans.

Cependant, la proportion de patients âgés de moins de 44 ans dans le groupe anticancéreux est significativement plus importante que dans le groupe hormonothérapie (14% vs 6%,  $p < 0,0001$ )

Au-delà de cet âge, la répartition des patients redevient similaire pour les 2 groupes.

En termes de répartition homme/femme (fig.5), si l'on observe un quasi-équilibre (46% vs 54%) pour le groupe anticancéreux, la population féminine (80%) est largement majoritaire pour les traitements hormonaux, dont les principales indications sont le cancer du sein.

Figure 5. Répartition des patients selon le type de traitement et le sexe



### Lieux de prescription, dispensation et résidence

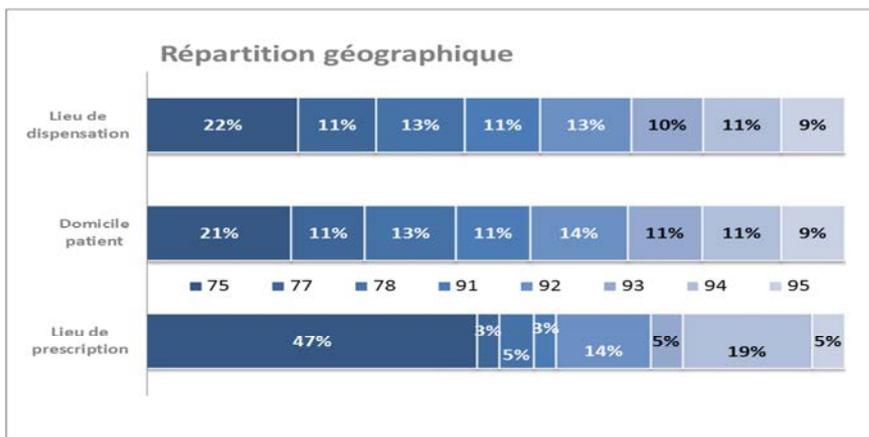
L'étude a permis de cartographier les lieux de prescription, de dispensation et de résidence des patients (fig.6).

La répartition géographique (par département) de résidence des patients est similaire à celle de la dispensation des traitements. En effet plus de 90% des patients vont dans une pharmacie d'officine de leur département de résidence pour la dispensation des médicaments anticancéreux oraux (annexe 4).

Paris et deux départements de la petite couronne (92 et 94) dans lesquels sont implantés les deux CLCC<sup>16</sup> et les établissements de l'AP-HP, concentrent 80% de l'activité de prescription (Fig.6).

<sup>16</sup> Centre de lutte contre le cancer : Institut Gustave Roussy, Fondation Curie

Figure 6. Consommation des anticancéreux oraux selon le lieux de dispensation, de résidence du patient et de la prescription



## Durée de traitement

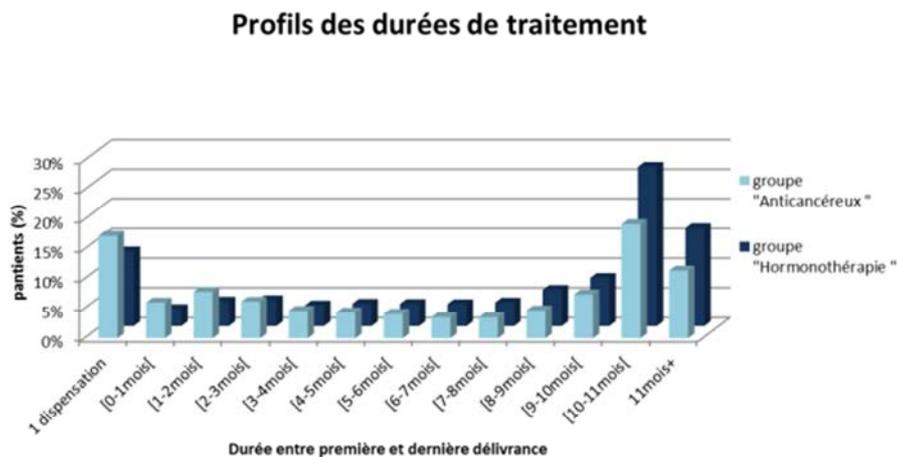
Dans un premier temps, la durée de traitement a été estimée en calculant l'intervalle entre la première et la dernière dispensation pour une même spécialité à partir des données 2014 du SNIIRAM. Aussi, compte tenu d'une durée d'étude sur 12 mois, la durée moyenne de traitement calculée (6,8 mois) ne reflète pas la durée réelle des traitements par hormonothérapie qui peuvent se prolonger sur plusieurs années.

On constate une répartition des patients concentrée sur les 2 extrémités du graphique (fig. 7) :

- 18% de patients dont la durée de traitement est inférieure ou égale à un mois (13% pour groupe HT et 17% groupe AK) ;
- 40% de patients dont la durée de traitement est supérieure à 10 mois : 43 % groupe HT et 31% pour le groupe AK.

L'analyse met en évidence une répartition significativement différente entre les 2 groupes pour les durées de plus de 10 mois ( $p < 0.0001$ ).

Figure 7. Durée de traitement (en mois) selon le type de traitement



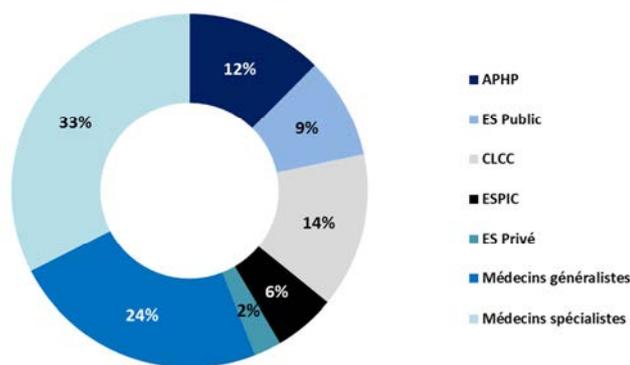
Ces premiers éléments ont motivé une analyse plus fine afin d'établir des profils de dispensation par DCI à partir des données de 2 années (2013-2014) pour lisser les pics de consommation (de début et fin de graphique) liés à la restriction de l'étude à une seule année.

