



Info.suppl.



Prise en charge des patients sous voies orales anticancéreuses au domicile en Bretagne et Pays de la Loire : enquête fin 2016 et cartographie

Françoise Grudé¹, Fanny Marhuenda¹, Delphine Déniel-Lagadec^{1,2}, Réjane Bessard³, Marc Pracht⁴, Hugues Bourgeois⁵, Dominique Carlhant Kowalski⁶, Jean-Philippe Metges², Anne Marie Vidal⁷, Gérard Ganem⁵

Reçu le 31 janvier 2019

Accepté le 26 mai 2019

Disponible sur internet le :

11 septembre 2019

1. Observatoire dédié au cancer Bretagne Pays de la Loire OMEDITs Bretagne et Pays de la Loire, siège de la coordination ICO Paul-Papin, 15, rue André-Boquel, 49000 Angers, France
2. CHRU Brest, site Morvan, 5, avenue Foch, 29609 Brest cedex, France
3. CH Bretagne Atlantique, 20, boulevard Général-Maurice-Guillaudot, 56017 Vannes, France
4. CRLCC Eugène-Marquis, avenue de la Bataille-Flandres-Dunkerque, 35000 Rennes, France
5. Centre Jean-Bernard/clinique Victor-Hugo, Le Mans, 18, rue Victor-Hugo, 72000 Le Mans, France
6. CHRU Brest, La Cavale Blanche, boulevard Tanguy-Prigent, 29200 Brest, France
7. CH Le Mans, 194, avenue Rubillard, 72037 Le Mans cedex 9, France

Correspondance :

Françoise Grudé, Observatoire dédié au Cancer Bretagne Pays de la Loire OMEDITs Bretagne et Pays de la Loire, siège de la coordination ICO Paul-Papin, 15, rue André-Boquel, 49000 Angers, France.
francoise.grude@ico.unicancer.fr

Mots clés

Enquête

Voie orale anticancéreuse (VOC)

Cartographie

Prise en charge

Organisation

Lien ville-hôpital

■ Résumé

Introduction > L'Observatoire dédié au Cancer des OMEDITs Bretagne et Pays de la Loire a mené une enquête visant à connaître et cartographier les pratiques actuelles de prise en charge des patients par Voie Orale antiCancéreuse (VOC) en inter-région.

Méthode > Quarante-huit établissements de cancérologie ont reçu en juillet et octobre 2016 un questionnaire concernant la prise en charge des VOC : de la prescription par le spécialiste en cancérologie, à l'intervention du pharmacien (analyse et entretien pharmaceutique), au suivi par l'infirmier (IDE), ainsi que le financement de cette activité et le ressenti des acteurs sur cette organisation en place.

Résultats > Cinquante-sept professionnels de 31 établissements dont les plus représentatifs, ont répondu à l'enquête. La moitié des établissements réalise une analyse pharmaceutique pour une partie ou l'ensemble des prescriptions de VOC et seul 30 % réalise un entretien pharmaceutique. La consultation IDE est par contre plus largement implantée (74 % des établissements) ainsi que le suivi téléphonique (67 %). Plus de 90 % des professionnels pensent que l'organisation en place pourrait être améliorée et davantage sécurisée par, notamment, l'implication plus forte des pharmaciens, le développement d'outils pour les IDE (pour le suivi, l'éducation thérapeutique...) et par l'amélioration du lien ville-hôpital.

Keywords

Survey
 Oral Anti-cancer Drug
 (OAD)
 Map
 Care management
 Organization
 Hospital-city link

Conclusion > Cette enquête montre la variabilité de la prise en charge des patients sous VOC en raison de l'insuffisance de moyens octroyés pour garantir l'équité et la pérennité de l'organisation en place. Le lien ville-hôpital pourrait encore être optimisé pour sécuriser la prise en charge des patients.

Summary**Management of cancer patients with oral therapy at home in Brittany and Pays de la Loire areas: Survey (end of 2016) and cartography**

Introduction > The Cancer Observatory, from the OMEDITs (Observatory for Medicines and Medical Devices and Treatment Innovations) of Bretagne and Pays de la Loire areas has conducted a survey aiming to know and map the current practices of management of patients by Oral Anti-cancer Drug (OAD) in inter-region.

Methods > Forty eight cancer centers received by e-mail in July and October 2016 a questionnaire concerning the management of OADs : from prescription by the specialist of oncology, to the intervention of the pharmacist (analysis and pharmaceutical consulting), to follow-up by nurse, as well as the financing of this activity and the feelings of the actors about this organizational set up.

Results > Fifty-seven professionals from 31 centers, including the most important ones, responded to the survey. As a result, half of the establishments carry out a pharmaceutical analysis for some or all of the OAD prescriptions and only 30% carry out a pharmaceutical consulting. The nurse consultation is, on the other hand, more largely implanted (74% of the centers) as well as the telephone follow-up (6%). More than 90% of professionals believe that the organizational set up could be improved and more secure by, at least, the stronger involvement of pharmacists, the development of tools for nurse (for monitoring, therapeutic education...) and by improving the city-hospital link.

Conclusion > This survey shows the variability in the management of patients under OAD because of the lack of resources to ensure the fairness and sustainability of the organizational set up. The hospital/city link could still be optimized to secure patient care.

Introduction**Les chimiothérapies par voie orale : une « révolution » dans la prise en charge du cancer**

Ces dernières années, la prise en charge du cancer a considérablement évolué, grâce à des innovations thérapeutiques considérables, telles que les traitements par voie orale anti-cancéreuse (VOC). Grâce à des modes d'action de plus en plus ciblés, les VOC ont permis une augmentation de l'espérance de vie des patients et certains cancers sont considérés comme des maladies chroniques [1].

Les VOC représenteront 50 % des prescriptions en 2025 [2]. Cela s'explique par plusieurs facteurs :

- le potentiel de développement des thérapies ciblées semble en théorie majeur si l'on se réfère au nombre important de mutations identifiées par tumeurs (entre 50 et 1500 anomalies génétiques) [2] ;
- un nombre croissant de molécules per os disponibles surtout ces dernières années (25 entre 2012 et 2015) ; en avril 2016, 77 médicaments anticancéreux par voie orale étaient disponibles [3] ;
- les traitements permettent de chroniciser la maladie [2] ;

- un élargissement de l'offre thérapeutique avec une utilisation, séquentielle ou en association, des molécules dans l'arsenal existant [3] ;
- l'évolution du mode de prise en charge avec une prise en charge préférentielle au domicile ;
- à efficacité égale, la voie orale est préférée par les patients car moins contraignante, plus confortable au quotidien comme en témoignent les résultats de plusieurs études [3-6] : moins de déplacements en établissements de santé, accès veineux, chambre implantable non requise, meilleure qualité de vie...

