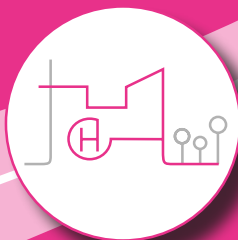


COLLECTION REGARDS CROISÉS
SUR L'ÉVOLUTION DU **PARCOURS**
DE SOINS DANS LE CANCER DU SEIN

02

**VERS UNE
PERSONNALISATION**
du parcours thérapeutique

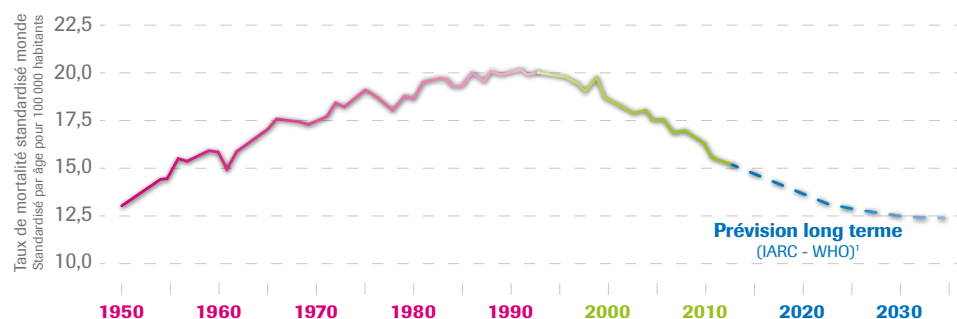


Éditorial

COLLECTION REGARDS CROISÉS SUR L'ÉVOLUTION DU PARCOURS DE SOINS DANS LE CANCER DU SEIN

A l'aube des années 2020, grâce aux progrès thérapeutiques et aux avancées dans la prévention, la **mortalité par cancer du sein continue sa baisse** progressive.¹

Mortalité par cancer du sein en France¹



Pour intégrer les nouvelles ressources diagnostiques et thérapeutiques, **le parcours de soins dans le cancer du sein** a beaucoup évolué ces dernières années.

La collection **“Regards croisés”** dresse un état des lieux, en **3 numéros**, sur les principales modifications de ce parcours de soins au cours de la dernière décennie, avec le témoignage de **différents acteurs** sur les changements concrets dans la pratique quotidienne des soignants et dans la vie des patientes.



01
Définition du parcours de soins & Spécificités dans le cancer du sein



02
Vers une personnalisation du parcours thérapeutique

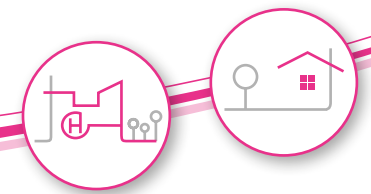


03
Soins de support & Parcours de vie

SOMMAIRE

VERS UNE PERSONNALISATION du parcours thérapeutique

- 1 LE RENFORCEMENT DU RÔLE DES RCP** 4
- 2 L'IMPLANTATION PROGRESSIVE DU PPS** 6
- 3 LES ÉVOLUTIONS THÉRAPEUTIQUES** 8
 - Le développement de la chirurgie ambulatoire avec le regard de **Pr Charles COUTANT**, Chirurgien Oncologue, Dijon
 - Le développement de la médecine de précision & la diversification de l'offre thérapeutique avec le regard de **Dr Nadine DOHOLLOU**, Oncologue médicale, Bordeaux
 - La réduction du nombre de séances de radiothérapie avec le regard de **Pr Christophe HENNEQUIN**, Radiothérapeute, Paris
- 4 LA RÉORGANISATION DE L'HDJ** 16
 - avec le regard de **Dr Audrey FAVEYRIAL** Oncologue médicale, Caen et **Dr Barbara LORTAL**, Pharmacien, Bordeaux
- 5 L'OPTIMISATION DE LA COORDINATION VILLE-HÔPITAL** 22
- 6 LA PATIENTE DE PLUS EN PLUS ACTRICE DE SON TRAITEMENT** 24
 - Les programmes d'accompagnement thérapeutique
 - Le développement de la médecine connectée



Tous les dossiers de patientes prises en charge pour un cancer du sein doivent être discutés en RCP.²

Deux RCP sont réalisées pour chaque patiente : une avant la première étape thérapeutique et la seconde après.

En règle générale, la patiente bénéficie d'une première consultation avec le médecin référent ou le chirurgien, qui propose un traitement adapté qui sera discuté en RCP.

Une 1^{re} RCP valide ce choix initial ou débat de l'opportunité d'une autre séquence thérapeutique. C'est au médecin référent d'annoncer à la patiente la décision prise en RCP et de conduire le traitement. Dans le cancer infiltrant non métastatique, la patiente se voit généralement proposer une chirurgie, traitement de référence à ce stade.³

Les différentes étapes thérapeutiques et les délais des traitements complémentaires sont formalisés en RCP sous la forme d'un Plan Personnalisé de Soins (PPS) qui sera remis à la patiente.²

1^{RE} RCP & TRAITEMENT NÉOADJUVANT

Dans les faits, il semble que la 1^{re} RCP ne soit pas toujours mise en place. Pourtant, elle est importante, pour décider si un traitement néoadjuvant est indiqué ou non avant la chirurgie.