## Traitement par hormonothérapie

### Répartition entre ville et hôpital des prescripteurs (données SNIIRAM 2013-2014)

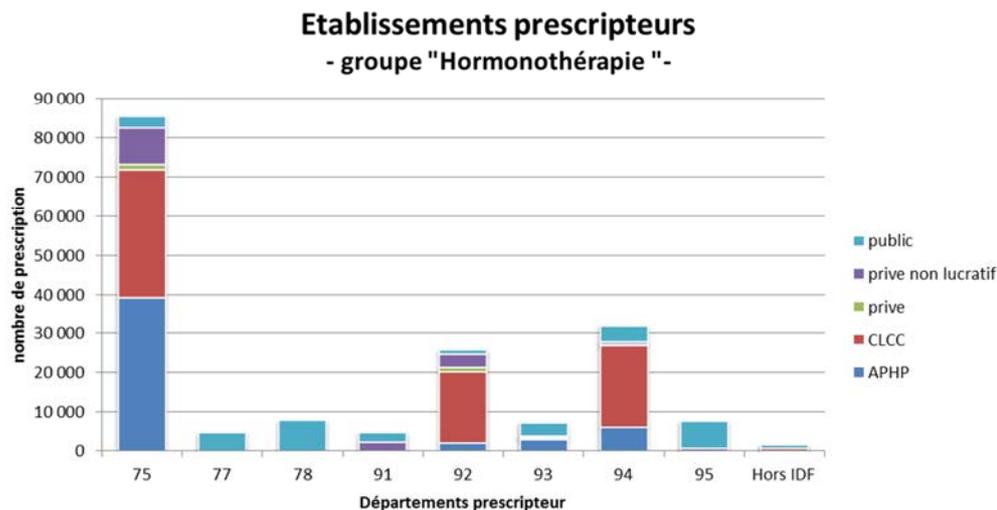
Les prescriptions d'hormonothérapie se répartissent de manière équivalente entre les prescripteurs exerçant en établissement de santé (43%) et les médecins libéraux spécialistes (33%) ou généralistes (24%) (Fig.8).

Figure 8. Répartition des prescriptions pour les hormonothérapies



L'implication des médecins généralistes dans la prescription et le suivi des patients traités par hormonothérapie est facilitée d'une part par des conditions réglementaires de prescription et de renouvellement moins restrictives que celles des thérapies ciblées, et d'autre part à des durées de traitements de plusieurs années.

Figure 9. Répartition selon le statut d'établissement et le département de l'établissement



La répartition entre départements (Fig.9) pour les prescriptions émanant de médecins hospitaliers met en évidence que :

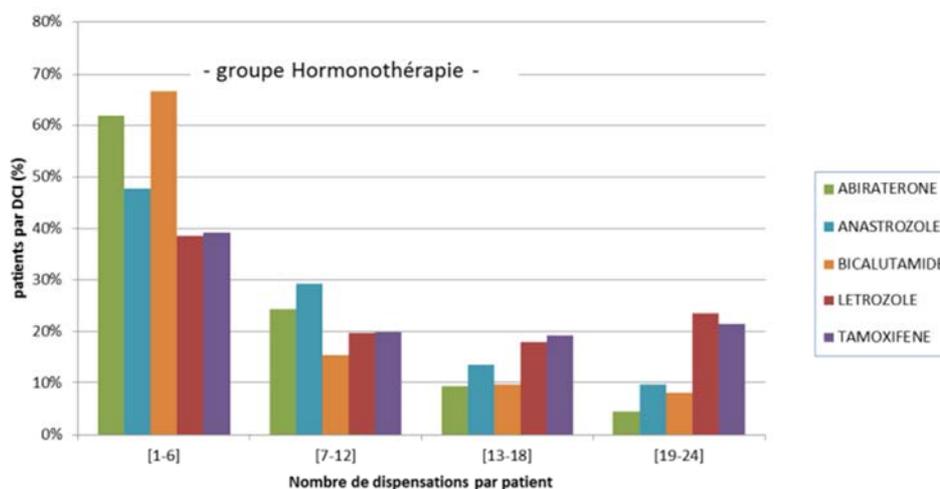
- 3 départements sur lesquels se situent les établissements spécialisés en cancérologie portent une grande partie des prescriptions l'hormonothérapie : 41% proviennent des CLCC en lien avec l'expertise dans une prise en charge du cancer du sein et 29% de l'AP-HP ;
- A l'opposé, les établissements des autres départements de la région portent une faible proportion des prescriptions ; cela pourrait s'expliquer par la répartition géographique de l'offre de soins spécialisée en cancérologie en Ile-de-France.

## Profils de dispensation sur 2 ans

Les profils de dispensation pour le groupe « Hormonothérapie » montrent que seules les hormonothérapies les plus prescrites dans le cancer du sein (letrozole et tamoxifène) restent dispensées sur 19 à 24 mois pour plus de 20% des patients (étude sur 24 mois).

Les traitements hormonaux de dernière génération dans le cancer de la prostate s'inscrivent sur des durées inférieures à 6 mois pour plus de 60% des patients. Ces durées constatées dans en vie réelle sont inférieures à celles des études pivots (à titre d'exemple : Abiraterone (Zytiga®) : 14,3 mois en 1<sup>ère</sup> ligne, 23,1 mois en 2<sup>ème</sup> ligne), peut être en lien avec une autorisation de mise sur le marché encore récente en 2014 pour certains médicaments.