Enjeux majeurs pour le système de santé

L'arrivée des VOC dans le traitement du cancer a considérablement modifié les modalités de prise en charge pour tous les acteurs impliqués [7] :

- les primoprescriptions sont réalisées par des médecins hospitaliers oncologues, hématologues ou spécialistes d'organe (regroupés dans cet article sous le vocable cancérologues) qui organisent au mieux le suivi des premières semaines. Cependant, lors de la prise en charge, tous les soignants jouent un rôle déterminant auprès du patient : non seulement les cancérologues mais aussi les médecins généralistes,

pharmaciens d'établissements ou d'officine, infirmiers(-ères) d'établissement ou libéraux (-ales) (IDEL). La continuité des soins et la communication entre les professionnels d'établissements de santé et professionnels de premier recours sont indispensables mais difficile à mettre en œuvre [7]. Il n'y a pas ou peu de transmissions d'informations entre les professionnels, notamment entre médecins et pharmaciens, à l'hôpital et en ville, en temps réel ou dans des délais raisonnables ;

- le patient traité par VOC est plus vulnérable que les autres et doit bénéficier d'une sécurité et surveillance optimales. Les stratégies thérapeutiques évoluent rapidement et impliquent parfois un suivi plus complexe. Cette prise en charge spécialisée nécessite une formation adaptée et des mises à jour régulières ;
- le patient prend généralement seul la responsabilité de la prise de son traitement à domicile et peut être confronté à un sentiment de solitude face à la prise en charge du cancer voire de banalisation du traitement. Il peut également rencontrer des difficultés dans la compréhension et le suivi de son traitement [2]. De nombreuses études ont montré que ces facteurs sont défavorables à une bonne observance [8]. Le temps dédié à informer le patient et à s'assurer qu'il a bien assimilé toutes les informations est souvent insuffisant. L'observance ou le risque de non-observance du patient ne sont pas évalués de façon précise, formalisée et partagée entre tous les professionnels (prise en compte du contexte psychosocial, financier...). Pourtant, la mauvaise observance du patient est possible à tout moment du traitement pour de multiples raisons comportementales. Plus le traitement est long et plus le risque est grand [9]. Cela entraîne, par ailleurs, un stock de médicament non utilisé au domicile du patient ;
- le prescripteur redoute le risque de toxicité précoce chez le patient lors de la mise en route d'un traitement oral anticancéreux. Le patient traité au domicile peut en effet être confronté à des effets indésirables qu'il doit apprendre à reconnaître voire à prendre en charge, sans professionnel de santé immédiatement disponible pour lui apporter l'aide nécessaire. L'apparition de toxicité méconnue des professionnels ou bien non prise en charge, représente également un facteur défavorable à une bonne observance [8]. Les effets indésirables des VOC, leur fréquence, leurs spécificités et leurs niveaux de gravité restent élevés avec des interactions médicamenteuses qui leur sont spécifiques. De nombreuses études ont démontré que certaines VOC ou thérapies ciblées, ont des toxicités aussi graves que les chimiothérapies [10-13]. Ainsi, la surveillance de l'administration et de la survenue éventuelle d'effets indésirables, est plus difficile en ville qu'en établissement de santé lors d'une administration intraveineuse. L'apparition d'une toxicité est possible pendant tout le traitement en raison de l'interaction, notamment avec un nouveau traitement associé (risque de surdosage).

L'ensemble des traitements médicamenteux pris par le patient n'est pas pris en compte systématiquement et de façon

exhaustive (multiplicité des prescriptions, automédication, médecines alternatives...), avant et en cours de traitement, et donc, les éventuelles interactions médicamenteuses ne sont pas toujours détectées : risque potentiel de diminution du bénéfice et de progression précoce de la maladie du patient ; ou bien risque de toxicité de la VOC administrée.

Les changements thérapeutiques ou posologiques sont relativement courants en oncologie (suite aux bilans biologiques, lecture d'imagerie, signes cliniques du patient) ce qui induit un stock médicamenteux non utilisé au domicile du patient.

Ces nouvelles modalités de prises en charge entraînent donc des risques potentiels, particulièrement chez les patients âgés (fragilités, comorbidités fréquentes, polymédication) et tout autre patient à risque (dénutris, insuffisants rénaux/hépatiques...) qui peuvent impacter l'efficacité du traitement, la survenue d'effets indésirables, et la qualité de vie.

Suite à ce bilan, l'Observatoire dédié au Cancer des régions Bretagne et Pays de la Loire (OMEDIT Bretagne et OMEDIT Pays de la Loire) a réalisé une enquête en 2016, auprès des professionnels hospitaliers, concernant la primoprescription et le suivi des patients traités par VOC.

Les objectifs étaient les suivants :

- connaître les pratiques actuelles de prise en charge en inter-région : à l'initiation et dans le suivi de traitement ;
- réaliser une cartographie de la prise en charge des deux régions ;
- demander l'avis des professionnels sur leur organisation et leur mode de financement ;
- mettre à jour le guide de bonnes pratiques Voies Orales Bretagne-Pays de la Loire pour restitution à l'ensemble de la communauté médicale ;
- optimiser les organisations.

Matériel et méthode

Cette enquête était composée de huit parties, chacune destinée à un ou plusieurs professionnels du centre de soins impliqués dans la prise en charge des patients traités par VOC (cf. Annexe 1). Les deux premières parties concernent le suivi médical des patients : la première pour les oncologues, hématologues ou spécialistes d'organe (type de cancer traité, fréquence de consultation, contact intrahospitalier et vers la ville), et la deuxième pour les autres cliniciens de l'établissement intervenants dans la prise en charge (type de consultation, fréquence, contact avec d'autres professionnels...). La troisième concerne l'intervention des pharmaciens d'établissements (analyse et entretien pharmaceutique). Les quatrième et cinquième parties concernaient le rôle des infirmiers diplômés d'état (IDE) dans la prise en charge des patients sous VOC (consultation et suivi téléphonique IDE). Les sixième et septième parties concernaient la permanence téléphonique et l'éducation thérapeutique des patients et la huitième partie évaluait l'organisation

mise en place. Toutes les parties pouvaient être renseignées par une seule et même personne si elle est au fait de l'organisation précise de la prise en charge des patients dans son établissement.

Ce questionnaire a été envoyé en juillet et à nouveau en octobre 2016 par messagerie aux établissements de cancérologie de Bretagne et Pays de la Loire. Les réponses pouvaient être renvoyées par e-mail ou être renseignées directement via un formulaire disponible en ligne. En cas d'absence de réponse, les centres étaient également contactés par téléphone pour obtenir une cartographie la plus représentative des établissements de cancérologie. Ces échanges ont perduré jusqu'en juillet 2017.

Pour plus de lisibilité, les médecins « oncologue/hématologue/spécialistes d'organe » ont été regroupés sous le vocable « cancérologue ». Parfois plusieurs réponses ont été données par un même professionnel. Les résultats sont présentés en conservant l'ordre des questions de l'enquête.

Résultats

Trente et un établissements de soins (dont dix établissements privés et dix-neuf établissements publics) sur 48 présents dans l'inter région Bretagne-Pays de la Loire ont répondu à l'enquête (65 %) : dix-huit établissements de Bretagne et onze de la région Pays de la Loire. Pour deux établissements, il n'a pas été possible de déterminer la région (donnée non renseignée dans le questionnaire).

Cinquante-sept professionnels ont répondu au questionnaire dont 30 en Bretagne et 25 en Pays de la Loire. Deux professionnels

n'ont pu être identifiés régionalement. En moyenne, deux professionnels par établissement ont répondu à l'enquête : le plus souvent un pharmacien et un cancérologue. La répartition par spécialité est la suivante : 26 cancérologues, 24 pharmaciens et 7 IDE.

Suivi médical du patient sous VOC (oncologue, hématologue ou spécialiste d'organe)

Type de VOC prescrites

Trente-deux professionnels sur 57 ont répondu (cancérologues et autres professionnels). Les prescripteurs peuvent avoir une ou plusieurs spécialités. De nombreux organes sont concernés (figure 1A).

Fréquence des consultations après la consultation d'initiation du traitement

Vingt-sept professionnels ont répondu. Globalement, 48 % revoient leurs patients tous les mois et 37 % tous les trois mois. Quinze pour cent (4) des professionnels indiquent que la fréquence des visites est variable en fonction de la pathologie, du traitement et des effets secondaires.

Durée du suivi

Vingt-cinq professionnels ont répondu. Le suivi s'effectue pendant toute la prise de la VOC. Deux réponses spécifient que la fréquence peut s'adapter au cas par cas en fonction de la tolérance du patient.