En effet, les traitements néoadjuvants sont indiscutables en cas de cancers inflammatoires. Ils peuvent être utilisés dans les cancers plutôt volumineux afin de diminuer les séquelles chirurgicales.^{4,5}

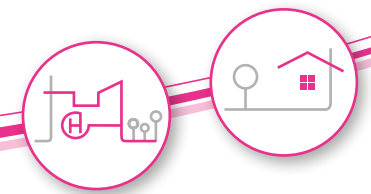
Ils le sont aussi dans les sous-types de tumeurs avec des taux de réponse élevés (HER2 et TNBC). Dans ces derniers cas, ces traitements vont permettre d'identifier des facteurs pronostiques, par exemple une réponse complète (pCR). Le traitement néoadjuvant est alors utilisé comme un test pronostique et non plus dans un but de conservation mammaire.⁵

Le développement des indications des traitements néoadjuvants et les enjeux qui y sont liés devraient renforcer le rôle de la 1^{re} RCP et favoriser demain sa mise en place systématique.

2^E RCP & TRAITEMENT ADJUVANT

Contrairement à la 1^{re} RCP, "pré-chirurgicale", la 2^e RCP, "post-chirurgicale", est aujourd'hui organisée pour la majorité des patientes, car elle permet de déterminer l'option thérapeutique la mieux adaptée à chaque cas, parmi de nombreuses possibilités.

2 - L'IMPLANTATION PROGRESSIVE DU PPS



Une des mesures phares du plan Cancer 2009-2013 a été la mise en place du parcours personnalisé de soins (PPS) qui formalise la proposition de prise en charge thérapeutique.⁶

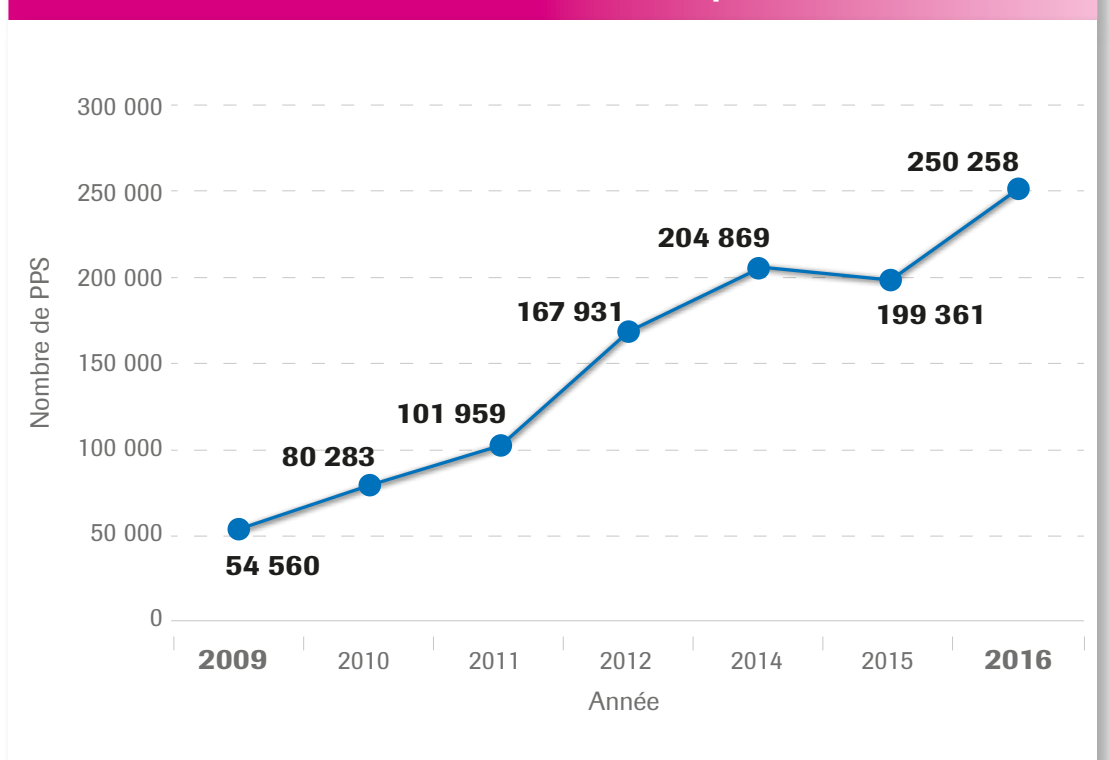
Il est remis au patient lors de l'annonce du diagnostic et sera relayé par le programme personnalisé de l'après cancer (PPAC) une fois la phase de traitement terminée.

En 2009, le plan Cancer prévoyait de faire bénéficier, en 2013, au moins 80 % des patients d'un PPS.⁶

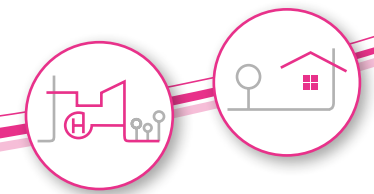
Le nombre de PPS remis est en progression depuis 2009 et a été multiplié par 4,6. En 2016, 32,7 % des personnes atteintes de cancer en avait reçu un.⁷

Il n'existe pas de données publiées à notre connaissance pour le cancer du sein.

Evolution du nombre annuel de PPS remis aux patients de 2009 à 2016⁷



3 - LES ÉVOLUTIONS THÉRAPEUTIQUES



En 2013, Unicancer a publié la première édition d'une étude prospective sur la prise en charge des cancers à l'horizon 2020 et a identifié 6 tendances structurantes, allant du développement de la chirurgie ambulatoire aux soins de support.⁸

Il est intéressant de faire un point sur le chemin parcouru et de mesurer l'impact sur le parcours de soin des patientes traitées pour un cancer du sein.