Figure 10. Profils de dispensation de l'hormonothérapie



Pour les traitements qui s'incrivent dans la durée, l'observance constitue un enjeu majeur qui doit s'articuler avec la prise en charge des effets indésirables liés à ces traitements.

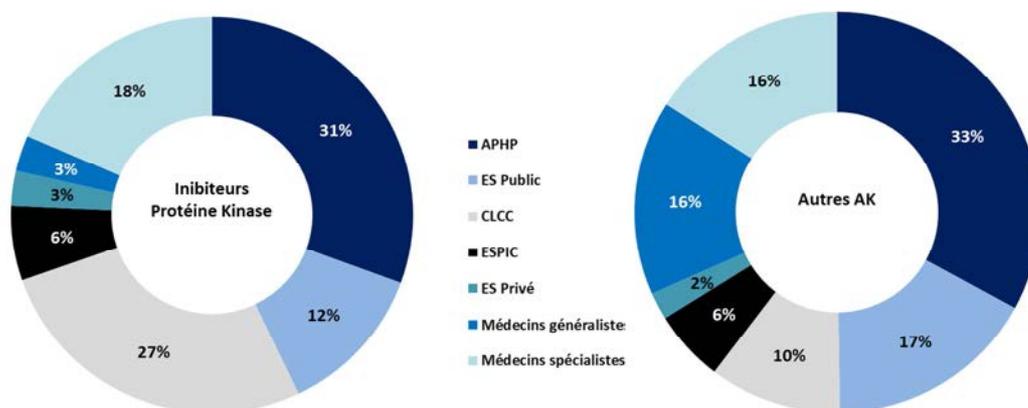
## Traitement par anticancéreux y compris les thérapies ciblées

### Répartition entre ville et hôpital des prescripteurs (données SNIIRAM 2013-2014)

Dans le groupe anticancéreux, les prescriptions se recentrent sur le secteur hospitalier (Fig. 11) :

- pour les anticancéreux cytotoxiques 2 prescriptions sur 3 sont réalisées au sein d'un établissement de santé et 1/3 en ville, réparties de manière équilibrée entre généralistes et spécialistes ;
- pour les thérapies ciblées 4 prescriptions sur 5 proviennent d'un établissement de santé, dont une majorité issue de l'AP-HP (31%) et des CLCC (27%) et 1/5 en ville réalisées quasi exclusivement (18%) par les médecins spécialistes.

Figure 11. Répartition des prescriptions pour le groupe anticancéreux



Cette répartition s'explique en partie en raison des restrictions réglementaires qui exigent une prescription hospitalière ou réservent la prescription à certains spécialistes y compris pour le renouvellement du traitement.

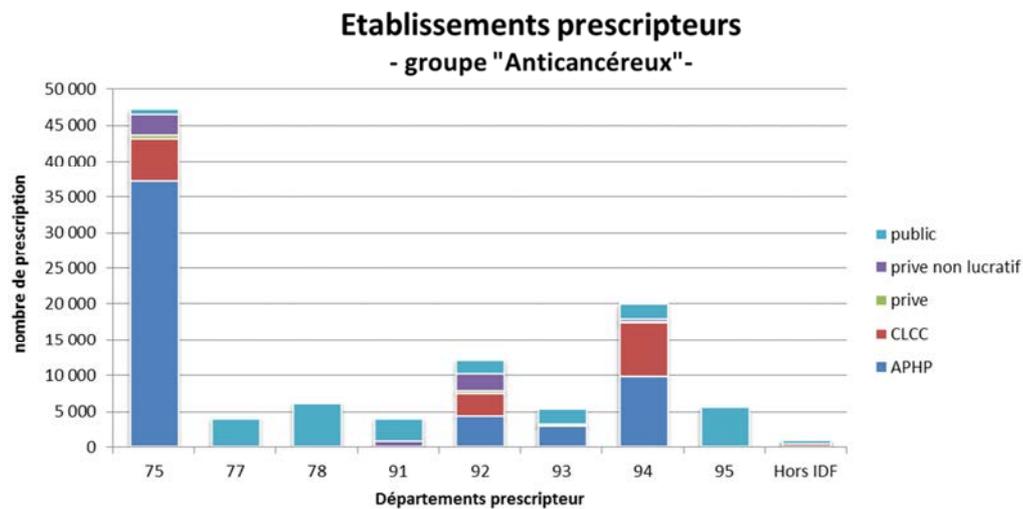
La présence de prescriptions réalisées par des médecins généralistes pour les thérapies ciblées pourrait être liée à des saisies erronées lors de la dispensation en officine. Cependant, la possibilité de renouvellement de certaines prescriptions par le médecin traitant doit également être envisagée notamment pour les traitements au long cours des patients répondeurs.

### Etablissements prescripteurs

Comme il a été évoqué précédemment, la répartition de la prescription des thérapies ciblées entre les différents statuts d'établissements de santé met en évidence que l'essentiel des prescriptions provient de l'AP-HP et des CLCC (Fig. 12).

En effet, ces médicaments récemment mis sur le marché sont très spécifiques tant en termes d'indications que de suivi. Outre les spécificités de prise en charge liées à la pathologie, différentes hypothèses peuvent expliquer la concentration des prescriptions sur des établissements universitaires notamment l'implication plus importante dans les protocoles de recherche clinique de ces établissements et la prise en charge d'une part importante de patients dont la pathologie est complexe (stades avancés, comorbidités...).

