



EHESP

Elève directeur d'hôpital

Promotion : **2014-2016**

Date du Jury : **décembre 2015**

**L'impact des innovations
thérapeutiques sur l'organisation
hospitalière et les parcours de soins :
l'exemple des chimiothérapies orales
au Centre hospitalier de Brive-la-
Gaillarde**

Sophie MARTAGEIX



EHESP

« Qui mieux que vous sait vos besoins ?

Apprendre à se connaître est le premier des soins. »

Jean de la Fontaine (1621-1695)

Fable le Juge arbitre, l'Hospitalier, et le Solitaire, Livre XII 25

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à Monsieur Vincent DELIVET, Directeur du Centre hospitalier de Brive, qui a volontiers accepté d'endosser le rôle de responsable de mon mémoire malgré son emploi du temps très chargé et qui m'a accompagné à chaque étape, en partageant avec moi sa vision du système de santé et de ses évolutions.

Je remercie également Monsieur Stéphane JACOB, mon maître de stage, qui m'a également beaucoup apporté, non seulement pour la rédaction de ce mémoire, mais également tout au long de mes neuf mois de stage.

Mes remerciements s'adressent aussi au Dr Laure VAYRE, à Madame Michelle DELPY, à Madame Georgette AYMARD, du pôle de cancérologie, qui se sont toujours montrées disponibles pour répondre à mes multiples questions. J'y associe Madame Annick DAULANGE, pharmacienne, dont l'expertise m'a été indispensable et qui a pris le temps de me recevoir afin que je lui présente la méthodologie de mon étude et les résultats obtenus. Je pense également à Mesdames Anne-Sophie MEFREDJ et Annie ALLONCLE, du 3C, qui m'ont apporté une aide précieuse dans ma recherche documentaire. Je remercie ici Madame Séverine LASFARGUE, Madame Agnès NOUZAREDE et Monsieur Bernard EYROLLES qui ont été largement sollicités lors de cette étude.

Je salue également chaleureusement toute l'équipe de direction du CH de Brive qui a suivi, parfois malgré elle, lors des réunions de direction, l'avancée de mes travaux.

Je tiens à mentionner ici Madame Justine ROUGEOT, docteur en pharmacie, qui a rédigé une excellente thèse sur une thématique proche et qui m'a fait bénéficier de ses lumières et de son soutien. Je remercie également Monsieur Maxime CHAZELAS, futur collègue, qui m'a aidé en relisant mon travail, en m'encourageant au quotidien mais surtout en m'accordant son amitié.

Enfin, comment ne pas parler de ma famille qui m'offre son appui, sa confiance, son amour et ce dans tous mes projets.

Merci à vous tous.

Sommaire

Introduction	1
1 Les évolutions épidémiologiques combinées aux progrès médicaux ont modifié le rôle des différents acteurs dans le processus de soins.....	3
1.1 La place du patient a profondément évolué du fait de l'amélioration de l'efficacité des traitements	3
1.1.1 La période récente est marquée par la chronicisation de certaines pathologies dont les cancers	3
1.1.2 L'accent est plus que jamais mis sur la qualité et le maintien d'une vie normale	5
1.1.3 Le patient devient davantage autonome et responsable vis-à-vis de son traitement.....	8
1.2 La modernisation des techniques de soins amène à revoir le positionnement des établissements de santé au sein des parcours.....	10
1.2.1 Les nouvelles modalités de prise en charge minimisent le temps passé à l'hôpital	10
1.2.2 Les innovations dans le traitement des cancers illustrent parfaitement ces évolutions.....	13
1.2.3 L'essor des chimiothérapies orales s'inscrit dans ces nouvelles attentes et exigences.....	15
2 Ces changements poussent à remettre en question les modes classiques d'organisation des soins à l'hôpital	18
2.1 L'activité de cancérologie représente un important enjeu pour les établissements publics de santé.....	18
2.1.1 La chimiothérapie occupe une place prépondérante dans l'activité hospitalière et les dépenses de santé.....	18
2.1.2 Les hôpitaux ont beaucoup investi pour développer les prises en charge oncologiques : exemple du Centre Hospitalier de Brive-la-Gaillarde	23
2.1.3 Les organisations accordaient jusque-là une place importante au plateau-technique hospitalier	26
2.2 L'inadéquation des modalités de prises en charge actuelles aux innovations thérapeutiques sont porteuses de nombreux risques	28

2.2.1	La sécurité des soins peut-être remise en cause par l'absence de suivi durant la prise d'un traitement anticancéreux per os	28
2.2.2	La qualité et l'efficacité de la thérapie dépendent d'une éducation spécifique et adaptée des patients	31
2.2.3	Les pertes induites au niveau des recettes de l'activité hospitalière sont complexes à évaluer (étude au CH de Brive)	33
3	Les évolutions thérapeutiques doivent être désormais intégrées dans les parcours de soins et inscrites dans un cadre normatif adapté	37
3.1	Les établissements de santé innovent pour assurer une offre de soins modernisée de qualité.....	37
3.1.1	Le transfert de la délivrance et de l'administration des médicaments suppose une redéfinition des organisations internes	37
3.1.2	Des liens étroits avec les acteurs du secteur ambulatoire sont essentiels pour la réussite du traitement	40
3.1.3	La recherche de l'équilibre économique de ces nouveaux types d'activités appelle des solutions innovantes.....	42
3.2	Ces profonds changements doivent être accompagnés par les pouvoirs publics et inviter à une adaptation de la réglementation.....	45
3.2.1	Les impacts des évolutions thérapeutiques sur les dépenses de santé ne sont pas négligeables et doivent être anticipés	46
3.2.2	Certaines pistes d'évolutions ont été évoquées mais peinent à trouver les moyens de leur mise en œuvre concrète.....	48
3.2.3	Les pouvoirs publics ne pourront pas faire l'économie d'une réflexion sur les impacts de ces innovations au regard de la structuration de l'offre de soins.....	51
	Conclusion	55
	Sources et Bibliographie.....	I
	Liste des annexes	VIII

Liste des sigles utilisés

AIM	Autorisation d'importation du médicament
AMA	Assistant médico-administratif
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANSM	Agence nationale de la sécurité du médicament
ARC	Association pour la recherche sur le cancer
ARC	Attaché de recherche clinique
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
3C	Centre de coordination en cancérologie
CAQOS	Contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CH	Centre hospitalier
CH (R) U	Centre hospitalier (régional) universitaire
CTO	Centre de thérapies orales
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DICTO	Dispositif infirmier de coordination dans les thérapies orales
DIM	Département d'information médicale
ECG	Electrocardiogramme
ETP	Equivalent temps plein
ETP	Education thérapeutique du patient
GHM	Groupes homogènes de malades
GHS	Groupes homogènes de séjours
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HDJ	Hôpital de jour
IDE	Infirmier diplômé d'état
INCA	Institut national du cancer
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IV	Intraveineux (se)
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale

MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PMSI	Programme médicalisé du système d'information
PPAC	Programme personnalisé de l'après cancer
PPS	Programme personnalisé de soins
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
REES	Réseau d'évaluation en économie de la santé
ROHLim	Réseau d'oncologie-hématologie du Limousin
RSC	Réseau de soins en cancérologie
T2A	Tarifification à l'activité
TAO	Traitements anticancéreux oraux
UF	Unité fonctionnelle
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UM	Unité médicale
UNPHC	Union nationale hospitalière privée de cancérologie
UTEP	Unité transversale d'éducation thérapeutique

Introduction

« *Celui qui considère la médecine depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, se convaincra sans peine que sa richesse a toujours consisté dans l'expérience, et qu'elle ne peut se perfectionner que par de nouveaux faits* » (Plan de constitution médicale, 1790). Les avancées médicales se sont accélérées sur la période récente et dans tous les domaines : biologie, chimie, physiologie, pharmacologie et technologie. Si les progrès médicaux ont d'ores et déjà permis d'éradiquer un certain nombre d'épidémies mortelles et de ne plus craindre certaines pathologies avant considérées comme de véritables fléaux, d'autres défis apparaissent chaque jour. En effet, l'allongement global de l'espérance de vie, la modernisation des comportements, la facilitation des déplacements ont entraîné l'apparition, ou réapparition de problématiques sanitaires qui poussent chaque jour les chercheurs à imaginer de nouvelles solutions et de nouveaux moyens de guérison. D'autres part, les exigences et attentes de la population en termes de santé ont aussi beaucoup évolué. On ne se contente plus aujourd'hui de guérir de sa maladie, on voudrait la prévoir, l'anticiper, l'éviter et si jamais, par malheur, elle survenait quand même, elle devrait prendre le moins de place possible dans la vie, ne pas se voir. Plus les connaissances médicales s'approfondissent, plus la technologie s'adapte pour satisfaire les besoins en soins (imagerie par exemple). Mais dès qu'apparaît une nouvelle technologie, la médecine s'en empare pour améliorer et individualiser les prises en charges (nanotechnologies). Cet emballement de l'innovation a provoqué un bond dans le progrès médical au XXème et XXIème siècle vers une médecine des « 4 P » : préventive, prédictive, personnalisée et participative.

L'innovation médicale peut dès lors être de plusieurs ordres : thérapeutique, diagnostique, mais également porter sur l'organisation des soins (hygiène, télémédecine, ambulatoire) ou la communication (simulation, recueil de l'avis des patients sur internet, etc). Tous les acteurs du système de santé sont donc mis à contribution pour accompagner le changement et assurer un cadre suffisant mais nécessaire aux progrès médicaux. En effet, si l'on ne peut aller contre le sens de l'histoire, on ne peut pas non plus plaider pour une dérégularisation de l'offre de soins. Ainsi doit-on au maximum, sinon anticiper, du moins faire preuve de réactivité face aux innovations thérapeutiques pour toujours assurer des soins continus, disponibles, de qualité tout en garantissant la sécurité du patient. C'est l'enjeu aujourd'hui de la prise en charge des patients atteints de cancer, des progrès impressionnants ayant été faits dans ce domaine.

Si l'on parle beaucoup des innovations chirurgicales (comme l'utilisation de la robotique ou de la radiologie interventionnelle), du perfectionnement des dispositifs de diagnostic (PET scan), des techniques d'irradiations, on parle moins des évolutions pharmaceutiques (chimiothérapies orales). Et pourtant, il s'agit là d'une petite révolution qui va engendrer un changement de paradigmes dans les organisations et une réflexion sur la place qu'occupent historiquement les acteurs dans l'offre de soins. Ainsi, la possibilité offerte aux patients de suivre leur protocole de chimiothérapie non seulement au domicile, mais sans une quelconque présence soignante, n'est pas anodine. La prise en compte de cette modalité de traitement, qui n'est certes pas nouvelle, devient malgré tout nécessaire et urgente étant donné qu'aujourd'hui 25% des molécules en cours de développement seront disponibles sous forme orale¹ et qu'« en 2020, leur proportion pourrait atteindre 50% des traitements à base d'anti cancéreux » comme le mentionne le Plan cancer 2014-2019². Les chimiothérapies orales permettent aux patients de conserver une meilleure qualité de vie et de poursuivre, par exemple, leur activité professionnelle. En revanche, les molécules per os sont tout aussi toxiques que les formes intraveineuses et engendrent des effets secondaires qui peuvent être difficiles à supporter pour le patient, de fait isolé dans ce nouveau type de prise en charge. Une double problématique se pose alors : la bonne observance du traitement et la gestion de ses effets secondaires.

Ainsi, si les innovations thérapeutiques, telles que les chimiothérapies orales, vont dans le sens des évolutions à la fois épidémiologiques et médicales, elles remettent profondément en question l'organisation des prises en charge et suppose de nombreuses adaptations afin de garantir la qualité et la sécurité des soins.

Afin d'acter ces bouleversements, il faut tout d'abord les comprendre et identifier les causes historiques qui ont amené aujourd'hui à un renouvellement complet de la place des acteurs dans le processus de santé. Le soin doit désormais aller au patient et non l'inverse, ce qui suppose évidemment qu'il sorte très largement des murs de l'hôpital. Ceci implique une réorganisation profonde des prises en charge et un approfondissement considérable des relations intersectorielles. Il faut donc trouver des solutions innovantes tout en prenant garde de préserver la viabilité financière du système tant au niveau des établissements qu'au niveau plus global des dépenses de santé. Cette démarche a été initiée au Centre hospitalier de Brive-la-Gaillarde, en Corrèze, qui a mis en place un parcours spécifique pour les patients sous chimiothérapies orales.

¹ WEINGART SN, BROWN E, BACH PB, Eng K, JOHNSON SA, KUZEL TM et al.: NCCN Task Force Report: Oral chemotherapy. J Natl Compr Canc Netw 2008, 6 Suppl 3: S1-14.

² Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, février 2014, Plan cancer 2014-2019, éditorial, p.39

1 Les évolutions épidémiologiques combinées aux progrès médicaux ont modifié le rôle des différents acteurs dans le processus de soins

Les innovations thérapeutiques suivent les besoins de santé de la population qui ont énormément évolué sur la période récente. Ces bouleversements entraînent une redéfinition du rôle et un repositionnement des différents acteurs dans le parcours de soins. Le modèle ancien du « patient passif » et de l'hôpital, principale et seule étape de la prise en charge, est désormais obsolète notamment dans le traitement du cancer.

1.1 La place du patient a profondément évolué du fait de l'amélioration de l'efficacité des traitements

L'explosion démographique de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle est due à un double phénomène : d'une part le maintien du taux de fécondité et d'autre part une baisse de la mortalité. Plus qu'un simple recul du nombre de décès, il s'agit d'un véritable bouleversement de leurs causes, qui a touché le monde entier à des rythmes différents. Ainsi a-t-on pu assister à une baisse vertigineuse de la mortalité infantile et un allongement notable de la durée de vie³, ce qui a eu des conséquences importantes sur la place occupée par le patient dans la gestion de sa propre santé, ainsi que sur l'importance accordée à sa qualité de vie.

1.1.1 La période récente est marquée par la chronicisation de certaines pathologies dont les cancers

Le passage observé d'une structure de mortalité à dominante infectieuse à une structure de mortalité à dominante chronique et dégénérative est appelée communément « transition épidémiologique ». Ce concept, évoqué en 1971 par Abdel R. Omran⁴, se base sur le constat que si, auparavant, les causes infectieuses, parasitaires, carencielles de mortalité prédominaient, aujourd'hui, avec les progrès de la médecine, les avancées

³ Selon l'institut national d'études démographiques, en 2014, l'espérance de vie à la naissance en France atteint 81,7 ans (79,3 ans pour les hommes et 85,5 ans pour les femmes). Elle était de 25 ans au XVIII^{ème} siècle et de 37 ans en 1810.

⁴⁴ OMRAN A.R., The epidemiological transition, *Milbank Mem. Fund quarterly*, 1971, 49, n°1, 509-538

socio-économiques, l'espérance de vie s'est allongée. Sont alors apparues de nouvelles causes de mortalité, jusque-là inconnues du fait de leur survenue à un âge avancé. Omran définit ainsi trois phases dans la transition épidémiologique :

- Une phase initiale d'épidémies et de famines,
- Puis la transition épidémiologique avec le recul des maladies infectieuses,
- Et enfin, l'apparition des sociopathies et des maladies chroniques.

Si cette théorie retrace et explique les bouleversements sanitaires du siècle passé, elle mérite aujourd'hui d'être nuancée. Tout d'abord, on assiste à l'apparition ou au retour sur la scène mondiale de maladies infectieuses telles que le VIH, les hépatites, la grippe H1N1, ou encore le virus Ebola. Ce retour est dû à plusieurs facteurs : les modifications de l'écosystème, les résistances aux anti-infectieux, l'essor du tourisme vers les pays tropicaux et les flux migratoires notamment.

Ensuite, pourrait être aujourd'hui identifiée une 4^{ème} phase de transition épidémiologique. En effet, est constatée une baisse de la mortalité par tumeurs, diabète, cardiopathies ischémiques, lésions cérébro-vasculaires. Ceci résulte des effets positifs de la recherche médicale et thérapeutique ainsi que des campagnes de prévention et de dépistage. Les médias se sont ici révélés être d'excellents vecteurs entre les scientifiques et la population. Il faut bien sûr noter, que cette phase, tout comme les trois précédentes, n'est pas atteinte dans tous les pays mais est réservée aux pays les plus développés économiquement et avec un système de santé perfectionné⁵.

La baisse de la mortalité ne signifie pas une baisse de la morbidité : la population meurt moins et plus tard, ce qui implique parfois de vivre de nombreuses années en souffrant d'une maladie dite chronique. Ce constat se retrouve très largement dans l'épidémiologie des cancers.

Les cancers figurent parmi les principales causes de mortalité et de morbidité dans le monde. L'OMS, en 2012, décomptait 14 millions de nouveaux cas et 8,2 millions de décès liés à ces maladies. Toujours selon l'organisation, l'incidence des cancers devrait augmenter de 70% environ d'ici 20 ans⁶. En France, 355 000 nouveaux cas ont été recensés en 2012 ainsi que 148 000 décès par cancer. Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme, loin devant le cancer du poumon (qui est le plus mortel) et le cancer colorectal. Chez la femme, le cancer du sein demeure le plus diagnostiqué et le plus mortel, suivi du cancer colorectal et du cancer du poumon. En termes de prévalence, le nombre de personnes de 15 ans et plus en vie en 2008, et ayant eu un cancer au cours de leur vie est approximativement de 3 millions en France,

⁵ PICHERAL, H., Géographie de la transition épidémiologique », Annales de géographie, n° 546, mars-avril 1989

⁶ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/>

1 570 000 hommes et 1 412 000 femmes (soit 6,4 % de la population masculine de plus de 15 ans et 5,3% de la population féminine de plus de 15 ans)⁷.

Il est intéressant de noter que l'analyse parallèle de la mortalité par cancer fait ressortir des évolutions divergentes. En effet, si l'incidence des cancers n'a fait qu'augmenter depuis 1980 tant chez l'homme que chez la femme (respectivement +27,9% et +42,9%⁸), on observe une diminution du risque de mourir d'un cancer. Ainsi, le taux standardisé de mortalité a diminué en moyenne de 1,5% par an chez les hommes, et de 1% chez les femmes sur la période 1980-2012⁹. Cette baisse peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- Les progrès concernant l'identification des causes des cancers, la génétique, les actions de préventions,
- L'amélioration des techniques de diagnostics (bio-marqueurs),
- L'apparition des thérapies ciblées permettant une personnalisation des traitements,
- Le développement d'une prise en charge globale du patient (médicale, sociale, comportementale)¹⁰.

Cette double évolution induit une augmentation du nombre de patients vivant avec un cancer ainsi qu'une chronicisation de ce type de pathologies qui peuvent être traitées et suivies durant un grand nombre d'années. Une évolution des modalités de prise en charge, mettant l'accent encore davantage sur la qualité de vie des patients, paraissait dès lors indispensable.

1.1.2 L'accent est plus que jamais mis sur la qualité et le maintien d'une vie normale

Si l'objectif des dispositifs de lutte contre le cancer reste de guérir le plus de personnes malades possibles, les efforts sont désormais axés, dans les textes et plans de santé publique, sur une prise en charge globale de la personne qui prend en compte l'ensemble de ses besoins pour préserver la meilleure qualité de vie possible et lui permettre de mener une existence « normale ». Après des logiques tendant à « l'escalade thérapeutiques », la priorité se situe désormais davantage sur la minimisation du temps

⁷ Institut national du cancer, Les cancers en France, édition 2014, janvier 2015

⁸ Taux standardisés sur la population mondiale, retraités des effets liés à l'augmentation de la population mondiale et de son vieillissement

⁹ Institut de veille sanitaire, Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012, 2013

¹⁰ J. Dupiot, Lien ville-hôpital autour de la chimiothérapie orale : connaissance et utilisation pratique des outils existants, thèse pour l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie, université Bordeaux 2, soutenue le 16 octobre 2014

passé à l'hôpital afin de réduire les risques induits par une hospitalisation, d'optimiser les capacités hospitalières et de perturber le moins possible la vie quotidienne des patients. La Stratégie nationale de santé¹¹ et le Projet de loi de santé¹² rappellent le double défi auquel est confronté notre système actuel : le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques. Y sont également soulignés les troubles sévères dans la vie sociale, familiale, professionnelle, voire intime des patients atteints de pathologies chroniques, qui s'ajoutent aux souffrances directement dues à la maladie.

A nouveau, le cancer est un exemple significatif de l'évolution de la place occupée par les attentes du patient et l'appréhension holistique de ses besoins, même si l'on retrouve la même démarche pour d'autres maladies chroniques telles que le diabète, ou les maladies dégénératives.

Ainsi, l'étude VICAN2 a tenté de mesurer l'impact du cancer sur le quotidien des personnes atteintes et ce, jusqu'à deux ans après le diagnostic¹³. Les résultats démontrent la forte dégradation de la qualité de vie induite par un cancer, que ce soit sur le terrain professionnel, psychologique ou social. Toutefois, cette dégradation dépend beaucoup de la localisation du cancer : deux ans après le diagnostic, 56 % des femmes atteintes d'un cancer du sein estiment avoir une qualité de vie dégradée, cette proportion est de 38 % chez les personnes ayant eu un cancer colorectal et atteint 72 % chez celles touchées par un cancer du poumon. La gravité du cancer accentue les inégalités sociales : plus d'une personne sur deux atteintes d'un cancer ont moins de 65 ans et, au moment du diagnostic, huit personnes sur dix étaient en emploi, contre six sur dix deux ans plus tard. La perte d'emploi touche davantage les moins diplômés, les emplois précaires et d'exécution, les jeunes et les plus âgés. Ainsi, les personnes touchées par un cancer ont 77% de chance de conserver leur emploi à deux ans contre 90% pour le reste de la population¹⁴.

Pour atténuer les impacts de la maladie sur le quotidien des personnes et leur éviter la « double peine » de la souffrance physique et sociale, les différents plans cancers vont, depuis 2003, développer des mesures en faveur de la qualité de vie des patients.

Ainsi, le premier plan cancer 2003-2007, a permis de structurer le paysage de la cancérologie et de garantir une qualité et une sécurité des soins. On peut y retrouver des

¹¹ Ministère des affaires sociales et de la santé, Stratégie nationale de santé, ce qu'il faut retenir, 23 septembre 2013

¹² Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Projet de loi de santé, Changer le quotidien des patients et des professionnels de santé, dossier de presse, 15 octobre 2014

¹³ Institut national du cancer, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Vie deux ans après un diagnostic de cancer – VICAN2, juin 2014

¹⁴ Données INSERM, février 2012 <http://www.inserm.fr/thematiques/cancer/dossiers/cancer-et-travail-travailler-avec-ou-apres-un-cancer>

mesures incitant à être davantage attentif aux personnes malades et à leurs attentes¹⁵. Sont citées les prises en charge au domicile, notamment par le biais des chimiothérapies orales, mais aussi les soins complémentaires, de support, ou encore la prise en charge de la douleur. Dans son chapitre social intitulé « *Donner aux patients toutes les possibilités de mener une vie active aussi normale que possible, afin de ne pas ajouter à l'épreuve de la maladie l'épreuve de l'exclusion sociale* »¹⁶, il prône un accompagnement social plus humain et solidaire. « *Tout doit être fait pour poursuivre une vie professionnelle et familiale la plus normale possible* ». Y figure la volonté d'améliorer les dispositifs de maintien et de retour à l'emploi, la possibilité de recours aux aides à domicile, ou l'accès facilité aux prêts et assurances.

Le plan cancer 2009-2013, davantage axé sur la personnalisation des prises en charge, est structuré autour de cinq axes : la recherche, la prévention, le dépistage, les soins et l'après cancer. Il prône un « *accompagnement social tout au long du parcours de soins, dès l'annonce de la maladie, pendant le cancer et dans la vie après le cancer* »¹⁷. Cela va se traduire, par exemple, par l'insertion d'un volet social dans le Programme personnalisé de soins (PPS), ou encore par l'expérimentation d'un Programme personnalisé de l'après cancer (PPAC). Cependant, selon l'évaluation faite par le Haut conseil de la santé publique de l'exécution de ce plan à mi-parcours, bien que les parcours de santé et la continuité des soins y soient largement évoqués, la prise en compte du retentissement de la maladie et des traitements sur la vie sociale et professionnelle des patients reste encore à améliorer¹⁸.

C'est pourquoi l'accent va, par la suite, être encore davantage mis sur cette thématique. En effet, le nouveau plan cancer 2014-2019 tourne autour de trois objectifs principaux : la diminution de l'incidence des cancers, la baisse de la mortalité et l'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées. Au-delà de l'amélioration des soins eux-mêmes, il vise à répondre aux besoins et aux attentes de personnes malades, de leurs proches et de l'ensemble des citoyens (objectifs définis dans le rapport d'orientation du Pr J.P. Vernant¹⁹). Est réaffirmée la nécessité du développement d'une médecine personnalisée qui offre à chacun un parcours de soins qui réponde le mieux à ses besoins, amenant

¹⁵ Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Plan cancer 2003-2007, 2002, mesures n°39 à 43, p.28-29

¹⁶ Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Plan cancer 2003-2007, 2002, p. 33

¹⁷ Ministère de la santé et des sports, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Plan cancer 2009-2013, 2 novembre 2009, p. 106

¹⁸ Haut conseil de la santé publique (HCSP), Evaluation à mi-parcours du plan cancer 2009-2013 synthèse, mars 2012

¹⁹ Pr J.P., VERNANT, Recommandations pour le troisième plan cancer, rapport à la Ministre des affaires sociales et de la santé et à la Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, juillet 2013

ainsi à repenser les méthodes de diagnostics et de traitements du cancer. «*Lutter contre la maladie, c'est conduire un combat pour la vie* »²⁰. L'ambition du plan cancer est donc de préserver au maximum l'autonomie, la continuité et la qualité de vie des personnes atteintes de cancer, pendant, mais aussi après la période des traitements, via par exemple la mise en place de soins de supports personnalisés et évolutifs selon les besoins. Le texte prévoit aussi l'organisation d'Assises nationales dédiées à l'emploi des personnes courant un risque de désinsertion professionnelle en raison de leur santé²¹. Les dispositifs de recherche et d'observation des conséquences sociales du cancer doivent également être consolidés.