Par ailleurs, Unicancer a publié la seconde édition de son étude, avec cette fois-ci, 2025 pour horizon ; il est intéressant de regarder comment évoluent leurs prévisions. À noter qu'aux 6 tendances de 2013, il en ajoute 3 nouvelles : le rôle du patient renforcé, une santé "connectée" et des soins coordonnés.⁹

Le développement de la chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire consiste à faire sortir la patiente de l'hôpital, le jour même de son admission. Il s'agit d'un axe prioritaire en santé pour optimiser les moyens humains et techniques, et renforcer l'offre de soins sur le territoire.

PRÉVISIONS FAITES EN 2013 POUR 2020⁸

Chirurgie carcinologique ambulatoire

Selon Unicancer, le nombre de séjours devait doubler entre 2013 et 2020.

Dans le cancer du sein

Elle devait représenter 50% des exérèses.

Unicancer soulignait aussi que le développement de la chirurgie ambulatoire nécessiterait une profonde réorganisation des unités de chirurgie.

ÉVOLUTIONS OBSERVÉES

Si la tendance globale a été correctement anticipée, la situation actuelle reste en-deçà des prévisions.

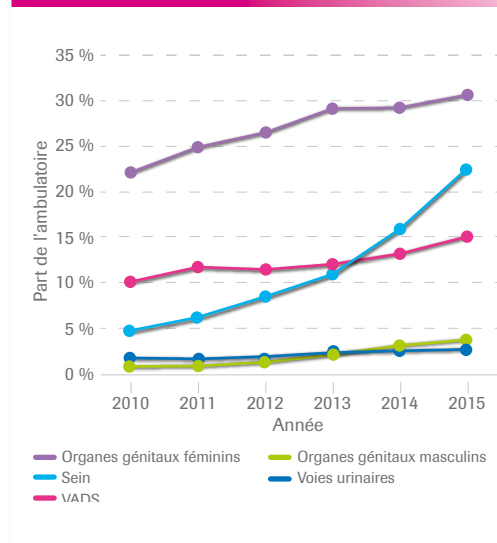
Chirurgie carcinologique ambulatoire

Elle progresse rapidement depuis 2010, notamment pour le traitement du cancer du sein qui représente son indication principale et 54,6% de tous les séjours ambulatoires.¹⁰

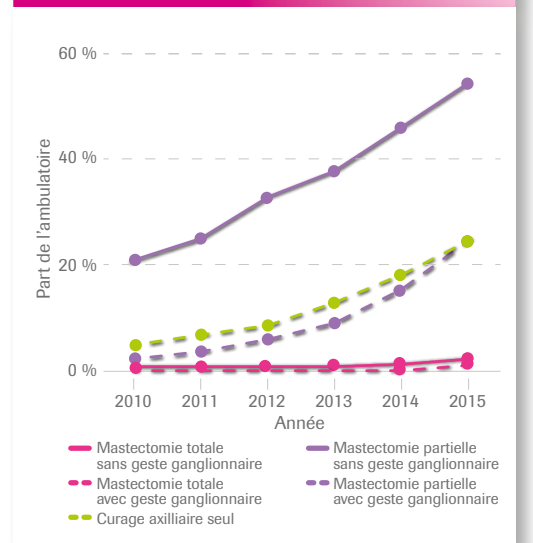
Dans le cancer du sein

En 2015, elle représentait 22,3% des exérèses, avec une forte progression pour les mastectomies partielles (54,1% en 2015). Les mastectomies totales restaient essentiellement réalisées en hospitalisation classique (environ 2% des séjours).¹⁰

Évolution de la part ambulatoire en France des principaux cancers opérés en ambulatoire¹⁰ (Données INCa 2018)



Évolution de la part ambulatoire en France des séjours d'exérèse des cancers du sein selon le type d'intervention¹⁰ (Données INCa 2018)



Les taux de complications et de ré-hospitalisations sont faibles.¹¹

Le taux de conversion (passage d'ambulatoire à hospitalisation classique) reste néanmoins élevé (10%). Afin de diminuer ce taux, deux mesures peuvent être mises en œuvre :¹¹

- la préparation du retour à domicile des patientes ayant un drain et/ou en évitant de positionner un drain axillaire
- la diminution des douleurs et nausées/vomissements post-opératoires avec une anesthésie adaptée

NOUVELLES PERSPECTIVES ÉTABLIES POUR 2025⁹

Concernant la chirurgie ambulatoire, Unicancer prévoit son développement toujours plus important, avec des chirurgies moins agressives, une organisation plus efficace et un suivi à domicile ou lors de consultations ponctuelles à l'hôpital ou encore en ville.

Pour les établissements de santé cela signifie augmenter les places de chirurgie (avec des unités dédiées de chirurgie ambulatoire), faire évoluer les missions des personnels paramédicaux (appels téléphoniques pré- et post-intervention) et développer la coordination hôpital – professionnels de ville.

Pr Charles COUTANT

Chirurgien Oncologue

Directeur Général du CLCC Georges-François Leclerc, Dijon

“ **Le virage ambulatoire est stratégique. Aujourd’hui à Dijon, 70% des exérèses de cancers du sein se font en ambulatoire !** ”

Qu’est-ce qui a changé ces dernières années dans la chirurgie du cancer du sein ?

L’évolution majeure des années 2010 est le virage ambulatoire pris par la chirurgie du cancer du sein. C’est un nouveau paradigme pour la chirurgie et une vraie réussite dans le cancer du sein. Au centre Georges-François Leclerc (CGFL), nous opérons 1 000 cancers du sein par an, dont 70% en ambulatoire. Actuellement, nous réalisons des mastectomies et oncoplasties lourdes en chirurgie ambulatoire car ses indications ont été élargies.