Figure 12. Répartition selon le statut d'établissement et le département de l'établissement

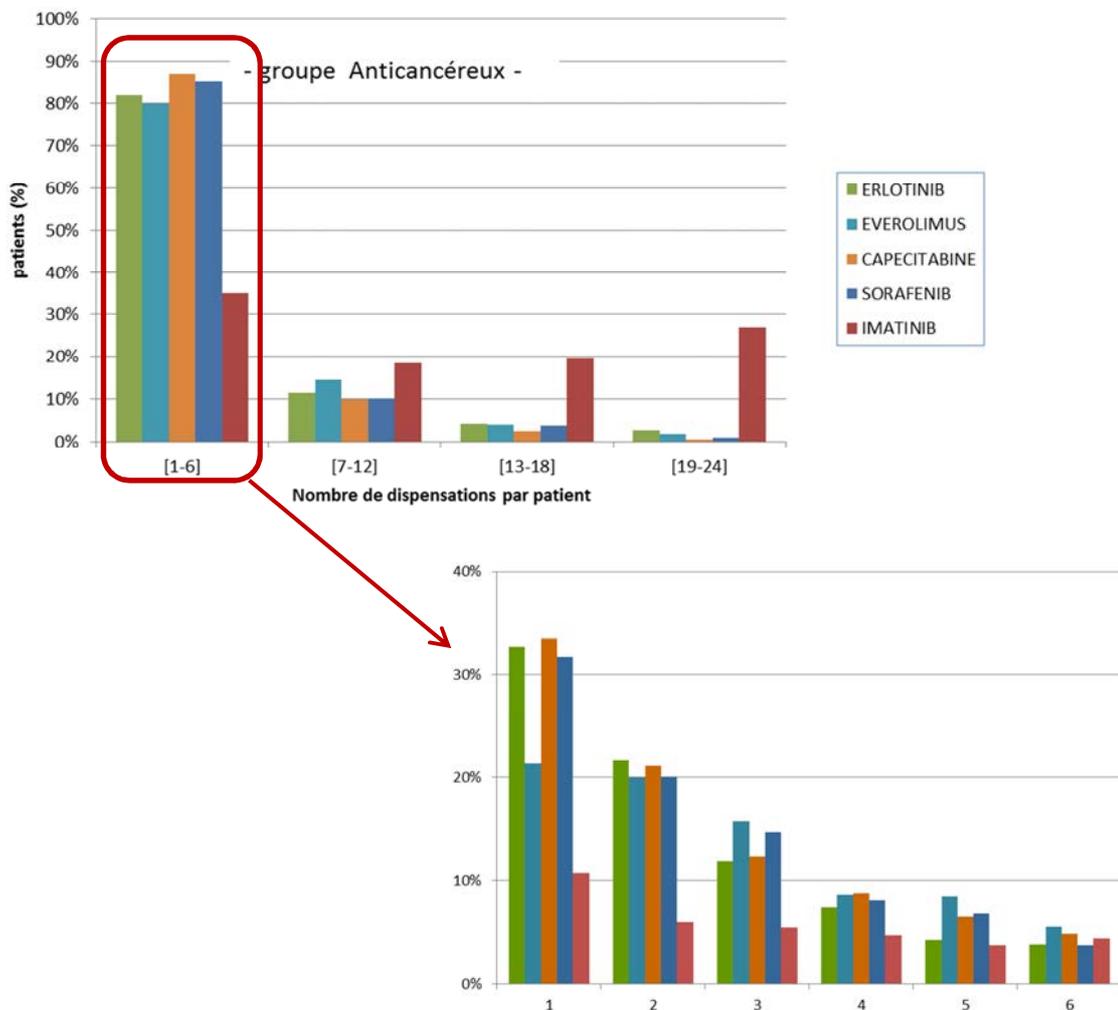


## Profils de dispensation sur 2 ans

Pour le groupe « Anticancéreux », le profil de dispensation des 4 inhibiteurs de protéine-kinase les plus dispensés ont été établis ainsi que celui de la capécitabine pour évaluer la durée de traitement (Fig. 13) :

- seul l'imatinib (Glivec®) est dispensé entre 19 et 24 fois pour une part importante des patients (27%).
- en revanche, plus de 80% des patients traités par inhibiteurs de protéine-kinase ou par capécitabine ont moins de 6 dispensations

Figure 13. Profils de dispensation pour les thérapies ciblées avec une vue détaillée pour l'intervalle 1 à 6 dispensations



Pour les traitements de courte ou très courte durée, les patients restent en lien étroit avec l'équipe hospitalière. L'articulation avec les professionnels de santé de ville est centrée sur la maîtrise d'effets indésirables graves.

Dès lors que ces traitements s'inscrivent dans la durée, la question de l'organisation des soins en ville se pose, devant permettre notamment la transmission au médecin traitant des éléments nécessaires au suivi voire au renouvellement du traitement.

## CONCLUSION

L'apparition des thérapies ciblées (TC), en complément des chimiothérapies cytotoxiques conventionnelles, a constitué un tournant dans la stratégie de traitement du cancer. Après les anticorps monoclonaux administrés par voie parentérale, l'arrivée de la capécitabine, de l'imatinib, suivi de nombreux autres inhibiteurs de protéines kinases a ouvert une perspective de traitement par voie orale du cancer. C'est dans ce contexte et face aux enjeux du plan cancer 2014-2019 que cet état des lieux a été conduit.

Le recensement des organisations hospitalières spécifiques pour améliorer la prise en charge des patients traités par ces nouvelles thérapies anticancéreuses a mis en évidence une grande hétérogénéité des dispositifs existants mais avec des objectifs similaires : éviter la survenue d'effets indésirables graves et améliorer l'observance du patient, mettre à la disposition des professionnels de santé de premier recours (notamment le médecin traitant) les contacts hospitaliers associés éventuellement aux informations principales sur le traitement.