Si l'on considère le maintien d'une vie aussi normale que possible pour les patients comme une priorité, cela remet non seulement en cause les traitements à l'hôpital mais aussi la présence soignante à domicile, plaçant le patient en tant que principal responsable de son traitement.

1.1.3 Le patient devient davantage autonome et responsable vis-à-vis de son traitement

La volonté de perturber à minima la vie des malades, le développement des traitements à domicile, entraîne un recul de la présence soignante et un report de la responsabilité des soins sur le patient, ce qui suppose des adaptations et notamment le développement de l'éducation en santé.

La prise en compte des choix, attentes, exigences des patients n'est certes pas nouvelle, mais elle reste une priorité des pouvoirs publics. S'il est vrai que la loi du 4 mars 2002²² a marqué un tournant dans la valorisation des droits des patients, non seulement en les proclamant mais en instituant un système destiné à en assurer la protection, la place des malades ne cesse d'être réaffirmée aujourd'hui. Ainsi la Ministre de la santé rappelle, dans un discours prononcé le lundi 9 mars 2015, lors d'une conférence de presse sur la future loi de santé, que l'un des trois piliers de la modernisation de notre système, outre la prévention et la proximité autour du médecin traitant, est le renforcement des droits des

²⁰ Ministères des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Plan cancer 2014-2019, 4 février 2014, éditorial, p.3

²¹ Ibid. p.77

²² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002 page 4118, texte n° 1

malades. C'est la raison pour laquelle le projet de loi inclut, entre autre, l'instauration des actions de groupes en santé ou encore le droit à l'oubli pour les anciens malades²³.

La croissance des droits des patients et de leurs garanties, se double d'une tendance à l'autonomisation et à la responsabilisation. Il s'agit pour le patient atteint de maladie chronique de devenir en quelque sorte « médecin de lui-même ». C'est ce qui est exprimé au travers du concept de « self-care » qui désigne le processus par lequel une personne agit pour la promotion de sa santé, la prévention ou la gestion de sa maladie²⁴. Il existe cependant un large panel de comportements, entre le fait d'être acteur en se conformant aux règles prescrites par le soignant (observance d'un traitement par exemple) et d'être en grande partie autonome dans la gestion de sa santé²⁵. Dans cette nouvelle façon d'appréhender le soin, le patient et le soignant doivent trouver un équilibre dans le partage des soins et des responsabilités qui les accompagnent. Cela suppose d'un côté la passation d'un savoir-faire (injections, mesure de constantes) et de l'autre, la conscience des conséquences de cette « liberté » : la gestion, seul, de geste ou de traitements, l'adaptation des comportements et du rythme de vie pour se conformer aux contraintes de la maladie. Les acteurs sont confrontés à une « *tension récurrente entre le souci de prévenir les complications qui menacent le malade et la demande du malade de « bien vivre » dans le présent, sans avoir à se soucier constamment de son état de santé*²⁶ ».

Ce questionnement sur les contours et les limites de l'autonomie du patient est aussi au cœur du concept d'« empowerment ». Il s'agit d'un processus de transformation personnelle par lequel les patients renforcent leur capacité à prendre effectivement soin d'eux-mêmes et de leur santé, et pas seulement de leur maladie et de leur traitement²⁷. Il s'agit donc de composer entre des besoins parfois contradictoires : entre sécurité et liberté, prescription et auto-détermination, le compromis est complexe à trouver et passe par l'éducation. Selon l'OMS l'éducation du patient consiste en « *une série d'activités éducatives essentielles à la gestion de pathologies chroniques, gérée par des soignants formés dans le domaine de l'éducation et conçues pour aider les patients à gérer leur*

²³ Intervention de Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la santé, conférence de presse- Loi de santé, lundi 9 mars 2015

²⁴ L.S., LEVIB, A.H., KATZ, E. HOLST, Self-care : lay initiatives in health, New-York, Prodist, 1976

²⁵ J., PELICAND, C., FOURNIER, I., AUJOUAT, Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins, Actualité et dossier en santé publique, n°66, mars 2009, p.21

²⁶ C., SINDING, Une molécule espion pour les diabétologues, l'innovation en médecine entre science et morale, Sciences sociales et santé, 2002, 18 (2) : 95-119

²⁷ I., AUJOUAT, L'empowerment des patients atteints de maladies chroniques, thèse de doctorat en santé publique, Université catholique de Louvain, janvier 2007

traitements et prévenir les complications évitables, tout en maintenant ou améliorant leur qualité de vie »²⁸.

Le Plan cancer 2014-2019 a pris en compte et encadre cette autonomisation accrue du patient²⁹. Il insiste sur l'information dont doit disposer le malade pour pouvoir participer pleinement et de façon éclairée à sa prise en charge et encourage l'adaptation des supports (lisibilité, modernisation). Le développement des programmes d'éducation thérapeutique est logiquement évoqué, impliquant une formation des soignants. Enfin, l'accompagnement des patients et l'apprentissage des comportements à adopter peuvent efficacement passer par la transmission d'expérience via des « patients ressources », à même de témoigner et de comprendre les difficultés évoquées au travers de leur propre vécu.

Si la place du patient a beaucoup évolué sur la période récente du fait des évolutions épidémiologiques, ces changements ont également été impulsés par les progrès technologiques et médicaux qui redéfinissent aussi le rôle des établissements de santé dans les prises en charge.

1.2 La modernisation des techniques de soins amène à revoir le positionnement des établissements de santé au sein des parcours

Les textes récents relatifs à la santé promeuvent tous la recherche et la modernisation des modalités de prises en charge. Les nouvelles techniques de diagnostic, d'imagerie, les innovations thérapeutiques impliquent un minimum d'hospitalisation et questionnent dès lors la place de l'hôpital dans la future offre de soins.

1.2.1 Les nouvelles modalités de prise en charge minimisent le temps passé à l'hôpital

Ces innovations s'accompagnent d'incitations économiques. En effet, à l'occasion du Pacte de responsabilité et de solidarité, le Gouvernement s'est engagé, en avril 2014, à mettre en œuvre un plan d'économie de 50 milliards d'euros entre 2015 et 2017, dont 10 milliards d'euros d'économies sur les dépenses de l'Assurance maladie. Concrètement, il

²⁸ WHO working group, Therapeutic patient education, continuing education programs for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases, Europe reports ; EUR/ICP/QCPH, 01 01 03 rev.1, Copenhague, 1998

²⁹ Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Plan cancer 2014-2019, 4 février 2014, p.68

a été décidé de réduire le taux de progression de l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) à 2,1% en 2015, puis à 1,9% en 2017. Une feuille de route a été présentée dans la Stratégie nationale de santé puis dans le Projet de la loi visant la modernisation de notre système de santé. Enfin, la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 fait figurer des pistes d'économies s'articulant autour de quatre principaux axes : le « virage ambulatoire », l'efficacité de la dépense hospitalière, les efforts sur les prix des médicaments et l'adoption des génériques, la pertinence et le bon usage des soins en ville et à l'hôpital³⁰.

Le « virage ambulatoire » a été repris dans la loi de santé comme deuxième pilier de la modernisation de notre système. Selon la Ministre, « *c'est le passage d'un système hospitalo-centré à un système qui fait du médecin traitant et des équipes coordonnées autour de lui le centre de gravité du système et organise mieux les prises en charge entre la ville et l'hôpital* ³¹ ». Il s'agit d'organiser la proximité autour du patient, l'évolution des prises en charge au sein et hors de l'hôpital selon différentes modalités : hospitalisations à temps partiel, de jour ou à domicile, consultations en ville, équipes mobiles intra et extra hospitalières, etc. L'objectif est de recentrer l'hôpital sur sa mission première, le soin et non l'hébergement, avec des hospitalisations adéquates, des durées de séjour conformes aux besoins du patient, une offre de soins plus graduée. La composante essentielle de ce virage est la chirurgie ambulatoire. Elle recouvre les hospitalisations de moins de douze heures avec intervention chirurgicale sans hébergement de nuit³². En 2014, quatre interventions sur dix étaient réalisées en ambulatoire, avec un taux variant de 37,8% à 45,7% selon les régions. L'objectif d'ici 2020 est de six interventions sur dix. Cette évolution doit permettre, en parallèle, à la chirurgie conventionnelle de se réorganiser et d'orienter ses moyens sur d'autres types d'interventions plus lourdes. Le virage ambulatoire nécessite dès lors de repenser les organisations des services de chirurgie (accueil, consultations, circuits au bloc, capacités) mais également de l'ensemble de la structure (imagerie, urgences) ainsi que l'interface avec la médecine de ville.

Un autre volet du plan ONDAM porte sur la généralisation de l'offre d'hospitalisation à domicile (HAD) sur le territoire. Ce mode de prise en charge fait intervenir des soins complexes, techniques, intensifs tout en évitant les déplacements du patient et en préservant autant que possible sa vie quotidienne. Il répond à la demande, de plus en plus forte, des patients atteints de maladies chroniques d'être soignés chez eux, à l'objectif de réduction des durées de séjour, et à celui de l'individualisation des prises en

³⁰ Intervention de Marisol Touraine, Commission des comptes de la Sécurité sociale, lundi 29 septembre 2014

³¹ Intervention de Marisol Touraine, Conférence de presse, Loi de santé, lundi 9 mars 2015

³² Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes, Direction générale de l'offre de soins, Rapport d'activité, 2014, Une alternative : la chirurgie ambulatoire, p.22

charges. La cible est de voir l'HAD doubler d'ici 2018, avec une offre polyvalente, spécialisée et élargie aux établissements médico-sociaux et sociaux. La France marque un retard (en 2014, 18,5 patients par jour pour 100 000 habitants) et des inégalités territoriales. Par exemple, la chimiothérapie en HAD représente moins de 0,7% des chimiothérapies en hospitalisation conventionnelle et n'est pas proposée partout. Ce type d'activité va être encore davantage soutenu par l'annonce d'un plan soins palliatifs par le Président de la République (ce type de soins représentait ¼ de l'HAD en 2013)³³.

Les prises en charge extrahospitalières vont également se moderniser grâce aux Nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) et notamment à la télémédecine. En effet, cette dernière permet de répondre aux exigences de suivi très régulier des maladies chroniques, aux difficultés d'accès aux soins dans certains territoires ou encore aux problématiques de démographie médicale. Cinq types d'activités sont possibles : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale. Des expérimentations sont actuellement menées sur des priorités de santé publique telles que les plaies chroniques et complexes. Dans ce cadre, la LFSS pour 2014 prévoit de nouvelles modalités de rémunération des professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice, pour l'activité qu'ils réalisent à distance. L'objectif est également que la télémédecine, au-delà du secteur hospitalier, se déploie en ville et dans les structures médico-sociales. De nouvelles expérimentations seront lancées en 2015 sur la téléconsultation, la téléexpertise (psychiatrie, gériatrie) et la télésurveillance (insuffisance cardiaque, rénale, diabète)³⁴.

Toutes ces évolutions de prises en charge convergent vers un double but : la pertinence des hospitalisations (et au-delà la rationalisation des dépenses à l'hôpital), la fluidification et la sécurisation des parcours de santé. « *Aujourd'hui un parcours s'entend comme la prise en charge globale, coordonnée et continue des patients, au plus près de chez eux, en garantissant l'accessibilité aux soins, la continuité, la qualité, la sécurité, et l'efficience de leur prise en charge*³⁵ ». Il suppose une intervention coordonnée et cohérente de tous les types de professionnels de santé : en ville, du secteur hospitalier, médico-social, social, etc. Les pouvoirs publics ont établi plusieurs priorités nationales en termes de parcours : le cancer (appel à candidature pour expérimenter un nouveau modèle de financement des traitements par radiothérapie), les accidents vasculaires cérébraux ou

³³ Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes, Direction générale de l'offre de soins, Rapport d'activité, 2014, Un repositionnement : l'hospitalisation à domicile, p.22

³⁴ Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes, Direction générale de l'offre de soins, Rapport d'activité, 2014, Un développement nécessaire : la télémédecine, p.24

³⁵ Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes, Direction générale de l'offre de soins, Rapport d'activité, 2014, Le maillage territorial des parcours, p.26

encore la dépendance (avec le projet « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » – PAERPA).

La tendance des prises en charge va donc dans le sens d'une réduction du temps passé à l'hôpital dans l'intérêt du patient, des structures et des dépenses de santé. Ces évolutions se retrouvent dans les modalités de traitements des cancers qui sortent de plus en plus de l'hôpital pour se rapprocher des patients.

1.2.2 Les innovations dans le traitement des cancers illustrent parfaitement ces évolutions

A l'occasion de la journée mondiale contre le cancer, l'Association pour la Recherche sur le Cancer (ARC), l'Inserm et l'INCa, ont présenté, le 4 février 2012, un web documentaire intitulé « Recherche sur les cancers : tout s'accélère »³⁶. L'objectif est de mettre en lumière les axes de la recherche actuelle qui concourent au développement d'une approche individualisée du traitement des cancers³⁷. En effet, l'évolution majeure des dernières années est l'émergence de la médecine personnalisée. Elle consiste à traiter chaque patient de manière individualisée en fonction des spécificités génétiques et biologiques de sa tumeur mais également en tenant compte de son environnement et de ses habitudes de vie³⁸. Elle rejoint parfaitement en cela la tendance à la prise en compte globale du patient et à la recherche d'un compromis entre traitement de la maladie et maintien de la qualité de vie. Cependant, il ne faut pas oublier que les innovations thérapeutiques et technologiques disponibles aujourd'hui pour soigner les cancers sont le fruit d'une longue évolution des traitements.

Depuis les débuts de la chirurgie carcinologique suite à la mise au point de l'anesthésie générale au XIXème siècle, en passant par la découverte de la radiothérapie au début du XXème, jusqu'à la chimiothérapie, les progrès de la science et de la médecine ont permis de significativement augmenter les chances de survie des patients³⁹. Alors que la chirurgie et les irradiations sont efficaces en tant que traitement local ou loco-régional, la chimiothérapie, l'hormonothérapie, et les thérapies ciblées, permettent de s'attaquer aux cellules disséminées dans l'organisme et de réduire le volume de la tumeur primitive.

³⁶ Pour le visionner : www.recherche-tout-sacclere.fr

³⁷ ARC, Inserm, INCa, Communiqué de presse, Recherche sur les cancers : tout s'accélère, le 31 janvier 2012

³⁸ Inserm, Médecine personnalisée du cancer à portée de mains, novembre 2012, <http://www.inserm.fr/thematiques/cancer/dossiers/medecine-personnalisee-du-cancer-a-portee-de-mains>

³⁹ La ligue contre le cancer, Les traitements des cancers, mars 2009

Selon le type de tumeur, sa localisation, sa gravité, les différentes modalités de traitements pourront être combinées conformément aux protocoles thérapeutiques.

En ce qui concerne les chimiothérapies, les formes classiques agissent principalement en altérant le mécanisme de reproduction de la cellule cancéreuse, mais certaines cellules normales, également en phase de reproduction, pourront également être atteintes. L'enjeu est donc de trouver des doses efficaces sans pour autant avoir trop d'effets secondaires néfastes. Par ailleurs, de nouvelles modalités d'administration sont apparues sous forme de perfusions prolongées facilitées par la pose de réservoirs implantables (Port-à-cath®). L'hormonothérapie concerne les cancers dits hormono-dépendants notamment au niveau du sein ou de la prostate. Elle agit en empêchant la prolifération des cellules tumorales sensibles. Mais ce sont véritablement les thérapies ciblées qui ont marqué un tournant dans le traitement du cancer. Les techniques actuelles permettent de déterminer de façon de plus en plus précise les caractéristiques (le génome) de chaque tumeur afin de préciser le diagnostic, d'en identifier les anomalies et de les traiter. Elles permettent également d'obtenir des marqueurs d'efficacité des traitements et de connaître l'évolution probable de la maladie. Il est donc désormais possible de faire du « sur mesure » pour chaque patient tout en limitant les effets indésirables. A noter qu'une grande partie des nouvelles molécules de thérapies ciblées sortent sous forme orale⁴⁰.

Le progrès reste en marche. Une étude menée par UNICANCER sur les évolutions des prises en charges des pathologies cancéreuses à horizon 2020, laisse percevoir quels traitements vont prendre de l'importance à l'avenir⁴¹. Sans surprise, on retrouve principalement des thérapies de haute technicité, qui favorisent un retour à domicile rapide, voire une prise en charge totalement extra-hospitalière. Est citée la chirurgie ambulatoire qui pourrait représenter, en 2020, 50% de la chirurgie du cancer du sein (contre 12% en 2012), 15% pour les cancers de l'ovaire (contre 3% en 2012) et 15 % pour les cancers de la thyroïde (contre 1% en 2012). En termes de capacités, cela pourrait se traduire par une réduction de 20% des lits d'hospitalisation classique et une augmentation de 40% des places de chirurgie ambulatoire. Des innovations en radiothérapie iraient également dans le sens d'une désescalade des traitements avec moins de séances mais des séances plus longues (ce qui implique une révision des modes de financement qui est en cours d'expérimentation comme évoqué plus haut). La radiologie interventionnelle représente aussi aujourd'hui un enjeu majeur qui répond à une demande de traitements

⁴⁰ Inserm, Médecine personnalisée du cancer à portée de mains, novembre 2012, <http://www.inserm.fr/thematiques/cancer/dossiers/medecine-personnalisee-du-cancer-a-portee-de-mains>

⁴¹ UNICANCER, Quelle prise en charge des cancers en 2020 ? De la chirurgie ambulatoire aux soins de support : les six tendances les plus structurantes pour la prise en charge des patients atteints d'un cancer à horizon 2020, dossier de presse, le 16 octobre 2013

tout aussi efficaces mais de moins en moins invasifs. Enfin, et pour assurer une prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient, les soins de support doivent être reconnus comme essentiels pendant et après la prise en charge d'un cancer. Il existe actuellement de grandes inégalités dans l'accès aux soins de support du fait de l'absence de reconnaissance financière de ces activités et de la mauvaise répartition des professionnels de santé (kinésithérapeutes, diététiciennes, etc).

L'étude d'UNICANCER évoque également les chimiothérapies orales qui représentent un enjeu majeur, tant pour la préservation de la qualité de vie des patients, la sécurité et l'efficacité des traitements, que pour l'organisation des soins hospitaliers et les dépenses de santé.

1.2.3 L'essor des chimiothérapies orales s'inscrit dans ces nouvelles attentes et exigences

Ce sont dans les années 1950 que les premières chimiothérapies per os ont été mises sur le marché mais la moitié des anticancéreux oraux disponibles à ce jour ont été autorisés durant la période 1996-2006. En 1995, douze molécules cytotoxiques étaient disponibles par voie orale, aujourd'hui toutes les classes pharmacologiques sont disponibles sous cette forme. Il y a actuellement un peu moins de cinquante spécialités sous forme orale, que ce soit des chimiothérapies conventionnelles, des thérapies ciblées ou de l'hormonothérapie. De plus, les chercheurs et les laboratoires pharmaceutiques tendent de plus en plus à mettre au point des médicaments de chimiothérapie per os en adaptant des molécules classiquement administrées en IV ou en créant directement une forme orale. Si, à l'heure actuelle, environ 5% de l'ensemble des médicaments anticancéreux se prennent par voie orale, 25% des molécules en cours de développement se présentent sous cette forme⁴². D'ici 2020, leur proportion pourrait passer à 50% des traitements à base d'anticancéreux⁴³.

De nombreuses pathologies peuvent être traitées par ce biais, notamment le cancer du sein, la leucémie, le cancer du poumon et le cancer de la prostate. Différentes indications peuvent être mentionnées :

- Hormonothérapies des cancers hormono-dépendants,
- Traitement palliatif pour les patients avec des métastases,

⁴² E. CLEVERS, La chimiothérapie orale : amélioration de la prise en charge du patient et du lien ville-hôpital, thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie, Université de Rouen, soutenue le 16 décembre 2011

⁴³ Ministères des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Plan cancer 2014-2019, 4 février 2014

- Personnes âgées qui ne supportent pas une chimiothérapie agressive,
- Patients ne souhaitant ou ne tolérant pas la mise en place d'une chambre implantable,
- Traitement d'entretien après une administration par voie IV (permet de prolonger la réponse tout en améliorant la qualité de vie du patient),
- Traitement combiné voie IV/ voie orale pour faciliter le retour à domicile

Certaines molécules très efficaces ne sont disponibles que par voie orale (ex : imatinib dans la LMC)⁴⁴.

Il existe des études qui comparent l'efficacité d'un traitement à domicile par rapport à un traitement administré à l'hôpital. Elles s'accordent sur le fait que l'efficacité est semblable si les protocoles sont strictement respectés.⁴⁵ Les formes per os présentent même deux facteurs plutôt favorables : la diminution du risque d'infection liée aux soins et l'attitude positive du patient⁴⁶. En effet, les malades expriment une nette préférence pour les traitements au domicile car ils impliquent moins de trajets, de stress, un environnement plus familial et agréable. Beaucoup de patients appréhendent les traitements par voie intraveineuse et regrettent les troubles qu'ils occasionnent dans leur vie professionnelle, familiale et leurs loisirs. Du point de vue des établissements, les thérapies per os permettraient de désengorger les services d'oncologie et notamment les hôpitaux de jour et de réduire le risque d'infection associée aux soins⁴⁷. Cependant, même s'ils présentent des avantages, la mise en œuvre de ces traitements a été lente et a nécessité des évolutions réglementaires.

Depuis dix ans, une phase d'adaptation des textes a débuté pour s'adapter à ces nouvelles formes de traitements. Ainsi, en 2003, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a émis des recommandations sur les critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie à domicile (entourage familiale, soutien social, pas de troubles cognitifs)⁴⁸. De plus, un décret du 14 juin 2004⁴⁹ a modifié le classement des

⁴⁴ J. Dupiot, Lien ville-hôpital autour de la chimiothérapie orale : connaissance et utilisation pratique des outils existants, thèse pour l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie, université Bordeaux 2, soutenue le 16 octobre 2014

⁴⁵ Cf. partie 2.2 sur les risques induits par les chimiothérapies orales

⁴⁶ A., LEPEZEL, Passage en ville des anticancéreux par voie orale : enquête sur les attentes des officinaux sur le bassin hospitalier de Briey, thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie, Université de Nancy, soutenue le 22 mai 2008

⁴⁷ J. Dupiot, Lien ville-hôpital autour de la chimiothérapie orale : connaissance et utilisation pratique des outils existants, thèse pour l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie, université Bordeaux 2, soutenue le 16 octobre 2014

⁴⁸ ANAES, Critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile, recommandations, septembre 2003

⁴⁹ Décret n°2004-546 du 15 juin 2004 relatif aux catégories de médicaments à prescription restreinte et à la vente de médicaments au public par certains établissements de santé et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale, JORF n°138 du 16 juin 2004, p.10758, n°37

médicaments à prescription restreinte. Le gouvernement avait ici pour objectif d'organiser l'activité de rétrocession (art. L. 5126-4 du Code de la santé publique⁵⁰) à l'hôpital mais également de la limiter, en basculant sur les pharmacies d'officine une partie des médicaments jusqu'alors rétrocedés. Le texte crée deux nouvelles catégories : les médicaments à prescription hospitalière et les médicaments à prescription réservée à certains spécialistes. Le classement de la molécule dans l'une des cinq catégories réglementaires⁵¹ doit figurer dans l'autorisation de mise sur le marché (AMM), l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ou l'autorisation d'importation du médicament (AIM)⁵². Les règles de prescriptions sont essentielles et doivent être respectées et contrôlées par les médecins et les pharmaciens qu'ils soient hospitaliers ou officinaux. Ce décret a donc permis la sortie de la réserve hospitalière de nombreux médicaments dont des anticancéreux oraux délivrés aujourd'hui en ville.

Depuis, l'observation de l'évolution du montant remboursé par le régime général de l'Assurance maladie pour des médicaments anticancéreux dispensés en officine, fait apparaître une nette progression. En 2008, il s'élevait environ à 680 millions d'euros, 750 millions en 2010, pour atteindre 770 millions aujourd'hui. Les chimiothérapies orales représentent 83,8% de ses dépenses (environ 644 millions) avec des disparités selon les types de thérapies. Ainsi, le montant des remboursements liés aux thérapies ciblées a augmenté de 44,1% en cinq ans (elles représentent aujourd'hui 63,6% des dépenses), alors, qu'en parallèle, les dépenses liées aux hormonothérapies per os ont chuté de 14,3%. Les thérapies orales ont engendré une dépense supplémentaire de 16,4% pour l'Assurance maladie⁵³.

Les évolutions des besoins de santé de la population ont induit une évolution des modalités de prise en charge et ont profondément modifié le rôle et la place des différents acteurs de soins. Le traitement des cancers, et notamment l'essor des chimiothérapies orales, illustrent parfaitement ces évolutions. Alors que les établissements de santé ont pendant longtemps investi pour répondre aux besoins en termes de soins oncologiques, ils doivent aujourd'hui réinventer leur rôle et repenser leurs organisations.

⁵⁰ Les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé sont réservées à ses seuls patients, cependant une dérogation peut être accordée par l'ARS pour rétroceder des médicaments achetés par l'hôpital à des patients du secteur ambulatoire (art. L.5126-4 du CSP)

⁵¹ Cf. tableau en annexe 2

⁵² A., LEPEZEL, Passage en ville des anticancéreux par voie orale : enquête sur les attentes des officinaux sur le bassin hospitalier de Briey, thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie, soutenue le 22 mai 2008

⁵³ Institut national du cancer, Situation de la chimiothérapie des cancers, rapport 2013, p.59

2 Ces changements poussent à remettre en question les modes classiques d'organisation des soins à l'hôpital

Le traitement des cancers, de par leur prévalence, est depuis longtemps une priorité de santé publique. C'est la raison pour laquelle les dirigeants hospitaliers ont cherché à développer l'activité de cancérologie en investissant dans de grands services d'hospitalisation complète ou de jour. Cependant, force est de constater qu'aujourd'hui, si les besoins restent très importants, les modalités d'accueil doivent être adaptées.