Quelles adaptations ont été nécessaires ?

Nous avons dû restructurer le parcours de soins des patientes pour minimiser la perte de temps le jour de la chirurgie, et le “fluidifier” par l’anticipation et la préparation.

Les temps nécessaires à l’accompagnement ont été identifiés, planifiés et placés sous la responsabilité de membres de l’équipe. Ainsi, nous avons mis en place une consultation infirmière, en plus de celles de l’anesthésiste et du chirurgien, et des contacts téléphoniques infirmiers ont été programmés avant et après la chirurgie.

En pratique, comment se passe ce nouveau parcours de soins pour la patiente ?

L’organisation repose sur 2 principes simples : la préparation de la patiente avant la chirurgie ambulatoire et un bon suivi après.

À J-2, la patiente est appelée par l’infirmière, pour vérifier que tout va bien, que tout a bien été compris et pour confirmer son heure d’arrivée.

À J0, la patiente est accueillie et on lui plante un fil métallique au contact de

la lésion pour localiser la position exacte de sa lésion (impossible parfois à repérer par palpation).

Puis on lui injecte un produit isotopique pour localiser le(les) ganglion(s) sentinelle(s). Lors de la chirurgie, le fil métallique sera retiré en même temps que la masse tumorale.

Après l’intervention, la patiente bénéficie d’une autre consultation avec le chirurgien. Cette visite est obligatoire avant la sortie de l’hôpital. Le retour à domicile est autorisé le jour même, si la patiente est accompagnée d’une personne majeure, au moins pour la première nuit.

À J+1, la patiente est systématiquement appelée par l’infirmière, pour vérifier que tout va bien. En cas de besoin, l’intervention d’une infirmière à domicile est organisée pour les soins post-chirurgicaux. Et un rendez-vous de consultation est planifié avec le chirurgien **à J+10**, au moment où les résultats anatomo-pathologiques sont disponibles.

Quel a été l’accueil par l’équipe soignante ?

Le principal frein à la chirurgie ambulatoire resterait la réticence rencontrée chez les soignants en raison de leur inquiétude quant à la qualité des soins post-chirurgicaux.

Mais une fois la chirurgie ambulatoire initiée, les bénéfices deviennent perceptibles, car ils sont majeurs pour les patientes par rapport à une prise en charge standard. En effet, les infections nosocomiales sont moins fréquentes et le retour rapide à une vie active évite les complications thrombo-



emboliques. D’ailleurs, les enquêtes menées auprès des patientes, notamment à Dijon, démontrent un niveau de satisfaction très élevé.

Aujourd’hui, ce mode d’organisation est définitivement adopté par les soignants et plébiscité par les patientes.

Pr Charles COUTANT

Chirurgien Oncologue

Directeur Général du CLCC Georges-François Leclerc, Dijon

Le développement de la médecine de précision & la diversification de l'offre thérapeutique⁸

L'arrivée des biomarqueurs et de la médecine de précision a permis d'étoffer et de personnaliser l'offre thérapeutique en proposant des traitements adaptés aux caractéristiques de la patiente et de sa tumeur.

Pour intégrer ces nouveautés, les structures hospitalières ont organisé la formation des équipes de soins et fait évoluer certains aménagements.

PRÉVISIONS FAITES EN 2013 POUR 2020⁸

Thérapies ciblées

Selon Unicancer, elles devaient représenter une part importante de l'innovation entre 2013 et 2020, avec la mise à disposition de formes orales pour certaines molécules.

Thérapies orales

Leur proportion (toutes classes confondues) devait doubler entre 2013 et 2020.

NOUVELLES PERSPECTIVES ÉTABLIES POUR 2025⁹

Unicancer prévoit un doublement de la proportion de thérapies orales d'ici 2025 (passage de 25 à 50%) avec en parallèle, une diminution de 25% du nombre de chimiothérapies IV. Au final, c'est donc de plus en plus de patientes qui pourront être soignées chez elles.

Pour les établissements de santé cela signifie mieux valoriser l'activité de consultation, augmenter le nombre d'oncologues médicaux et développer les partenariats avec les structures de ville (pharmaciens, médecins traitants, etc.)

“ Plus que les avancées thérapeutiques (pourtant significatives), c'est peut-être l'apprentissage de la désescalade thérapeutique qui a marqué ces 10 dernières années. ”

Qu'est-ce qui a changé ces dernières années dans le traitement systémique du cancer du sein ?

En classant de mieux en mieux les tumeurs du sein sur les plans clinique, histologique et génomique, nous pouvons davantage personnaliser les traitements et ainsi améliorer le pronostic.

Le progrès qui a le plus impacté les patientes atteintes d'un cancer infiltrant est la désescalade des indications de chimiothérapie, avec une meilleure connaissance de la biologie des tumeurs. Nous sommes passés du "traitement maximal tolérable" au "traitement minimal efficace". Ainsi, nous pouvons effectuer une désescalade thérapeutique pour les patientes à bas risque et une escalade sélective si le risque est plus important.

Quelles sont les principales avancées thérapeutiques ?

Pour les patientes **HER2+**, la prise en charge thérapeutique s'est beaucoup améliorée depuis le début des années 2000. Cependant au cours de la dernière décennie, cette évolution s'est poursuivie au stade métastatique avec de nouveaux traitements permettant de prolonger la survie.