L'état des lieux réalisé à partir des données régionales SNIIRAM a complété l'aspect organisationnel en donnant de la visibilité sur l'ensemble des traitements anticancéreux par voie orale prescrits et dispensés en Ile-de-France.

Les données sur la durée du traitement mettent en évidence d'une part des traitements qui s'inscrivent dans la durée pour les hormonothérapies prescrites dans le cancer du sein et l'imatinib pour le traitement de certaines hémopathies malignes et d'autre part des traitements de très courte durée pour les thérapies ciblées : 18% des patients n'ont qu'une seule dispensation de traitement, ce qui pourrait révéler une mauvaise tolérance de ces traitements d'utilisation complexe et/ou une évolution rapide des pathologies traitées.

Les prescripteurs hospitaliers sont largement concentrés sur les trois départements (75, 92, 94) regroupant l'offre de soins spécialisée en cancérologie (AP-HP ou CLCC). En intégrant les prescripteurs non rattachés à un établissement de santé, les prescriptions d'hormonothérapie se répartissent entre la ville (généralistes et spécialistes) et l'hôpital. La prescription de TC est quant à elle largement hospitalière et plus exceptionnellement réalisée par des médecins spécialistes en ville (à noter que des biais existent sur ce recueil tant que l'utilisation du numéro RPPS ne sera pas entièrement généralisée).

Pour la dispensation de leurs médicaments en pharmacie d'officine, l'étude montre que les patients privilégient leur département de résidence, rappelant que la distance géographique entre le lieu d'habitation des patients et l'établissement hospitalier assurant leur suivi, est parfois importante. Cela renforce la nécessité d'une articulation entre les acteurs hospitaliers et ambulatoires dans la prise en charge des patients<sup>17</sup>.

Ainsi, il apparaît que les thérapies ciblées orales ouvrent de nouvelles possibilités dans la stratégie thérapeutique mais restent associées à une prise en charge largement hospitalière.

L'hyper-spécificité de ces nouveaux médicaments permet une diversification de l'arsenal thérapeutique mais ne les rend éligibles que pour une proportion restreinte de patients. Cette tendance devrait s'accroître avec l'adaptation à la carte génomique tumorale du schéma thérapeutique du patient. Elle impose de disposer d'informations adaptées pour assurer le suivi personnalisé et anticiper les éventuelles complications graves associées aux traitements notamment dans un contexte de patient fragilisé par des co-morbidités ou de possible facteurs

---

<sup>17</sup> Parcours de soins d'un patient traité par anticancéreux oraux, réponse saisine, INCa, octobre 2016

sociaux pouvant fragiliser l'observance. De fait, la prescription relève de spécialistes et leur suivi doit s'organiser et se coordonner avec les acteurs ambulatoires autour des équipes hospitalières, avec pour objectifs d'améliorer l'observance d'éviter toute re-hospitalisation. La mise à disposition des professionnels de ville, notamment du médecin traitant, des éléments qui permettent d'apprécier la possibilité de renouveler d'un traitement anticancéreux oral au long cours semble primordiale. Dans ce contexte, la démarche de conciliation médicamenteuse a toute sa place en raison des profils d'interactions médicamenteuses souvent marqués ainsi qu'un temps dédié à l'explication détaillée du traitement au patient et à ses proches.

Pour autant, alors que l'hormonothérapie à vie est désormais envisagée, les enjeux pour ces traitements en termes d'observance et d'impact des effets indésirables sur la qualité de vie ne doivent pas être négligés.

Ainsi, un accompagnement pilote a été lancé par l'ARS en partenariat avec trois établissements de santé<sup>18</sup> et les différents acteurs de la prise en charge ambulatoire du territoire, médecins traitants, pharmaciens, infirmiers, réseaux de soins. Ce projet a pour objectif de proposer des organisations plurielles et adaptées et ainsi d'apporter des réponses régionales sur parcours de santé des patients traités par anticancéreux oraux. Ces travaux s'intègrent dans la continuité de ceux engagés pour l'amélioration des parcours des patients traités par chimiothérapie intraveineuse dans le cadre du Projet Régional de Santé.

---

<sup>18</sup> Institut Mutualiste Montsouris, Hôpital Avicenne AP-HP, Hôpital Henri Mondor AP-HP

## ANNEXES

### Annexe 1 : Extraits Plan Cancer 2014-2019 en lien avec les anticancéreux oraux :

Objectif	Libellé	Remarques
<b>Action 2.6 : Faire évoluer le périmètre des autorisations de traitement du cancer prenant en compte les changements dans les techniques de prises en charge et l'accès à l'innovation.</b>	Encadrer les nouvelles techniques ou modalités de prise en charge, comme la <b>chimiothérapie orale</b> , dans le secteur des soins de ville : <b>sécuriser cette prise en charge</b> et mettre en place des <b>actions de communication en matière de bon usage des chimiothérapies orales</b> , impliquer le patient et les professionnels de premier recours dans le suivi de ces traitements en développant l'éducation thérapeutique sur ce sujet.	Sur l'activité de traitement du cancer, la réflexion a été conduite dans le cadre du Comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH CANCER) via une analyse globale des évolutions en cours (enjeux de la chimiothérapie orale, des soins oncologiques de support et du virage ambulatoire), mais aussi à travers des réflexions ad hoc conduites sur des thèmes spécifiques et/ou émergents (radiologie interventionnelle, radiothérapie de haute technicité via un groupe d'experts de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN), prise en charge de l'enfant notamment).
<b>Action 3.1 : Définir les bonnes pratiques d'utilisation des chimiothérapies orales pour accompagner les professionnels en ville et à l'hôpital.</b>	Produire et diffuser des référentiels nationaux de stratégie thérapeutique à destination des équipes spécialisées incluant la définition de la place des chimiothérapies orales (voir Action 2.7).  Définir des guides nationaux précisant les modalités d'utilisation des chimiothérapies orales, les conditions de prévention et de gestion des toxicités afférentes à ces médicaments sur la base des travaux déjà initiés en région par les OMEDIT et RRC.  Au regard des effets secondaires des nouvelles molécules et de leur prix, renforcer l'encadrement du bon usage des médicaments en ville.	<b>Une nouvelle procédure de labellisation des référentiels nationaux de prise en charge est entrée en vigueur</b>  Pour ce faire, l'INCa a mis en place une procédure de labellisation de recommandations et de référentiels nationaux de bonnes pratiques qui permet de s'assurer de la qualité et de l'indépendance de leur élaboration. Cette procédure fera appel à des candidatures en réponse à un programme de travail établi par l'INCa, sur proposition d'un comité de programmation partenarial. Cette procédure a été validée par le conseil d'administration de l'INCa en octobre 2015, publiée dans le bulletin officiel en décembre et sa mise en œuvre est prévue en janvier 2016.