2.1 L'activité de cancérologie représente un important enjeu pour les établissements publics de santé

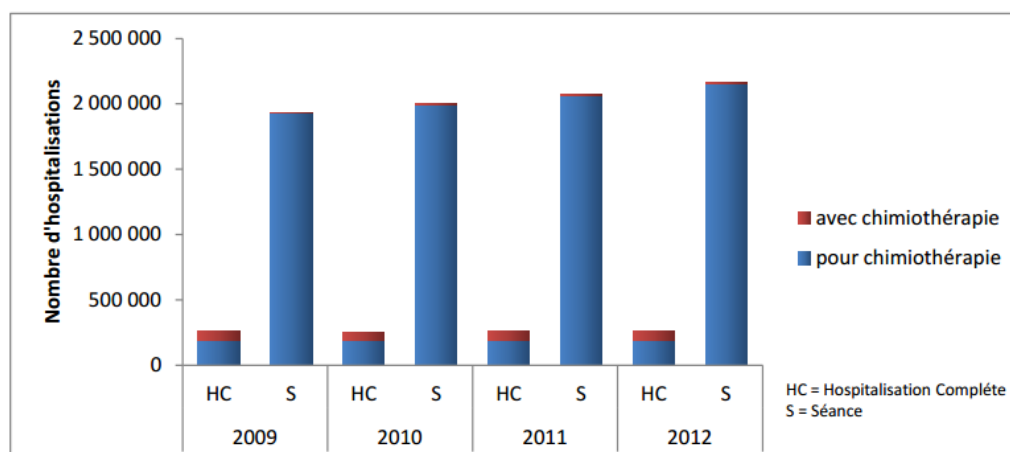
La place des services d'oncologie n'a cessé de croître sur la période récente, que ce soit en termes de volume de séjours, d'investissements, de dépenses ou de recettes. Les établissements ont dès lors développé des organisations qui correspondaient à une prise en charge jusque-là réservée aux structures hospitalières.

2.1.1 La chimiothérapie occupe une place prépondérante dans l'activité hospitalière et les dépenses de santé⁵⁴

En 2012, 2 420 000 hospitalisations mentionnaient une prise en charge chimiothérapique, dont 89,3% en séances et le reste sous forme de séjours. Secteurs public et privé confondus, l'activité de chimiothérapie est en hausse, + 1,9% pour les séjours et + 4,4% pour les séances entre 2009 et 2012 (cf. figure 2). Il faut noter que la part du secteur public augmente, il assurait 70% de l'activité de chimiothérapie en 2012, 68% des séances et 90% des séjours (cf. figure 3). Depuis 2009, la part de séances augmente plus rapidement que celle des séjours dans le secteur public.

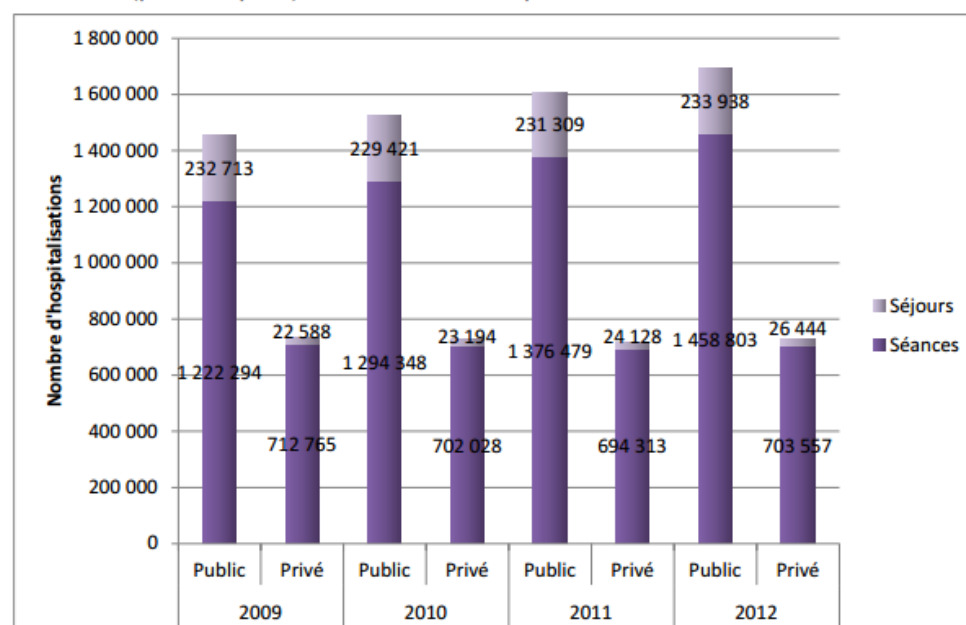
⁵⁴ Institut national du cancer, Situation de la chimiothérapie des cancers, rapport 2013, p.24

Figure 2. Évolution du nombre d'hospitalisations pour/avec chimiothérapie depuis 2009



Source : ATIH-PMSI MCo 2009-2012. Traitement INCa 2013

Figure 3. Évolution du nombre d'hospitalisations pour/avec chimiothérapie selon le statut (public ou privé) de l'établissement depuis 2009



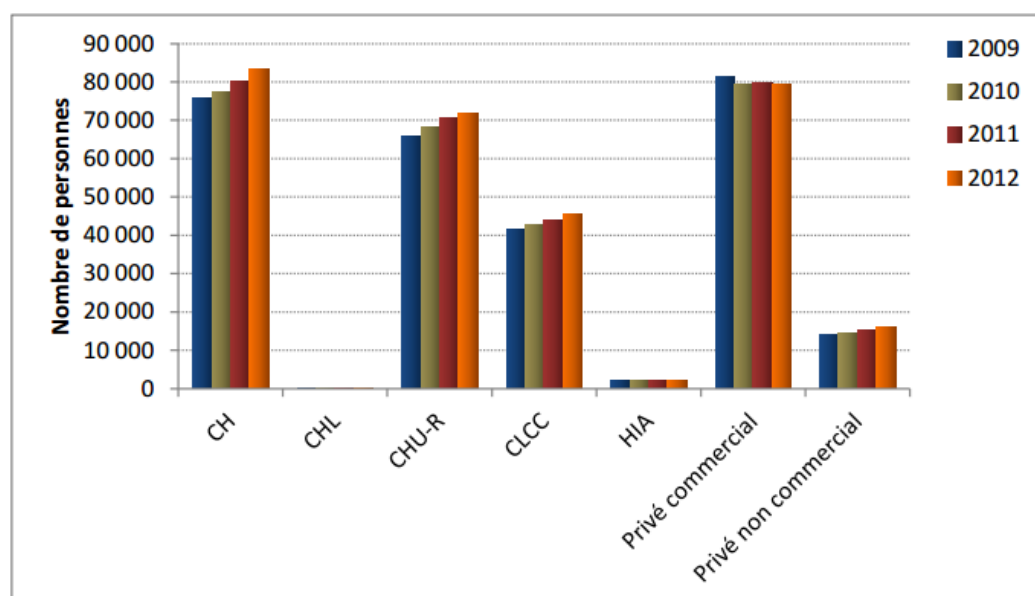
Source : ATIH-PMSI MCo 2009-2012. Traitement INCa 2013

Les hospitalisations pour/avec chimiothérapie représentaient 9,1% des hospitalisations des établissements de santé : 26,2% des séances et 1,5% des séjours en 2011. Cinq types de cancer cumulent 85% des séjours et séances : appareil digestif (26,4%), sein (21,5%), hématologie (17,8%), appareil respiratoire (12,4%), gynécologie (6,9%).

Concernant les patients, en 2012, 287 825 personnes ont été traitées par chimiothérapie, soit une augmentation de 2,1% par rapport à 2011 et de 6,1% par rapport à 2009. 60% de ces patients ont initié un nouveau traitement. Une personne sur cinq a plus de 75 ans et 1,4% moins de 18 ans. Le nombre de malades traités augmente davantage dans le

secteur public (+ 9,4% par rapport à 2009) alors que la part du secteur privé recule de 2,1% et représente 29% de la population prise en charge. 31% des personnes vont se faire soigner dans un Centre hospitalier contre 26% dans un CHU (cf. figure 9).

Figure 9. Évolution du nombre de personnes ayant eu une hospitalisation pour/avec chimiothérapie selon le type d'établissement depuis 2009

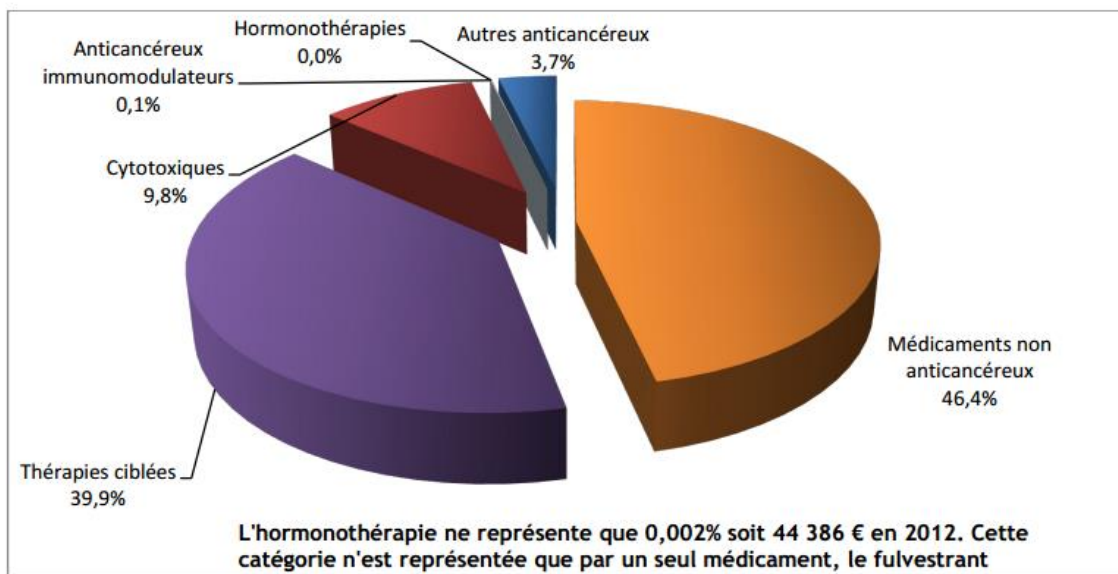


Source : ATIH-PMSI MCO 2009-2012. Traitement INCa 2013

Toujours sur l'année 2012, 802 établissements ont réalisés au moins une hospitalisation (séjour ou séance) de chimiothérapie mais, en réalité, l'activité se concentre sur un quart de ces établissements. Ainsi 79% de l'activité est réalisée par les 201 établissements avec l'activité la plus élevée. Les 25% des établissements avec l'activité la plus faible effectuent moins de 1% de l'activité totale de chimiothérapie. Ce constat peut être une base pour des réflexions sur une restructuration territoriale de l'offre de soins en chimiothérapie et, plus largement, en cancérologie.

En ce qui concerne les dépenses d'hospitalisations (séjours et séances) pour/avec chimiothérapie, elles s'élevaient, en 2012 à 1, 657 milliards répartis entre 872,4 millions pour les séjours et 784,4 millions pour les séances. Ces dépenses sont en augmentation de 5% par rapport à 2011 (+ 8,8% pour les séances et + 1,8 % pour les hospitalisations complètes). Pour les médicaments du type des anticancéreux, il existe une « liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation » (art. L. 162-22-7 code de la sécurité sociale). Sur cette liste figurent les traitements qui ne sont pas inclus dans les Groupes homogènes de séjours (GHS). Les dépenses liées aux anticancéreux de cette liste, pour le secteur MCO, en 2012, s'élevaient à 2,6 milliards d'euros dont 53,5% pour des anticancéreux (1,4 milliards d'euros). Ce sont dix thérapies ciblées qui représentent le plus de dépenses (40% du total) (Cf. figure 11).

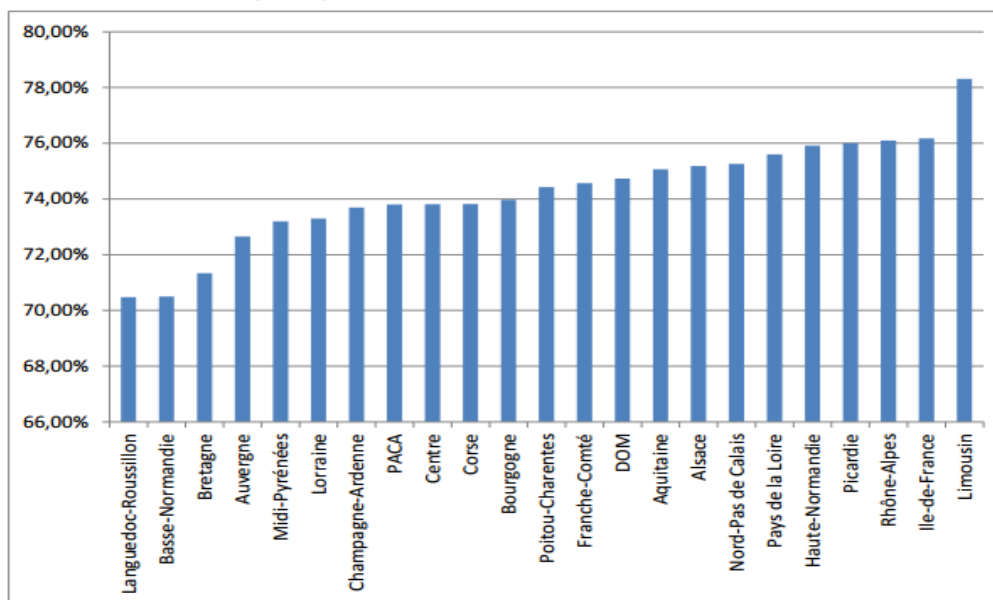
Figure 11. Répartition des dépenses de l'ensemble des médicaments appartenant à la liste en sus en 2012



Source : ATIH-FICHCOMP 2008-2009 et ATIH RSFA 2010-2012. Traitement INCa 2013

On peut noter que le Limousin est la région française dans laquelle la part des thérapies ciblées dans le montant total des dépenses de médicaments anticancéreux de la liste en sus est la plus importante (78,6% contre 75% en moyenne) (cf. figure 22).

Figure 22. Part des thérapies ciblées dans l'ensemble des dépenses d'anticancéreux de la liste en sus par région en 2012



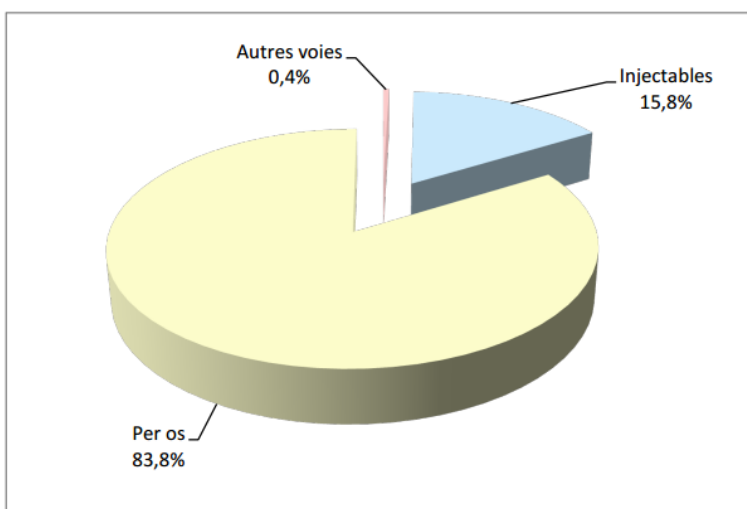
Source : ATIH-RSFA 2012. Traitement INCa 2013

En ville enfin, les dépenses d'anticancéreux se partagent entre les rétrocessions et les ventes en officines. En 2012, l'Assurance maladie a remboursé environ 1,5 milliard de médicaments en rétrocession dont 7,7% sont des anticancéreux. Les médicaments

administrables per os représentent 98% des dépenses de rétrocessions. Les dépenses d'anticancéreux en rétrocession ont plus que doublé entre 2011 et 2012, en passant de 56,3 millions à 115 millions d'euros, notamment du fait de l'arrivée de molécules de thérapie ciblée et d'hormonothérapie.

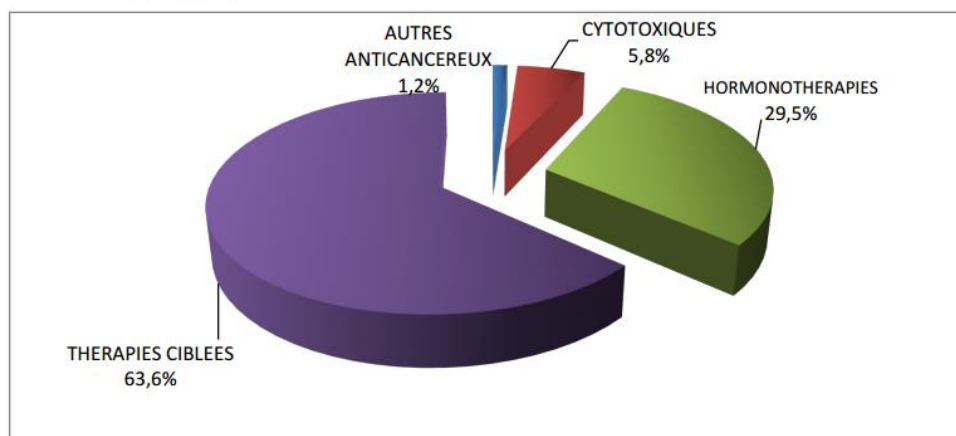
En ce qui concerne les traitements délivrés en officine, en 2012, le régime général de l'Assurance maladie a dépensé environ 15,4 milliards d'euros de médicaments dont 5,02% (76,9 millions d'euros) sont des anticancéreux. Leur part était de 4,90 % en 2011. Il est dès lors très intéressant de noter que malgré une baisse générale des dépenses de médicaments de l'Assurance maladie (-1,1% entre 2011 et 2012), celles qui sont relatives aux anticancéreux augmentent (+1,3%), de part un effet prix (dû à l'apparition de nouvelles molécules) et un effet volume (du fait de l'augmentation du nombre de patients traités). Un peu plus de la moitié des dépenses d'anticancéreux concerne les thérapies ciblées et 40% l'hormonothérapie. Les médicaments per os représentent plus des ¾ des montants dépensés en ville majoritairement représentés par les thérapies ciblées (cf. figures 32 et 37).

Figure 32. Répartition de la somme des montants remboursés par l'Assurance maladie par voie d'administration de la chimiothérapie délivrée à l'officine pour l'année 2012



Source : CNAMTS/MEDIC'AM 2008-2012. Traitement INCa 2013

Figure 37. Proportions des différentes classes pharmacologiques anticancéreuses per os pour l'année 2012



Source : CNAMTS/MEDIC'AM 2008-2012. Traitement INCa 2013

Les dépenses de santé, qu'elles portent sur l'enveloppe hospitalière ou l'enveloppe de ville, sont fortement impactées par la multiplication des thérapies anticancéreuses et la diversification de leurs modes d'administration. Les établissements ont largement participé à cette croissance des ressources affectées à la cancérologie en investissant et en développant cette activité, à l'image du CH de Brive.

2.1.2 Les hôpitaux ont beaucoup investi pour développer les prises en charge oncologiques : exemple du Centre Hospitalier de Brive-la-Gaillarde

Les évolutions épidémiologiques, les injonctions politiques et les incitations financières ont poussé les établissements de santé à développer leur activité en cancérologie. Si les grands hôpitaux, types CHRU, sont devenus de vrais centres d'expertise et de recherche en cancérologie, les structures de taille moyenne, à l'image du Centre hospitalier de Brive, ont également un rôle essentiel à jouer dans le traitement du cancer.

Deuxième établissement du Limousin, avec ses 612 lits et 106 places, le CH de Brive est fortement implanté sur son territoire. Sa situation géographique, au Sud de la Corrèze, lui confère un bassin d'attraction (300 000 habitants) débordant sur trois départements. Ainsi, l'hôpital accueille 30% de patients en provenance du Lot et de la Dordogne. Il dispose d'un budget d'exploitation de 146,2 millions d'euros et emploie 1730 agents et plus de 200 praticiens (internes inclus). Il assure des missions de proximité mais est également une structure de recours et d'expertise notamment en cancérologie. En effet, les médecins et administrateurs de l'hôpital n'ont cessé, depuis les années 1980, de développer l'activité d'oncologie et d'offrir aux patients corrèziens, et au-delà, des services toujours plus complets et modernes.

C'est en 1982 que l'hôpital a commencé à structurer son activité d'oncologie avec quinze lits d'hospitalisation, l'achat d'un accélérateur et l'ouverture d'un petit secteur d'hospitalisation de jour de quatre places. Depuis, l'acquisition de trois accélérateurs de particules permet aujourd'hui de prodiguer des soins de radiothérapie de dernière génération à près de 100 malades par jour (en 2014, 21 300 séances). En oncologie médicale, le service est passé à 30 lits d'hospitalisation complète, dont un secteur de sept lits d'hôpital de semaine (avec trois lits de soins palliatifs), et un autre de cinq lits d'hématologie. D'importants travaux ont été réalisés pour aboutir à la restructuration du bâtiment historique et à son extension pour un montant total de 11 184 205 euros (répartis sur six ans).

Le secteur de consultations du pôle de cancérologie du CH de Brive est également très actif. Il propose des consultations en oncologie, radiothérapie, onco-gériatrie, ainsi que les consultations d'annonce médicales et infirmières. Environ 12 500 consultations y ont été réalisées en 2014. Enfin, le pôle compte un hôpital de jour de 18 places, principalement pour la réalisation des chimiothérapies injectables et des transfusions, qui reçoit en moyenne 40 patients chaque jour. Une Zone à Atmosphère Contrôlée aux normes ISO 8 a été créée pour la préparation des chimiothérapies pour Brive mais également Tulle et l'HAD Relais-Santé. Elle dispense également, directement auprès des prescripteurs, les chimiothérapies orales sous ATU ou en attente d'une distribution en officine de ville. L'hôpital de Brive est aussi autorisé pour la chirurgie des cancers digestifs, mammaires, urologiques, thoraciques, ORL et maxillo-faciales, mais aussi gynécologiques depuis une récente décision de l'Agence régionale de santé.

Il est important de noter qu'en Corrèze, Brive est le seul centre en radiothérapie. En ce qui concerne les chimiothérapies, le CH détient une autorisation de soin et est associé aux CH de Tulle et Ussel (consultations avancées, reconstitution de cytotoxiques). Cette configuration territoriale pousse à la coopération entre établissements et professionnels de santé sous forme conventionnelle notamment (avec le CH de Tulle pour la prise en charge des soins palliatifs par exemple) mais pas seulement. Ainsi, le réseau Oncorèze a été créé en 2000 et est devenu par la suite l'HAD Relais-Santé assurant la prise en charge des chimiothérapies et des soins palliatifs à domicile. Reste aujourd'hui actif le réseau régional ROHLim. L'implantation au CH de Brive du Centre de coordination en cancérologie de Corrèze (3C) a également permis de réunir l'ensemble des établissements de santé corréziens publics et privés, le Centre d'Imagerie IMA 19 ainsi que le laboratoire privé d'anatomo-pathologie de Brive. Le 3C a mis en place une infirmière d'annonce dans chaque établissement public ou privé, des réunions de concertation pluridisciplinaire hebdomadaires (RCP) par spécialité d'organe, des fiches pharmaceutiques sur la totalité des médicaments de chimiothérapies et thérapies ciblées

utilisés en ville. Ont aussi été développés les soins de support, ainsi qu'un site internet accessible au public et aux professionnels et un numéro vert. Enfin, dans un objectif d'amélioration continue de la prise en charge des malades, ont été déployés à Brive deux postes d'attachés de recherche clinique (ARC), en oncologie médicale et en hématologie, ce qui a permis d'intégrer le CH dans des recherches cliniques nationales et internationales.

Ainsi, en presque 34 ans, le pôle d'oncologie est passé d'une équipe réduite à environ 100 personnes qui travaillent tous les jours pour assurer des soins de qualité aux patients atteints du cancer.

En ce qui concerne plus précisément l'activité réalisée par le pôle de cancérologie, en 2014⁵⁵, on a pu dénombrer 8 491 séances de chimiothérapie (dont 1011 en hématologie), en augmentation de 3,05% par rapport à 2013. Les séances de radiothérapie augmentent également de 11,70% entre 2013 et 2014 (21 3012). Il en va de même pour le secteur d'hospitalisation conventionnelle avec une très forte hausse des journées (8358 soit + 47,25%) à corréliser avec l'ouverture de capacités complémentaires. La durée moyenne de séjour y est de 6,71 jours et le taux d'occupation de 101,88%.

Etant donnée l'attractivité de l'établissement sur ce secteur, les recettes engendrées sont notables. En effet, lorsque que l'on étudie le chiffre d'affaire T2A par Unité médicale (UM) sur l'année 2014⁵⁶, on note que les recettes totales induites par l'activité du pôle de cancérologie s'élèvent à 11 903 490 € soit une augmentation de +22% par rapport à l'année 2013. Plus précisément, l'activité d'oncologie en hôpital de jour a rapporté 3 614 838 € (en augmentation de 3%), derrière celle de radiothérapie qui représente 4 264 804 € en 2014 en augmentation de 13%. On peut noter que l'hospitalisation complète a engendré, quant à elle, 3 506 076 € de recettes, avec un saut de 41% en comparaison de l'année précédente.

Sachant que le chiffre d'affaire T2A global de l'établissement s'élève à 75 544 222 €, le pôle de cancérologie représente presque 16% des recettes et la seule activité d'hospitalisation de jour 5% du total.

En ce qui concerne les dépenses⁵⁷, les coûts du personnel du pôle s'élèvent à 4 793 171€, soit une augmentation de 11.96% par rapport à 2013 (à mettre en relation avec l'ouverture de 15 lits supplémentaires), réparties en 1 145 528 € de personnel médical et 3 647 642€ de personnel non médical (dont un tiers affecté à la radiothérapie).