Contact avec un professionnel de ville

Vingt-six professionnels ont répondu: 73 % prennent contact avec un professionnel de ville et 27 % ne prennent aucun contact (figure 1B). Majoritairement, c'est le médecin traitant

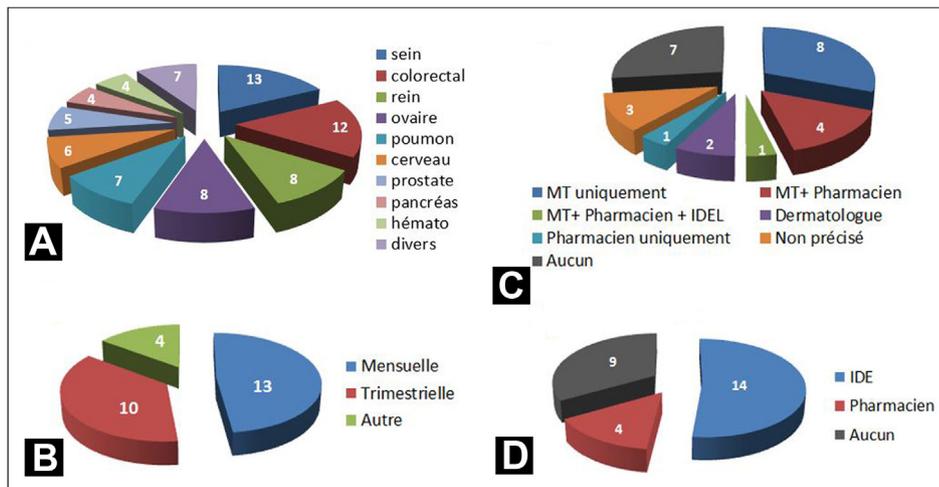


FIGURE 1 Suivi médical des patients traités par VOC. A. Spécialité des prescripteurs (plusieurs réponses possibles). B. Fréquence des consultations de suivi après la consultation d'initiation de traitement. C. Contact avec un ou plusieurs professionnels en ville. D. Contact avec un ou plusieurs professionnels à l'hôpital. VOC : voie orale anticancéreuse, MT : médecin traitant, IDE(L) : infirmier diplômé d'État (libéral)

qui est contacté, seul ou bien avec un autre professionnel qui est le plus souvent le pharmacien.

Contact avec un professionnel de l'établissement

Vingt-six professionnels ont répondu. Soixante-cinq pour cent prennent contact avec un autre professionnel au sein du même établissement : essentiellement avec un(e) IDE (14) et peu avec le pharmacien (4). Sur les 26 professionnels ayant répondu, 52 % prennent contact avec un(e) IDE (d'établissement ou du réseau de cancérologie), 15 % avec un pharmacien d'établissement et 33 % ne prennent aucun contact (figure 1C).

Prise en charge pharmaceutique

Les réponses sont regroupées par établissement.

Analyse pharmaceutique

Trente établissements sur 31 ont répondu. Quinze établissements sur 30 (50 %) pratiquent l'analyse pharmaceutique dont 12 (80 %) pour certaines VOC et trois (20 %) pour toutes les VOC (figure 2A).

La source des traitements pris par le patient est diverse : via les ordonnances (sept établissements sur quinze), via le compte rendu de la consultation avec le cancérologue ou la consultation du dossier médical (six sur quinze), via le pharmacien d'officine

(deux sur quinze) ou un autre professionnel de ville (un sur quinze), en interrogeant le patient (trois sur quinze) et non précisée pour deux établissements. Six établissements sur quinze utilisent plusieurs sources d'informations concernant les médicaments pris par le patient.

L'analyse des interactions médicamenteuses se fonde sur différents outils : la banque de données sur les médicaments Thériaque (huit sur quinze), le dictionnaire Vidal (cinq sur quinze), le thésaurus ANSM (quatre sur quinze), les outils du Centre d'information thérapeutique et de pharmacovigilance (Hôpitaux universitaires de Genève) (trois sur quinze), le Résumé des Caractéristiques Produit RCP (deux sur quinze), le site DDI-Predictor (*Drug-Drug Interaction*) (trois sur quinze) ou celui InterMED-Rx (un sur quinze), le guide d'interactions médicamenteuses Prescrire (trois sur quinze), la base Claude Bernard (deux sur quinze), la fiche Voie Orale OMEDIT (un sur quinze), le dossier du Centre national hospitalier d'information sur le médicament (un sur quinze), le guide pratique des médicaments Dorosz (un sur quinze) et les recommandations INCa médicaments (un sur quinze). Deux établissements n'ont rien précisé. Soixante pour cent (neuf sur quinze) des établissements utilisent plusieurs sources pour les études d'interactions.

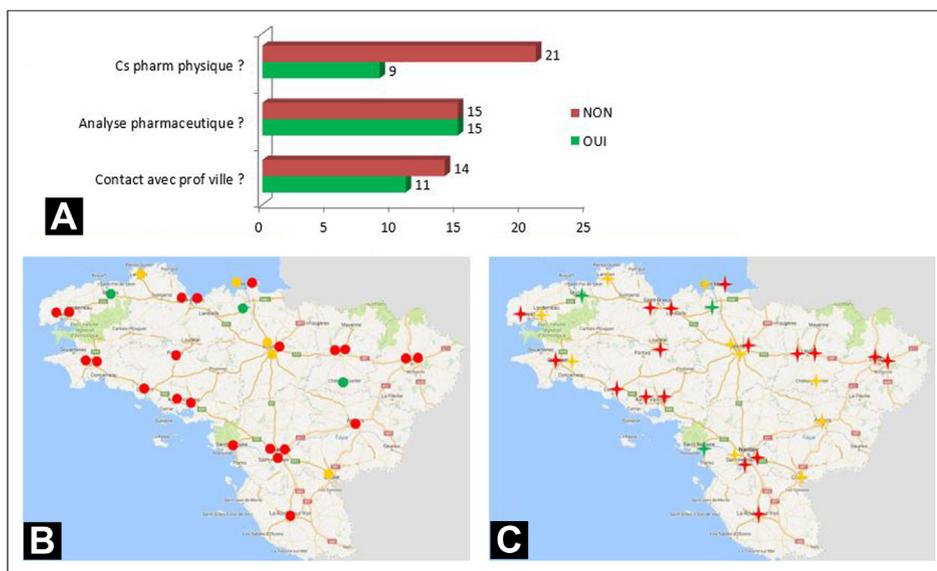


FIGURE 2

Entretien et analyse pharmaceutiques. A. Organisation de la prise en charge des VO en établissement. B. Cartographie de la mise en place totale, partielle ou non de l'entretien pharmaceutique. C. Cartographie de la mise en place totale, partielle ou non de l'analyse pharmaceutique. A. Les questions concernent la mise en place de la consultation pharmaceutique, la réalisation d'une analyse pharmaceutique et la mise en relation avec des professionnels de premier recours (prof ville). BC. Les ronds concernent l'entretien pharmaceutiques qui peut être total (en vert), partiel pour certaines VOC (en jaune/orange) et absent (en rouge) ; les étoiles concernent l'analyse pharmaceutique qui peut être totale (en vert), partielle pour certaines VOC (en jaune/orange) et absente (en rouge). Chaque symbole représente ce qui est mis en place dans un établissement. Cs : consultation, pharm : pharmaceutique ; prof : professionnel ; VOC : voie orale anti-cancéreuse