Objectif	Libellé	Remarques
<p><b>Action 3.2 : Adapter les organisations à l'essor des chimiothérapies orales.</b></p>	<p>Expérimenter des modalités organisationnelles de prise en charge des patients sous chimiothérapie orale s'appuyant sur différents acteurs de santé en ville et à l'hôpital, dans un appel à projets dédié (ou dans le cadre du PREPS Cancer) comprenant une évaluation médico-économique des différents modèles organisationnels.</p> <p>Étudier différentes modalités de financement des centres autorisés pour cette activité de prescription de chimiothérapie orale et de suivi à distance des patients en articulation avec la ville ; par exemple une forfaitisation ou une valorisation de la consultation de prescription d'une chimiothérapie orale. Cette réflexion doit être inscrite au programme du CORETAH.</p>	
<p><b>Action 3.3 : Impliquer le patient en développant l'éducation thérapeutique en cancérologie.</b></p>		
<p><b>Action 3.4 : Définir les conditions de sécurité et de qualité de délivrance et d'administration des anticancéreux à domicile.</b></p>	<p>Réfléchir aux modalités de délivrance initiale d'une chimiothérapie orale pour mieux la sécuriser en examinant notamment l'hypothèse d'une délivrance initiale hospitalière.</p>	<p>Face à l'essor de la chimiothérapie orale, l'accompagnement des professionnels a été renforcé avec des recommandations</p> <p>sur la prévention et la gestion des effets indésirables,</p> <p>des actions de formations nationales et l'expérimentation</p> <p>des infirmiers de coordination (ville/hôpital)</p> <p>l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients sous chimiothérapie orale fait partie des actions de formation nationales de 2015 pilotées par l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH). Au-delà des enseignements fondamentaux sur les chimiothérapies orales, cette formation vise à amener les professionnels à établir un plan d'actions sur la base du partage d'expériences et d'être force de proposition au sein de l'équipe hospitalière d'origine.</p>

Objectif	Libellé	Remarques
<b>Action 5.10 : Lutter contre les inégalités d'accès aux médicaments et les pertes de chance.</b>	Intégrer dans les réflexions sur les évolutions de la liste en sus la problématique des écarts de prise en charge financière entre ville et hôpital, notamment pour les chimiothérapies orales.	

**Projets IDF identifiés dans le 2<sup>ème</sup> rapport du Plan Cancer 2014-2019 (Février 2016) :**

**Axe 1. Guérir plus de personnes malades :**

Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge : Élaborer un projet de service régional d'information en santé sous forme de site internet, destiné aux professionnels de santé et au grand public

Accompagner les évolutions technologiques et thérapeutiques : Chimiothérapies orales :

Réaliser une étude d'un modèle d'organisation par le réseau régional de cancérologie (RRC) sur la chimiothérapie orale ; projet de plateforme d'information

Créer un centre dédié à la dispensation des chimiothérapies orales au sein d'un CHU