⁵⁵ Centre Hospitalier de Brive, Direction des finances et du contrôle de gestion, Pôle de cancérologie, Les chiffres clés, Chiffres consolidés au 31 décembre 2014, Version 17/03/2015

⁵⁶ PMSipilot MCO, C.A T2A par UM, année complète 2014, pôle onco-hématologie

⁵⁷ Centre Hospitalier de Brive, Direction des finances et du contrôle de gestion, Pôle de cancérologie, Tableau de bord médico-économique-chiffres clés, au 31/12/2014, extraction du 19/02/2015, édition du 23/03/2015

L'autre gros poste de dépenses concerne les médicaments avec un montant total pour le pôle de 7 556 842 € dont 5 721 840 € de molécules onéreuses (+8% / 2013). On note que ces dernières sont quasiment en totalité affecté à l'UF de l'HDJ (5 752 194 €). Si l'on se focalise sur l'activité de chimiothérapie en séance, on constate que cette dernière est relativement peu coûteuse en personnel mais beaucoup en dépenses de pharmacie, notamment au titre de la liste en sus (intégralement remboursée par l'Assurance maladie). Globalement, le pôle dégage une marge brute de 47, 12% soit 6 472 683€ en 2014 (44% en 2013, 4 998 980€).

Ces données d'activité prouvent l'importance de l'activité de traitement des cancers pour le CH de Brive qui va donc devoir, comme les autres établissements de santé, s'adapter rapidement aux nouvelles formes de prise en charge, afin de maintenir son niveau d'activité tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins. Pour cela, il va falloir revoir les organisations, jusque-là axée sur l'offre hospitalière.

2.1.3 Les organisations accordaient jusque-là une place importante au plateau-technique hospitalier

Les traitements par chimiothérapies intraveineuses (IV) ont longtemps été, et restent pour l'instant, prédominants. Les hôpitaux ont donc organisé les prises en charge des patients atteints de cancer au sein de leur structure, autour d'un plateau-technique permettant les traitements, les examens complémentaires, et une intervention médicale rapide en cas de besoin, voire un accès à un service d'hospitalisation. Ont ainsi été développés les hôpitaux de jour, parfois adossés à une unité de reconstitution des cytotoxiques, avec des parcours spécifiques.

Par exemple, au sein du Centre hospitalier de Brive, un projet de soins concernant l'hôpital de jour (HDJ) en oncologie a été rédigé⁵⁸ et détaille le parcours du patient. Neuf et très moderne, l'HDJ à Brive est composé de 18 boxes individuels répartis en cinq secteurs géographiques. Une IDE par secteur prend en charge trois à quatre patients. L'entretien des locaux et des surfaces est réalisé par une aide-soignante. Dans un des secteurs, un lit est identifié et dédié pour prendre en charge les patients non programmés nécessitant une évaluation médicale. Enfin, un secteur de trois boxes réservés aux transfusions permet d'accueillir quinze patients par semaine. Le service est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 18h30. Pour l'ensemble du service, les effectifs en personnels nécessaires pour les 18 places sont les suivants : 5 ETP IDE / jour, 3 ETP AS/jour, équipe

⁵⁸ Centre hospitalier de Brive, Direction des soins, Pôle de cancérologie, Projet de soins, l'hospitalisation de jour en oncologie.

commune d'ASH sur l'ensemble des unités du pôle de cancérologie, une diététicienne. Les IDE et AS alternent entre l'HDJ et l'hospitalisation d'oncologie afin d'élargir leurs compétences professionnelles et d'enrichir leur vision du parcours clinique du patient.

En ce qui concerne le circuit du patient, les dossiers médicaux sont systématiquement étudiés en RCP. Le médecin oncologue ou hématologue voit le patient en consultation d'annonce et établit avec lui son Programme personnalisé de soins. Si la chimiothérapie est prescrite en HDJ, la programmation est immédiatement réalisée par le secrétariat. La durée du passage en HDJ peut varier entre 1h et 6h par jour et s'échelonner sur plusieurs jours ou semaines selon les protocoles de traitements. Les patients et leur famille entrent directement dans l'unité d'HDJ, où ils sont accueillis par la secrétaire à qui ils remettent leur carnet de suivi. L'équipe soignante les prend en charge tout de suite après. Le médecin présent dans le service reçoit tous les patients pour le premier jour du traitement et confirme la chimiothérapie au vu de l'examen clinique et des résultats des bilans (biologiques, radiologiques, etc). La prescription médicale est alors réalisée et transmise à l'Unité de reconstitution des cytotoxiques. Le patient reçoit son traitement et repart à domicile avec son carnet de suivi mentionnant son ou ses prochains rendez-vous. Un compte-rendu des différentes consultations ainsi que le protocole du traitement sont communiqués rapidement au médecin traitant. Des soins de support sont disponibles, proposés par le 3C en partenariat avec la Ligue contre le cancer (socio-esthéticienne, psychologue, etc.).

On peut ainsi considérer que la prise en charge des chimiothérapies en HDJ est bien structurée au Centre hospitalier de Brive. La preuve en est sa forte attractivité tant en termes de patientèle que de professionnels de santé.

La problématique est bien différente quand les traitements sortent de l'univers sécurisé de l'hôpital pour s'externaliser au domicile. Cela concerne à la fois les prises en charge en HAD et les thérapies anticancéreuses orales, même si les difficultés sont bien plus importantes avec ces dernières étant données l'absence de toute compétence soignante au moment de l'administration du traitement.

Jusqu'à récemment, avant la mise en place d'un parcours spécifique, les patients bénéficiant d'un traitement oral étaient vus par l'oncologue lors de la consultation d'annonce, durant laquelle il évaluait la capacité du malade à assumer seul sa chimiothérapie, puis par l'infirmière qui reprenait les éléments de diagnostic mais également les modalités de traitement. Ensuite, étaient fournis au patient son PPS, un carnet de suivi, une fiche d'information sur la molécule prescrite, l'ordonnance et un nouveau rendez-vous avec l'oncologue. Les comptes rendus médicaux ainsi qu'une fiche d'information technique étaient envoyés au médecin traitant. Puis le patient rentrait à

domicile, l'oncologue ayant pris soin de décaler la première prise afin de laisser le temps au pharmacien de ville de commander le traitement.

La problématique principale se situait au niveau du suivi du patient, pendant la durée du traitement, entre deux consultations avec l'oncologue. Au départ, une infirmière, rattachée à la Ligue contre le cancer, consacrait une partie de son temps aux appels téléphoniques des malades. Cependant, elle ne pouvait assurer un suivi exhaustif et a ensuite été orientée sur d'autres missions. En l'absence de suivi, la qualité et la sécurité des soins sont en jeu. En effet, lors d'un entretien, le chef de service d'oncologie expliquait que certains patients revenaient en consultation avec des effets secondaires tellement avancés que le traitement devait être revu, voir arrêté complètement.

Ainsi, sans dispositif de suivi structuré, assuré par des professionnels formés et partagé avec tous les acteurs du parcours de soins, les traitements par chimiothérapies orales peuvent se révéler générateurs de risques, voire représenter une perte de chance pour certains patients.

2.2 L'inadéquation des modalités de prises en charge actuelles aux innovations thérapeutiques sont porteuses de nombreux risques

Bien que correspondant aux évolutions des traitements et aux nouvelles attentes des patients, il ne faut pas négliger la part de risques engendrée par des innovations thérapeutiques telles que les chimiothérapies orales. Si la sécurité et la qualité des soins représentent l'enjeu principal de telles prises en charge, l'impact sur les recettes d'activité peut également représenter un risque pour l'équilibre financier des établissements de santé.

2.2.1 La sécurité des soins peut-être remise en cause par l'absence de suivi durant la prise d'un traitement anticancéreux per os

Les traitements anticancéreux par voie orale sont parfois considérés, à tort, comme moins dangereux par les patients, car sortis symboliquement du contexte hospitalier. Or les molécules per os sont aussi toxiques et ont autant d'effets secondaires que les traitements IV, c'est pourquoi une mauvaise compliance peut être dangereuse pour le patient.

Tout d'abord, l'observance du traitement est fondamentale. Elle est définie depuis 2003 par l'OMS comme le « degré de coïncidence entre le comportement du patient (en terme de prise de médicaments, de suivi de régimes alimentaires, de modification du style de vie) et l'avis médical ou la recommandation de santé qui lui a été prescrite »⁵⁹. L'observance varie d'un individu à l'autre et peut évoluer au cours du traitement pour un même patient. Elle est habituellement évaluée à 40-50% pour les pathologies chroniques⁶⁰. En effet, la problématique peut être double, y compris dans le cas des chimiothérapies orales : une sous-observance ou une sur-observance. Ainsi, selon la cadre de santé de l'hôpital de jour du CH de Brive, plusieurs croyances infondées du patient peuvent aboutir à une mauvaise prise du traitement. Tout d'abord le patient peut assimiler le changement de mode d'administration choisi par le médecin comme correspondant à une amélioration de son état de santé et alors juger qu'il a moins besoin de son traitement. Au contraire, d'autres penseront qu'il s'agit d'une stratégie de dernier recours et estimeront qu'il est inutile de se plier au protocole. Enfin, livrés à eux-mêmes, certains seront tentés d'accroître l'efficacité de leur traitement en « surdosant » leurs prises. Ce comportement aura cependant pour seul effet de majorer la toxicité de la molécule avec des conséquences qui pourraient être dramatiques⁶¹. D'où l'intérêt d'inclure dans le parcours une expertise pharmacologique comme c'est le cas actuellement au CH de Brive (cf. infra).

La deuxième zone de risque majeur est la surveillance de l'apparition d'effets secondaires. Les patients doivent ainsi savoir eux-mêmes identifier quels signes doivent alerter et nécessitent un avis médical. Par exemple, le patient devra être vigilant à l'apparition de symptômes infectieux qui peuvent être annonciateurs d'une neutropénie. Il s'agit d'un effet indésirable commun à de nombreuses chimiothérapies orales et qui affecte le système immunitaire. Son apparition peut amener à décaler le cycle de traitement et ainsi perturber son bon déroulement. Ainsi, tout comme les chimiothérapies IV, les traitements per os ne dispensent pas d'un suivi clinique et biologique régulier. D'autres types d'effets secondaires sont redoutés par les patients tels que les syndromes main-pied ou les vomissements. Ils peuvent être aigus et difficilement supportables, physiquement et psychologiquement par les patients. Le danger survient alors que le patient, excédé, décide lui-même d'arrêter son traitement et réduise ainsi ses chances de guérison. Le malade peut également redouter de signaler ses effets secondaires à son médecin, par peur que ce dernier n'interrompe le traitement, ce qui se révélera

⁵⁹ OMS. 2003. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. OMS/MNC/03.01. Genève. www.who.int/chronic_conditions/en/adherencereport.pdf

⁶⁰ European Group for Blood and Marrow Transplantation - Nurses Group, « L'observance aux traitements anticancéreux. », novembre 2009

⁶¹ J. Dupiot, « Lien ville-hôpital autour de la chimiothérapie orale: connaissance et utilisation pratique des outils existants. »

malheureusement contre-productif. C'est sur cette thématique qu'un suivi par appel téléphonique de la part d'un professionnel spécialement formé trouve tout son sens. Il sera en mesure d'indiquer au patient quels désagréments sont sans gravité et sont associés classiquement à la prise de la molécule mais surtout lesquels doivent être pris au sérieux de par leur faible fréquence d'apparition dans tel ou tel type de protocole ou leur ampleur. Le professionnel de santé pourra alors prendre la décision d'orienter le patient vers son médecin traitant voire le reconvoquer en urgence à l'hôpital (pour rappel un box est dédié à ses venues non programmées au CH de Brive).

Enfin, les interactions médicamenteuses représentent également une cause d'insécurité des soins. En 2007, une étude a recensé près de 726 interactions médicamenteuses avec des anticancéreux⁶² dont seulement 26% sont décrites dans le *Vidal* et 18% dans le thesaurus de l'Agence nationale de la sécurité du médicament (ANSM). On retrouve même des contre-indications entre les molécules anticancéreuses et les médicaments ayant pour but de traiter les effets indésirables. Les médecins généralistes, non formés à ce type de molécule, sont alors susceptibles de commettre des erreurs de prescriptions qui ne pourront être détectées que par le pharmacien de ville, ou par l'oncologue lors de la visite de suivi, c'est-à-dire tardivement. De plus, beaucoup de patients ont aujourd'hui recours à des médecines alternatives type homéopathie ou phytothérapie. On peut facilement imaginer que peu d'entre eux en informent leur oncologue alors que des interactions existent aussi avec ce type de traitements. Il en va de même, bien sûr, avec les personnes âgées, très souvent polymédiquées. Le rôle du pharmacien hospitalier et de ville, prendra ici tout son sens en tant qu'expert⁶³ de la pharmacopée.

On peut noter ici le manque de statistiques disponibles sur le taux de réhospitalisations ou d'arrêts des traitements suite à un échec ou une erreur de prise de chimiothérapies orales, ainsi que sur le volume et la teneur des événements indésirables qui leur sont associés. Les pouvoirs publics insistent en effet sur un meilleur recueil des données de santé dans ce domaine, ce qui permettra d'en évaluer l'efficacité, la sécurité, et ainsi d'affiner les critères d'éligibilité des patients. Mais ce recueil suppose une structuration des parcours et une formalisation stricte du suivi des patients.

D'autres difficultés induites par une carence de suivi des traitements anticancéreux oraux peuvent remettre en cause, sinon la sécurité, du moins l'efficacité du traitement.

⁶² V. Schwiertz, C. Bertin, A. Henry, et B. Charpiat, « Number and nature of drug interactions concerning antineoplastic drugs », *Bull. Cancer (Paris)*, vol. 94, n° 5, p. 477-482, mai 2007.

⁶³ F. Ranchon, C. Bouret, B. Charpiat, et G. Leboucher, « Sécurisation de l'emploi des chimiothérapies anticancéreuses administrables par voie orale », *Pharm. Hosp.*, vol. 44, n° 1, p. 36-44, mars 2009.

2.2.2 La qualité et l'efficacité de la thérapie dépendent d'une éducation spécifique et adaptée des patients

Si l'administration par voie orale reste l'option préférée des patients du fait des facilités qu'elle apporte dans leur vie quotidienne, leur priorité est la garantie d'une efficacité équivalente à l'administration par voie IV. Plusieurs études techniques et ciblées sur certaines molécules ont démontré, dans l'absolu, c'est-à-dire dans des conditions d'administration optimale, une efficacité médicale similaire entre les deux modalités de prise en charge⁶⁴. Cependant, force est de constater que plusieurs facteurs peuvent affecter la qualité des soins lorsque le traitement est pris per os.

On peut tout d'abord évoquer la problématique de la biodisponibilité. Ce terme désigne la proportion de médicament administré atteignant la circulation générale⁶⁵. Contrairement aux médicaments IV, qui gagnent directement la circulation sanguine offrant ainsi une biodisponibilité de 100%, les médicaments administrés par voie orale doivent tout d'abord franchir la barrière intestinale, puis transiter par le foie avant d'atteindre la circulation sanguine en quantité moindre. De nombreux facteurs, liés à l'individu ou au médicament lui-même, peuvent influencer sur la biodisponibilité. Parmi eux, on peut noter l'âge, le pH gastrique, les médicaments associés, la présence d'un bol alimentaire, la forme galénique du médicament, ainsi que ses propriétés physico-chimiques (surface, solubilité, précipitation, lipophilie). Cette biodisponibilité variable entraîne des taux sanguins instables, ce qui peut avoir un impact sur l'efficacité et la toxicité du médicament.

Ensuite la complexité des posologies et l'organisation quotidienne que requiert une bonne prise du traitement peut induire des erreurs ou des « adaptations personnelles ». En effet, certains protocoles nécessitent des prises fréquentes d'un nombre important de comprimés. Selon les dosages commercialisés, l'adaptation des posologies n'est pas toujours évidente et peut engendrer une « gymnastique » complexe à gérer au niveau des horaires de prises. De plus, ces thérapies concernent souvent des personnes déjà polymédiquées avec des traitements de fond ou de support, ce qui augmente le risque de confusions.

⁶⁴ B. C. Lembersky, « Oral Uracil and Tegafur Plus Leucovorin Compared With Intravenous Fluorouracil and Leucovorin in Stage II and III Carcinoma of the Colon: Results From National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocol C-06 », *J. Clin. Oncol.*, vol. 24, n° 13, p. 2059 -2064, mai 2006.

⁶⁵ ROUGEOT, J., Prise en charge des patients sous thérapie orale en oncologie médicale au CHU de Limoges : évérolimus AFINITOR, thèse pour l'obtention du diplôme d'Etat de Docteur en pharmacie, Université de Limoges, soutenue le 4 septembre 2015

Enfin des interactions, autres que médicamenteuses, peuvent diminuer l'efficacité du traitement. En effet, la nature de l'alimentation et le délai entre la prise de repas et la prise du traitement peuvent interférer dans l'absorption. Certaines molécules doivent être préférentiellement prises pendant le repas, et d'autres en dehors avec un délai de une à deux heures. Le pamplemousse est un puissant inhibiteur enzymatique pouvant faire varier les concentrations sanguines du médicament. Il faut donc intégrer autant que possible les exigences requises par les molécules aux habitudes de vie quotidienne des patients, ce qui peut se révéler complexe voire impossible, si la personne a conservé une vie professionnelle ou sociale active.

Au-delà de la prise du médicament en elle-même, et contrairement à l'administration en milieu hospitalier, la manipulation et l'administration des thérapies per os sont exclusivement sous la responsabilité du patient et nécessitent une organisation globale importante. Ainsi, le patient doit gérer seul l'approvisionnement en médicament afin de ne pas risquer une interruption de traitement. Il devra donc anticiper sa disponibilité auprès de son pharmacien de ville. Ensuite, les modalités de conservation du médicament devront être conformes aux recommandations du fabricant (température, lumière, etc). La préparation et l'administration sont également des étapes à fort risque d'erreur (le conditionnement du médicament ne correspond pas toujours au plan de prise par exemple). Enfin, la traçabilité des prises doit être effectuée par le patient pour que l'oncologue puisse évaluer la compliance au traitement, ce qui peut paraître rébarbatif et fastidieux au bout de plusieurs semaines de prise.

La préparation, l'information et l'éducation du patient sont dès lors essentielles à l'occasion de ce type de traitements et peuvent s'accomplir notamment au travers de programmes d'éducation thérapeutique. L'article L. 1161-1 du Code de la santé publique précise que l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins. Elle a pour objectif de « rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ». L'éducation thérapeutique peut être assurée sous forme collective (par type d'effets secondaires) ou individuelle selon les besoins. En tout état de cause, il faut disposer d'une équipe pluriprofessionnelle spécialement formée⁶⁶. Plusieurs facteurs doivent être réunis afin d'élaborer un programme d'ETP de qualité : la prise en compte des représentations des patients, l'implication d'équipe pluridisciplinaires et formées, le recours à une aide méthodologique⁶⁷. Ces actions

⁶⁶ Décret n°2010-904, du 2 août 2010, relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient

⁶⁷ PEROL, D., TOUTENU, P., LEFRANC, A., REGNIER, V., CHVETZOFF, G., SALTEL, P., CHAUVIN, F, mars 2007, *L'éducation thérapeutique en oncologie : vers une reconnaissance des compétences du patient*, Bull cancer, vol.94, n°3

peuvent être exercées soit au sein de l'hôpital soit par le biais d'un réseau de soins en cancérologie (RSC). Une réflexion territoriale peut également se révéler structurante pour certaines régions où l'offre de soins en cancérologie n'est pas pléthorique et uniforme (cf. infra, projet d'unité transversale d'éducation thérapeutique en Corrèze).

Si les dangers affectant la santé du patient et l'efficacité des traitements sont clairement identifiés, il est beaucoup plus complexe d'analyser le risque financier induit par l'externalisation de la prise en charge des cancers pour les établissements de santé.

2.2.3 Les pertes induites au niveau des recettes de l'activité hospitalière sont complexes à évaluer (étude au CH de Brive)

L'impact financier du développement des chimiothérapies est double pour les établissements de santé. D'une part, la prescription de ce type de traitement n'est pas valorisée au-delà d'une simple consultation de spécialiste (28€), alors que l'administration des traitements en IV correspond à un GHS rémunéré via la T2A. D'autre part, l'augmentation du nombre de molécules per os induit un glissement, total ou partiel, des prises en charge des patients vers le secteur ambulatoire, ce qui engendre corrélativement des pertes de recettes pour l'hôpital. L'enjeu est alors d'évaluer ce « manque à gagner » causé par la substitution des traitements administrés en HDJ par des molécules distribuées en ville.

Cependant, comme souligné plus haut, il est extrêmement difficile de recueillir les données nécessaires à ce type d'analyse, et ce pour plusieurs raisons :

- Tout d'abord, les prises en charge par chimiothérapie orale sont prescrites lors d'une consultation externe par l'oncologue et ne font donc pas l'objet d'une traçabilité particulière dans le PMSI.
- De plus, il est complexe d'établir un taux précis de substitution étant donné qu'une thérapie orale peut être prise seule, en remplacement d'une thérapie IV mais aussi venir s'y ajouter.
- Enfin, les besoins de soins des patients varient énormément (soins de support, hospitalisation, retour à un traitement IV), il faudrait alors descendre jusqu'aux dossiers médicaux pour élaborer une étude exhaustive.

Malgré ces difficultés, une étude a été menée en deux temps au CH de Brive. Le premier porte sur l'évaluation des pertes de recettes pour l'hôpital dues à l'externalisation des

prises en charge, le deuxième sur une étude plus globale de l'équilibre financier qui résulte de la mise en place d'un parcours dédié aux traitements per os (cf. infra).

Tout d'abord, pour déterminer la file active de patients traités par chimiothérapies orales au CH de Brive, il a été demandé à chaque oncologue de communiquer le nombre de nouveaux patients vus en consultation pour lesquels une chimiothérapie orale a été prescrite. Il en est ressorti les chiffres suivants:

- en 2014, ce mode de traitement concernait 214 patients (dont 152 nouveaux)
- une projection a été faite pour 2015, après une évaluation sur le premier semestre, les données transmises par les praticiens ont révélé l'inclusion de cinq nouveaux patients par semaine, soit 250 nouveaux patients sur l'année.

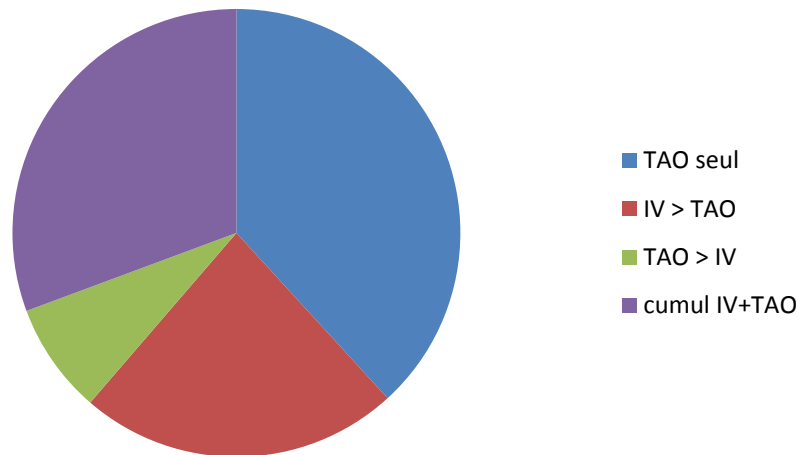
Afin de simuler la perte de recettes pour l'établissement, trois étapes sont nécessaires :

1. Déterminer un taux global de substitution
2. Identifier les recettes induites par les traitements de chimiothérapie par voie IV
3. Appliquer le taux de substitution à ces recettes pour chiffrer les pertes potentielles induites par le passage à la voie orale

Afin de déterminer le taux de substitution, la méthode utilisée a été la suivante : les patients sous chimiothérapies orales ayant été suivis pendant une période par une infirmière, une liste (malheureusement partielle) a été retrouvée par le 3C. Elle comporte 135 patients sur les 214 traités en 2014 et 77 nouveaux patients pour 2015. Cette liste a été donnée au pharmacien hospitalier qui, en reprenant les protocoles de chaque patient, a indiqué ceux ayant eu une chimiothérapie orale et avec quelles associations.

Après analyse des résultats, sur l'échantillon de 212 patients : 81 ont été traités par chimiothérapie orale seule tout au long de leur prise en charge, 49 ont pris un traitement oral suivant un traitement IV et 17 sont revenus à un traitement dispensé en HDJ après avoir débuté par une chimiothérapie orale. Enfin, 65 ont cumulé simultanément un traitement oral et un traitement IV.

Part de patients par protocole sur l'échantillon



Pour en tirer des conclusions précises sur les recettes perdues pour l'hôpital, il faudrait savoir :

- Parmi les patients traités par médicaments per os seuls : lesquels le sont car aucune forme IV n'existe et qui, de toute façon, n'aurait pas été traités à l'hôpital, et ceux qui le sont car une forme per os a été développée mais qui aurait pu bénéficier d'une forme IV dans le cas contraire. Cela suppose une expertise médicale et pharmaceutique.
- Parmi les patients ayant pris une forme orale suite à un traitement en HDJ : ces patients auraient-ils poursuivis leur traitement IV si la forme per os n'avait pas été disponible ou tout traitement aurait-il été arrêté ? Dans le premier cas, il y a effectivement perte pour l'hôpital car le patient aurait été vu en HDJ, dans le deuxième cas, aucune perte ne peut être mentionnée. Ici, non seulement une expertise médicale et pharmaceutique est requise mais également un entretien avec le patient. En effet, la voie orale a pu être préférée car le patient ne souhaitait pas poursuivre son traitement à l'hôpital du fait de l'impact sur sa vie personnelle, ou ne supportait pas la présence d'un dispositif implantable.
- L'hypothèse est plus simple pour les patients qui cumulent les deux formes : les recettes pour l'hôpital seraient probablement les mêmes puisque le patient vient en HDJ.

Il est dès lors difficile de pousser plus loin l'étude sans aller jusqu'au dossier du patient avec l'oncologue pour lui demander les raisons de son choix thérapeutique.

