

## Cartographie de la prise en charge actuelle des patients sous VO (Voies Orales) anticancéreuses au domicile en Bretagne et Pays de la Loire

### Objectifs

- 1) Etat des lieux des prises en charge actuelles en inter région : à l'initiation et dans le suivi de traitement
- 2) Mise à jour du guide bonnes pratiques VO (Voies orales) pour restitution à l'ensemble de la communauté médicale
- 3) Optimisation des organisations

### Questionnaire

Ce questionnaire concerne l'initiation et le suivi de vos patients traités par VO anticancéreuses.

Merci d'y répondre afin de nous donner un état des lieux **général** de votre prise en charge.

Vous pouvez répondre directement dans ce document, de façon partielle ou complète, et l'envoyer à [francoise.grude@ico.unicancer.fr](mailto:francoise.grude@ico.unicancer.fr) ou répondre sur google form lien :  ).

*Date limite pour la réponse : 13 07 2016*

#### **Vous êtes :**

Oncologue/hémato/spécialiste     Pharmacien     IDE     Autre.....

**Votre établissement :** .....

#### **1 Consultation oncologue/hémato/spécialiste d'organe**

VO prescrites (par organe) : .....

Fréquence des consultations après la consultation d'initiation du traitement  
(plusieurs réponses possible).

A 1 mois puis tous les 3 mois     Tous les 3 mois     Autres : si oui laquelle : .....

Durée du suivi

Pendant toute la prise VO     Temps limité. Si oui, combien : .....:  
 Jusqu'à tolérance optimale

Contact avec un professionnel de ville ?

Non     Oui. Si oui, le(s)quel(s) : .....  
Si oui comment : .....

Contact avec un autre professionnel de l'établissement ?

Non     Oui. Si oui, le(s)quel(s) : .....  
Si oui comment : .....

## 2 Consultation médicale dans l'établissement autre que celle avec le spécialiste

Non  Oui. Si oui, quelle spécialité :  généraliste  Autre, si oui, laquelle : .....

Si oui, selon quelle fréquence ? (*plusieurs réponses possibles. Précisez les traitements si prise en charge différente*)

A 1 mois puis tous les 3 mois  Tous les 3 mois  Autres : si oui laquelle .....

Si oui, durée du suivi

Pendant toute la prise VO  Temps limité. Si oui, combien : .....  
 Jusqu'à tolérance optimale

Contact avec un professionnel de ville ?

Non  Oui. Si oui, le(s)quel(s) : .....  
Si oui comment : .....

Contact avec un autre professionnel de l'établissement ?

Non  Oui. Si oui, le(s)quel(s) : .....  
Si oui comment : .....

## 3 Entretien et analyse pharmaceutique

Mise en place d'une consultation pharmaceutique physique :

Non  Oui, pour certaines prescriptions  Oui, pour toutes les VO prescrites

Si oui, selon quelle fréquence? (*plusieurs réponses possibles*)

A l'initiation du tt  A la demande durant le suivi  Autres : si oui laquelle : .....

Si oui, durée du suivi

Pendant toute la prise VO  Temps limité : .....

Mise en place d'une analyse pharmaceutique ?

Non  Oui, pour certaines prescriptions  Oui, pour toutes les VO prescrites

Si oui, source des traitements pris par le patient ? .....

Si oui, source des données sur les interactions ? .....

Si oui, organisation ? .....

Si oui, fréquence ? (*plusieurs réponses possibles*)

A l'initiation du tt  Autres : si oui laquelle :

Contact avec un professionnel de ville ?

Non  Oui. Si oui, le(s)quel(s) : .....  
Si oui comment : .....

Contact avec un autre professionnel de l'établissement ?

Non  Oui. Si oui, le(s)quel(s) : .....  
Si oui comment : .....

#### 4 Consultation IDE

Consultation physique d'accompagnement IDE :

Non  Oui, pour certaines prescriptions  Oui, pour toutes les VO prescrites

Si oui  dans l'établissement  Réseau de proximité. Lequel :.....

Si oui  Sur un temps dédié  dans un bureau dédié  dans le service qui accueille le patient  Autres : ...

Si oui selon quelle fréquence? (*plusieurs réponses possibles.*)

A l'annonce du tt  Tous les mois  Tous les 3 mois  Autres : si oui laquelle :..

Si oui, durée du suivi

Pendant toute la prise VO  Temps limité:.....

Contact avec un professionnel de ville ?

Non  Oui. Si oui, le(s)quel(s) : .....

Si oui comment : .....

Contact avec un autre professionnel de l'établissement ?

Non  Oui. Si oui, le(s)quel(s) : .....

Si oui comment : .....

Les IDE ont-elles reçu une formation spécifique ?

Non  Oui. Si oui, quelle(s) formation (s) :.....

#### 5 Suivi téléphonique IDE

Suivi téléphonique IDE après la prescription de VO :

Non  Oui, pour certaines prescriptions  Oui, pour toutes les VO prescrites.

Si oui :  dans l'établissement  Réseau de proximité. Lequel :.....

Si oui selon quelle fréquence et quelle durée? (*plusieurs réponses possibles*)

Toutes les semaines pendant 1 mois

Toutes les semaines pendant 2 mois

Toutes les semaines pendant 1 mois puis tous les 15 jours pendant 2 mois

Autres : si oui lesquelles : .....

#### 6 Permanence téléphonique

Permanence téléphonique VO pour les patients :

Non  Oui

Si oui, qui assure cette permanence :.....

Si oui, qui selon quelle organisation :.....

## 7 Education thérapeutique

Programme d'éducation thérapeutique ?

Non  Oui

Si oui sur quel(s) sujet (s) :.....

## 8 Votre mise en place actuelle

Êtes-vous satisfait de la prise en charge ?

Non  Oui. Si non, pourquoi : .....

Pensez vous qu'elle puisse être améliorée ?

Non  Oui. Si oui, Comment :.....

Comment qualifier le parcours de vos patients sous VO ?

Très sécurisé  Sécurisé  Peu sécurisé  Pas assez sécurisé

Pensez vous qu'il puisse être possible d'améliorer la sécurité des patients ?

Non  Oui.

Si oui, Comment :.....

Quel est/sont le(s) mode(s) de financement de cette activité ?

.....

Quelle valorisation serait la plus adaptée ?

.....

Que pensez vous du suivi connecté des patients ?

Avantages :.....

Inconvénients :.....

Pensez-vous que le dosage sanguin de la VO serait utile ?

Non  Oui. Si oui, pour quel(s) médicaments (s) :.....

Pouvez vous évaluer le nombre de patients en file active sous VO sur 2 mois récents (*thérapies ciblées- hormono- chimiothérapie*)?

Non  Oui. Si oui, combien :.....

Pouvez vous évaluer le nombre de nouveaux patients sous VO sur 2 mois récents (*thérapies ciblées- hormono- chimiothérapie*)?

Non  Oui. Si oui, combien :.....

*Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre.*

Merci de renvoyer cette enquête à Françoise Grudé [francoise.grude@ico.unicancer.fr](mailto:francoise.grude@ico.unicancer.fr)

ICO 15 rue Bocquel CS 10059 49055 ANGERS Cedex 02 FAX 02 41 48 31 90