**Axe 3. Investir dans la prévention et la recherche**

Prendre en charge financièrement des traitements nicotiques de substitution

## Annexe 2 : liste des médicaments pour lesquels une dispensation dans la base SNIIRAM a été recherchée

DCI	NOM COMMERCIAL	Forme galénique	Catégorie étude	Localisation cancéreuse concernée (AMM) au moment de l'étude
<b>ABIRATERONE</b>	ZYTIGA	COMPRIME	HT anti-androgène	PROSTATE
<b>AFATINIB</b>	GIOTRIF	COMPRIME	IPK	CBNPC
<b>ANASTROZOLE</b>	ARIMIDEX	COMPRIME	HT	SEIN
<b>AXITINIB</b>	INYLTA	COMPRIME	IPK	REIN
<b>BEXAROTENE</b>	TARGRETIN	CAPSULE MOLLE	AK	LYMPHOME
<b>BICALUTAMIDE</b>	CASODEX	COMPRIME	HT	PROSTATE
<b>BOSUTINIB</b>	BOSULIF	COMPRIME	IPK	LMC
<b>BUSULFAN</b>	MYLERAN	COMPRIME	AK	LMC, GREFFE CSH
<b>CAPECITABINE</b>	XELODA	COMPRIME	AK	SEIN, COLON, ESTOMAC
<b>CHLORAMBUCIL</b>	CHLORAMINOPHENE	GELULE	AK	LLC, LYMPHOME
<b>CRIZOTINIB</b>	XALKORI	GELULE	IPK	CBNPC
<b>CYCLOPHOSPHAMIDE</b>	ENDOXAN	COMPRIME	AK	SEIN, OVAIRE, CBPC, TESTICULE, VESSIE, LYMPHOME, LA, NEURO
<b>DABRAFENIB</b>	TAFINLAR	GELULE	IPK	MELANOME
<b>DASATINIB</b>	SPRYCEL	COMPRIME	IPK	LMC, LAL
<b>DIETHYLSTIBESTROL</b>	DISTILBENE	COMPRIME	HT	PROSTATE
<b>ENZALUTAMIDE</b>	XTANDI	CAPSULE MOLLE	HT anti-androgène	PROSTATE
<b>ERLOTINIB</b>	TARCEVA	COMPRIME	IPK	CBNPC, PANCREAS
<b>ESTRAMUSTINE</b>	ESTRACYT	GELULE	AK	PROSTATE
<b>ETOPOSIDE</b>	CELLTOP	CAPSULE MOLLE	AK	TESTICULE, CMPC, SEIN, LYMPHOME, LA
<b>EVEROLIMUS</b>	AFFINITOR VOTUBIA	COMPRIME	IPK	REIN, PANCREAS, SEIN
<b>EXEMESTANE</b>	AROMASINE	COMPRIME	HT	SEIN
<b>FLUDARABINE</b>	FLUDARA	COMPRIME	AK	LLC
<b>FLUTAMIDE</b>	EULEXINE	COMPRIME	HT	PROSTATE
<b>GEFITINIB</b>	IRESSA	COMPRIME	IPK	CBNPC
<b>HYDROXYCARBAMIDE</b>	HYDREA	GELULE	AK	LMC
<b>IDARUBICINE</b>	ZAVEDOS	GELULE	AK	LAM
<b>IMATINIB</b>	GLYVEC	GELULE	IPK	LMC, LAL, SMD, GIST
<b>LAPATINIB</b>	TYVERB	COMPRIME	IPK	SEIN
<b>LETROZOLE</b>	FEMARA	COMPRIME	HT	SEIN
<b>MEGESTROL</b>	MEGACE	COMPRIME	HT	SEIN
<b>MELPHALAN</b>	ALKERAN	COMPRIME	AK	MYELOME, SEIN, OVAIRE
<b>MERCAPTOPYRINE</b>	PURINETHOL	COMPRIME	AK	LAL, LAM, LMC

## ANTICANCÉREUX ORAUX : ÉTAT DES LIEUX RÉGIONAL

DCI	NOM COMMERCIAL	Forme galénique	Catégorie étude	Localisation cancéreuse concernée (AMM) au moment de l'étude
<b>NILOTINIB</b>	TASIGNA	GELULE	IPK	LMC
<b>NILUTAMIDE</b>	ANANDRON	COMPRIME	HT	PROSTATE
<b>PAZOPANIB</b>	VOTRIENT	COMPRIME	IPK	REIN, SARCOME
<b>PIPOBROMAN</b>	VERCYTE	COMPRIME	AK	VAQUEZ
<b>PROCARBAZINE</b>	NATULAN	GELULE	AK	LYMPHOME, CBPC, NEURO
<b>REGORAFENIB</b>	STIVARGA	COMPRIME	IPK	COLON, GIST
<b>RUXOLITINIB</b>	JAKAVI	COMPRIME	IPK	VAQUEZ, MYELOFIBROSE, SPLENOMEGALIE MYELOIDE
<b>SORAFENIB</b>	NEVAXAR	COMPRIME	IPK	FOIE, REIN, THYROIDE
<b>SUNITINIB</b>	SUTENT	GELULE	IPK	REIN, PANCREAS, GIST
<b>TAMOXIFENE</b>	NOLVADEX	COMPRIME	HT	SEIN
<b>TEGAFUR EN ASSOCIATION</b>	UFT	GELULE	AK	COLON
<b>TOPOTECAN</b>	HYCAMTIN	GELULE	AK	CBPC
<b>TOREMIFENE</b>	FARESTON	COMPRIME	HT	SEIN
<b>VANDETANIB</b>	CAPRELSA	COMPRIME	IPK	THYROIDE
<b>VEMURAFENIB</b>	ZELBORAF	COMPRIME	IPK	MELANOME
<b>VINORELBINE</b>	NAVELBINE	CAPSULE MOLLE	AK	SEIN, CBNPC