Pour simplifier l'analyse on retiendra donc les hypothèses suivantes :

- Les patients ayant eu un cumul IV + oral ne représentent pas une perte de recettes pour l'hôpital car ils déclenchent un GHS de séance en chimiothérapie.
- Pour les patients ayant une chimiothérapie orale seule : on sait que le traitement du cancer du rein ne se pratique pas par voie IV, donc les patients ne seraient pas non plus passés par l'HDJ, on peut donc les enlever de l'échantillon.
- Les patients ayant repris une forme IV après une période sous forme orale peuvent être décomptés puisque la forme orale ne leur convenait pas, il s'agit là d'un échec de traitement qui a impliqué un retour en HDJ.
- Pour terminer, le choix a été fait de partir de l'hypothèse que les patients qui ont été orientés vers une forme orale suite à un traitement IV auraient continué leur traitement IV si la forme per os n'avait pas été disponible.

Sur l'échantillon étudié, on obtient un taux de substitution de 53,3%.

Si on applique ce taux de substitution à la file active de 2014, on obtient 114 patients pour lesquels une thérapie orale aurait remplacé une thérapie IV. Sachant qu'en 2014, le chiffre d'affaires moyen par RUM d'hospitalisation de jour en oncologie s'élève à 426,48 euros. On peut estimer pour cette année-là la perte de recette à 48 618, 72 euros.

Pour la file active prévisionnelle de 250 patients en 2015, 133,25 patients sont concernés. Le CA moyen 2015 étant de 420,82 euros, la perte s'élèverait donc à 56 074, 27 euros. La perte sur deux ans atteignant presque 105 000 euros.

Le chiffre d'affaire de l'HDJ d'oncologie pour 2014 s'élevant à 3 614 838 €, la perte de recette due au passage aux chimiothérapies orales représenterait donc 1.35 % du CA de l'HDJ.

Si les pertes de recettes n'apparaissent pas comme vraiment significatives au regard des montants des budgets dans lesquels elles s'inscrivent, la mise en place nécessaire d'une organisation assurant qualité et sécurité des soins pour le patient va engendrer des charges supplémentaires pour l'hôpital (cf. étude chiffrée infra) dont la valorisation n'est pas encore reconnue.

3 Les évolutions thérapeutiques doivent être désormais intégrées dans les parcours de soins et inscrites dans un cadre normatif adapté

Toutes les évolutions présentées, qu'elles soient épidémiologiques, sociologiques, organisationnelles, budgétaires, aboutissent à la redéfinition aujourd'hui d'une offre de soins qui recentre l'hôpital sur son rôle de recours et l'incite à s'ouvrir aux professionnels de ville et à collaborer avec eux afin de donner une réalité concrète au concept de parcours.

3.1 Les établissements de santé innovent pour assurer une offre de soins modernisée de qualité

La simulation budgétaire associée à l'utilisation des thérapies orales met en évidence un enjeu relatif en termes de pertes de recettes. Toutefois, l'essentiel est de prendre également en considération l'impact organisationnel de ces innovations thérapeutiques qui ne pourra, en tout état de cause, être déconnecté de l'impact économique.

3.1.1 Le transfert de la délivrance et de l'administration des médicaments suppose une redéfinition des organisations internes

Le parcours des patients traités par chimiothérapies orales doit être adapté à chaque territoire. Si les enjeux sont les mêmes, à savoir la qualité des soins et la sécurité des patients, les solutions sont multiples et doivent correspondre aux besoins des malades, à la démographie médicale ou encore au bassin de population couvert. L'organisation décrite ci-après est celle adoptée par le CH de Brive et mise en œuvre depuis le mois de juillet dernier⁶⁸.

Le début du parcours, lorsqu'il s'agit d'une annonce, reste commun avec les traitements IV. En effet, suite au diagnostic de cancer, le dossier du patient est étudié en RCP au cours de laquelle une décision thérapeutique est prise. Le patient est ensuite reçu en consultation par l'oncologue qui va lui annoncer son diagnostic, le stade de sa maladie et définir une stratégie thérapeutique en concertation avec lui. C'est à cette étape que le parcours des chimiothérapies orales diverge de celui des thérapies IV.

⁶⁸ Annexe 4

Si la littérature évoque souvent la longueur des consultations lorsqu'une chimiothérapie orale est envisagée, les professionnels interrogés au CH de Brive (cadre, médecin oncologue, pharmacien), considèrent que les premières consultations nécessitent dans tous les cas de bloquer une plage importante (45 min à 1h) chimiothérapies orales ou non. En revanche, ils confirment que le contenu et le déroulé de la consultation sont légèrement différents dans le cadre de la mise en route d'un protocole par voie orale.

Une fois que le choix thérapeutique a été défini, expliqué et accepté par le patient, l'oncologue fait sa prescription dans le logiciel CHIMIO® et établit le Projet de soin personnalisé du patient dans CROSSWAY®. Dans ce même outil, il remplit une check-list spécialement créée⁶⁹ recensant les différents examens et consultations qui devront être prévus pour le patient lors de sa venue en hôpital de jour programmée à chaque initiation de traitements anticancéreux per os. Le médecin transmet alors ce document à la secrétaire qui organise rapidement la prise en charge.

Le rôle de l'assistante médico-administratif (AMA) de l'HDJ est ici essentiel. Entre la consultation avec l'oncologue et la venue du patient (délai d'une semaine environ), elle doit prendre connaissance de la check-list remplie par le médecin, organiser les rendez-vous avec les professionnels et programmer les examens demandés. Cinq plages par semaine de 3h30 ont été réservées dans un box dédié en HDJ pour les patients sous chimiothérapies orales. La cadre de soins de l'HDJ a négocié auprès de chaque spécialité de l'établissement susceptible d'intervenir, afin d'obtenir des créneaux sur lesquels des médecins pourront être mobilisés pour venir voir le patient en HDJ ou réaliser des actes médicotéchniques. Tous les acteurs sont ainsi mobilisés pour pouvoir répondre aux besoins du patient, au regard de son protocole de chimiothérapie, le jour de sa venue en HDJ. L'AMA rassemble également tous les documents nécessaires dans une pochette nominative qui suivra le patient durant toute sa prise en charge. Cette pochette comprend : des bons internes pour les consultations et examens⁷⁰, le protocole issu du logiciel CHIMIO®, les ordonnances, les étiquettes du patient. Enfin, un rendez-vous est prévu avec l'oncologue un mois après.

Le troisième maillon de la chaîne de prise en charge du patient en thérapie orale est l'infirmière diplômée d'état (ci-après IDE). En effet, en amont de la venue du patient en HDJ, l'IDE prend connaissance de son dossier⁷¹, de son protocole, de son PPS, toutes les informations étant consultables sur le logiciel CROSSWAY®. Lorsque le patient arrive le jour J, il est accueilli par l'AMA qui appelle l'IDE du secteur comprenant le box dédié.

⁶⁹ Annexe 5

⁷⁰ Annexe 6

⁷¹ Annexe 12

Chaque infirmière qui est amenée à participer à la prise en charge et au suivi des patients au sein de ce parcours a été formée durant une journée par une équipe pluriprofessionnelle (oncologues, pharmaciens, cadres de santé).

Une fois installé dans le box, le patient bénéficie d'un entretien avec l'IDE s'il s'agit d'une annonce ou d'un premier traitement par thérapie orale. L'IDE trace alors cet entretien dans le PPS du patient sur CROSSWAY®. Ensuite, le patient est orienté vers les différents examens et/ou consultations dont il a besoin au regard de la molécule prescrite. La prise en charge est ici pluridisciplinaire et combine des consultations de spécialistes (ophtalmologue, gastroentérologue, etc.), des examens de laboratoire, d'imagerie. Peuvent également être sollicitées des compétences de diététicienne, de psychologue, d'assistante sociale.

Une fois les examens réalisés et les avis spécialisés rendus, l'oncologue revient voir le patient pour valider ou non la prescription de chimiothérapie orale. Il imprime les protocoles et les ordonnances associées (effets secondaires) et les transmet à l'IDE. Enfin, il trace sa consultation via un document créé à cet effet, il s'agit d'un compte-rendu de synthèse⁷², disponible dans CROSSWAY®, dans lequel chaque acteur à un espace dédié pour formaliser ce qu'il a fait, que ce soit le médecin, l'infirmier, ou encore le pharmacien qui intervient suite à la validation du traitement par l'oncologue.

En effet, une des nouveautés apportées par la structuration d'un parcours dédié aux patients sous chimiothérapies orales est bien la consultation effectuée par le pharmacien qui se déplace dans le box du patient. En amont, il étudie son dossier et vérifie notamment l'absence d'interactions médicamenteuses. Pour cela, il doit reconstituer « l'histoire pharmaceutique » de la personne, ce qui suppose souvent d'appeler le pharmacien de ville ou le médecin traitant du malade. Ensuite, il va voir le patient muni de documents pédagogiques spécialement élaborés⁷³, en collaboration avec le 3C. Ces documents reprennent le protocole, les indications, et mettent en garde contre les effets secondaires des médicaments. Le pharmacien prévoit aussi des comprimés (soit les comprimés eux-mêmes, ou du moins des représentations à taille réelle) pour préparer le patient et lui demander s'il se sent capable d'avaler des comprimés souvent de grande taille. Il reprend très précisément avec le patient les posologies, les moments de la journée auxquels le traitement doit être pris, quitte à adapter certaines prises au rythme de vie habituel du patient. Chaque consultation dure au minimum 30 minutes. Le pharmacien doit ensuite faxer le protocole de chimiothérapie, complété et signé par le médecin, au pharmacien de ville pour que celui-ci puisse commander le traitement

⁷² Annexe 7

⁷³ Annexes 8 et 9

rapidement et que la prise débute comme prévu. Enfin, il remplit lui aussi le compte-rendu de synthèse de l'hospitalisation de jour en précisant la date de la première prise.

Avant sa sortie, le patient est revu par l'IDE qui reprend avec lui les différentes informations et répond à ses questions. Les échanges sont notamment axés sur le suivi qui va débiter, sur les effets secondaires et les comportements à adopter en cas d'apparition de symptômes (qui prévenir, quel médicament prendre). Est alors reprise la fiche d'information pédagogique apportée par le pharmacien⁷⁴. L'unicité du support est essentielle à la cohérence des propos et à la compréhension du patient. L'IDE complète ensuite le PPS dont un exemplaire est remis au patient. Tout est tracé dans le compte-rendu de synthèse⁷⁵ qui sera in fine relu et signé par l'oncologue (et qui servira de document support au codage de cette hospitalisation de jour dans le PMSI et à sa facturation, cf.infra).

Enfin, le patient repart à son domicile avec tous les documents utiles (carnet de rendez-vous, ses ordonnances, les fiches d'information, le PPS, les résultats des examens, etc). Débute alors la phase de suivi du patient qui va impliquer une organisation au sein du pôle de cancérologie mais également une sensibilisation et une implication des professionnels bien au-delà des murs de l'hôpital.

3.1.2 Des liens étroits avec les acteurs du secteur ambulatoire sont essentiels pour la réussite du traitement

Si les équipes de l'établissement se sont bien coordonnées pour initier de façon optimale ce type de thérapies, le suivi doit également être organisé en intra et surtout en extra hospitalier.

Tout de suite après le passage en HDJ, l'AMA d'oncologie reçoit le compte-rendu de synthèse, l'imprime et l'envoie au médecin traitant avec, en plus de ce document : les ordonnances, le PPS, ainsi qu'une fiche d'information correspondant à la molécule prescrite et spécialement élaborée pour les professionnels de santé⁷⁶. Elle comprend des données médicales complètes sur les indications de l'AMM du médicament et la prise en charge des effets secondaires. Les médecins de ville exerçant sur le bassin de Brive et au-delà (jusque dans le nord du Lot et de la Dordogne) ont été conviés à une « soirée ville-hôpital », qui est organisée tous les ans par le CH, au cours de laquelle leur a été

⁷⁴ Annexe 8

⁷⁵ Annexe 7

⁷⁶ Annexe 9

présenté ce nouveau parcours qui leur donne un rôle essentiel. En effet, ils assurent, en lien avec les IDE de l'hôpital, le médecin oncologue et le pharmacien de ville, le suivi du patient pour lequel ils restent la référence médicale de proximité. Ils doivent ainsi évaluer et prendre en charge certains effets indésirables tout en informant le médecin prescripteur. Pour certaines molécules dites « à prescription initiale hospitalière », la réglementation prévoit la possibilité pour le médecin généraliste de reconduire des prises intermédiaires du traitement, en accord avec le prescripteur, et dans le stricte cadre du protocole de chimiothérapie. Force est de constater que, pour l'instant, cette option n'est que très rarement choisie par les médecins du bassin de Brive et de ses environs.

Le pharmacien de ville est également au cœur de la prise en charge du patient et ce à toutes les étapes. Tout d'abord, il est chargé de dispenser de nouveaux les conseils relatifs au traitement dont il aura préalablement pris connaissance auprès du médecin de ville et grâce à la fiche d'information sur la molécule pour les professionnels qu'il aura reçu au même titre que le médecin traitant. Ensuite, il assurera le suivi du patient lors des renouvellements de traitement en vérifiant la compliance via les blisters vides que le patient lui amènera. Il est enfin un interlocuteur privilégié, pour le malade, mais également le médecin traitant qui peut être amené à faire appel à son expertise pharmacologique. Les pharmaciens d'officine étaient également conviés à la soirée ville-hôpital durant laquelle a été présenté le parcours. En cas de doutes, de questions, ils pourront, tout comme le médecin traitant, prendre contact avec le service d'oncologie du CH, et s'informer auprès de l'infirmière de suivi via la plateforme téléphonique du pôle d'oncologie.

Les appels téléphoniques de suivi sont assurés aujourd'hui par deux infirmières sur une durée de 9h par semaine. Etant donné la file active prévisionnelle de 250 patients à Brive, ce dispositif pourrait monter en charge pour atteindre un volume de 23h par semaine.

Un premier appel est effectué 48h après la venue du patient en HDJ, puis tous les 15 jours pendant toute la durée du protocole (une cure durant en moyenne trois mois). Il est rappelé ici qu'une formation spécifique a été dispensée aux IDE d'HDJ mais également d'hospitalisation de semaine en oncologie qui tournent pour assurer le suivi téléphonique. Les durées d'appel ont été estimées à 15 minutes pour l'appel des 48h puis 45 minutes pour le suivi bimensuel. Le but est de vérifier la compliance au traitement, l'apparition d'effets secondaires et l'évolution de l'état général du patient.

Un outil a été spécialement créé pour tracer ce suivi⁷⁷. Il reprend les différents grades de gravité des symptômes liés aux effets indésirables construits par l'OMS et adaptés aux prises en charge par chimiothérapies orales. Selon l'importance des effets décrits, l'IDE

⁷⁷ Annexe 10 et 11

pourra orienter le patient vers l'oncologue, son médecin traitant, ou lui dispenser des conseils et fixer avec lui un nouveau rendez-vous téléphonique 15 jours plus tard. En cas d'effets secondaires graves, l'infirmière en réfère à l'oncologue qui peut décider de revoir le patient en urgence ou de diminuer les doses prescrites. La nouvelle ordonnance est alors faxée au pharmacien de ville. L'IDE expliquera la situation au patient et rappellera plus tôt si besoin. Comme évoqué plus haut, une plateforme d'appel a été mise en place au niveau du pôle de cancérologique avec un numéro unique pour tous les services. A charge ensuite à cette plateforme d'orienter les appels en fonction des besoins. Les patients sous chimiothérapies orales ont bien sûr accès à cette plateforme et peuvent obtenir des renseignements, à tout moment, auprès de l'IDE de suivi ou d'une autre IDE formée à ces prises en charges.

Afin d'acter la place prépondérante des infirmières dans le suivi des patients et le développement des liens avec la ville, le CH de Brive a déposé un projet de protocole de coopération à la Haute autorité de santé, aujourd'hui en cours d'instruction. Il est prévu que ces dernières puissent assurer le suivi en consultations des malades traités par chimiothérapies IV ou orales. Y figure également une délégation de prescription pour certains traitements visant les effets indésirables des thérapies anticancéreuses, ainsi que pour les bilans biologiques et les examens de radiologies, prévus dans le strict cadre des protocoles médicaux. Enfin, les infirmières seraient également aptes à valider une chimiothérapie lors de la venue du patient en hospitalisation de jour.

Ce parcours spécifique pour les patients traités par chimiothérapies orales est encore très récent (trois mois de mise en œuvre) et le peu de patients inclus pour le moment ne permet pas encore d'en évaluer l'efficacité ou la satisfaction des acteurs. La communication auprès des professionnels de ville du territoire est en cours. Une évaluation économique de cette nouvelle organisation a cependant été menée à l'occasion de la rédaction de ce mémoire.

3.1.3 La recherche de l'équilibre économique de ces nouveaux types d'activités appelle des solutions innovantes

Afin de déterminer l'impact économique pour le CH de Brive de l'innovation thérapeutique que représente les thérapies per os dans le traitement du cancer, il a d'abord fallu évaluer la diminution des recettes induite par l'externalisation de ces prises en charge (cf supra). Suite à une analyse des données disponibles, les pertes se révèlent minimales comparées aux recettes totales de l'HDJ et, plus globalement, du pôle de cancérologie.

Cependant, les recherches ne peuvent s'arrêter là, puisqu'au-delà des pertes directes de recettes, la mise en place d'un parcours dédié engendre des coûts supplémentaires pour l'établissement.

Les principales dépenses sont à rattacher à la phase de suivi et concernent plusieurs postes :

- Le personnel infirmier : aujourd'hui un volume de 9h d'appels par semaine est assuré, soit 468h / an soit l'équivalent de 0,3 ETP d'IDE pour un coût de 14 183,70 € annuel. Cependant, il faut considérer le volume d'heures d'appels pour 250 patients contactés une fois à 48h pendant 15 minutes puis deux fois par mois pendant 45 minutes, en prenant l'hypothèse moyenne d'une cure de trois mois. Soit $(6 \times 45) \times 250 + 15 \times 250$. On obtient un total en heures de 1187,5 / an. Une IDE en repos fixe (IDE HDJ) travaillant en moyenne 596h / an, il faudrait 0,75 ETP d'IDE pour assumer le suivi téléphonique, pour un coût annuel de 35 459,25 €.
- Il faut également comptabiliser le temps de formation des IDE à l'occasion de la mise en place du nouveau parcours dédié aux chimiothérapies orales : 10 IDE formées pour un coût par agent et par jour de 130 euros soit 1300€ de dépenses de formation.
- Un gros poste de dépenses concerne le temps de pharmacien. Le pharmacien du CH de Brive en charge de ces thérapies estime que son temps de travail se répartit comme suit : 30 minutes de consultation auprès du patient en HDJ, 40 minutes de préparation du dossier en amont et 40 minutes de rédaction de protocoles pour chaque molécule (40 molécules sont actuellement prescrites à Brive). Sachant que le coût horaire du pharmacien s'élève à 47,72 €, on peut estimer son temps affecté à la venue en HDJ pour 250 patients à 13 918 € / an et 1 272,53€ pour les protocoles.
- Enfin, il faut compter également le coût d'acquisition du logiciel CHIMIOWEB® qui s'élève à 5 376 € TTC

Ainsi, si l'on rajoute les pertes de recettes calculées plus haut, le coût total pour l'établissement induit par la prise en charge des malades traités par chimiothérapies orales est de 113 325,78 € par an (auquel il faudrait rajouter les charges indirectes). Ce coût n'est, pour le moment, compensé par aucune recette spécifique dévolue au suivi de ces patients. De plus, il va être amené à augmenter tous les ans, de par le volume de patients mais également du fait du nombre croissant de molécules disponibles sur le marché avec des indications thérapeutiques toujours plus nombreuses.

Au CH de Brive, la valorisation de la nouvelle organisation de prise en charge et de suivi est assurée par la venue en HDJ des patients avant de débiter tout traitement per os. Chaque passage est codé sur l'UF d'HDJ hors séance avec un chiffre d'affaires moyen de 473, 38 € en 2014 par séjour, soit une recette pour 250 patients s'élevant à 118 345 €. Cette opération permet d'équilibrer le budget affecté aux prises en charge sachant que certaines difficultés se posent. En effet, *la circulaire du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée*⁷⁸, appelée « circulaire frontières » pose certaines conditions pour pouvoir facturer un séjour en HDJ. Cette circulaire a été actualisée par l'instruction de la DGOS du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)⁷⁹. Le principe de base des deux textes reste le même : « *toute prise en charge de patient qui peut habituellement être réalisée en médecine de ville ou dans le cadre des consultations ou actes externes des établissements de santé ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS* ». Toutefois, pour des raisons de sécurité liée à la pratique d'actes nécessitant un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie, et justifiant le recours à une équipe paramédicale dont la coordination est assurée par un médecin, il est possible aux établissements de facturer un GHS⁸⁰. L'article 6 (9°) de l'arrêté du 19 février 2009 précise qu' "*un GHS ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent :*

- *une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés ;*
- *un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ;*
- *l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient."*

⁷⁸ Circulaire DHOS/F1/MTAA no 2006-376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée

⁷⁹ INSTRUCTION N°DGOS/R/2010/201 DU 15 JUIN 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

⁸⁰ Synthèse sur les actes frontières, Le blog du PMSI et de la T2A, Edité par T2A conseil, <http://www.t2a-conseil.com/blog/synthese-sur-les-actes-frontiere/>

La notion « d'actes réalisés » renvoie à des actes aussi bien diagnostiques (investigations) que thérapeutiques (traitements).

L'HDJ est bien une structure d'alternative à l'hospitalisation complète mentionnée dans le code de la santé publique (D6124-301 et suivants). La condition relative au recours à une équipe médicale et paramédicale est également remplie, les soins étant coordonnés par le médecin de l'HDJ. Le point de complexité concerne la réalisation d'actes techniques justifiant l'admission en HDJ. En effet, les bilans, la plupart des examens de routine (ECG) et les consultations pourraient tout à fait être réalisés en externes ou en ville, comme c'est souvent le cas. En revanche, selon la molécule et l'état général du patient, d'autres examens, justifiant l'admission en HDJ, peuvent être réalisés comme une ostéodensitométrie par exemple.

Si l'équilibre budgétaire de la prise en charge est aujourd'hui assuré par les recettes de l'admission en HDJ, on peut supposer que tous les séjours ne pourront pas émerger sur cette UF et ne susciteront dès lors que des consultations de spécialistes en externe (28 €). La balance budgétaire est donc fragile et un durcissement des règles aurait pour conséquence de faire sortir les patients sous thérapies orales de la prise en charge en HDJ et toute recette serait perdue pour l'établissement. C'est pourquoi les pouvoirs publics doivent anticiper ces situations et mettre en regard des incitations à l'externalisation des prises en charges, des compensations pour les établissements hospitaliers.

3.2 Ces profonds changements doivent être accompagnés par les pouvoirs publics et inviter à une adaptation de la réglementation

Au-delà des impacts économiques et organisationnels pour les établissements de santé, les innovations thérapeutiques telles que les chimiothérapies orales ont des conséquences plus larges sur les dépenses publiques et le système de santé. Ces impacts doivent être connus, anticipés et accompagnés par les pouvoirs publics. Des incitations financières et juridiques sont en effet nécessaires pour faciliter le passage d'une organisation hospitalière classique à une approche collaborative.

3.2.1 Les impacts des évolutions thérapeutiques sur les dépenses de santé ne sont pas négligeables et doivent être anticipés

Nous avons largement traité, jusque-là, la question des évolutions induites dans les établissements de santé par l'essor des traitements per os des malades du cancer. Cependant, au-delà, ce sont bien évidemment les dépenses de santé dans leur globalité qui sont impactées, car si le mode de financement change, leur source reste la même. En effet, les coûts hospitaliers sont certes d'abord assumés par le budget de l'établissement mais sont in fine, remboursés, à la mesure de l'activité produite traduite par le PMSI, par l'Assurance maladie. Les coûts des traitements dispensés en officine de ville sont également remboursés par l'Assurance maladie, souvent à 100% puisque les patients souffrant de cancer bénéficient de l'ALD 30. Il serait dès lors intéressant de faire la comparaison entre traitements administrés en HDJ et pris au domicile au regard de leur poids économique respectif pour les dépenses de santé.

Il existe encore très peu d'études sur l'impact médico-économique général des thérapies anticancéreuses orales. C'est la problématique de l'adhésion thérapeutique qui est apparue en première dans les études au court des années 1990. Au début des années 2000, les thématiques de recherche se sont davantage axées sur la sécurité d'emploi des thérapies orales, leur acceptabilité par les patients, ainsi que les mesures d'accompagnement telles que le suivi téléphonique ou l'éducation thérapeutique. Les publications sur leur versant économique ne représentent que 5% de l'ensemble des publications. On peut citer une étude qui a démontré l'impact positif d'un programme d'accompagnement de la chimiothérapie orale sur le gaspillage lié aux arrêts de traitements et sur le recours aux hospitalisations⁸¹. Aux Etats-Unis, on retrouve des études sur l'impact des traitements oraux sur le chiffre d'affaire des pharmacies d'officine⁸² ou sur les disparités de remboursement entre les chimiothérapies par voie IV et orale dans le cadre du programme d'assurance Medicare.

Afin de déterminer, au-delà des recettes hospitalières, le résultat économique de la substitution des traitements IV par les thérapies orales pour les dépenses publiques de santé, il faut être en mesure de comparer leurs coûts respectifs. Laure Benjamin se livre à cet exercice dans sa thèse⁸³. Elle conclue à un coût moindre de la voie orale pour les

⁸¹ Khandelwal N, Duncan I, Ahmed T, Rubinstein E, Pegus C: Impact of clinical oral chemotherapy program on wastage and hospitalizations. *J Oncol Pract* 2011, 7: e25s-e29s.