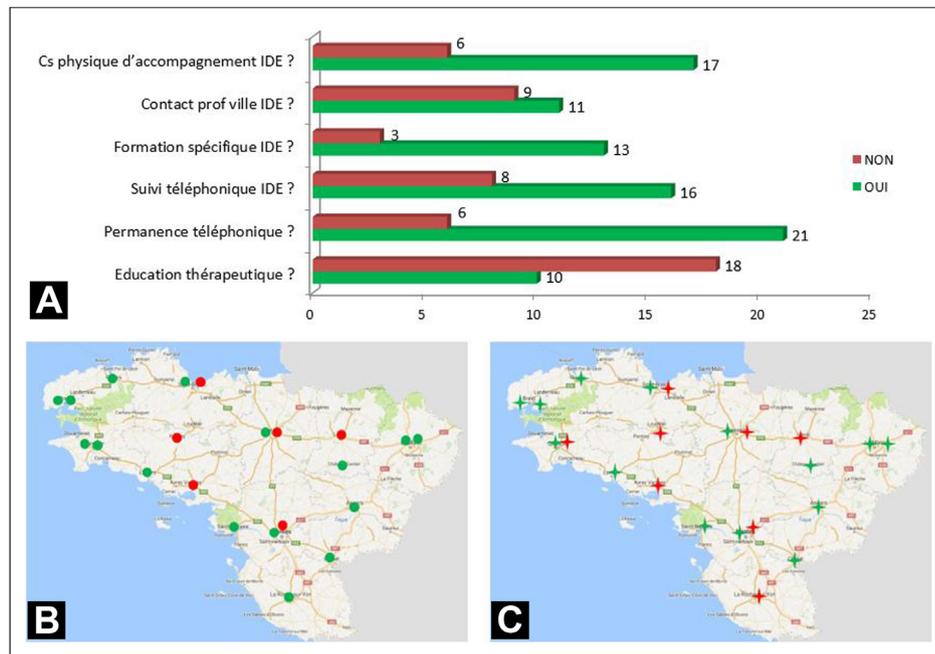


FIGURE 3

Suivi IDE. A. Organisation de la prise en charge des VOC en établissement. B. Cartographie de la mise en place ou non de la consultation d'accompagnement par IDE. C. Cartographie de la mise en place ou non du suivi téléphonique par IDE. A. Les questions concernent la mise en place de la consultation physique d'accompagnement par IDE, la réalisation d'un suivi téléphonique, la mise en relation avec d'autres professionnels, l'existence d'une permanence téléphonique... BC. Les ronds concernent la consultation IDE qui peut être mise en place (en vert) ou non (en rouge) ; les étoiles concernent le suivi téléphonique qui peut être présent (en vert) ou absent (en rouge). Chaque symbole représente ce qui est mis en place dans un établissement. Cs : consultation, prof : professionnel ; IDE : infirmier diplômé d'État

L'analyse pharmaceutique a lieu pour 93 % des établissements à l'initiation du traitement (quatorze sur quinze). Seul un établissement la réalise à la demande pendant le suivi.

Consultation physique

Trente établissements sur 31 ont répondu (figure 2A). Neuf établissements (30 %) seulement ont mis en place une consultation pharmaceutique physique : six pour certains patients et trois pour tous les patients sous VOC.

Dans cinq établissements, la consultation pharmaceutique a lieu à l'initiation du traitement et ensuite à la demande du clinicien. Dans trois établissements, elle n'a lieu qu'à l'instauration du traitement. Dans un établissement, elle a lieu à la demande du cancérologue.

Le suivi dure pendant toute la prise de la VOC pour trois établissements, pendant un temps limité pour un établissement, pas de suivi pour un établissement. La durée de suivi n'est pas précisée pour quatre établissements.

Contact avec un professionnel de ville

Vingt-cinq établissements sur 31 ont répondu (figure 2A). Onze établissements (44 %) contactent un professionnel de ville : le

pharmacien de ville et/ou le médecin traitant. Ces résultats sont synthétisés établissement par établissement sur la cartographie présentée figure 2B et C.

Rôles des IDE

Les réponses sont également regroupées par établissement.

Consultation

Consultation physique d'accompagnement

Vingt-trois établissements sur 31 ont répondu à cette partie de l'enquête. Dix-sept établissements (74 %) ont organisé une consultation physique d'accompagnement par un(e) IDE (figure 3) : douze pour certains patients sous VOC et cinq pour tous les patients sous VOC. Ces consultations ont lieu dans un bureau dédié au sein de l'établissement (12/17) ou via le réseau de proximité (4/17). La consultation a lieu à l'annonce du traitement pour 12 établissements/17 (71 %). Cinq établissements organisent en plus des consultations au cours du traitement.

Contact avec un professionnel de ville

Vingt et un établissements sur 31 ont répondu (figure 3). Cinquante-deux pour cent des IDE prennent contact avec un ou

plusieurs professionnels de ville, essentiellement le médecin traitant (huit) associé ou non avec le pharmacien d'officine ou l'IDEL.

Formation spécifique

Seize établissements sur 31 ont répondu. Treize établissements sur 16 (81 %) ont formé les IDE à cette consultation (*figure 3*). Les formations sont diverses (réponses multiples) :

- via l'École de formation en cancérologie (EFEC) (quatre) ;
- via l'éducation thérapeutique du patient (trois) ;
- en formation au centre Eugène-Marquis (deux) ;
- en interne (deux), via le DU de cancérologie clinique (un) ;
- via le Master 2 sciences cliniques infirmiers (un) ;
- un via une formation ponctuelle ou via le GRIEPS (Groupe de recherche et d'intervention pour l'éducation des professions sanitaires et sociales).

Suivi téléphonique

Vingt-quatre établissements sur 31 ont répondu. Seize établissements (67 %) ont mis en place un suivi téléphonique par des IDE (*figure 3*) : dix établissements pour certaines VOC et six pour toutes. Ce réseau est mis en place dans l'établissement (11 réponses ; 68 %) ou via le réseau de proximité (quatre). Un établissement n'a pas précisé sa réponse. La fréquence du suivi et sa durée sont variables : suivi hebdomadaire pendant un mois puis tous les 15 jours pendant deux mois (7/16, 44 %) ; hebdomadaire pendant un à deux mois (trois) ; variable (trois) ; hebdomadaire pendant trois mois (un). Deux établissements ne précisent ni la fréquence ni la durée du suivi. Les réponses des établissements concernant la consultation IDE et le suivi téléphonique sont synthétisées sur la *figure 3B*.

Permanence téléphonique et éducation thérapeutique

Vingt-huit établissements sur 31 ont répondu à cette partie de l'enquête. Soixante-quinze pour cent des établissements ont mis en place une permanence téléphonique pour les patients traités par VOC (*figure 3*). Elle est assurée par un(e) IDE (76 %), par un oncologue (24 %) ou dans le service d'oncologie (10 %) ou par un médecin de garde/interne (5 %) (trois réponses multiples). L'organisation est variable mais consiste le plus souvent à un appel sur une ligne dédiée (IDE/Réseau) pour 24 % et pendant les jours ouvrés exclusivement (24 %).

Trente-six pour cent des établissements répondants ont mis en place un programme d'éducation thérapeutique (*figure 3*). Les thématiques abordées ne sont pas forcément spécifiques des VOC (réponses multiples) : Hormonothérapie en traitement adjuvant du cancer du sein (deux) ; Activité Physique Adaptée (deux) ; « Gestion de mon traitement oral et prévention des effets secondaires » (deux) ; application de suivi (cancer poumon) (un) ; observance (un) ; nutrition (un) ; cancer du sein (un) ; Cancer des parents expliqué aux enfants (un), non précisé (un).

Avis des centres sur leur propre organisation

Les réponses concernent les professionnels.

