

L'entretien thérapeutique pharmacien – infirmier en oncologie

Elisabeth Desbourdes, IDE

Laura Foucault-Fruchard, pharmacien

CONTEXTE

- Virage ambulatoire des traitements du cancer → essor des anticancéreux oraux / thérapies ciblées orales (TCO)
- Nécessité de sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients sous TCO
 - ✓ banalisation du traitement
 - ✓ effets indésirables
 - ✓ interactions médicamenteuses→ risque de non adhésion thérapeutique

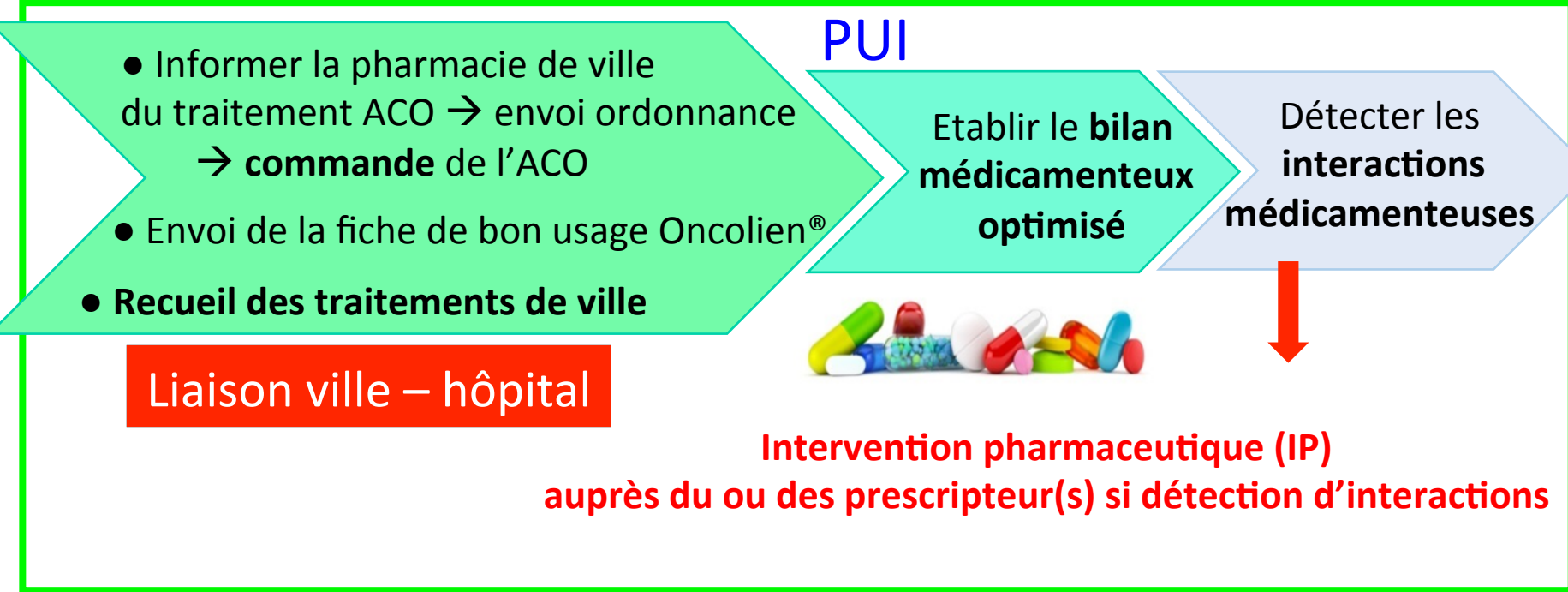
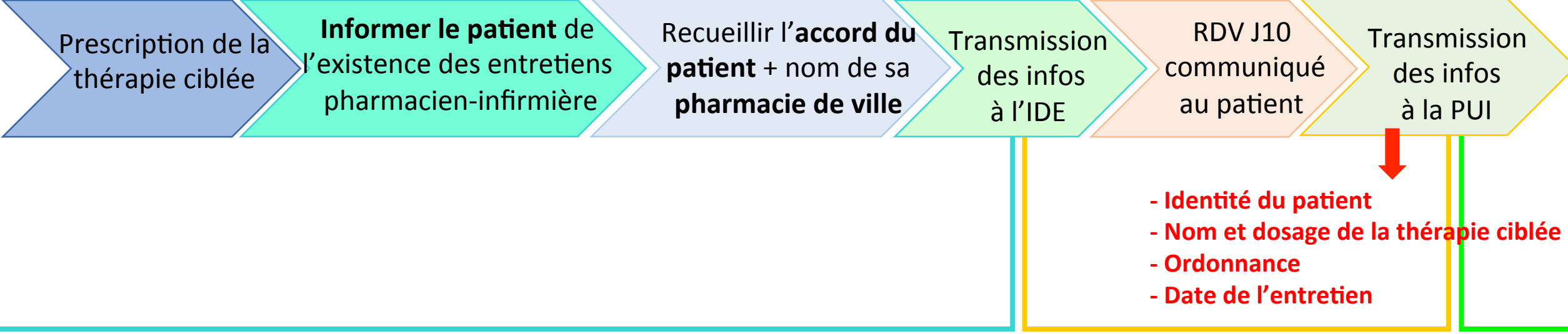
Objectif : renforcer la multidisciplinarité et le lien V-H dans l'accompagnement des patients atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) traités par TCO