⁸² Curtiss FR: Pharmacy benefit spending on oral chemotherapy drugs. *J Manag Care Pharm* 2006, 12: 570-577

⁸³ BENJAMIN, L., Rôle de la tarification à l'activité des établissements de santé dans l'accès des patients aux traitements anticancéreux oraux : exemple du cancer du sein métastatique HER2+,

dépenses publiques (17 165€ contre 36 077€ par an et par patient). Les économies sont essentiellement réalisées sur les transports médicalisés, les consommations hospitalières, malgré un coût d'achat des thérapies orales plus élevé que les thérapies IV et une plus grande consommation en consultations médicales (selon le degré de toxicité du médicament). Toujours d'après cette étude, après avoir recueilli l'avis des médecins, l'efficacité du traitement reste le premier critère de choix thérapeutique. Cependant, au stade avancé de la maladie, la voie d'administration et les coûts comptent également.

Pour les dépenses de santé publique, il s'avérerait donc que la forme orale est plus économique que la forme IV. En effet, le coût plus élevé d'acquisition des médicaments per os est compensé par les moindres dépenses liées à l'administration du produit et à un plus faible recours aux transports médicalisés. Cependant, des coûts complémentaires sont à prendre en compte tels que les coûts de formation des personnels ou encore d'éducation thérapeutique. Ne sont également pas comptabilisés les coûts de prises en charge des effets secondaires ou les évolutions de tarifs des GHM. Enfin, une autre donnée pourrait grever largement les finances de la Sécurité sociale. En effet, de plus en plus, les protocoles prévoient, non pas la substitution, mais le cumul d'un traitement IV ou sous-cutané et d'un traitement per os. L'Assurance maladie assume donc le double coût, à la fois d'une prise en charge hospitalière, qui nécessite le transport du patient, mais également d'une molécule très onéreuse prise par voie orale et les autres coûts ambulatoires. Il s'agit là de la principale limite au modèle économique pensé par les pouvoirs publics et qui repose sur de moindres dépenses lors des prises en charge à domicile.

Pour aller plus loin, et face aux carences en la matière, des études ont été lancées par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Une expérimentation est actuellement menée en ce sens au CHU de Limoges, au travers du projet DICTO (Dispositif Infirmier de Coordination dans les Thérapies Orales)⁸⁴. Il s'inscrit dans la seconde phase d'expérimentation du dispositif des infirmiers de coordination en cancérologie⁸⁵ et vient compléter la création, en avril dernier, d'un Centre de thérapies orales (CTO). L'étude vise tous les patients atteints d'un cancer solide, pour lesquels une chimiothérapie orale ou une thérapie ciblée orale a été initiée, et pris en charge dans le service d'oncologie médicale du CHU de Limoges, entre le 1^{er} janvier 2015 et le 30 juin 2018. L'objet de

thèse pour l'obtention du doctorat de sciences économiques et sociales de la santé, Université Paris-Descartes, soutenue le 30 novembre 2012

⁸⁴ ROUGEOT, J., Prise en charge des patients sous thérapie orale en oncologie médicale au CHU de Limoges : évérolimus AFINITOR, thèse pour l'obtention du diplôme d'Etat de Docteur en pharmacie, soutenue le 4 septembre 2015

⁸⁵ INSTRUCTION N° DGOS/R3/2014/235 du 24 juillet 2014 relative à l'engagement d'une seconde phase d'expérimentation du dispositif des infirmiers de coordination en cancérologie

l'étude est de tracer les différentes missions et actions des infirmières, ainsi que le temps qui y est consacré, par le biais d'indicateurs à remplir au fil de l'eau, afin d'en valoriser très précisément l'activité. In fine, l'objectif est de développer et d'évaluer en conditions réelles l'apport qualitatif, quantitatif et médico-économique d'une prise en charge standardisée par les infirmières coordinatrices et d'en tirer les conséquences sur l'évolution du métier de soignant. On peut imaginer ensuite une évolution de la réglementation prévoyant la valorisation de ces missions grâce à un mode de financement adapté reconnaissant l'expertise de ces professionnels. Ces dispositifs pourraient alors être étendus aux pharmaciens, aux médecins généralistes et spécialistes etc, afin de reconnaître leurs actions dans le traitement et la prise en charge des maladies chroniques.

3.2.2 Certaines pistes d'évolutions ont été évoquées mais peinent à trouver les moyens de leur mise en œuvre concrète

Le premier problème souvent soulevé est l'absence de valorisation spécifique pour la prise en charge et le suivi des patients sous thérapies per os. L'esprit médico-économique de l'incitation à l'externalisation des prises en charges est de faire diminuer les dépenses hospitalières pour les faire peser, dans une moindre mesure, sur les dépenses de ville. Cependant, cela ne doit pas entraîner la négation des coûts induits pour l'hôpital notamment en termes de suivi. C'est ce qui ressort des débats autour de la table ronde organisée par la revue *Le nouveau Cancérologue* et présidée par le Pr. Alain Vergnenègre (DIM, chef de service au CHU de Limoges et rédacteur en chef de la revue)⁸⁶. Mme Monique Prieto, infirmière à l'hôpital Saint-Camille, Bry-sur-Marne s'y exprime : « *Pour l'infirmier hospitalier, la charge de travail d'une chimiothérapie en intraveineuse est beaucoup plus aisée. La difficulté de la T2A dans la chimiothérapie orale réside dans la charge de travail non reconnus (médicale et infirmière), la non codification de cette activité pour la structure hospitalière* ». Ainsi, la prise en charge des patients sous chimiothérapie orale apparaît comme plus complexe et plus chronophage qu'un traitement IV mais n'est pas rémunérée en tant que telle. La question essentielle est dès lors formulée par le Pr. Robert Launois (Directeur scientifique, Réseau d'évaluation en économie de la santé- REES-) : « *Comment valoriser un acte ambulatoire dans le cadre de la T2A ? Comment inciter les oncologues à gérer la prescription d'une chimiothérapie per os dans le cadre de dispositifs de sécurité appropriés ?* ».

⁸⁶ Dossier spécial. Prescription de la chimiothérapie orale: comment valoriser cet acte spécifique du cancérologue avec le nouveau mode de financement T2A? *Le nouveau Cancérologue*, 2008, 1(3):125-133. Disponible sur : <http://www.rees-france.com/IMG/pdf/dossierronde.pdf>

Des solutions peuvent être avancées comme celle de créer un acte CCAM spécifique pour les consultations oncologiques débouchant sur une prescription d'un traitement oral. De même, la compétence et le temps de l'infirmière de suivi devraient être reconnus soit pas le biais d'une reconnaissance économique de la consultation infirmière ou encore la création d'un nouveau métier. C'est le cas avec l'apparition du métier « d'infirmier clinicien » (objectif n°4 du plan cancer 2014-2019⁸⁷) et la multiplication des protocoles de coopération dans le domaine oncologique déposés et reconnus par la HAS (consultation infirmière de suivi, délégation médicale d'activités de prescription⁸⁸). Il en va de même avec l'évolution de l'activité d'éducation thérapeutique qui accompagne très utilement le parcours du patient sous thérapie orale et qui se professionnalise de plus en plus.

Une des propositions avancées serait de globaliser la prise en charge est de créer un forfait « *comportant notamment le temps d'explication du traitement au patient par le médecin et/ou l'infirmière et le temps hors consultation (par exemple appels téléphoniques) du suivi du traitement* » propose le Pr Robert Launois. Pour aller plus loin, on pourrait aussi imaginer une forfaitisation de la rémunération de la prise en charge des malades sous chimiothérapies, quel que soit le mode d'administration du traitement, comme le propose Mr. Gérard Parmentier, Secrétaire national de l'Union nationale hospitalière privée de cancérologie, UNPHC. Cela permettrait de neutraliser le choix pour le médecin de tel ou tel type de prise en charge, choix qui se baserait uniquement sur l'efficacité médicale et la qualité de vie du patient.

Le rôle et la rémunération du médecin généraliste sont aussi mentionnés lors de la table ronde et notamment par le Dr Jean Marie Tigaud, oncologue à l'Hôtel-Dieu. Pour lui « *il est clair que l'implication des médecins praticiens de ville auprès des patients en cours de chimiothérapie orale n'est pas suffisante. [...] L'implication, le rôle, la valorisation et le financement du médecin traitant dans le suivi des patients [...] doivent être clairement établis, définis et contractualisés* ». Pour tenir compte de cette évolution des rôles dans la prise en charge du cancer et soutenir l'implication du médecin traitant, un « forfait ALD » a été instauré par la convention médicale de 2005. Le médecin traitant du Secteur 1 bénéficie d'une rémunération spécifique de 40€ par an et par patient au titre de l'organisation du parcours du soin et de sa coordination. Cependant cette part de rémunération supplémentaire ne règle pas les enjeux de

⁸⁷ Ministères des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Plan cancer 2014-2019, 4 février 2014, action 4.1, p.43

⁸⁸ AVIS N° 2012.0034/AC/SEVAM du 8 novembre 2012 du collège de la Haute Autorité de Santé relatif au protocole de coopération «Consultation infirmière de suivi des patients traités par anticancéreux oraux à domicile. Délégation médicale d'activité de prescription»

formation/information/implication de ces praticiens. C'est à ce niveau que la présence d'un réseau en cancérologie peut se révéler réellement bénéfique (cf. infra).

La Stratégie nationale de santé mentionne également des possibilités de financements spécifiques afin de valoriser les actions de coordinations intra et extra hospitalières : « *des expérimentations de financement de parcours seront engagées, à l'initiative des agences régionales de santé (ARS), dès 2014. Seront privilégiées des pathologies chroniques, dont les modalités de prise en charge sont suffisamment encadrées, notamment par des référentiels* »⁸⁹ Des actions ont été mises en œuvre en ce sens. Par exemple, l'ARS du Limousin a lancé un appel à candidature concernant les « contrats investissements parcours ». L'expérimentation est menée sur le parcours autisme mais pourrait s'étendre à la prise en charge des chimiothérapies orales. Ce type de contrat contient des objectifs en termes de santé publique, assortis d'indicateurs, ainsi qu'un volet médico-économique. Celui-ci compare les ressources consacrées et les résultats observés sur l'ensemble du parcours. Il permet donc de mesurer l'efficacité des dispositifs de coordination des prises en charge.

Une autre initiative marquante en termes de valorisation des parcours est le projet PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie) pour lequel la Corrèze est un département expérimentateur. L'enjeu est de « *prévenir la perte d'autonomie en organisant le parcours de santé autour d'équipes pluriprofessionnelles de proximité* »⁹⁰. Ainsi les ARS, les Conseils départementaux et les Caisses d'assurance maladie se lient-ils afin de soutenir les actions innovantes qui, pour certaines, auront vocation à être modélisées pour d'autres territoires et/ou d'autres thématiques.

En conclusion, il faut insuffler davantage de souplesse au niveau des financements et assurer leur gestion globale sur la base de la fongibilité des enveloppes sanitaire, médico-sociale et ambulatoire. On ne peut demander aux acteurs de collaborer entre secteurs si la logique de silo perdure dans les modalités de financements. On ne pourra pas toujours compter sur des financements ponctuels et expérimentaux, en faveur de tel ou tel parcours, au fur et à mesure que des thématiques de santé publique apparaîtront comme urgentes ou particulièrement consommatrices de ressources. Les patients franchissent chaque jour, quels que soient leur pathologie, leur âge, leur provenance, les frontières du sanitaire, de la ville, du médico-social alors pourquoi ne pas accepter ce constat en unifiant les budgets concernés ?

⁸⁹ Ministère des affaires sociales et de la santé, Stratégie nationale de santé, ce qu'il faut retenir, 23 septembre 2013

⁹⁰ Ministères des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Faciliter le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie : la démarche Paerpa, point presse du 11 décembre 2014

L'exemple des Contrats d'Amélioration de la Qualité et de l'Organisation des Soins (CAQOS) peut être pris pour illustrer une logique d'encadrement des dépenses légitimes mais contre-productive au regard du sens de l'histoire des prises en charge. Introduits par l'article 47 de la loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2011, ces contrats permettent à l'Assurance Maladie et à l'Agence Régionale de Santé d'accompagner pendant trois ans les établissements de santé dont les dépenses prescrites de médicaments ont sensiblement progressé, au-delà d'un taux d'évolution fixé par l'Etat. Ces contrats apparaissent comme des leviers pour améliorer les pratiques de prescription et maîtriser ainsi la progression des remboursements pris en charge par l'Assurance Maladie sur l'enveloppe des soins de ville. Cependant, les pouvoirs publics vont devoir anticiper la montée en charge des prescriptions initiales hospitalières de molécules très onéreuses (thérapies ciblées) notamment, qui vont de toute évidence impacter le taux d'évolution des dépenses de ville induites par l'hôpital. A cela, il faut ajouter l'évolution des protocoles vers un cumul des voies IV et orale dans le traitement du cancer qui va donc aussi impacter les CAQOS dans leur volet dépenses de transport des patients.

Ce type de dispositifs doit être aujourd'hui abordé via son objectif d'amélioration des pratiques et d'évaluation de la pertinence des actes, qui doit s'étendre à une réflexion plus globale sur l'offre de soins, mais pas sous l'angle d'une répartition normée, en forme de vases communicants, entre deux enveloppes distinctes.

3.2.3 Les pouvoirs publics ne pourront pas faire l'économie d'une réflexion sur les impacts de ces innovations au regard de la structuration de l'offre de soins

Ont été détaillées les conséquences de l'essor des chimiothérapies orales sur le fonctionnement interne des établissements, sur l'équilibre globale des dépenses publiques de santé mais ces innovations ont également une forte incidence sur la structuration territoriale de l'offre de soins et ce à plusieurs niveaux.

Il faut tout d'abord souligner ici qu'une solution uniforme ne peut être trouvée pour tous les établissements. Comme mentionné plus haut, si les enjeux sont globalement les mêmes, les réponses sont différentes et doivent être adaptées à chaque territoire. Par exemple, les rapports avec les médecins de ville ne pourront être les mêmes dans un territoire urbain et circonscrit, avec une population médicale dense, et dans un établissement couvrant un bassin vaste, où la présence de professionnels de santé est davantage clairsemée.

En tout état de cause, et au regard de la littérature, la structuration en Réseau de soins en cancérologie (RSC) paraît opportune mais elle peut (et doit) prendre des formes différentes. Sur le territoire de Brive, et étant donné le nombre de patients concernés par les thérapies orales, le suivi peut être assuré par l'hôpital. Pour l'instant, il est prévu que tous les patients soient appelés pendant leur cure. Lorsque le nombre de malades augmentera, il faudra se poser la question de savoir si le suivi est utile pour tous les patients et moduler la fréquence des appels en fonction des besoins. Un réseau pourrait en revanche d'ores et déjà assurer des formations aux professionnels de ville. Ceci irait dans la logique d'un trait d'union entre l'hôpital et la ville (les liens avec le réseau régional ROHLim pourraient être réactivés en ce sens). Il faut noter qu'il s'agit ici d'une forte demande de la part des médecins de ville, comme l'a démontré un questionnaire élaboré par le CH de Brive et diffusé à l'ensemble des médecins libéraux du bassin de Brive, du nord du Lot et de la Dordogne.

On peut ici citer l'exemple du réseau Onco 94 ouest (Val-de-Marne) qui a une triple fonction : la gestion des cas complexes sur la demande des médecins, l'apport d'une expertise au domicile du patient (notamment en onco-gériatrie), et la formation des médecins généralistes. Cette formation s'effectue soit de façon collective sur les grands types de symptômes ou d'effets secondaires, soit sur des molécules précises sur demande. Des outils communs peuvent aussi être élaborés et diffusés par le réseau (fiches conseils sur les anticancéreux oraux du réseau ROHLim en Limousin).

Un autre avantage de l'organisation en réseau réside dans la possibilité d'accorder des prestations dérogatoires aux professionnels de santé⁹¹. Cette disposition est prévue à l'article L.162-15 du Code de la sécurité sociale. D'après le « Guide sur l'évolution des réseaux »⁹², ces prestations dérogatoires peuvent concerner les actes :

- des professionnels de santé (infirmiers, médecins, etc.) pour lesquels il existe une nomenclature d'actes. Ces professionnels peuvent percevoir des prestations dérogatoires lors de la réalisation de prestations non identifiées dans la nomenclature et dont l'efficacité ou le service médical rendu sont avérés (par exemple les RCP) ;
- des professionnels de santé (diététiciens, psychomotriciens, ergothérapeutes, etc.) ou d'autres professionnels (psychologues, éducateurs médico-sportifs, etc.) pour lesquels il n'existe pas de convention avec l'assurance maladie.

⁹¹ Haute autorité de santé, cadrage relatifs aux prestations dérogatoires des réseaux de santé, mai 2015

⁹² Direction générale de l'offre des soins. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé ; 2012.

Ces prestations doivent rester à titre expérimental, c'est à dire limitées dans le temps et en niveau de rémunération. Elles permettent néanmoins de donner un complément de rémunération aux professionnels intervenant à domicile et mandatés par le réseau au titre de leur mission de suivi et de coordination.

Enfin, le réseau peut également assumer une mission d'éducation thérapeutique du patient. En effet, dans une logique territoriale, une mutualisation des compétences est possible afin de mettre en commun les expertises de plusieurs établissements au service de l'information du patient. Ainsi les établissements de santé de Corrèze (CH de Brive, Tulle et Ussel) ont décidé d'unir leurs moyens dans le projet de création d'une Unité transversale d'éducation thérapeutique (UTEP). Ses missions seront de coordonner l'ensemble des actions d'éducation, de former les acteurs, de développer des programmes communs d'ETP, de dispenser des conseils (supports documentaires, etc), et d'évaluer son action.

Au travers de ces projets territoriaux, c'est la répartition de l'offre de soins et sa gradation qui sont repensées autour d'un établissement de recours qui tient le rôle d'expert et un suivi au long court qui pourra être réalisé dans des centres de proximité (via des consultations avancées d'oncologie par exemple et la création de séances délocalisées d'ETP). Cette problématique de structuration territoriale de l'offre de soins en cancérologie se posera inévitablement lors de la rédaction des projets médicaux communs et des réflexions sur la mutualisation des fonctions et des moyens au sein des futurs Groupements hospitaliers de territoire (GHT).

La télémédecine et les nouvelles technologies peuvent également être mises à contribution. La téléconsultation d'une infirmière clinicienne ou d'un médecin oncologue lors d'apparition d'effets secondaires pour rassurer le patient et en évaluer la gravité peut être envisagée. De même, pourquoi ne pas développer une application qui, comme pour les patients atteints de diabète, constituerait une aide à la prise de traitement pour les patients sous chimiothérapies orales ? Un lien dématérialisé pourrait également être créé avec le pharmacien de ville, l'avertissant d'une erreur ou d'une absence de prise du traitement.

Dans cette optique de modernisation du système de santé, a été lancé en 2014 le programme « Territoire de santé numérique ». Doté de 80 millions d'euros, ce projet va permettre d'expérimenter dans plusieurs sites pilotes les services et technologies innovants en matière d'e-santé⁹³. Dans ce cadre, l'Institut Gustave Roussy, à Villejuif, va

⁹³ <http://www.sante.gouv.fr/investissements-d-avenir-le-gouvernement-retient-5-projets-dans-le-programme-territoire-de-soins-numerique.html>

s'appuyer sur les technologies de l'information (dossier patient informatisé, portail, applications et gestion des données patients) afin d'accompagner le patient atteint de cancer tout au long de son parcours au travers de son projet expérimental CAPRI⁹⁴⁹⁵. Les malades inclus seront suivis grâce à une plateforme internet animée par deux infirmières coordinatrices qui feront le lien entre le patient à domicile et la médecine de ville pour apporter des réponses précoces et intervenir avant la survenue de tout incident. Un programme spécifique proposera des services innovants à chaque étape clé du parcours notamment en proposant une information interactive et des services personnalisés.

⁹⁴ Institut Gustave Roussy, Projet d'établissement 2015-2020

⁹⁵ <http://www.unicancer.fr/actualites/actualites-centres/4-fevrier-journee-mondiale-contre-cancer-gustave-roussy-definit-modele-centre-lutte-cancer-demain>

Conclusion

Plusieurs pistes de solutions existent donc pour adapter les prises en charge aux enjeux actuels en termes d'innovations thérapeutiques mais également de rationalisation des dépenses. Cependant, la multiplicité des acteurs concernés, des structures de gouvernance et des budgets impactés, rend complexe leur mise en œuvre. En tout état de cause, sur la question des traitements anticancéreux oraux, comme sur beaucoup d'autres, le système n'est pas suffisamment souple pour avoir la réactivité nécessaire. A la recherche médicale doit répondre la recherche en ingénierie des organisations, à l'innovation thérapeutique doit répondre l'innovation des outils et des modalités d'intervention des différents acteurs.

Les cadres hospitaliers, au sein de leur structures, doivent eux aussi prendre part au changement. Si des parcours dédiés sont aujourd'hui élaborés pour assurer une sécurité optimale des soins en dehors des établissements, des liens plus étroits doivent être tissés avec les partenaires du secteur ambulatoire. Ainsi, l'apparition et le déploiement d'outils adaptés (comme les messageries sécurisées par exemple), vont faciliter la communication entre les différents acteurs. La collaboration passe également, et obligatoirement, par une meilleure connaissance réciproque. C'est pourquoi, les échanges doivent être favorisés, que ce soit autour de rencontres conviviales (soirées ville-hôpital) ou au travers d'actions de formations dispensées par les praticiens hospitaliers ou via un réseau de soins.

Ces nouvelles façons de soigner impliquent également de nouvelles façons de manager. Ainsi, la démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences va devoir intégrer les évolutions du métier d'infirmière et valoriser leurs missions de coordination. Elle devra également acter la place croissante que va prendre l'éducation thérapeutique dans les parcours de soins des patients. Ces programmes devront être définis de façon concertée et pluridisciplinaire (en intégrant les professionnels de ville) et s'inscrire dans une réflexion territoriale.

Enfin, à ces nouvelles missions, organisations et compétences, doivent correspondre des modalités de financements novatrices. Comme on l'a vu, l'impact financier des pertes et coûts occasionnés par les chimiothérapies orales n'est pas encore alarmant. Cependant, au regard des prévisions du Plan cancer 2014-2019 (pour mémoire, 50% des traitements anticancéreux devraient être sous forme orale d'ici 2020), les établissements ne pourront pas assurer la viabilité financière de ces activités encore longtemps. C'est pourquoi des

décisions doivent être prises rapidement afin d'acter un changement de culture dans les processus de soins.

Sources et Bibliographie

Thèses et mémoires

AUJOULAT I., janvier 2007, *L'empowerment des patients atteints de maladies chroniques*, thèse de doctorat en santé publique, Université catholique de Louvain

BENJAMIN, L., novembre 2012, *Rôle de la tarification à l'activité des établissements de santé dans l'accès des patients aux traitements anticancéreux oraux : exemple du cancer du sein métastatique HER2+*, thèse pour l'obtention du doctorat de sciences économiques et sociales de la santé, Université Paris-Descartes

CLEVERS E., décembre 2011, *La chimiothérapie orale : amélioration de la prise en charge du patient et du lien ville-hôpital*, thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie, Université de Rouen

DUPIOT J., 2014, *Lien ville-hôpital autour de la chimiothérapie orale : connaissance et utilisation pratique des outils existants*, thèse pour l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie, Université Bordeaux 2

LEPEZEL A., mai 2008, *Passage en ville des anticancéreux par voie orale : enquête sur les attentes des officinaux sur le bassin hospitalier de Briey*, thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie, Université de Nancy

ROUGEOT, J., septembre 2015, *Prise en charge des patients sous thérapie orale en oncologie médicale au CHU de Limoges : évérolimus AFINITOR*, thèse pour l'obtention du diplôme d'Etat de Docteur en pharmacie, Université de Limoges

Articles de périodiques spécialisés

CURTISS F., 2006, *Pharmacy benefit spending on oral chemotherapy drugs*, J MANAG Care Pharm, 12: 570-577

KHANDELWAL N., DUNCAN I., AHMED T., RUBINSTEIN E., PEGUS C., 2011; *Impact of clinical oral chemotherapy program on wastage and hospitalizations*, J Oncol Pract, 7: e25s-e29s.

LEMBERSKY B.C., mai 2006, *Oral Uracil and Tegafur Plus Leucovorin Compared With Intravenous Fluorouracil and Leucovorin in Stage II and III Carcinoma of the Colon: Results From National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocol C-06*, J. Clin. Oncol., vol. 24, n° 13

LEVIB L.S., KATZ A.H., HOLST E., 1976, *Self-care: lay initiatives in health*, New-York, Prodist

OMRAN A.R., 1971, *The epidemiological transition*, Milbank Mem. Fund quarterly, 49, n°1, 509-538

PELICAND J., FOURNIER C., AUJOULAT I., mars 2009, *Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins*, Actualité et dossier en santé publique, n°66

PEROL, D., TOUTENU, P., LEFRANC, A., REGNIER, V., CHVETZOFF, G., SALTEL, P., CHAUVIN, F, mars 2007, *L'éducation thérapeutique en cancérologie : vers une reconnaissance des compétences du patient*, Bull cancer, vol.94, n°3

PICHERAL, H., mars-avril 1989, *Géographie de la transition épidémiologique*, Annales de géographie, n° 546

RANCHON F., BOURET C., CHARPIAT B., et LÉBOUCHER G., mars 2009, *Sécurisation de l'emploi des chimiothérapies anticancéreuses administrables par voie orale*, Pharm. Hosp., vol. 44, n° 1, p. 36

SCHWIERTZ V., BERTIN C., HENRY A., et CHARPIAT B., mai 2007, *Number and nature of drug interactions concerning antineoplastic drugs*, Bull. Cancer (Paris), vol. 94, n°5

SINDING C., 2002, *Une molécule espion pour les diabétologues, l'innovation en médecine entre science et morale*, Sciences sociales et santé, 2002, 18 (2) : 95-119

Pr VERGNENEGRE A., 2008, *Dossier spécial. Prescription de la chimiothérapie orale: comment valoriser cet acte spécifique du cancérologue avec le nouveau mode de*

financement T2A?, Le nouveau Cancérologue, 1(3):125-133. Disponible sur : http://www.rees-france.com/IMG/pdf/dossiitable_ronde.pdf

WEINGART SN, BROWN E, BACH PB, Eng K, JOHNSON SA, KUZEL TM et al., 2008, *NCCN Task Force Report: Oral chemotherapy*, J Natl Compr Canc Netw, 6 Suppl 3: S1-14.