Annexe 3 : Tableau récapitulatif des données par médicament

DCI	catégorie traitement	sous catégorie	classification étude	Nombre de dispensatio	Total boîtes délivrée	Montant payé	nombre beneficiaire
ABIRATERONE	Hormonothérapie	Hormonothérapie antiandrogène	HT antiandrogène	8 287	8 342	30 168 200 €	1 481
AFATINIB	Oncologie	Inhibiteur de Protéines Kinases	TC	81	83	164 611 €	35
ANASTROZOLE	Hormonothérapie	Hormonothérapie	HT	65 687	66 568	6 803 602 €	11 716
AXITINIB	Oncologie	Inhibiteur de Protéines Kinases	TC	861	1 165	3 070 132 €	158
BEXAROTENE	Hématologie	antimetabolite	AK	587	953	839 555 €	102
BICALUTAMIDE	Hormonothérapie	Hormonothérapie	HT	41 673	50 167	2 989 598 €	8 226
BUSULFAN	Hématologie	alkylant	AK	33	46	3 086 €	11
CAPECITABINE	Oncologie	antimetabolite	AK	16 171	19 055	4 657 443 €	3 924
CHLORAMBUCIL	Hématologie	alkylant	AK	2 836	4 574	101 495 €	594
CRIZOTINIB	Oncologie	Inhibiteur de Protéines Kinases	TC	630	634	3 662 210 €	110
CYCLOPHOSPHAMIDE	Oncologie/Hématologie	alkylant	AK	4 634	5 341	133 646 €	1 751
DABRAFENIB	Oncologie	Inhibiteur de Protéines Kinases	TC	161	162	1 180 647 €	55
DASATINIB	Hématologie	Inhibiteur de Protéines Kinases	TC	3 377	3 498	13 225 644 €	476
DIETHYLSTIBESTROL	Hormonothérapie	Hormonothérapie	HT	1 353	3 225	52 896 €	282
ERLOTINIB	Oncologie	Inhibiteur de Protéines Kinases	TC	5 012	5 368	10 534 959 €	1 262
ESTRAMUSTINE	Oncologie	alkylant	AK	1 095	1 386	221 909 €	224
ETOPOSIDE	Oncologie/Hématologie	intercalant	AK	1 362	1 748	387 569 €	547
EVEROLIMUS	Oncologie	Inhibiteur de Protéines Kinases	TC	3 721	3 827	13 919 792 €	884
EXEMESTANE	Hormonothérapie	Hormonothérapie	HT	45 313	45 878	3 353 410 €	6 448
FLUDARABINE	Hématologie	antimetabolite	AK	594	800	416 965 €	176
FLUTAMIDE	Hormonothérapie	Hormonothérapie	HT	838	1 689	51 172 €	138
GEFITINIB	Oncologie	Inhibiteur de Protéines Kinases	TC	2 209	2 244	5 134 666 €	355
HYDROXYCARBAMIDE	Hématologie	Hydroxycarbamide	AK	52 103	135 918	862 969 €	7 131
IDARUBICINE	Hématologie	intercalant	AK	1	2	112 €	1
IMATINIB	Oncologie/Hématologie	Inhibiteur de Protéines Kinases	TC	13 324	15 166	30 078 289 €	1 573
LAPATINIB	Oncologie	Inhibiteur de Protéines Kinases	TC	1 487	1 604	3 683 324 €	290
LETROZOLE	Hormonothérapie	Hormonothérapie	HT	119 261	120 991	9 304 323 €	15 207
MEGESTROL	Hormonothérapie	Hormonothérapie	HT	1 268	1 468	134 144 €	445
MELPHALAN	Oncologie/Hématologie	alkylant	AK	1 382	1 436	169 469 €	524
MERCAPTOPYRINE	Hématologie	antimetabolite	AK	5 186	10 522	691 598 €	1 086
NILOTINIB	Hématologie	Inhibiteur de Protéines Kinases	TC	2 931	3 637	9 205 034 €	356
NILUTAMIDE	Hormonothérapie	Hormonothérapie	HT	1 683	1 766	230 354 €	318
PAZOPANIB	Oncologie	Inhibiteur de Protéines Kinases	TC	992	1 346	2 342 410 €	239
PIPOBROMAN	Hématologie	alkylant	AK	3 626	5 544	67 620 €	521
PROCARBAZINE	Oncologie/Hématologie	alkylant	AK	538	549	108 169 €	257
RUXOLITINIB	Hématologie	Inhibiteur de Protéines Kinases	TC	1 583	2 109	5 960 774 €	226
SORAFENIB	Oncologie	Inhibiteur de Protéines Kinases	TC	1 869	1 938	6 854 890 €	564
SUNITINIB	Oncologie	Inhibiteur de Protéines Kinases	TC	3 323	3 471	10 981 978 €	571
TAMOXIFENE	Hormonothérapie	Hormonothérapie	HT	105 307	110 896	1 036 060 €	13 961
TOPOTECAN	Oncologie	intercalant	AK	256	389	272 666 €	78
TOREMIFENE	Hormonothérapie	Hormonothérapie	HT	10	10	294 €	1
VANDETANIB	Oncologie	Inhibiteur de Protéines Kinases	TC	92	145	343 845 €	13
VENURAFENIB	Oncologie	Inhibiteur de Protéines Kinases	TC	710	2 056	4 706 143 €	122
VINORELBINE	Oncologie	poison du fuseau	AK	3 965	22 215	1 933 410 €	773
XTANDI	Hormonothérapie	Hormonothérapie antiandrogène	HT antiandrogène	2 516	2 556	8 640 606 €	638
<b>Total</b>				<b>529 928</b>	<b>672 487</b>	<b>198 681 689 €</b>	<b>83 850</b>

Annexe 4 : Répartition géographique (par département) des lieux de résidence des patients et des lieux de dispensation en officine

Dépt de l'officine	Dépt de résidence du bénéficiaire								Total
	75	77	78	91	92	93	94	95	
75	96%	1%	2%	2%	5%	4%	4%	2%	22%
77	0%	96%	0%	1%	0%	2%	1%	0%	11%
78	0%	0%	96%	1%	1%	0%	0%	2%	13%
91	0%	1%	0%	96%	1%	0%	1%	0%	11%
92	1%	0%	1%	1%	91%	0%	1%	1%	13%
93	1%	1%	0%	0%	0%	91%	1%	1%	10%
94	1%	0%	0%	1%	1%	1%	93%	0%	11%
95	0%	0%	1%	0%	0%	1%	0%	94%	9%
<b>Total</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Directeur de Publication : Christophe Devys - © ARS Île-de-France  
Date : Janvier 2017 - Réalisation : Direction de la qualité et de la sécurité et de la protection des  
populations / Département Qualité Sécurité -Pharmacie Médicament Biologie  
Dépôt légal : N° ISBN : 978-2-36950-067-4

Direction de la qualité et de la sécurité et de la protection des populations

Direction de l'offre de soins

Direction de la stratégie

---

35, rue de la Gare – 75935 Paris Cedex 19

---

Tél. : 01 44 02 00 00 Fax : 01 44 02 01 04

---

[ars.iledefrance.sante.fr](http://ars.iledefrance.sante.fr)