Satisfaction de la prise en charge actuelle des patients sous VOC

Parmi les cancérologues, 61 % sont satisfaits de la prise en charge (14/23 réponses) (*figure 4*). Les 39 % des cancérologues non satisfaits invoquent le manque de temps infirmier (suivi téléphonique, consultation, EDT), l'absence de valorisation/reconnaissance ainsi que le manque d'intégration des pharmaciens hospitaliers.

Parmi les pharmaciens, 85 % ayant répondu (17/20) sont insatisfaits de l'organisation mise en place dans leur établissement (*figure 4*). C'est essentiellement à cause de leur exclusion au sein du parcours VOC en raison de problème financier et/ou humain (10/17). Leur activité se limite le plus souvent à la rétrocession et sans temps dégagé pour rencontrer les patients. Parmi les IDE, 60 % (trois réponses sur cinq) ne sont pas satisfait(e)s de leur organisation (*figure 4*). Les raisons invoquées : manque de temps humain et l'absence d'outils numériques adaptés.

Amélioration de la prise en charge actuelle

Malgré la satisfaction des cancérologues vis-à-vis de l'organisation en place, 91 % des répondants pensent qu'elle pourrait être améliorée (*figure 4*). Des améliorations seraient possibles : par des moyens humains (consultation IDE et pharmacien 48 %) ; par des moyens financiers (financement HDJ 14 %) ; par la systématisation du suivi pharmaceutique (19 %) et par l'amélioration du lien ville-hôpital (14 %).

Pour les pharmaciens, 92 % pensent qu'elle pourrait être améliorée (*figure 4*). Cinquante pour cent par l'analyse et/ou l'entretien pharmaceutique, par davantage de moyens (financement HDJ pour 23 %), par une prise en charge comme pour les traitements IV, par l'amélioration du lien ville-hôpital et via l'utilisation des fiches VOC OMEDIT Bretagne et Pays de la Loire (fiches plébiscitées par un panel de patients de la région Centre Val-de-Loire) [14].

Tous les IDE qui ont répondu pensent qu'une amélioration serait possible (*figure 4*). Il faudrait renforcer leur lien avec les oncologues, d'une part, et d'autre part, améliorer l'organisation, l'éducation thérapeutique des patients ainsi que les outils numériques.

Qualification du parcours des patients sous VOC

Le parcours des patients est considéré comme très sécurisé ou sécurisé par respectivement 82 % des cancérologues, 42 % des pharmaciens et 100 % des IDE (*figure 4*). Mais il peut être encore amélioré pour 90 % des cancérologues surtout via plus de temps IDE (consultation d'initiation et de suivi, suivi téléphonique plus long...), via l'analyse et l'entretien pharmaceutique à l'initiation et à la demande pendant tout le traitement et par de meilleures relations ville-hôpital.

Pour 94 % des pharmaciens répondants, le parcours serait plus sécurisé via plus de moyens pour systématiser les analyses et les entretiens pharmaceutiques initiaux et pendant le

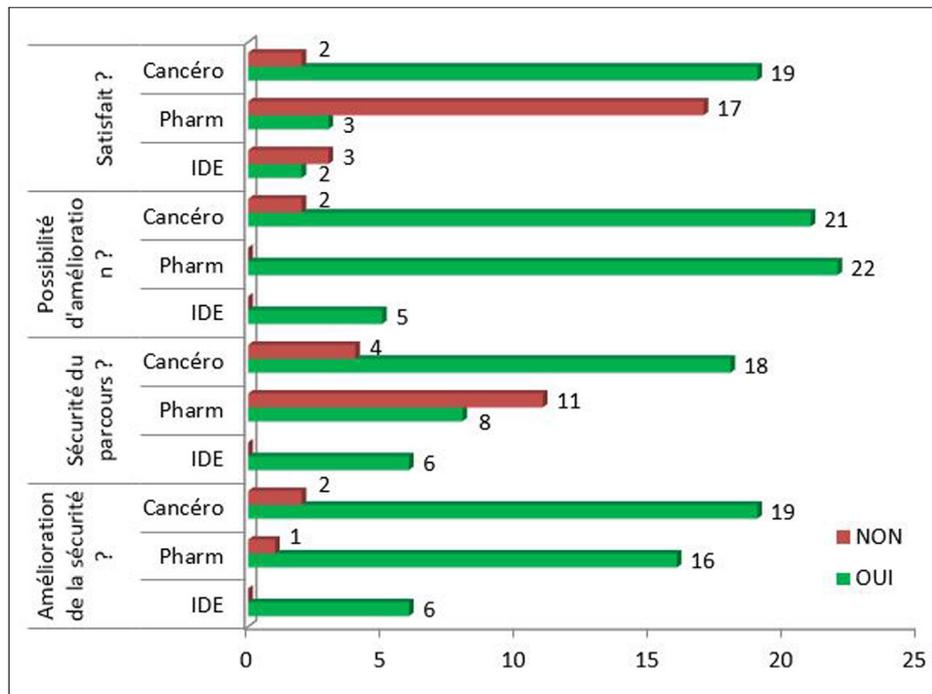


FIGURE 4

Avis des professionnels sur la prise en charge de leurs patients sous VOC. Cancéro : oncologue, Pharm : pharmacien ; IDE : infirmier diplômé d'État

traitement, par plus de communication interprofessionnelle, par plus de formation des préparateurs. . .

Cent pour cent des IDE pensent que le parcours peut être davantage sécurisé par un suivi systématique de tous les patients VOC, par l'amélioration des outils disponibles, par un suivi plus fréquent et plus approfondi.

Mode de financement actuel

Le mode de financement de cette activité est variable : sans financement pour huit établissements, par des MIG pour sept ; via ses fonds propres pour quatre centres, facturation d'un Hôpital de Jour HDJ ou pris en charge par un réseau. Les valorisations considérées comme les plus adaptées seraient : la prise en charge d'une consultation IDE (35 % des établissements) ou d'une consultation pharmacien (41 %), un GHS HDJ comme recommandé dans le plan cancer III (35 %), valorisation forfaitaire/parcours VOC, première rétrocession à l'hôpital. . .

Suivi connecté des patients

Les répondants ont un avis partagé sur les avantages et les inconvénients du suivi connecté du patient (*tableau I*). Parmi les avantages les plus cités, se trouvent l'autonomisation du patient et la complémentarité avec le suivi téléphonique réalisé par l'IDE. Quatre ne connaissent pas ce nouvel outil connecté.

Parmi les inconvénients cités, il est noté que cet outil ne convient pas à tous les patients (âge, outil informatique,

connexion internet. . .), que cela limite le contact avec les patients et qu'il faut souvent rappeler pour avoir des informations complémentaires. Les répondants se questionnent également sur l'impact médico-économique d'un retard ou d'une absence de retour face à une information déclarée via l'application et sur la quantité de données à traiter par l'IDE en charge du suivi.

Dosage sanguin des VOC

Quarante-trois pour cent des répondants sont favorables au dosage sanguin des VOC à la fois pour :

- le suivi de l'observance du patient ;
- en cas d'effet secondaire inattendu ;
- pour anticiper ou suivre un risque d'interaction médicamenteuse.

Selon quelques répondants, ce dosage est surtout préférable dans les trois premiers mois de traitement VOC (*tableau II*).