Textes / projets de textes normatifs (classement chronologique)

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002 page 4118, texte n° 1

ANAES, septembre 2003, Critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile, recommandations

Décret n°2004-546 du 15 juin 2004 relatif aux catégories de médicaments à prescription restreinte et à la vente de médicaments au public par certains établissements de santé et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale, JORF n°138 du 16 juin 2004, p.10758, n°37

Circulaire DHOS/F1/MTAA n° 2006-376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée

INSTRUCTION N°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Décret n°2010-904, du 2 août 2010, relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient

AVIS N° 2012.0034/AC/SEVAM du 8 novembre 2012 du collège de la Haute Autorité de Santé relatif au protocole de coopération «Consultation infirmière de suivi des patients traités par anticancéreux oraux à domicile. Délégation médicale d'activité de prescription»

INSTRUCTION N° DGOS/R3/2014/235 du 24 juillet 2014 relative à l'engagement d'une seconde phase d'expérimentation du dispositif des infirmiers de coordination en oncologie

Haute autorité de santé, mai 2015, cadrage relatifs aux prestations dérogatoires des réseaux de santé

Plans de santé publique (classement chronologique)

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2002, Plan cancer 2003-2007

Ministère de la santé et des sports, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2009, Plan cancer 2009-2013

Ministères des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, février 2014, Plan cancer 2014-2019, éditorial

Etudes et Rapports

European Group for Blood and Marrow Transplantation - Nurses Group, Novembre 2009, *L'observance aux traitements anticancéreux*

Haute Autorité de Santé (HAS), Service évaluation médico-économique et santé publique, juin 2005, *Analyse comparée de la chimiothérapie anticancéreuse administrée à l'hôpital ou prise en charge à domicile: aspects économiques et organisationnels*, disponible sur : www.has-sante.fr

Haut conseil de la santé publique (HCSP), mars 2012, *Evaluation à mi-parcours du plan cancer 2009-2013*, synthèse

Institut national du cancer, 2013, *Situation de la chimiothérapie des cancers*, rapport 2013

Institut national du cancer, Institut national de la santé et de la recherche médicale, juin 2014, *Vie deux ans après un diagnostic de cancer – VICAN2*

Institut national du cancer, janvier 2015, *Les cancers en France*, édition 2014

Institut de veille sanitaire, 2013, *Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012*

La ligue contre le cancer, mars 2009, *Les traitements des cancers*

Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes, Direction générale de l'offre de soins, 2014, *Rapport d'activité*

Pr VERNANT J.P., juillet 2013, *Recommandations pour le troisième plan cancer*, rapport à la Ministre des affaires sociales et de la santé et à la Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche

WHO working group, 1998, *Therapeutic patient education, continuing education programs for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases*, Europe reports ; EUR/ICP/QCPH, 01 01 03 rev.1, Copenhague

Ressources institutionnelles (classement chronologique)

Centre hospitalier de Brive, Direction des soins, Pôle de cancérologie, *Projet de soins*, l'hospitalisation de jour en oncologie.

PMSIpilot MCO, C.A T2A par UM, année complète 2014, pôle onco-hématologie

Centre Hospitalier de Brive, 2015, Direction des finances et du contrôle de gestion, Pôle de cancérologie, *Les chiffres clés*, Chiffres consolidés au 31 décembre 2014

Centre Hospitalier de Brive, 2015, Direction des finances et du contrôle de gestion, Pôle de cancérologie, *Tableau de bord médico-économique, chiffres clés*, au 31/12/2014, extraction du 19/02/2015

Institut Gustave Roussy, *Projet d'établissement 2015-2020*

Conférences et dossiers de presse, interventions (classement chronologique)

ARC, Inserm, INCa, janvier 2012, Communiqué de presse, *Recherche sur les cancers : tout s'accélère*

Direction générale de l'offre des soins, 2012, *Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?* Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé

Ministère des affaires sociales et de la santé, septembre 2013, *Stratégie nationale de santé*, feuille de route

Ministère des affaires sociales et de la santé, septembre 2013, *Stratégie nationale de santé, ce qu'il faut retenir*

UNICANCER, octobre 2013, *Quelle prise en charge des cancers en 2020 ? De la chirurgie ambulatoire aux soins de support : les six tendances les plus structurantes pour la prise en charge des patients atteints d'un cancer à horizon 2020*, dossier de presse

Intervention de Marisol Touraine, septembre 2014, Commission des comptes de la Sécurité sociale

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, octobre 2014, *Projet de loi de santé, Changer le quotidien des patients et des professionnels de santé*, dossier de presse

Ministères des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, décembre 2014, *Faciliter le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie : la démarche Paerpa*, point presse

Intervention de Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la santé, mars 2015, conférence de presse, Loi de santé

Sites Internet

Site l'INSERM, février 2012, *Travailler avec ou après un cancer*, <http://www.inserm.fr/thematiques/cancer/dossiers/cancer-et-travail-travailler-avec-ou-apres-un-cancer>

Site de l'INSERM, novembre 2012, *Médecine personnalisée du cancer à portée de mains*, <http://www.inserm.fr/thematiques/cancer/dossiers/medecine-personnalisee-du-cancer-a-portee-de-mains>

Site du Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, *Programme territoire de santé numérique*, <http://www.sante.gouv.fr/investissements-d-avenir-le-gouvernement-retient-5-projets-dans-le-programme-territoire-de-soins-numerique.html>

Site de l'OMS, 2003, *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*, OMS/MNC/03.01. Genève. http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherencereport.pdf

Site de l'OMS, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/>

Site UNICANCER, <http://www.unicancer.fr/actualites/actualites-centres/4-fevrier-journee-mondiale-contre-cancer-gustave-rousseau-definit-modele-centre-lutte-cancer-demain>

Site T2A conseil, *Synthèse sur les actes frontières, Le blog du PMSI et de la T2A*, <http://www.t2a-conseil.com/blog/synthese-sur-les-actes-frontiere/>

Liste des annexes

Annexe 1	Liste des molécules de chimiothérapies orales disponibles
Annexe 2	Tableau des cinq catégories de médicaments à prescription restreinte
Annexe 3	Tableau avantages/ inconvénients de la chimiothérapie à domicile
Annexe 4	Nouveau parcours des patients traités par chimiothérapies orales au CH de Brive-la-Gaillarde
Annexe 5	Check list de l'hôpital de jour
Annexe 6	Bon interne pour une demande de consultation/examen
Annexe 7	Compte-rendu de l'hospitalisation de jour
Annexe 8	Fiche molécule à destination du patient
Annexe 9	Fiche molécule à destination des professionnels de santé
Annexe 10	Compte-rendu du suivi téléphonique
Annexe 11	Procédure du suivi téléphonique
Annexe 12	Procédure de l'accueil infirmier de l'hôpital de jour
Annexe 13	Les outils informatiques
Annexe 14	Modalités de financement des chimiothérapies orales et intraveineuses
Annexe 15	Parcours chimiothérapies IV vs parcours chimiothérapies orales

Annexe 1

Liste des molécules de chimiothérapies orales disponibles

Spécialité pharmaceutique	Dénomination commune internationale
Afinitor®	Everolimus
Anandron®	Nilutamide
Androcur®	Cyproterone
Arimidex®	Anastrozole
Aromasine®	Exemestane
Belustine®	Lomustine
Caprelsa®	Vandetanib
Casodex®	Bicalutamide
Celltop®	Etoposide
Endoxan®	Cyclophosphamide
Erivedge®	Vismodegib
Estracyt®	Estramustine
Eulexine®	Flutamide
Fareston®	Toremifene
Farlutal®	Medroxyprogestérone
Femara®	Letrozole
Giotrif®	Afatinib
Glivec®	Imatinib
Hycamtin®	Topotecan
Inlyta®	Axitinib
Iressa®	Gefitinib
Lynparza®	Olaparib
Megace®	Megestrol
Navelbine®	Vinorelbine
Nexavar®	Sorafenib
Nolvadex®	Tamoxifène
Stivarga®	Regorafenib
Sutent®	Sunitinib
Tafinlar®	Dabrafenib
Tarceva®	Erlotinib
Temodal®	Temozolomide
Tyverb®	Lapatinib
Vargatef®	Nintedanib
Votrient®	Pazopanib
Xalkori®	Crizotinib
Xeloda®	Capecitabine
Xtandi®	Enzalutamide
Zelboraf®	Vemurafenib
Zytiga®	Abiraterone

Dénomination commune internationale	Spécialité pharmaceutique
Abiraterone	Zytiga®
Afatinib	Giotrif®
Anastrozole	Arimidex®
Axitinib	Inlyta®
Bicalutamide	Casodex®
Capecitabine	Xeloda®
Crizotinib	Xalkori®
Cyclophosphamide	Endoxan®
Cyproterone	Androcur®
Dabrafenib	Tafinlar®
Enzalutamide	Xtandi®
Erlotinib	Tarceva®
Estramustine	Estracyt®
Etoposide	Celltop®
Everolimus	Afinitor®
Exemestane	Aromasine®
Flutamide	Eulexine®
Gefitinib	Iressa®
Imatinib	Glivec®
Lapatinib	Tyverb®
Letrozole	Femara®
Lomustine	Belustine®
Medroxyprogestérone	Farlutal®
Megestrol	Megace®
Olaparib	Lynparza®
Nilutamide	Anandron®
Nintedanib	Vargatef®
Pazopanib	Votrient®
Regorafenib	Stivarga®
Sorafenib	Nexavar®
Sunitinib	Sutent®
Tamoxifène	Nolvadex®
Temozolomide	Temodal®
Topotecan	Hycamtin®
Toremifène	Fareston®
Vandetanib	Caprelsa®
Vemurafenib	Zelboraf®
Vinorelbine	Navelbine®
Vismodegib	Erivedge®

Annexe 2

Tableau des cinq catégories de médicaments à prescription restreinte

Catégorie	Code	Prescription	Dispensation
Réservé à l'usage hospitalier	RH	Médecin hospitalier	- Pharmacie hospitalière - Pas de rétrocession
Prescription hospitalière	PH	Médecin hospitalier	- Officine ou - Rétrocession par les PUI si le médicament est inscrit sur la liste rétrocession - Double circuit ville-hôpital possible
Prescription initiale hospitalière	PIH	- Prescription initiale : médecin hospitalier (l'AMM peut fixer un délai de validité de la prescription initiale) - Renouvellement : tout médecin, ordonnance identique à la prescription initiale sauf pour les posologies et la durée de traitement	- Officine ou - Rétrocession par les PUI si le médicament est inscrit sur la liste rétrocession - Double circuit ville-hôpital possible
Prescription réservée à certains médecins spécialistes	PRS	PRS pour toute prescription : médecins spécialistes désignés dans l'AMM PRS que pour la prescription initiale : - Prescription initiale : médecins spécialistes désignés dans l'AMM (l'AMM peut fixer un délai de validité de la prescription initiale) - Renouvellement : tout médecin, ordonnance identique à la prescription initiale sauf pour les posologies et la durée de traitement	- Officine ou - Rétrocession par les PUI si le médicament est inscrit sur la liste rétrocession - Double circuit ville-hôpital possible
Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement	SP	Si c'est la seule condition de prescription restreinte : prescription par tout médecin, dispensation en ville S'il y a cumul avec les catégories RH, PH, PIH ou PRS : suit les conditions de prescription, de dispensation et d'administration de la catégorie correspondante	

LEPEZEL A., mai 2008, *Passage en ville des anticancéreux par voie orale : enquête sur les attentes des officinaux sur le bassin hospitalier de Briey, thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie, Université de Nancy, p. 31*

Annexe 3













Tableau avantages/ inconvénients de la chimiothérapie à domicile

AVANTAGES	INCONVENIENTS
Les déplacements, le temps d'attente et les frais de transport sont réduits	Le ou les aidants naturels doivent consacrer beaucoup de temps au traitement et à la surveillance du patient
Le traitement est plus personnalisé, dans un milieu familial, proche des parents et des amis	Anxiété accrue pour le patient, qui se trouve privé de la sécurité et de la présence constante de personnel soignant qu'offre le milieu hospitalier
La vie quotidienne et la vie familiale sont moins perturbées, et le patient est mieux en mesure d'assumer ses responsabilités professionnelles et familiales	Les autres personnes qui vivent à la maison ne peuvent « échapper » à la maladie, ni au traitement, risque d'effets négatifs (stress, anxiété) sur les enfants
Les membres de la famille participent plus au traitement du patient	La responsabilité du traitement fait peur aux membres de la famille et accroît leur stress ; les aidants naturels doivent être motivés et disposés à aider
Le patient joue un rôle plus actif dans son traitement, ce qui réduit son sentiment d'impuissance et de vulnérabilité et lui donne le sentiment de combattre et d'être autonome	Le patient a moins d'occasions de partager son expérience avec d'autres que lorsqu'il est à l'hôpital
Les patients dont l'état est stable peuvent recevoir moins d'attention du personnel lorsqu'ils sont hospitalisés	Le patient n'est plus en contact direct avec les services de première ligne (médecin et personnel)
L'exposition aux infections nosocomiales est réduite	Le traitement est plus long que pour les protocoles thérapeutiques administrés à l'hôpital

Ibidem p. 39

ANNEXE 4

Nouveau parcours des patients traités par chimiothérapies orales au CH de Brive-la-Gaillarde

ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE PAR THERAPEUTIQUE ANTICANCEREUSE ORALE			
Temps	Ressource	Description	Docs associés
CS ONCO	 Oncologue	<ul style="list-style-type: none"> - Prescription dans CHIMIO® - Protocole à l'état prescrit - Remplissage CHECK LIST dans CROSSWAY® + PPS si Annonce - Informe la Secrétaire HDJ d'organiser une prise en charge - Informe le patient qu'il sera convoqué en HDJ pour une durée 3 ou 4h 	<ul style="list-style-type: none"> - Protocole CHIMIO® - Check List CROSSWAY®
Entre CS Onco Et CSP HDJ	 AMA HDJ	<ul style="list-style-type: none"> - Prend connaissance de la Check List CROSSWAY® - Organise les Rendez vous Médicaux et Examens => Définit la Date de CSP en HDJ et positionne le RdV chez l'oncologue et le pharmacien +/- soins de support - Complète la Check List - Appelle le patient pour convocation en HDJ - Rassemble tous les documents et les range dans une pochette verte nominative - Prévoit le RdV de suivi avec oncologue 1 mois après CSP 	<ul style="list-style-type: none"> - Check List CROSSWAY® - Documents pour pochette verte : <ul style="list-style-type: none"> o Bons CS ou Examens o Protocole CHIMIO® o Ordonnances o Etiquettes
J CSP HDJ Avant l'arrivée du patient	 IDE HDJ	<ul style="list-style-type: none"> - Prend connaissance du dossier et du parcours prévu pour le patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Check List CROSSWAY® - Pochette verte patient
	 AMA HDJ	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil le patient et récupère le carnet de Rendez vous et appelle l'IDE dédié - Note le Rendez vous de suivi à 1 mois avec Oncologue dans le Carnet - Donne le Carnet à l'IDE 	<ul style="list-style-type: none"> - Carnet de suivi du patient
J CSP HDJ Arrivée du patient	 IDE HDJ	<ul style="list-style-type: none"> - Accueille le patient et l'installe dans le BOX + <i>Entretien IDE Si Annonce</i> - Explique au patient les examens et/ ou Cs et l'oriente si besoin - Pratique les examens en suivant la Check list 	<ul style="list-style-type: none"> - Check List CROSSWAY® - Pochette verte patient - PPS CROSSWAY® si annonce
Créneaux HDJ	 Oncologue	<ul style="list-style-type: none"> - Voit le patient avec ses résultats - Valide le traitement au vu des examens : Impression Protocole (Plan de ttt inclusion) + ordonnances associées et les donne à l'IDE - Trace sa venue dans le CR Synthèse CROSSWAY® (Penser à noter son Nom) 	<ul style="list-style-type: none"> - Examens réalisés - CS Réalisées - Protocole CHIMIO® - CR Synthèse CROSSWAY®
13h30 19h 1 mardi 1 merc 1 jeudi 2 vend	 Pharmacien	<ul style="list-style-type: none"> - Explique au patient les modalités de prise du traitement - Contacte la Pharmacie de ville du patient - Fax le protocole de CHIMIO® complété et signé par le médecin - Trace son entretien dans le CR Synthèse CROSSWAY® avec la date de 1^{ère} prise 	<ul style="list-style-type: none"> - Protocole (Plan de traitement inclusion) CHIMIO® - CR Synthèse CROSSWAY®
	 IDE HDJ	<ul style="list-style-type: none"> - Explique au patient les effets indésirables fréquents et conseils associés - Explique les modalités de suivi téléphonique au patient et prévoit le 1^{er} appel 48h après la 1^{ère} prise puis toutes les 2 semaines : Planning CROSSWAY® - Complète le PPS Si Annonce => 1 exemplaire au patient et 2 à l'AMA HDJ - Remet l'ensemble des documents au patient : Carnet avec ordonnances, fiche d'information molécule, fiches effets indésirables spécifiques, ... - Trace son entretien dans le CR Synthèse CROSSWAY® 	<ul style="list-style-type: none"> - Fiche d'info patient - Docs effets indésirables - PPS/Annuaire si Annonce - Ordonnances - CR Synthèse CROSSWAY® - Planning CROSSWAY®
Après CSP HDJ Délai 24h	 AMA HDJ	<ul style="list-style-type: none"> - Mise au net du CR Synthèse CROSSWAY® => Passage à l'état A LIRE - Remet le PPS à l'AMA de l'oncologue si Annonce 	<ul style="list-style-type: none"> - CR Synthèse CROSSWAY®
	 Oncologue	<ul style="list-style-type: none"> - Valide et Signe le CR synthèse CROSSWAY® => Passage à l'état VALIDE 	<ul style="list-style-type: none"> - CR Synthèse CROSSWAY®
	 AMA ONCO	<ul style="list-style-type: none"> - Imprime et envoie au MT le CR synthèse CROSSWAY® => Passage à l'état EXPEDIE - + Fiche d'information Molécule Professionnel + PPS si Annonce 	<ul style="list-style-type: none"> - CR Synthèse CROSSWAY® - Fiche Info professionnels - PPS si Annonce
48h après début ttt	 IDE HDJ	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi téléphonique patient 48h après début de ttt puis tous les 15 jours 	<ul style="list-style-type: none"> - Fiche suivi téléphonique CROSSWAY® - Tableau Grade OMS

Annexe 5
Check list de l'hôpital de jour

CHECK LIST POUR PEC PLURIDISCIPLINAIRE EN HDJ

○ **BIOLOGIE** : Préciser..... Ordo OK
 Sur Place En Externe 48h Avant

○ **BILAN URINAIRE** : Ordo OK
 Sur Place BU En Externe 48h Avant

○ **CS OPHTALMO** : Rdv le à h **Bon ok**
(Prise RdV 6830)
! Attention Vendredi AM avant 16h30 uniquement !
! Délai RdV 1 à 2 semaines
! 1 RdV max par semaine

○ **CS DERMATOLOGIE** : Rdv le à h **Bon ok**
(Prise RdV SEC 6611)
! Mardi et Mercredi de 12h à 13h Dr MAGHIA
! Jeudi semaine paire 14h30 à 16h Dr ESPINASSOUZE
! Le médecin se déplace en HDJ
! Délai Rdv 1 semaine

○ **RADIO** : ..localisation.. Rdv le à h **Bon ok**
(Prise RdV MER 6863)

○ **ECHO CARDIAQUE** : Rdv le à h **Bon ok**
(Prise RdV CS 6065)
! AM jusqu'à 17h
! Délai Rdv 1 semaine

○ **CS ORL** : Rdv le à h **Bon ok**
(Prise RdV 6832)
! AM jusqu'à 16h
! Délai Rdv 1 semaine
! Rdv Avec Interne

○ **OSTEODENSITOMETRIE** : Rdv le à h **Bon ok**
(Prise RdV SEC 6040)
! Jeudi à 11h (convoquer le patient directement pour l'examen)
! 1 max par semaine
! Délai Rdv 1 semaine

⇒ **Date CS PLURIDISCIPLINAIRE : le àh**

○ **BILAN DIETETIQUE IDE** : Orientation Diététicienne : Rdv le à h



○ **ECG** :

○ **AUTRE** :

○ **RV positionné sur Pharmacien** ○ **RV positionné sur Oncologue**

Annexe 6

Bon interne pour une demande de consultation/examen

		CHAMBRE COUCHE <input type="checkbox"/> ASSIS <input type="checkbox"/> MARCHÉ <input type="checkbox"/> OXYGENE <input type="checkbox"/> DEBITL	
BORDEREAU D'ACTIVITE MEDICALE			
Etiquette Patient	Tampon du service demandeur HDJ ONCO-HEMATOLOGIE UF 5208 POSTE 7784		Date de la demande -----/-----/20-----
	<i>Examen demandé</i>		<i>Diagnostic clinique</i> Mis en place d'un traitement anticancéreux oral par :
Au service de :		Le Praticien Hospitalier	
<hr/>			
		BORDEREAU D'ACTIVITE MEDICALE INTERNE	
Etiquette Patient	Tampon du service demandeur HDJ ONCO-HEMATOLOGIE UF 5208 POSTE 7784	Tampon du service exécutant	
DATE DE LA CONSULTATION -----/-----/-----20-----			
<i>Consultations Internes</i>		<i>Majorations</i>	
CS <input type="checkbox"/> Code praticien	MPC (patient +16 ans) <input type="checkbox"/> ou MPJ (patient -16 ans) <input type="checkbox"/> CD (dim+JF) <input type="checkbox"/> CN (nuit) <input type="checkbox"/> FP (pédiatrie) <input type="checkbox"/>		
CS <input type="checkbox"/> Code praticien	CD (dim+JF) <input type="checkbox"/> CN1 nuit de 20h à 00h et 06h à 08h <input type="checkbox"/> CN2 nuit de 00h à 06 h <input type="checkbox"/>		
Les actes techniques CCAM doivent être saisis par le producteur de l'acte sur l'outil informatique.			

Annexe 7

Compte-rendu hospitalisation de jour



**POLE DE CANCEROLOGIE
SERVICE ONCOLOGIE RADIOTHERAPIE HEMATOLOGIE**

**Dr E.CAPELO - Dr E.KFOURY - Dr B.LEDUC - Dr S.LEFORT - Dr V.LEYMARIE
Dr A.MARTIN - Dr S.MIRAS-CHAUVINIAT - Dr D.MOLNAR STANCIU - Dr A.POMPON
Dr I.SILLET-BACH - Dr L.VAYRE
☎ 05 55 92 60 51 fax : 05 55 92 60 77**

Brive, le 11/06/2015

**QUALITEMEDC TITREMED_LE PRENOMMED NOMMED
ADR2MED
ADR3MED
ADR4MED
ADR1MED
CPMED VILLEMED**

CONSULTATION PLURIDISCIPLINAIRE 11/06/2015

Nom Prénom :
Date de naissance :

Pharmacien :

Infirmière :

Examens pratiqués :

Biologie :
ECG :
Radio :
CS Ophtalmologie :
CS Dermatologie :

Décision Oncologue :

Signature Oncologue

Copie du compte rendu au Dr

Annexe 8


Fiche molécule à destination du patient

Interactions médicamenteuses :

Inhibiteurs CYP3A4 = antifongiques azolés, inhibiteurs de protéase, érythromycine, clarithromycine, pamplemousse, réglisse...

Inducteurs CYP3A4 = rifampicine, phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, millepertuis, aprepitant, alcool, dexaméthasone...

Certains vaccins peuvent être rendus inefficaces car l'évérolimus a un effet immunosuppresseur important. La vaccination par des vaccins vivants atténués doit être évitée.



Centre de Coordination en Cancérologie de La Courbe
Boulevard du Dr Verfiac
19100 Brive La Gaillarde
05 55 92 60 51

Centre de Coordination en Cancérologie Courbe (CC19) | Mise à jour Avril 2014




Fiche d'information destinée aux patients

AFINITOR®

Everolimus Voie Orale

Votre traitement AFINITOR se présente sous la forme :

Comprimés ovales, blancs ou jaunes, non sécables.
Dosés à 5 mg avec « NVR » gravé sur une face et « 5 » gravé sur l'autre face.
Dosés à 10 mg avec « NVR » gravé sur une face et « UHE » gravé sur l'autre face.



Comment devez-vous conserver AFINITOR® ?

Dans sa boîte d'origine à l'abri de l'humidité
A une température ne dépassant pas 30°C
Ne pas laisser le traitement à la portée de tous, et en particulier des enfants

Votre posologie est stricte et individuelle, pour l'établir votre médecin tient compte du type de votre maladie, de vos antécédents et de votre tolérance au traitement.

La thérapeutique ciblée orale est un traitement anticancéreux, ce traitement nécessite un suivi rigoureux.

Respectez votre prescription médicale et notez systématiquement chaque prise ou oubli sur un carnet.

N'avez jamais recours à l'AUTOMEDICATION : il existe un risque d'interactions médicamenteuses même avec des produits à base de plantes comme le millepertuis, le pamplemousse ou la réglisse.

→ Parlez-en à votre pharmacien ou à votre médecin traitant.

Centre de Coordination en Cancérologie Courbe (CC19) | Mise à jour Avril 2014



Tous les jours, à la même heure avec ou sans aliment, entier avec un grand verre d'eau

Quand devez-vous prendre AFINITOR® ?

Consignes générales

! Vous ne devez jamais couper, écraser, mâcher ni sucer les comprimés d'AFINITOR®.
Si vous avez oublié une prise de médicaments ou en cas de vomissements : attendez la prise suivante et ne doublez pas les quantités.



Si vous avez pris accidentellement trop de comprimés, contactez immédiatement votre oncologue.
N'arrêtez jamais votre traitement ou ne modifiez pas le rythme d'administration sans avis de votre oncologue.



Lavez-vous soigneusement les mains avant et après chaque prise.



Rapportez à votre pharmacie tous les comprimés endommagés ou inutilisés : ne les jetez pas dans la poubelle avec les ordures ménagères.