Mise en place du dispositif d'accompagnement renforcé en juillet 2019

PRESENTATION DU DISPOSITIF : versant hospitalier

Consultation médicale d'annonce



Accord Patient – Entretiens pharmacien + infirmière



Nom-prénom du patient :

• Numéro de téléphone portable :

• Médicament anticancéreux prescrit :

• Le patient consulte-t-il des spécialistes ?

Oui Non

Si oui, lesquels (nom + ville) :

.....

• Coordonnées de la pharmacie habituelle du patient

Nom : Ville :

• Le patient confirme qu'il retirera son traitement anti-cancéreux dans cette pharmacie :

Oui Non

• Le patient accepte que le pharmacien du CHRU contacte l'officine pour collecter les informations sur les traitements habituels et commander le médicament anticancéreux

Oui Non

+ Remettre au patient la fiche d'informations « Assistance du pharmacien et IDE »

• Le patient est-il d'accord pour suivre les entretiens pharmacien + infirmière ?

Oui Non

A la suite de l'annonce médicale, transmettre ce formulaire à l'IDE avec l'ordonnance de primo-prescription → l'IDE informe ensuite la PUI par téléphone:

• Joindre le secrétariat de la PUI au 02 47 47 38 89

Date et signature du patient

Accord Patient – Entretiens pharmacien + infirmière



Nom-prénom du patient :

• Numéro de téléphone portable :

• Médicament anticancéreux prescrit :

• Le patient consulte-t-il des spécialistes ?

Oui Non

Si oui, lesquels (nom + ville) :

.....

• Coordonnées de la pharmacie habituelle du patient

Nom : Ville :

• Le patient confirme qu'il retirera son traitement anti-cancéreux dans cette pharmacie :

Oui Non

• Le patient accepte que le pharmacien du CHRU contacte l'officine pour collecter les informations sur les traitements habituels et commander le médicament anticancéreux

Oui Non

+ Remettre au patient la fiche d'informations « Assistance du pharmacien et IDE »

• Le patient est-il d'accord pour suivre les entretiens pharmacien + infirmière ?

Oui Non

A la suite de l'annonce médicale, transmettre ce formulaire à l'IDE avec l'ordonnance de primo-prescription → l'IDE informe ensuite la PUI par téléphone:

• Joindre le secrétariat de la PUI au 02 47 47 38 89

Date et signature du patient



Nom-prénom du patient :

• Numéro de téléphone portable :

• Médicament anticancéreux prescrit :

• Le patient consulte-t-il des spécialistes ?

Oui Non

Si oui, lesquels (nom + ville) :

.....

Accord Patient – Entretiens pharmacien + infirmière



Nom-prénom du patient :

• Numéro de téléphone portable :

• Médicament anticancéreux prescrit :

• Le patient consulte-t-il des spécialistes ?

Oui Non

Si oui, lesquels (nom + ville) :

• Coordonnées de la pharmacie habituelle du patient

Nom : Ville :

• Le patient confirme qu'il retirera son traitement anti-cancéreux dans cette pharmacie :

Oui Non

• Le patient accepte que le pharmacien du CHRU contacte l'officine pour collecter les informations sur les traitements habituels et commander le médicament anticancéreux

Oui Non

+ Remettre au patient la fiche d'informations « Assistance du pharmacien et IDE »

• Le patient est-il d'accord pour suivre les entretiens pharmacien + infirmière ?