Discussion

Cet état des lieux a été réalisé au deuxième semestre 2016 à mi-parcours du plan Cancer III 2014-2019 [15]. L'optimisation de la prise en charge des patients porteurs de cancer et traités par VOC à leur domicile est un sujet d'actualité et nous avons souhaité interroger les professionnels de terrain en établissement de santé sur leur organisation propre et leurs attentes. Le nombre

TABLEAU I
Avantages/inconvénients du suivi connecté des patients

Avantages (29 réponses)	Inconvénients (26 réponses)
Autonomisation du patient permettant un suivi en temps réel (11/29)	Pas adapté à tous les patients (âge, connexion, outil informatique) (10/26)
Complémentaire du suivi par l'IDE : (5/29) Préparation de l'entretien Support de l'entretien Priorisation des patients...	Questionnements sur l'impact médico-légal d'un retard ou d'une absence de réponse, Multitude d'informations à traiter (7/26)
Aucun : 2/29	Moins de contact avec les patients (3/26)
Outil non connu (4/29)	Nécessité de rappeler pour avoir un Complément d'information (3/26) Outil non connu (1/26)

TABLEAU II
Dosage sanguin des voies orales anti-cancéreuses

Êtes-vous favorable au dosage sanguin des VOC (35 réponses) ?		
Oui	n = 15	43 %
Suivi de l'observance (surtout pour les patients à risque de malobservance) Si effet secondaire inattendu Si risque d'interaction médicamenteuse important Surtout les 3 premiers mois		
Non	n = 20	57 %

de répondants est faible (57 professionnels) mais cela représente en revanche 31 établissements, soit 65 % des sites exerçant une activité cancérologique en région Bretagne/Pays de la Loire.

Suivi médical

Les VOC concernent de nombreux organes et tous les cancérologues peuvent être amenés à prendre en charge un patient traité par un médicament oral disponible en pharmacie d'officine et administré à son domicile. Le suivi médical est mensuel ou trimestriel pendant toute la durée du traitement. Seul un quart des cancérologues prennent contact avec un professionnel de ville ce qui est peu compte tenu de l'importance des échanges entre l'hôpital et la ville. Les contacts avec un professionnel du même établissement concernent surtout les IDE. Le relais potentiel est donc assuré par un(e) IDE et très rarement par un pharmacien. Bien que 61 % de cancérologues soient satisfaits vis-à-vis de l'organisation en place, 91 % souhaitent son optimisation par davantage de moyens humains (consultation IDE et pharmacien) et financiers pour permettre la systématisation du suivi pharmaceutique et l'amélioration du lien ville-hôpital. Les prescripteurs souhaitent donc pouvoir partager, lorsqu'ils le

jugent nécessaire, le suivi avec un autre professionnel de son établissement voire un professionnel extérieur.

Les traitements oraux du cancer utilisés en pratique courante présentent un taux important de toxicité (environ 35 % de grade 3/4 pour les voies orales du cancer du rein en première ou deuxième ligne métastatique) [16]. Ce sont essentiellement les toxicités précoces qui sont redoutées par les praticiens et nécessiteraient un suivi rapproché du patient pendant les deux premiers mois voire davantage pour certaines molécules. L'intervention des professionnels autour du prescripteur est cruciale afin de garantir la pertinence du soin et afin de sécuriser la prise en charge du patient à son domicile.

Prise en charge pharmaceutique

Les pharmaciens qui ont répondu représentent 65 % des établissements de l'inter région. La moitié des établissements pratiquent l'analyse pharmaceutique des VOC essentiellement pour des patients ciblés soit par leur cancer, soit par leur âge, soit par leurs comorbidités. Il n'est pas précisé s'il s'agit de médicaments rétrocédés délivrés par la pharmacie hospitalière ou de médicaments délivrés par les officines. Parmi les pharmaciens qui procèdent à une analyse pharmaceutique, seuls 40 % d'entre eux utilisent plusieurs sources d'informations concernant les médicaments pris par le patient. Or, une collecte complète des médicaments pris par le patient nécessite, en principe, plusieurs sources. Le guide très utile de la HAS publié en février 2018 a pour objectif de sensibiliser et d'accompagner les professionnels à la conciliation des traitements médicamenteux, en favorisant sa mise en œuvre progressive et en facilitant son déploiement par la mise à disposition d'outils et de mises en situation éprouvés par les professionnels de santé. Quatre parties sont développées : appréhender, comprendre, mettre en œuvre, concilier en pratique [17].

L'analyse des interactions médicamenteuses se fonde sur différents outils, essentiellement Thériaque, le Vidal et le thésaurus ANSM dont 60 % qui utilisent plusieurs sources. Les

établissements pratiquent en grande majorité l'analyse pharmaceutique à l'initiation du traitement. Seul un établissement la réalise à la demande pendant le suivi. Seul un tiers des établissements ont mis en place une consultation physique d'entretien essentiellement à l'initiation du traitement mais en général les patients et/ou les traitements sont ciblés. La généralisation de cette consultation, insuffisante à ce jour, renforcerait la sécurité de la prise en charge du patient. Moins de la moitié des pharmaciens d'établissement contactent un professionnel de ville : le pharmacien d'officine et/ou le médecin traitant. Parmi les pharmaciens, 85 % déclarent être insatisfaits de l'organisation mise en place dans leur établissement; ils souhaiteraient intégrer le parcours thérapeutique du patient.

Le bilan de médication concourt à ce renforcement [17,18]. Cet acte s'adresse dans un premier temps principalement aux patients âgés et polymédiqués dans le but de sécuriser leur prise en charge médicamenteuse en concertation avec leur médecin traitant. L'Annexe 2 7 détaille le guide d'accompagnement du patient, qui constitue un référentiel à l'usage du pharmacien ; ainsi que des fiches de suivi, qui permettent d'aborder l'ensemble des points incontournables à la réalisation du bilan partagé de médication. Ces fiches constituent un support d'échanges avec le patient et le médecin traitant [18]. La Société française de pharmacie clinique (SFPC) décrit le bilan partagé de médication en quatre étapes : la collecte des données, l'évaluation et l'analyse pharmaceutique clinique, la mise en œuvre, et le suivi [19,20]. Il repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle, tout particulièrement avec le médecin. Les bilans partagés de médication sont associés dans d'autres pays à une réduction de la polymédication, une amélioration de la qualité de vie des patients et également une réduction des coûts [19].

Suivi infirmier et lien ville-hôpital

Les IDEs sont davantage investis(e)s par la consultation physique d'accompagnement (trois quarts des établissements), par un suivi et/ou permanence téléphonique. La moitié des IDE prennent contact avec les professionnels de ville. Quarante-vingt-un pour cent d'entre eux sont formés. Soixante pour cent des IDE ne sont pas satisfaits de leur organisation : l'amélioration serait possible par le renforcement du lien avec les oncologues d'une part, et d'autre part, par l'amélioration de l'organisation, l'éducation thérapeutique des patients ainsi que la mise à disposition d'outils numériques. Tous les professionnels d'établissements considèrent que le parcours de soins du patient traité par VOC pourrait être davantage sécurisé par plus de temps IDE (consultation initiation et suivi, suivi téléphonique plus long...), via l'analyse et l'entretien pharmaceutique à l'initiation et à la demande pendant tout le traitement et par des meilleures relations ville-hôpital.