Vie pratique

Exposition au soleil ?



L'exposition au soleil n'est pas recommandée : protégez-vous avec un écran haute protection d'indice 50 et +, un chapeau, un vêtement à manches longues et des lunettes de soleil.

Chute des cheveux sous AFINITOR® ?



Ce traitement n'entraîne pas la chute des cheveux

Activité physique



Pratiquez une activité physique : cela contribue à une meilleure qualité de vie corporelle et psychologique.

Vacances



Si vous partez en vacances, emportez toujours votre ordonnance et faites activer votre dossier pharmaceutique (DP).

Contraception et Allaitement



Utilisez une contraception efficace pendant le traitement et jusqu'à 6 mois après la dernière cure
L'allaitement est interdit pendant le traitement.

Prévention et conduite à tenir en cas de

Mucite, Apathies

Conseils :

Faire un bain de bouche après chaque repas, soit avec des solutions bicarbonatées ou avec une solution commerciale sans alcool
Sucrer des glaçons, des glaces ou sorbets.

A Eviter :

Eviter l'absorption d'aliments trop chauds, de boissons bouillantes ou de boissons alcoolisées, d'aliments trop acides, le gruyère, les amaran ou les noix.

⇒ **En cas de gêne à l'alimentation, prévenir votre médecin**

Nausées, vomissements

Conseils :

Prenez

- les antiémétiques prescrits par votre médecin, au moins 30min avant la prise d'Afinitor,
- des repas légers et fractionnés (5 à 6 repas par jour),

Buvez de l'eau fraîche, du cola dégazéifié fréquemment, par petite gorgée entre les repas.

A Eviter :

Les aliments froids, gras, épicés, trop sucrés.

Troubles cutanés

Conseils :

Hydratez votre peau avec des crèmes émollientes, utilisez un savon surgras et du maquillage hypoallergénique.

A Eviter :

Les expositions à la chaleur (eau chaude) les frictions de la peau lors d'exercice physique intense ou prolongé, le port de vêtement serré

Diarrhées

Conseils :

Bovez au moins 2 litres d'eau par jour.

Privilégiez les viandes blanches, les poissons maigres, le riz, les féculents, les pommes de terre, les carottes, les bananes...

Si votre médecin vous a prescrit un traitement anti-diarrhéique, prenez-le.

A Eviter :

Limitez votre consommation de lait, de café,
Evitez l'alcool, les boissons gazeuses, les matières grasses, les aliments riches en fibres (légumes verts, céréales, fruits etc).

Fatigue

⇒ Respectez une bonne hygiène de vie (alimentation saine, repos).
Restez prudent lors de la conduite automobile.


Toux, difficultés respiratoires

Consulter votre médecin traitant

Vous présentez des effets indésirables qui vous inquiètent : contactez votre médecin traitant, il décidera de la meilleure conduite à tenir.

Annexe 9

Fiche molécule à destination des professionnels de santé



Centre de Coordination en Cancérologie de la Corèze
Boulevard du Dr Verhac
19100 Brive La Gaillarde
05 55 92 60 51

Mar 4 Jan Avr 2014

Centre de Coordination en Cancérologie Corèze (CC19)

Fiche d'informations destinée aux professionnels de santé

AFINITOR®

Everolimus Voie Orale

Pour toute information complémentaire, veuillez vous reporter au Résumé des Caractéristiques du Produit.

Classe pharmacologique

Agent antitumorale. Inhibiteur de la protéine kinase m-TOR (mammalian target of rapamycin -cible de la rapamycine chez les mammifères) dont l'activité est dérégulée dans de nombreux cancers humains. Il a des propriétés antiangiogénique, pro-apoptique, et antiprolifératrice.


Indications de l'AMM

- Cancer du rein avancé chez les patients ayant progressé sous ou après une thérapie ciblée anti-VEGF (facteur de croissance de l'épithélium vasculaire, exemple : SUTENT® (Sunitinib), NEXAVAR® (sorafénib))
- Tumeurs neuroendocrines d'origine pancréatique non résecables ou métastatiques bien ou moyennement différenciées avec progression de la maladie chez l'adulte
- Cancer du sein avancé avec des récepteurs hormonaux positifs, HER2/neu négatif, en association avec l'exémestane (Aromasine®), chez les femmes ménopausées sans atteinte viscérale symptomatique des récidiés ou progression de la maladie et précédemment traitées par un inhibiteur non stéroïdien de l'aromatase.

Mode d'administration

Afinitor® doit être pris une fois par jour à la même heure chaque jour, avec ou sans aliments de façon constante (pour une biodisponibilité répétable). Les comprimés doivent être avalés entiers avec un verre d'eau.

Les comprimés ne doivent pas être mâchés ni écrasés



Centre de Coordination en Cancérologie Corèze (CC19)

Posologie

10 mg par jour aussi longtemps qu'un bénéfice clinique est observé, ou jusqu'à apparition d'une toxicité inacceptable.

La posologie peut alors être diminuée à 5 mg par jour.

Précautions d'emploi

- **Risque élevé d'apparition de pneumopathies non infectieuses** (symptomatologie non spécifique : toux, dyspnée et hypoxie). Cela concerne 12% des patients traités, c'est un effet de classe.
- L'évérolimus **peut produire des ulcérations buccales**. Une hygiène soignée de la bouche est recommandée, ainsi des bains de bouche sans alcool ni eau oxygénée ni antiseptiques (sauf si l'infection fongique a été diagnostiquée) peuvent être conseillés après chaque repas.
- L'évérolimus possède des **propriétés immunosuppressives** et peut prédisposer les patients aux infections, en cas d'infections actives le traitement peut être suspendu voir arrêté définitivement en présence d'infection fongique systémique invasive.
- Un **bilan biologique préalable** est nécessaire. Au cours du traitement, il faudra notamment surveiller la fonction rénale (créatinémie, urémie), la glycémie, la lipémie et la NFS (thrompopenie, lymphocytopénie, hémoglobinurie).
- Ce médicament **contient du lactose**, ne pas l'administrer chez les patients ayant une intolérance au galactose, un déficit en lactase, une malabsorption du glucose/galactose (maladie héréditaire rare).
- **Complication de la cicatrisation des plaies** (prudence en phase péri-opératoire).
- **Contre-indication obligatoire** pendant le traitement, Allaitement interdit.

Interactions médicamenteuses

AFInitor® est métabolisé par le cytochrome P450 (surtout CYP3A4, CYP1A2 et CYP1A1) : prendre en compte l'association à des inducteurs et des inhibiteurs du CYP :

Inhibiteurs CYP3A4 = antifongiques azolés, inhibiteurs de protéase, érythromycine, clarithromycine, pamplolemousse, réglisse...

Inducteurs CYP3A4 = rifampicine, phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, millepertuis, apripéant, alcool, dexaméthasone...

Certaines vaccinations peuvent être rendues inefficaces car l'évérolimus a un effet immunosuppresseur important. La vaccination par des vaccins vivants atténués doit être évitée.

Contre-indications

Hypersensibilité à l'évérolimus ou à un de ses excipients
L'association aux anti-protéases du VIH, aux azolés, aux macrolides doit être prescrite.

Signes qui doivent vous alerter

- ❖ Nouveaux symptômes pulmonaires ou respiratoires, assoufflement, toux.
- ❖ Infections thoraciques.
- ❖ Fièvre, frissons.
- ❖ Gonflement de la gorge

Effets indésirables les plus fréquents

Troubles cutanés (très fréquents)

Ulcération buccales (fréquentes)

Diarrhées (très fréquentes)

Nausées, vomissements, anorexie (fréquentes)

Asthénie, céphalées, insomnies (fréquentes)

Toux, dyspnée

Troubles oculaires (fréquents)

Annexe 10
Compte-rendu du suivi téléphonique

Date appel :	<input type="checkbox"/> 07/05/2015 (automatique jour j)	Date début de traitement :	<input type="checkbox"/> 28/04/2015 auto ??
Molécule :	<input type="checkbox"/> VEMURAFENIB (ZELBORAF®)	Localisation :	<input type="checkbox"/> (CIM 10 automatique)
Poids patient :	Taille :	IMC : (calcul auto)	
TA :			

Compliance au traitement :

Oui
 Non

Si Non :

Effets secondaires

<input checked="" type="checkbox"/> Troubles cutanés	<input type="checkbox"/> Grade 0	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4
<input checked="" type="checkbox"/> Diarrhées	<input type="checkbox"/> Grade 0	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4
<input checked="" type="checkbox"/> Troubles oculaires	<input type="checkbox"/> Grade 0	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4
<input checked="" type="checkbox"/> Troubles hépatiques	<input type="checkbox"/> Grade 0	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4
<input checked="" type="checkbox"/> Troubles nutrition	Description : <input type="text"/>				
<input checked="" type="checkbox"/> Troubles musculo squelettiques	Description : <input type="text"/>				
<input checked="" type="checkbox"/> Troubles du métabolisme	Description : <input type="text"/>				
<input checked="" type="checkbox"/> Autres	Description : <input type="text"/>				

Précisez le grade

Si Grade 2 ou + : Prévenir Oncologue CAT :

Vie Quotidienne

RAS
 A noter

A noter :

Etat général

Grade 0 Grade 1 Grade 2 Grade 3 Grade 4

Commentaires :

Synthèse : La synthèse remonte automatiquement dans le titre : liste des appels

Annexe 11

Procédure de suivi téléphonique

CHIMIOThERAPIE ORALE : SUIVI APPEL TELEPHONIQUE PAR IDE

AVANT :

- récupérer le bilan biologique (si a été prescrit) auprès de la secrétaire de l'oncologue référent : s'assurer que ces résultats ont été vus
- prendre connaissance du dossier patient et de la prescription (faite dans le logiciel « CHIMIO »)
- préparer son entretien tel / effets secondaires en lien avec molécule prescrite
- vérifier les dates de RDV à venir (CS médicale, bilan biologique...) : pour bien redonner ces dates au patient

APPEL :

- se présenter : nom, fonction, service, Hôpital et donner le motif de l'appel
- vérifier la bonne identité du patient
- interroger le patient en suivant la fiche d'appel tel (dans CROSSWAY)
- fixer le prochain RDV téléphonique et le noter : en faisant 1 commentaire « nom de la molécule, appel à 48h, bio à récupérer... »et rappeler les prochains RDV (médicaux, prises de sang..)

SI ECHEC TEL :

- reprogrammer 1 appel au plus tôt
- tracer l'appel échoué sur doc paramédical dans CW

APRES :

- dès la fin de l'entretien : tracer la synthèse dans la fiche d'appel tel
- si besoin d'un avis oncologue/ à ce suivi :
 - si « urgent » : IDE imprime le CR CS Pluridisciplinaire + sa synthèse téléphonique et va voir l'oncologue ou médecin présent pour avis (et les applique)
 - si moins urgent : IDE imprime les mêmes documents et les dépose auprès de la secrétaire de l'oncologue référent pour avis et organise la récupération de cet avis pour mise en pratique

juin 2015

Annexe 12

Procédure de l'accueil infirmier à l'HDJ

CHIMIOThERAPIE ORALE PROCEDURE ORGANISATION ET SOINS IDE

Récupérer chemise au nom du patient auprès de la Secrétaire	<u>Cocher</u>
Accueil + identito-vigilance	
- TA , Pouls, Température - Saturation en O2 - EVA - BU	
Poids, Taille : IMC.	
Bilan biologique si prescrit	
Evaluation nutritionnelle et digestive . Appel de la diététicienne si : < IMC inférieur ou égal à 18 < perte de poids supérieure ou égale à 2 kg par semaine sur les 4 dernières semaines < problème digestif important (ex : diarrhée non améliorée par régime et traitement, constipation résistante ...)	
Organiser le déroulé de l'après-midi en se référant aux prescriptions médicales et aux RDV pris. Cf : check-list dans CrossWay	
Récupérer les résultats du bilan biologique s'il y a lieu	
Récupérer les résultats des différents examens ou CS faits ce jour : IDE s'assure d'avoir tous les CR après chaque examen	
Intervention de l'oncologue référent (ou médecin HDJ) : valide la prescription et complète synthèse (CW : synthèse pluridisciplinaire)	
Intervention Pharmacien + synthèse (CW : synthèse pluridisciplinaire)	
Entretien infirmier de reformulation des informations médicales et/ou d'annonce en s'appuyant sur le PPS(qu'il faut compléter) . Donner informations sur effets secondaires + modalités de prise + évaluer si le	

<p>patient est apte à gérer son traitement (si ce n'est pas le cas : demander une prescription d'IDE à domicile)</p> <p>Informé sur l'organisation du suivi téléphonique (positionner le 1^{er} RDV sur CW : 48 h après début du traitement)</p>	
<p>Remettre au patient en expliquant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PPS s'il y a lieu - Ordonnances pour surveillance médicale(biologie, médicaments associés...) - Document « fiche molécule patient » / Molécule prescrite : récupérer ce doc dans classeur spécifique auprès d'A.Alloncle - Documents en lien avec effets secondaires de la molécule prescrite + soins de support - RDV : vérifier qu'un prochain RDV médical est programmé (CW + le carnet 3c) 	
<p>- <u>Tracer dans CROSSWAY</u> : CR synthèse pluridisciplinaire + RDV planning IDE (thérapie orale)</p> <p>-<u>Remettre à la secrétaire</u> : les CR papiers des examens ou CS faits + « fiche molécule pro » / molécule prescrite, récupérée dans même classeur spécifique auprès d'AA (pour envoi au médecin ttt)</p>	

Jun 2015

Annexe 13
Les outils informatiques

LES OUTILS INFORMATIQUES POUR LA PEC DES PATIENTS EN
CHIMIOThERAPIE ORALE

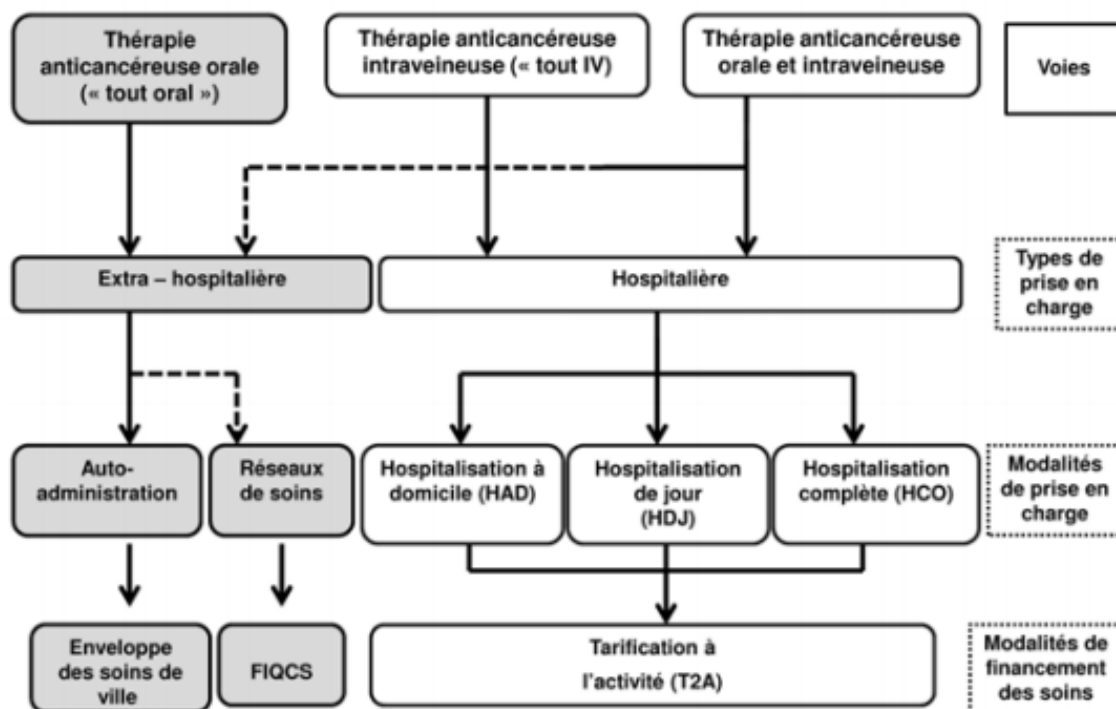
DOCUMENT	OU LE TROUVER + Utilisation				
CHECK LIST PEC PLURIDISCIPLINAIRE EN HDJ	<ul style="list-style-type: none"> - dans CW : se positionner sur RDV du patient - clic « synthèse » (bandeau du haut) - ouvrir les « ... » au niveau de la check list (qui a été faite par le médecin) - prescription des examens ou CS prescrits apparaît 				
CR PLURIDISCIPLINAIRE HDJ	<ul style="list-style-type: none"> - dans CW : se positionner sur RDV du patient en HDJ jour J - clic « courrier » dans bandeau de droite - clic « MODIFIER » dans bandeau du bas - clic x 2 dans « CR pluridisciplinaire HDJ » : aller dans case de l'IDE, y noter son nom + prénom puis les transmissions IDE <i>bien passer par ce doc déjà créé pour permettre une signature médicale indispensable</i> 				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">IDE</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">THERAPIE</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">ORALE</td> </tr> </table>	IDE	THERAPIE	ORALE		<p><u>Pour noter les RDV téléphoniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - dans CW : se positionner sur RDV du patient en HDJ jour J - bandeau du bas : mettre oncologie + IDE thérapie orale + choisir l'affichage par semaine - se positionner dans la case de l'heure choisi : clic x2 - fenêtre s'ouvre : noter nom du patient > clic rechercher - sélectionner le patient concerné - dans fenêtre ouverte : compléter ou modifier les données et faire 1 note dans « commentaires » (par ex : appel à 48h, nom de la molécule, bio à récup ..)
IDE	THERAPIE				
ORALE					
<p>Fiche médicament pour suivi tel</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">SUIVI TELEPHONIQUE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">AFINITOR (ou autre ttt)</td> </tr> </table>	SUIVI TELEPHONIQUE	AFINITOR (ou autre ttt)	<p><u>Lors du suivi téléphonique = outil d'entretien et de traçabilité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - dans CW : se positionner sur RDV du patient en HDJ jour J - clic « formulaire » dans bandeau de droite - clic « + Ajouter » dans bandeau du bas - clic x 2 « suivi téléphonique Afinitor » <i>ou autre molécule</i> <p><u>DOC DE SUIVI :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - partie du haut à vérifier et/ou modifier --- il y a le N° de tel 		
SUIVI TELEPHONIQUE					
AFINITOR (ou autre ttt)					

	<ul style="list-style-type: none"> - mettre la bonne date de début du ttt - Appel du jour : clic sur + (de couleur verte dans le bandeau) - Entretien tel : Compléter les rubriques - clic « appliquer » <p>le Relevé synthétique des appels tel apparaît dans l'encadré du milieu de page et permet une visualisation du suivi</p>
PPS	<ul style="list-style-type: none"> - dans CW : se positionner sur RDV du patient en HDJ jour J - clic « formulaire » dans bandeau de droite - PPS - clic « MODIFIER » dans bandeau du bas - 1^{ière} page : entretien annonce IDE : cocher oui entrer le nom de l'IDE + date de l'entretien <p>faire « appliquer » en bas à gauche</p> <p>pour changer de page : clic sur la flèche orange en haut à droite</p> <ul style="list-style-type: none"> - p 2 + 3 : vérifier les infos notées : ttt, cure, RDV et si modifications : faire « appliquer » - p4 : remplir la partie « soins de support » : AS , diet, psy, esthéticienne, autres <p>faire « imprimer » = icône sur la même page</p> <p><i>Imprimer 3 fois = 1 pour le patient (le lui donner) ; les 2 autres à mettre dans dossier < au début du dossier> , la secrétaire en gardera 1 dans le dossier et enverra l'autre au médecin traitant</i></p>

Annexe 14

Modalités de financement des chimiothérapies orales et intraveineuses

Figure 19 Les modalités de prise en charge et de financement des thérapies anticancéreuses orale et intraveineuse



Source BENJAMIN, L., *Rôle de la tarification à l'activité des établissements de santé dans l'accès des patients aux traitements anticancéreux oraux : exemple du cancer du sein métastatique HER2+*, thèse pour l'obtention du doctorat de sciences économiques et sociales de la santé, Université Paris-Descartes, soutenue le 30 novembre 2012 p. 97

N.B. : le FIQCS est aujourd'hui compris dans le FIR (Fonds d'intervention régional)

Annexe 15

Parcours chimiothérapies IV vs parcours chimiothérapies orales

Figure 22 Schéma générique du parcours de soins d'un patient traité par un traitement anticancéreux oral

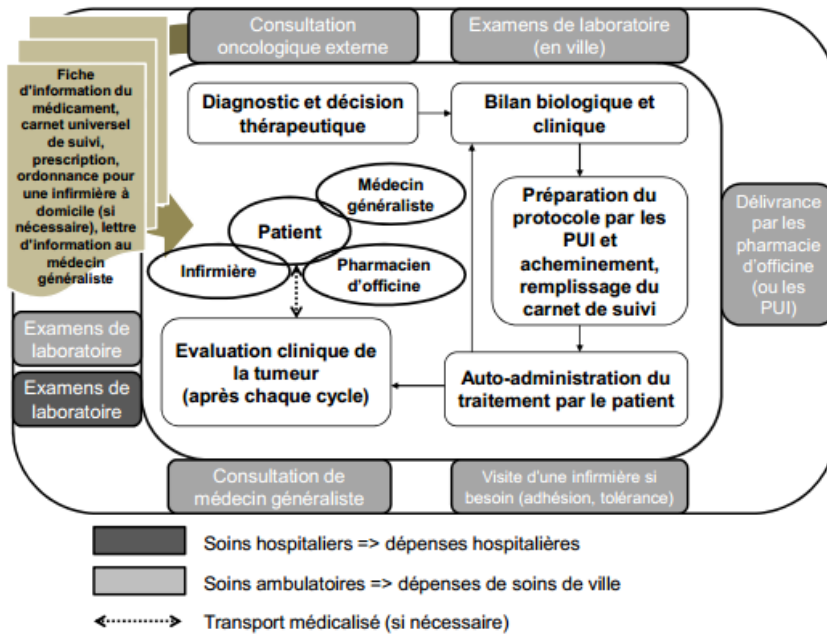
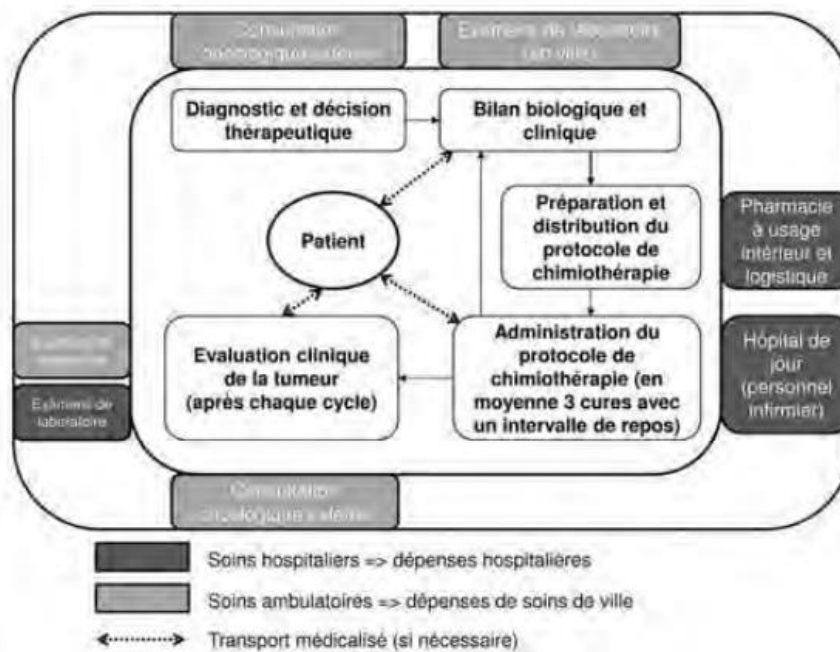


Figure 23 Schéma générique du parcours de soins d'un patient traité par un traitement anticancéreux intraveineux (hôpital de jour)



Source : ibidem

MARTAGEIX

Sophie

Décembre 2015

DIRECTEURS D'HOPITAL

Promotion 2014-2016

L'impact des innovations thérapeutiques sur l'organisation hospitalière et les parcours de soins : l'exemple des chimiothérapies orales au CH de Brive-la- Gaillarde

Résumé :

Les innovations médicales, les évolutions épidémiologiques et sociologiques, repoussent chaque jour les limites de la science, de la technologie mais aussi des organisations. Les établissements de santé, structurés sur d'anciens modèles de prise en charge, doivent se remettre en cause et s'adapter, non seulement aux progrès médicaux mais aussi aux nouvelles attentes des patients. L'offre de soins doit alors se moderniser et intégrer de nouveaux acteurs (professionnels de ville) et de nouvelles façons de soigner (suivi téléphonique, télé médecine).

Ce sont les défis que nous incitent à relever les progrès pharmaceutiques en cancérologie au travers des chimiothérapies orales. Si cette modalité de traitement n'est pas nouvelle, elle est aujourd'hui en plein essor et devrait représenter 50% des traitements anticancéreux d'ici 2020. Le patient est désormais responsable pleinement de son traitement, de son observance et de la surveillance des effets secondaires. Cela nécessite un suivi très particulier qui implique tous les acteurs de la prise en charge, des méthodes et outils innovants, mais également une éducation thérapeutique structurée.

Si les établissements ont acté ces changements en élaborant de nouveaux parcours dédiés aux patients traités par chimiothérapies orales, comme c'est le cas au CH de Brive-la-Gaillarde, les pouvoirs publics n'ont pas encore fait de même. En effet, ces nouveaux dispositifs, en termes de suivi notamment, ne sont pas valorisés alors même que l'externalisation des soins oncologiques représente une perte de recettes pour l'hôpital. Des arbitrages doivent dès lors être réalisés en termes de financements, de gradation de l'offre de soins, de reconnaissance de nouvelles fonctions.

Mots clés :

Chimiothérapies, Coordination, Innovations, Parcours, Ville

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.