Oui Non

A la suite de l'annonce médicale, transmettre ce formulaire à l'IDE avec l'ordonnance de primo-prescription → l'IDE informe ensuite la PUI par téléphone:

• Joindre le secrétariat de la PUI au 02 47 47 38 89

Date et signature du patient

• Coordonnées de la pharmacie habituelle du patient

Nom : Ville :

• Le patient confirme qu'il retirera son traitement anti-cancéreux dans cette pharmacie :

Oui Non

• Le patient accepte que le pharmacien du CHRU contacte l'officine pour collecter les informations sur les traitements habituels et commander le médicament anticancéreux

Oui Non

+ Remettre au patient la fiche d'informations « Assistance du pharmacien et IDE »

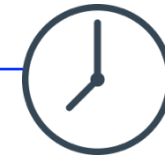
• Le patient est-il d'accord pour suivre les entretiens pharmacien + infirmière ?

Oui Non

PRESENTATION DU DISPOSITIF : entretien pharmacien-infirmière à 10 jours de traitement



Equipe composée de
4 pneumologues, 4
pharmaciens et 2 IDE



Durée : 90 min
Bureau dédié

Etapes de l'entretien :

- reformulation de l'annonce
- thèmes abordés : bon usage de la TCO, effets indésirables, interactions médicamenteuses, automédication
- présentation et repérage des besoins en soins de support
- remise d'un plan de prise personnalisé avec explications au patient
- ouverture du dossier pharmaceutique



PRESENTATION DU DISPOSITIF : versant ville

Liaison ville – hôpital J10 à M6



Suivi pharmaceutique en temps réel

Suivi du patient par le pharmacien de ville à chaque dispensation de l'ACO

Transmission au pharmacien hospitalier des nouvelles prescriptions et des fiches de suivi mensuel (M1-5)

Jour 10 – J10

Entretien pharmacien + infirmière au CHRU

M1 M2 M3 M4 M5

EP EP EP EP EP

M6

Entretien pharmaceutique à 6 mois au CHRU

M6

Consultation médicale à 6 mois



Transmission au pharmacien d'officine du compte-rendu de l'entretien + fiches de suivi mensuel

Recueil d'informations par l'officine – 1^{er} mois de traitement

Nom du patient : _____ Date : _____

• Régularité du retrait du traitement Oui Non

• Observance du patient

① Ce matin, avez-vous oublié de prendre votre traitement ?	Oui	Non
② Depuis votre dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	Oui	Non
③ Vous est-il arrivé de prendre votre traitement en retard par rapport à l'heure habituelle ?	Oui	Non
④ Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement par oubli ?	Oui	Non
⑤ Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que vous avez l'impression qu'il vous fait plus de mal que de bien ?	Oui	Non
⑥ Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	Oui	Non

Score : 0 Oui : observant 1-2 Oui : inobservant mineur 3 Oui : mauvaise observance

Si inobservant, pour quelles raisons ? _____

• Questions du patient sur le bon usage du médicament Oui Non
Si oui, lesquelles ? _____

• Recours du patient à l'automédication Oui Non
Quel type ?
 Médicament : A préciser : _____
 Phytothérapie (gélules, infusions, ...) : A préciser : _____
 Aromathérapie : A préciser : _____
 Complément alimentaire : A préciser : _____
 Vitamines : A préciser : _____
 Autres : A préciser : _____

• Effets indésirables ressentis ? _____

• Questions du patient sur la gestion de ces effets indésirables Oui Non
Si oui, lesquelles ? _____

• Autres informations à signaler (changement de prescription d'un traitement chronique, état général du patient, résultats d'analyse, ...)

- Bilan des 6 mois
- Evaluation de l'observance et de la tolérance

Précède la consultation médicale



EP = Entretien Pharmaceutique

Recueil d'informations par l'officine – 1^{er} mois de traitement

Nom du patient :

Date :

• Régularité du retrait du traitement Oui Non

• Observance du patient

① Ce matin, avez-vous oublié de prendre votre traitement ?	Oui	Non
② Depuis votre dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	Oui	Non
③ Vous est-il arrivé de prendre votre traitement en retard par rapport à l'heure habituelle ?	Oui	Non
④ Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement par oubli ?	Oui	Non
⑤ Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que vous avez l'impression qu'il vous fait plus de mal que de bien ?	Oui	Non
⑥ Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	Oui	Non

Score : 0 Oui : observant 1-2 Oui : inobservant mineur ≥ 3 Oui : mauvaise observance

Si inobservant, pour quelles raisons ?