Aujourd'hui, les récentes avancées sont perçues comme plus significatives pour

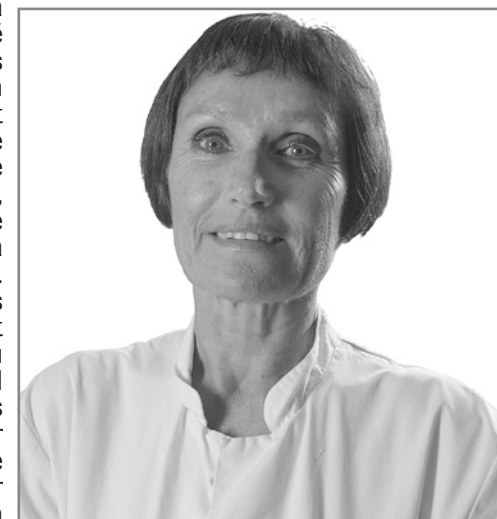
les patientes **RH+**, car elle leur permet de bénéficier au stade métastatique de thérapies ciblées, comme les inhibiteurs de cdk 4/6, qui augmentent le taux et la durée de réponse et transforment ainsi le pronostic.

Par contre, pour les patientes "**triple négatifs**", on cherche toujours des solutions. Cela reste le défi des prochaines années, même si l'immunothérapie semble être une bonne indication dans ce sous type particulier.

En pratique, ces avancées modifient-elles le parcours de soins de la patiente ?

Il est vrai que les traitements par voie sous-cutanée ont transformé la prise en charge et la vie des patientes, en leur

permettant de passer le moins de temps possible dans les structures hospitalières. Mais globalement, il va falloir repenser le parcours des patientes, car la la population prise en charge en HDJ augmente en même temps que la survie des patientes. Les consultations des oncologues sont donc de plus en plus chargées et cela va sans doute nous conduire à redéfinir le rôle de l'HDJ pour ces thérapeutiques. Il faut repenser l'organisation et les relations avec la médecine de ville, et peut-être même inventer de nouveaux métiers...



La réduction du nombre de séances de radiothérapie⁸

PRÉVISIONS FAITES EN 2013 POUR 2020⁸

La tendance à la désescalade dans le traitement des cancers, pressentie par Unicancer en 2013, concernait particulièrement la radiothérapie (RT) avec différentes avancées technologiques et le développement de l'hypofractionnement.

En effet, grâce à la RT hypofractionnée, la réduction du nombre de séances à l'horizon 2020 devait concerner 45% des traitements pour cancer du sein, dont 45% passant de 30 à 20 séances en moyenne.

ÉVOLUTIONS OBSERVÉES



RT per-opératoire

Avec l'aimable autorisation du Pr HENNEQUIN

Une évaluation de l'utilisation et de l'impact de ces techniques est en cours, mais il semblerait déjà que l'objectif de désescalade à l'horizon 2020 soit atteint avec l'hypofractionnement dans la plupart des centres.

Peu de centres en France sont actuellement équipés pour utiliser les autres nouvelles techniques permettant une désescalade des traitements comme la curiethérapie ou la RT per-opératoire (Cf témoignage du Pr HENNEQUIN).

NOUVELLES PERSPECTIVES ÉTABLIES POUR 2025⁹

Dans sa nouvelle étude, Unicancer prévoit une RT encore plus ciblée et moins invasive, soit plus efficace avec des séances moins nombreuses.

Pour les établissements de santé cela signifie recourir de plus en plus aux modalités les plus pointues (RT conformationnelle par modulation d'intensité (RCMI), synchronisation respiratoire, stéréotaxie...) de former les personnels paramédicaux et d'allonger la durée des séances (en prenant en compte les temps de préparation).

“ Pour 10% de nos patientes, la radiothérapie est maintenant réalisée au cours de la chirurgie, pendant que la patiente est endormie, en 1 seule séance de 45 minutes. ”

Qu'est-ce qui a changé ces dernières années dans la radiothérapie du cancer du sein ?

L'avancée majeure est la désescalade thérapeutique pour les patientes de bon pronostic, grâce notamment à la RT hypofractionnée, maintenant réalisable sur l'ensemble du territoire national.

Par contre, tous les centres ne sont pas en mesure de proposer les autres nouvelles techniques, comme la curiethérapie (réalisée dans seulement 1/3 des centres) ou la RT per-opératoire (réalisée dans une quinzaine de centres).

Pour les patientes à haut risque, la RT reste classique et nous réalisons plutôt une escalade thérapeutique pour être plus efficace. Chez ces patientes, l'intérêt de la RT post-mastectomie a été confirmé quel que soit le statut ganglionnaire; l'irradiation des aires ganglionnaires est maintenant clairement indiquée en cas d'atteinte des ganglions. Par ailleurs, il est aujourd'hui possible dans certains centres, de réduire la toxicité cardiaque de l'irradiation des tumeurs du sein gauche, en utilisant la RT 3D ou l'asservissement respiratoire.

En pratique, quel est l'impact de la désescalade thérapeutique sur le parcours de soins des patientes ?

La désescalade correspond à une personnalisation des soins et est orientée par le profil clinique et biologique des patientes. Ce sont des femmes généralement de plus de 50 ans avec une tumeur de bon pronostic, RH+ et

HER2 négative. C'est environ la moitié de nos patientes.

Les protocoles actuels utilisant l'hypofractionnement comportent 13 à 15 séances au lieu de 25 ou 30. La durée des séances passe de 3 à 4 minutes, sans conséquence ni



pour les patientes ni pour l'organisation du service. Les femmes qui ont eu deux cancers du sein à 10 ans d'intervalle et qui ont l'expérience des deux techniques, préfèrent nettement l'hypofractionnement !