Côté ville, en 2015, une enquête a été réalisée par l'Observatoire dédié au Cancer et les Unités de coordination en oncogériatrie

(UCOG B et PL) et en partenariat avec les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) auprès des professionnels de premier recours ainsi que des médecins spécialistes en cancérologie concernant les patients âgés de plus de 75 ans traités par VOC au domicile [21]. De nombreuses difficultés avaient été rapportées par les 1322 professionnels répondants (8,3 %) : polymédication et gestion des toxicités pour les médecins généralistes, ordonnances multiples pour les pharmaciens, défaut de communication avec l'équipe de cancérologie pour les infirmiers, perte d'autonomie du patient pour les spécialistes en cancérologie. Le manque d'informations générales sur les traitements anti-cancéreux est régulièrement évoqué par les professionnels de premier recours. L'exemple de la fiche VO à l'intention des professionnels semblait correspondre à leur attente car la grande majorité des généralistes, des IDE et des pharmaciens interrogés déclaraient vouloir l'utiliser après l'enquête. Renforcer le lien ville-hôpital est au cœur de leurs préoccupations. C'est pourquoi, afin d'optimiser la prise en charge des patients traités par voies orales, faire connaître les outils existants et aussi renforcer le lien ville-hôpital, des temps de formation OG DPC auprès des professionnels de ville ont été réalisés courant 2017 et 2018. En complément des fiches OMEDIT VO, l'Observatoire dédié au Cancer Bretagne Pays de Loire a développé de nouveaux outils destinés aux professionnels de premier recours : cinq fiches – effets secondaires des traitements oraux, des *e-learning* par médicament ou par cancer sur les sites des OMEDIT Bretagne et Pays de la Loire, ainsi que des outils pratiques pour faciliter l'analyse des interactions médicamenteuses. Le guide de bonnes pratiques de l'Observatoire, cité dans les recommandations du troisième plan cancer du Pr Vernant [22], sera actualisé dans les propositions d'améliorations de la coordination des soignants ainsi que dans les supports mis à disposition.

Un état des lieux des traitements médicamenteux des cancers par voie orale a été réalisé conjointement par l'ARS et l'OMEDIT Île-de-France en préambule à la démarche d'amélioration des organisations hospitalières et ambulatoires qu'implique ce mode de traitement, dans le cadre du plan cancer III [23]. Ainsi, la plupart des organisations s'articulent autour d'un(e) IDE, premier interlocuteur du patient traité dans la structure hospitalière. Ces IDE, après évaluation de la situation clinique, coordonnent le recours vers le prescripteur hospitalier. Plusieurs établissements ont choisi de mettre en place, un protocole de coopération interprofessionnelle sur la base de l'article 51 de la loi HPST11, autorisé par l'ARS. Des IDE 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. Dans d'autres établissements, l'IDE 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. 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. Ce recensement 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.

Le livre blanc préconise également une organisation qui puisse reposer sur une consultation dès l'initiation du traitement impliquant le pharmacien hospitalier, l'infirmière et l'hématologue et un suivi modulé en fonction du profil du patient [1].

Notre enquête ne relève que le point de vue des soignants en établissement de santé car le point de vue des professionnels de premier recours avait fait l'objet d'une enquête précédente publiée [21]. Les difficultés et besoins exprimés par les professionnels de premier recours sont importants à prendre en compte dans les évolutions organisationnelles des professionnels en établissement de santé et inversement.

De très nombreuses études démontrent l'intérêt du renforcement du suivi des patients sous traitement anticancéreux oral ainsi que le renforcement des collaborations pendant tout le traitement [24-26]. Le patient, lorsqu'il a la possibilité d'être connecté est également un enjeu pour demain [27].

En 2016, l'INCa émet des préconisations devant l'essor des VOC. Cette évolution rend le parcours de soins des patients plus complexe du fait notamment d'un suivi partagé entre l'hôpital et la ville, qui nécessite de renforcer l'information et l'éducation thérapeutique du patient ainsi que l'organisation du suivi et la coordination des professionnels de santé selon des modalités adaptées afin d'optimiser et de sécuriser les prises en charge [28]. Les intervenants impliqués dans le suivi de ce patient et les outils à leur disposition constituent autant de leviers permettant d'optimiser l'organisation du suivi et d'assurer la continuité des soins afin de sécuriser la prise en charge du patient et le succès du traitement à domicile.

Différents outils peuvent être préconisés: le « Programme personnalisé de soins » (PPS) doit être remis au patient et aux professionnels de premier recours (information concernant l'ensemble du traitement en établissement et/ou en ville), la connaissance pour tous les intervenants des contacts de l'équipe de primoprescription et des professionnels de ville. Des appels téléphoniques fixes et réguliers effectués par le professionnel de santé en charge du suivi du patient permettent à l'équipe de soins d'adapter et d'articuler les interventions des

professionnels en ville. D'autres outils de communication tels qu'un numéro unique ou une plateforme téléphonique donnent la possibilité au patient, mais aussi aux professionnels de premier recours, d'obtenir les informations et les conseils dont ils ont besoin. Les professionnels de premiers recours peuvent également utiliser un système de messagerie sécurisée leur permettant d'échanger de manière confidentielle les données et les informations relatives au traitement et au suivi du patient et de contacter l'équipe de primoprescription/le médecin référent si besoin. Des supports de suivi et de liaison peuvent également être remis au patient afin d'éviter une rupture des soins entre l'hôpital et la ville et d'optimiser la bonne observance du traitement par le patient, sa prise en charge sécurisée et la coordination des professionnels impliqués au cours de son traitement. Des critères d'alerte doivent être identifiés dès la primoprescription du traitement et indiqués à l'ensemble des intervenants, incluant le patient et son entourage, afin de sécuriser la prise en charge du patient durant son suivi à domicile. Enfin, les patients auront de plus en plus souvent la possibilité d'utiliser des outils de santé connectés, tenant compte notamment de ces critères d'alerte et permettant de personnaliser la prise en charge à distance du patient sous traitement à domicile.

De nouveaux modes de financement valorisant les entretiens avec les professionnels des établissements de santé (par exemple, consultation longue) mais également entre le patient et les professionnels de santé de ville devraient aussi contribuer à la sécurisation de ces traitements anticancéreux oraux [29].

Conclusion

Fin 2016, la prise en charge des patients traités par voies orales anticancéreuses est variable selon les établissements autorisés à la cancérologie. Les professionnels hospitaliers ayant répondu à l'enquête, qu'ils soient prescripteurs, pharmaciens ou IDE souhaitent renforcer la sécurité du parcours thérapeutique du patient traité par VOC. L'optimisation sera possible par le biais de développement de consultation infirmière et d'entretiens pharmaceutiques, par la mise en place d'un suivi téléphonique systématique, par l'amélioration du lien domicile/établissement/domicile. Les échanges entre les professionnels d'établissements et ceux de la ville sont souhaités mais encore insuffisants. Le développement de la pharmacie clinique ainsi que les nouveaux métiers concernant les IDE participeront à l'optimisation de ce parcours.

En 2019, l'acte rémunéré du Bilan de Médication Partagé pour les patients âgés constitue un formidable levier pour les pharmaciens d'officine, qui au-delà de la dispensation des médicaments, souhaitent mener des actions innovantes dans un objectif global de santé publique. Les expériences locales démontrent le besoin de temps et d'investissement des IDE et pharmaciens pour réaliser les suivis rapprochés des patients en partenariat avec les prescripteurs. Néanmoins, si les

initiatives en faveur d'une collaboration pluriprofessionnelle se multiplient sur les territoires, les obstacles sont encore nombreux. Dans le contexte économique actuel, la problématique du manque de moyens est soulevée pour garantir l'équité et la mise en place pérenne de ces services au sein des structures. À ce jour, une tarification spécifique n'est disponible que pour les patients initiant une VOC avec une prise en charge considérée comme complexe (âgé, dénutri, insuffisant rénal. . .) et à condition de voir au moins trois professionnels de santé.

En 2019, la région Pays de la Loire a obtenu un financement PREPS (Programmes de recherche sur la performance du système des soins) afin d'améliorer la collaboration entre les professionnels de ville et d'établissement de santé, en particulier le renforcement collaboratif entre les pharmaciens.