• Questions du patient sur le bon usage du médicament Oui Non
Si oui, lesquelles ?

• Recours du patient à l'automédication Oui Non

Quel type ?

- Médicament : *A préciser :*
- Phytothérapie (gélules, infusions, ...) : *A préciser :*
- Aromathérapie : *A préciser :*
- Complément alimentaire : *A préciser :*
- Vitamines : *A préciser :*
- Autres : *A préciser :*

• Effets indésirables ressentis ?

• Questions du patient sur la gestion de ces effets indésirables Oui Non
Si oui, lesquelles ?

• Autres informations à signaler (changement de prescription d'un traitement chronique, état général du patient, résultats d'analyse,)

Recueil d'informations par l'officine – 1^{er} mois de traitement

Nom du patient :

Date : 13/09/19

• Régularité du retrait du traitement Oui Non

• Observance du patient

① Ce matin, avez-vous oublié de prendre votre traitement ?	Oui	Non
② Depuis votre dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	Oui	Non
③ Vous est-il arrivé de prendre votre traitement en retard par rapport à l'heure habituelle ?	Oui	Non
④ Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement par oubli ?	Oui	Non
⑤ Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que vous avez l'impression qu'il vous fait plus de mal que de bien ?	Oui	Non
⑥ Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	Oui	Non

Score : 0 Oui : observant 1-2 Oui : inobservant mineur ≥ 3 Oui : mauvaise observance

Si inobservant, pour quelles raisons ?

• Questions du patient sur le bon usage du médicament Oui Non
Si oui, lesquelles ?

interrogations quant à la reprise du travail et la difficulté à gérer les horaires de prise. ←

• Recours du patient à l'automédication Oui Non
Quel type ?

- Médicament : *A préciser :*
- Phytothérapie (gélules, infusions, ...) : *A préciser :*
- Aromathérapie : *A préciser :*
- Complément alimentaire : *A préciser :*
- Vitamines : *A préciser :*
- Autres : *A préciser :*

• Effets indésirables ressentis ? *Perte de cheveux modérée et reprise moins vite.*

*quelques boutons sur le visage → + prescription Oméprazole par M.T.
amélioration de la vue → fait attention à certains aliments, arrêt café
douleurs gastriques*

• Questions du patient sur la gestion de ces effets indésirables Oui Non
Si oui, lesquelles ?

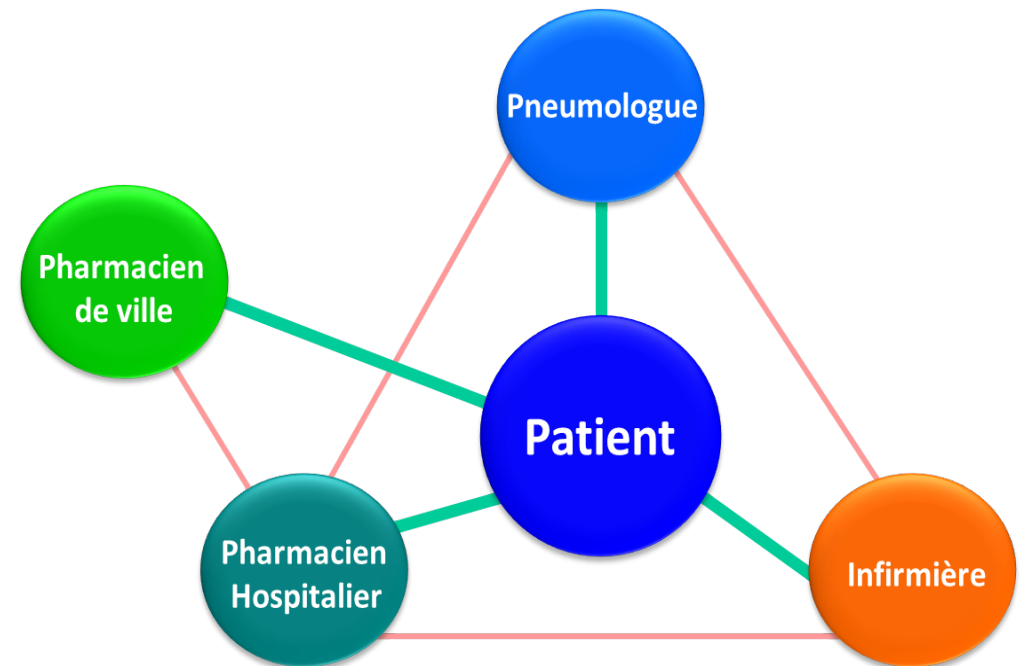
• Autres informations à signaler (changement de prescription d'un traitement chronique, état général du patient, résultats d'analyse,)