La RT per-opératoire s'adresse à des patientes sélectionnées, de plus de 65 ans avec une tumeur RH+ de moins de 2 cm. C'est environ 10% de nos patientes. L'unique séance de RT est réalisée pendant

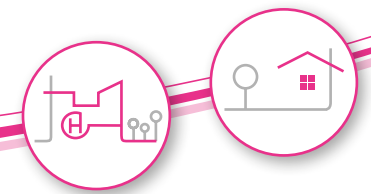
que la patiente est endormie et allonge le temps opératoire d'environ 45 minutes.

Quels sont les axes de recherche concernant la RT des cancers du sein ?

Dans notre équipe, nous souhaiterions approfondir l'évaluation de la RT per-opératoire. L'équipe de Montpellier travaille sur des tests prédictifs de sensibilité à la RT qui permettront d'évaluer le risque de toxicité tardive, en étudiant l'apoptose des lymphocytes irradiés in vitro.

Aux États-Unis, un projet analyse l'apport de la RT sur les petites tumeurs du sein de type luminal A : le taux de récurrences locales de ces tumeurs étant très faible, il est possible que la RT ne soit pas nécessaire.

4 - LA RÉORGANISATION DE L'HDJ

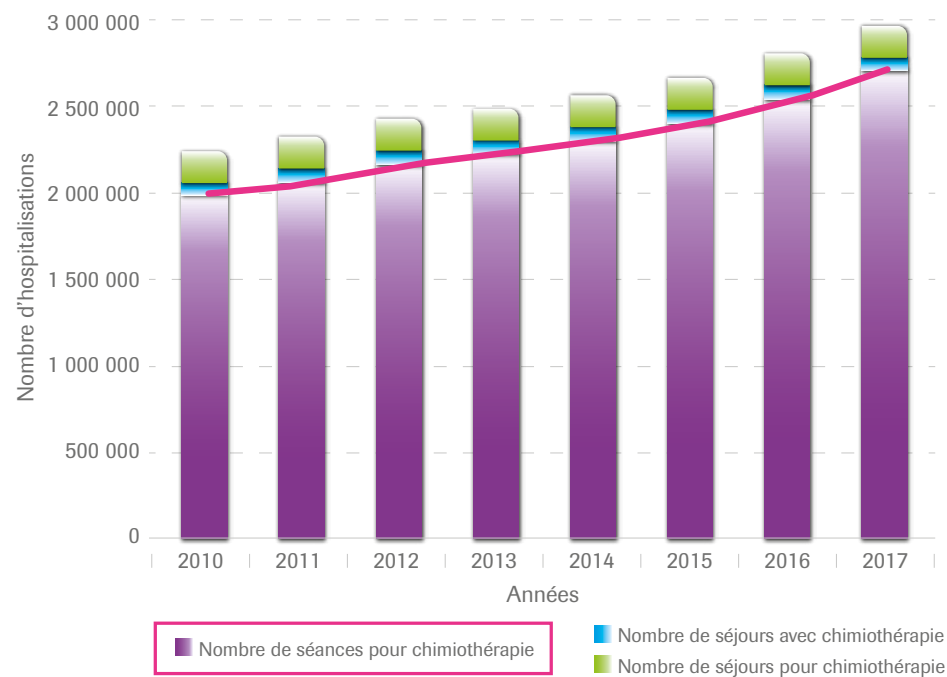


L'augmentation de l'incidence et la diminution de la mortalité conduisent à une augmentation de la prévalence du cancer du sein et donc du nombre de patientes sous traitement.

La majorité des traitements de chimiothérapie utilisés sont administrés par voie intraveineuse¹² et plus de 90% sont délivrés en hôpital de jour (HDJ) qui a dû s'adapter pour intégrer l'augmentation du nombre de séances, de 2 millions en 2010 à près de 2,7 millions en 2017.¹³

Le développement de la prise en charge ambulatoire et la réorganisation de l'HDJ qui en résulte doivent relever 2 principaux enjeux (*Avis d'expert*).

Evolution du nombre de séjours et séances, pour ou avec chimiothérapie¹³



L'ENJEU N°1 DE L'HDJ EST DE MAINTENIR LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS¹⁴

L'informatisation de l'activité, avec un dossier patient informatisé, permet de réduire le risque d'erreurs médicales et paramédicales "évitables" et d'avoir une traçabilité des actes.

L'ENJEU N°2 DE L'HDJ EST D'OPTIMISER LE PARCOURS DE SOINS DES PATIENTES¹⁴

Cela passe notamment par l'optimisation du temps passé à l'hôpital et donc la réduction des temps d'attente, qui sont par ailleurs corrélés au niveau de satisfaction des malades et à leur qualité de vie.

De plus, on peut penser qu'une patiente satisfaite est plus observante, ce qui améliore les résultats cliniques.¹⁵

Pour cela une bonne coordination entre médecins, pharmaciens et paramédicaux est primordiale et nécessite :

- un listing des patientes
- l'organisation de la récupération des résultats biologiques avant chaque séance de chimiothérapie (communication par messagerie médicale sécurisée notamment)
- un temps dédié aux prescriptions médicales anticipées
- l'organisation du flux de préparation des chimiothérapies (secrétariat ► IDE ► médecins ► pharmaciens).¹⁵

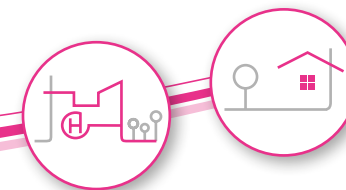
CLÉ MAJEURE D'OPTIMISATION DE L'HDJ : LA PRESCRIPTION ANTICIPÉE¹⁵

L'efficacité de la prescription anticipée pour réduire les temps d'attente a été évaluée dans l'étude OPTIMA, réalisée au centre François Baclesse de Caen.