Remerciements : à l'ensemble des oncologues, pharmaciens et IDE des établissements de soins de la région Bretagne : CARIO-HPCA Plérin ; centre Eugène-Marquis-Rennes ; CH Dinan ; CH Lannion ; CH Morlaix ; CH Pontivy ; CH Saint-Brieuc ; CH Saint-Malo ; CHBA Vannes ; CHBS Lorient ;

CHIC Quimper ; CHP Saint-Grégoire ; CHRU Brest ; CHRU Rennes ; clinique Côte-d'Emeraude-Saint-Malo ; clinique Pasteur-Lanroze Brest ; clinique Saint-Michel et Sainte-Anne-Quimper ; HPO Vannes.
À l'ensemble des oncologues, pharmaciens et IDE des établissements de soins de la région de la région Pays de la Loire : centre Catherine-de-Sienne-Nantes ; CH Cholet ; CH du Haut Anjou-Château Gonthier ; CH Laval ; CH Le Mans ; CHD Vendée ; polyclinique du Maine-Laval ; clinique Victor Hugo-Le Mans ; clinique Mutualiste de l'Estuaire-Saint-Nazaire ; Institut de cancérologie de l'Ouest (sites Paul-Papin et René-Gauducheau).
Aux réseaux territoriaux Onco'Kerné, Onc'Oriant et à l'association Ressource Loire Estuaire.
Aux réseaux de Cancérologie OncoBretagne et Onco Pays de la Loire.
Aux OMEDIT Bretagne et OMEDIT Pays de la Loire.

Déclaration de liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com>.

Références

- [1] Le livre blanc : l'organisation de la prise en charge des patients sous thérapies orales en hématologie [Consulté le 20/02/2017]. Disponible sur : <http://sfh.hematologie.net>.
- [2] Institut National du Cancer (INCA). La chimiothérapie orale du cancer en 2014; 2015 [Disponible sur <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-chimiotherapie-orale-du-cancer-en-2014>].
- [3] Institut National du Cancer (INCA). « Développement des anticancéreux oraux/Projections à court, moyen et long termes Avril 2016 »; 2017 [Disponible sur <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Developpement-des-anticancereux-oraux-Projections-a-court-moyen-et-long-termes>].
- [4] Liu G, Franssen E, Fltch MI, Warmer E. Patient preferences for oral versus intravenous palliative chemotherapy. *J Clin Oncol* 1997;15(1):110-5.
- [5] Conroy T, Hebbard M, Bennouna J, Ducreux M, Ychou M, et al. Quality-of-life findings from a randomised phase-III study of XELOX vs FOLFOLX-6 in metastatic colorectal cancer. *Br J Cancer* 2010;102:59-67.
- [6] Borner MM, Schoffski P, de Wit R, Caponigro F, Comella G, et al. Patient preference and pharmacokinetics of oral modulated UFT versus intravenous fluorouracil and leucovorin: a randomised crossover trial in advanced colorectal cancer. *Eur J Cancer* 2002;38:349-58.
- [7] Borner MM, Schoffski P, de Wit R, Jacobs JM, Pensak NA, et al. Treatment satisfaction and adherence to oral chemotherapy in patients with cancer. *J Oncol Pract* 2017;13(5):e474-85. <http://dx.doi.org/10.1200/JOP.2016.019729> [Epub 2017 Apr 11].
- [8] Guide de bonnes pratiques. Voies orales anticancéreuses OMEDIT BPL. Disponible sur https://library.unio-sante.fr/00/00/21/00002116-1bdab2398fb0b0f5ad7375d6f40e4ed3/guidev2_0_def.pdf.
- [9] Hughes CM. Medication non-adherence in the elderly: how big is the problem? *Drugs Aging* 2004;21:793-811.
- [10] Cheung WY, Lai EC, Ruan JY, Chang JT, Setoguchi S. Comparative adherence to oral hormonal agents in older women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2015;152(2):419-27. <http://dx.doi.org/10.1007/s10549-015-3455-7> [Epub 2015 Jun 13].
- [11] Weingart SN, Brun E, Bach PB, Eng K, Johnson SA, et al. NCCN Task Force Report: oral chemotherapy. *J Natl Compr Canc Netw* 2008;6(Suppl. 3): S1-14.
- [12] Birner A. Safe administration of oral chemotherapy. *Clin J Oncol Nurs* 2003;7(2):158-62.
- [13] Johnson PE, Chambers CR, Vaida AJ. Oncology medication safety: a 3D status report 2008. *J Oncol Pharm Pract* 2008;14(4):169-80.
- [14] Weingart SN, Flug J, Brouillard D, Morway L, Partridge A, et al. Oral chemotherapy safety practices at US cancer centres: questionnaire survey. *BMJ* 2007;334(7590):407.
- [15] OMEDIT Centre Val de Loire/OncoCentre/France Assos Santé Centre : évaluation des fiches d'information-patient sur les anticancéreux oraux : le choix du patient dans son parcours de soins. <http://www.omedit-centre.fr/portail/accueil>, 568,1577.html (consulté le 29/01/2019).
- [16] PLAN CANCER III : guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France. 2e éd. 2015 [Disponible sur <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>].
- [17] Voog E, El Kouri C, Campillo-Gimenez B, Priou F, Rolland F, et al. In: IVOIRE: prospective multicenter cohort study in advanced renal carcinoma - Results of good and intermediate prognostic patients; 2017.
- [18] HAS. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Version février 2018. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante.
- [19] Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. Annexe II.7 Guide d'accompagnement des patients-le bilan partagé de médication chez le patient âgé polymédiqué. JO 16 mars 2018. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv>.

- fr/eli/arrete/2018/3/9/SSAS1803603A/
jo/texte.
- [20] SFPC Bilan de médication Mémo Bilan partagé de médication Mise à jour 6 Décembre 2017. Site consulté le 03/09/2018. Disponible sur <http://sfpc.eu/fr/actualites/431-memo-sfpc-bilan-partage-de-medication.html>.
- [21] SFPC Grille d'entretien du Bilan de medication février 2018. Site consulté le 03/09/2018 Disponible sur <http://sfpc.eu/fr/8-actualites/450-grille-d-entretien-du-bilan-de-medication.html>.
- [22] Bourbouloux E, Déniel-Lagadec D, Loisel I, Bourcy V, Gentric A, et al. Enquête sur la prise en charge des sujets âgés atteints d'un cancer auprès des professionnels de Bretagne-Pays de la Loire. Focus voies orales. J Oncogeriatri 2017;8(1):5-15.
- [23] Vernant JP. Recommandations pour le troisième Plan Cancer Juillet 2013. Disponible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000560/index.shtml>.
- [24] Enquête ASSURANCE MALADIE OMEDIT ET ARS ; IDF 2016 : anticancéreux oraux état des lieux en Ile-de-France. Disponible sur https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/AKO-idf-2017-rapport-anticancereux_0.pdf (consulté le 19/04/2019).
- [25] Tokdemir G, Kav S. The effect of structured education to patients receiving oral agents for cancer treatment on medication adherence and self-efficacy. Asia Pac J Oncol Nurs 2017;4(4):290-8.
- [26] Jacobs JM, Pensak NA, Sporn NJ, MacDonald JJ, Lennes IT, et al. Treatment satisfaction and adherence to oral chemotherapy in patients with cancer. J Oncol Pract 2017;13(5):e474-85.
- [27] Spoelstra SL, Sikorskii A, Majumder A, Burhenn PS, Schueller M, et al. Oral anticancer agents: an intervention to promote medication adherence and symptom management. Clin J Oncol Nurs 2017;21(2):157-60.
- [28] Lizée T, Basch E, Trémolières P, Voog E, Domont J, et al. Cost-effectiveness of web-based patient-reported outcome surveillance in lung cancer patients. J Thorac Oncol 2019;14(6):1012-20.
- [29] INCa 2016. Parcours de soins d'un patient traité par anticancéreux oraux/réponse saisonnière. Disponible sur https://www.e-cancer.fr/content/download/164251/2105093/file/Parcours-de-soins-d-un-patient-trait-par-anticancereux-oraux_2016.pdf.