Ajout le 13/09/19 d'Oméprazole par le M. T. ←

Echanges au fil de l'eau pharmacien de ville – pharmacien hospitalier

- Envoi de nouvelles prescriptions
- Questions: interactions avec les plantes, bon usage de la TCO, vaccination antigrippale/COVID
- Signalement d'effets indésirables
- Renouvellement d'ordonnance pour la TCO
- Modifications du traitement par le pneumologue

**Suivi en direct, meilleure réactivité,
analyse pharmaceutique mise à jour**



BILAN DU DISPOSITIF A 3 ANS



54 patients inclus (38 suivis terminés, 16 en cours)
âge moyen : 67 ans
9 TCO différentes concernées



Analyse pharmaceutique hospitalière

- 22 interventions pharmaceutiques
 - ↪ 2 modifications de traitement
 - ↪ surveillance clinique
 - ↪ modif des modalités de prise



49 pharmacies
100% d'adhésion au dispositif

- ✓ **57 effets indésirables** potentiellement imputables à la TCO
- ✓ **6 cas d'inobservance** (3 EP réalisés à M6)
- ✓ **7 situations à risque d'IM** ayant conduit à une concertation PO/PH

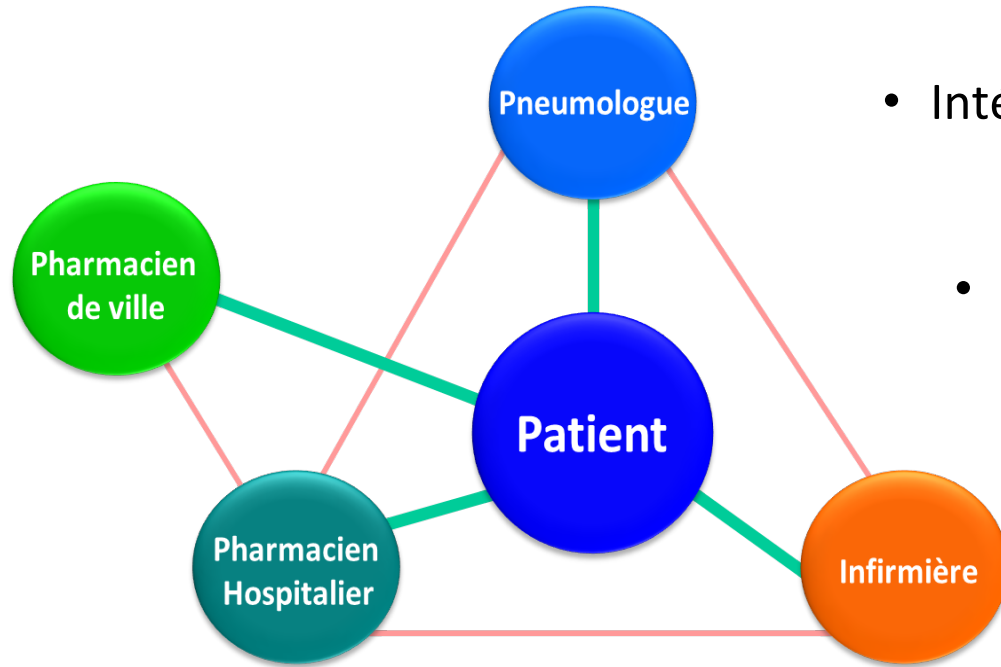
LIMITES IDENTIFIEES

☞ Temps nécessaire à cette activité et notamment au partage d'informations V-H

→ digitalisation du processus en cours

☞ Absence de mesure des bénéfices pour les patients

CONCLUSION



- Intérêt de la pluri-disciplinarité avec des prismes d'observation différents
- Satisfaction apparente des patients et sentiment de sécurité
- Suivi des patients renforcé : lien ville-hôpital

Merci de votre attention

Des questions ?