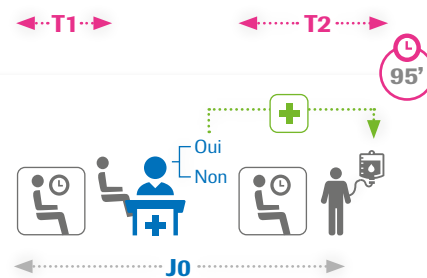
Le dispositif mis en place

Le dispositif anticipant la consultation et la préparation des perfusions était le suivant (*cf schéma en page suivante*) :

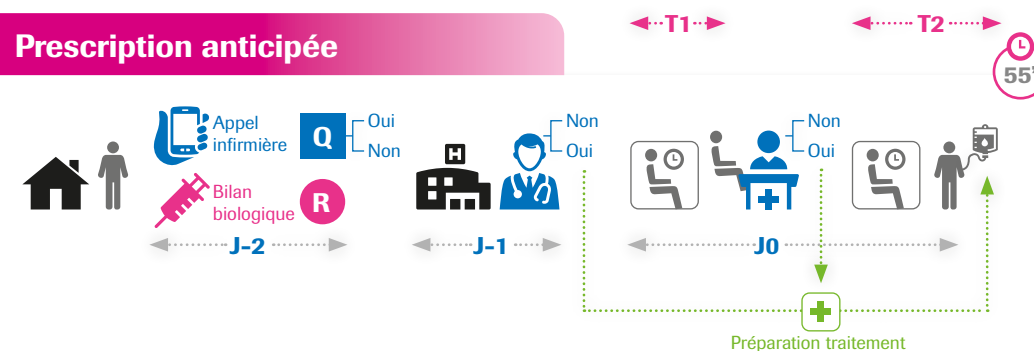
- **J-2** : appel téléphonique à la patiente par une infirmière du service, réalisation des examens biologiques
- **J-1** : "pré-décision" de traiter (médecin)
- **JO** : décision finale (autre médecin, vu en consultation).



Prescription non anticipée



Prescription anticipée



Les indicateurs évalués

Dans cette étude prospective ont été comparés les temps d'attente des patientes (critère principal) lors d'une prescription anticipée et d'une prescription non anticipée :

- attente entre l'heure annoncée de la consultation et le début de la consultation
- attente entre la fin de la consultation et le début de l'injection intraveineuse.

Les indicateurs évalués

Le temps total d'attente est passé de 95 minutes en phase 1 sans prescription anticipée (443 consultations, 244 patientes) à 55 minutes en phase 2 (803 consultations, 266 patientes).

Ce programme d'anticipation permet donc une réduction du temps d'attente de plus de 40 %, sans détérioration de la satisfaction globale et en maintenant la sécurité de la prescription.

Dr Audrey FAVEYRIAL

Oncologue médicale Chef de service de l'HDJ du CLCC François Baclesse, Caen

“ **Une organisation très précise, multi-ajustée, associée à la prescription anticipée nous a permis d'absorber une augmentation de 30 à 40% de l'activité de l'HDJ.** ”

Qu'est-ce qui a changé ces dernières années dans l'HDJ pour le cancer du sein ?

L'activité de l'HDJ au cours des dernières années a augmenté de 30 à 40% au centre Baclesse qui a la particularité de prendre en charge l'ensemble des tumeurs solides. Le cancer du sein représente environ 50% de notre activité.

2 paramètres permettent d'expliquer cette croissance de l'activité : l'augmentation de la prévalence du cancer du sein et la multiplication des lignes de traitement.



Quelles adaptations ont été nécessaires ?

Nous avons créé le système OPTIMA, couplé à une plate-forme d'appel téléphonique, pour organiser les hospitalisations. Les infirmières concernées bénéficient d'une formation spécifique pour recueillir les informations nécessaires avec des questionnaires ad-hoc.

L'équipe paramédicale a été renforcée et nous essayons de recruter uniquement des personnes ayant une expérience en chimiothérapie.

Ce qui n'a pas changé, c'est que l'HDJ est ouvert en semaine du lundi au vendredi,

avec une amplitude horaire de 10 heures par jour. Par contre, nous avons dû ouvrir certains jours fériés quand ils tombaient en semaine.

L'expertise du centre réside aujourd'hui dans son organisation très précise et dans les ajustements incessants réalisés pour répondre aux exigences de qualité et de sécurité des soins. C'est cela aussi qui nous permet de faire face à l'augmentation de l'activité.

En pratique, comment se passe le parcours de soins pour la patiente ?

Le déroulement de chaque hospitalisation en HDJ est programmé grâce à l'organisation du secrétariat et l'ajustement de la prise de RDV, essentiels avant la prise en charge.

Pour les formes sous-cutanées, il existe un circuit particulier pour faciliter la prise en charge en évitant les temps d'attente. On offre à la patiente un circuit court ajusté à ses besoins qui ne passe pas systématiquement par la consultation médicale, mais souvent par une prise en charge directement par l'infirmière. Ce circuit spécifique dans lequel intervient la préparation anticipée (avec le système OPTIMA) permet une diminution du temps passé à l'hôpital d'environ 1h.

Dr Barbara LORTAL

Pharmacien Spécialiste CLCC - Chef de service de la PUI au CLCC Institut Bergonié, Bordeaux

“ **L'arrivée des formes sous-cutanées et des doses fixes, a changé nos pratiques et nos habitudes à tous, médicaux et paramédicaux et nous a permis de travailler sur la prescription anticipée.** ”

Qu'est-ce qui a changé ces dernières années pour le pharmacien dans le traitement du cancer du sein ?

L'arrivée des formes sous-cutanées (SC) et des doses fixes a changé nos pratiques et nos habitudes ce qui a permis d'optimiser l'HDJ. L'anticipation des prescriptions des chimiothérapies nous conduit maintenant à réaliser les préparations à l'avance.

Ainsi, les formes SC ont représenté un moyen de désengorger les URC (Unité de Reconstitution des Chimiothérapies). À Bordeaux, pour optimiser ce gain de temps, on ne prépare plus les formes SC à l'URC, mais les flacons sont stockés directement à l'HDJ. Cela a donc permis à la Pharmacie de s'affranchir du temps de préparation et de transport et ainsi de pouvoir se focaliser sur d'autres préparations (comme les immunothérapies par exemple).

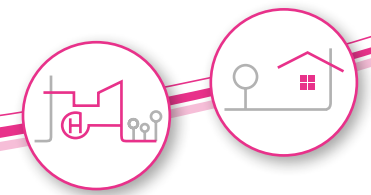
Le fait que le préparateur se rende régulièrement à l'HDJ afin de gérer le stock des formes SC a permis de recréer

un contact humain direct entre l'équipe de la Pharmacie et l'HDJ, ce qui est un élément facilitateur en cas de problèmes.

Quel a été l'impact sur le personnel soignant ?

Le circuit actuel passe par une prescription médicale, une validation pharmaceutique puis par une gestion informatique des stocks avant que les infirmières fassent la mise en seringue et l'injection à la patiente. Pour l'infirmière, c'est du temps optimisé puisqu'elle peut organiser les rendez-vous comme elle le souhaite et réaliser l'injection sans avoir à attendre la réalisation de la préparation.





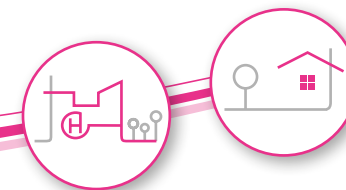
Comme pour les maladies chroniques, l'accompagnement de la patiente atteinte de cancer nécessite aujourd'hui une plus grande coordination entre les acteurs de la **médecine de ville et de l'hôpital**.¹⁶

Cela passe notamment par le développement des outils de coordination et de partage entre les professionnels de santé afin de permettre une continuité des soins tout en préservant la sécurité des patientes.¹⁶

DES OUTILS DE COORDINATION ET DE PARTAGE

- ▶ La **lettre de liaison ville/hôpital** est un document instaurant l'échange d'informations entre l'hôpital et le médecin traitant à l'entrée et à la sortie d'une hospitalisation. Les médecins sont demandeurs d'un retour d'information sur les séjours hospitaliers de leurs patientes afin d'avoir une prise en charge optimale à leur sortie.^{16,17}
- ▶ Le **Dossier Médical Partagé (DMP)** est un carnet de santé numérique personnel, sécurisé, accessible sur internet. Il permet aux professionnels de santé autorisés, de partager sous forme électronique des informations utiles à la coordination de la prise en charge de la patiente.^{16,18}

Cette coordination vise à solliciter plus fortement les professionnels de premier recours et en particulier le médecin traitant en faisant de lui le pivot et le coordonnateur du parcours de la patiente.¹⁷



Programmes d'accompagnement thérapeutique

La loi "Hôpital, patient, santé et territoire" (HSPT) de 2009 énonce que l'éducation thérapeutique du patient (ETP) fait partie intégrante du parcours de soins.¹⁹ Elle aide les patients et leurs proches à mieux comprendre la maladie et les traitements afin de pouvoir s'impliquer dans leur prise en charge.²⁰

UNE DUALITÉ D'IMAGE, À PRENDRE EN COMPTE DANS LE CANCER DU SEIN²¹

Dans le cas particulier du cancer du sein, avant de dispenser une éducation thérapeutique, il est important de prendre en compte la dualité existante entre l'image des seins - symboles de féminité, de maternité et de sexualité - et l'image du cancer - en lien avec la souffrance et la mort.

En raison de cette atteinte de la féminité dans le cancer du sein, on préfère parfois parler d'**accompagnement thérapeutique** plutôt que d'éducation thérapeutique.

Cet accompagnement permet de donner à la patiente les moyens d'assumer la situation, de mieux gérer les différentes phases de la maladie et d'adapter son quotidien.

L'ENGAGEMENT DE PATIENTES DANS L'ÉCOUTE, LA FORMATION ET L'ACCOMPAGNEMENT DE LEURS PAIRS²²

En 2016, le Pr Agnès Buzyn indiquait en ouverture d'un colloque consacré à l'importance de la **place de l'expérience des patientes** pour améliorer la qualité des soins: "Le vécu de la patiente apporte un point de vue complémentaire à celui des professionnels de santé. En tenir compte est une nécessité pour que notre système de santé évolue vers plus de démocratie".²³

Il est vrai qu'en posant les cadres de l'ETP, la loi HSPT en 2009 a beaucoup contribué à l'essor des **"patients-experts"**. On appelle ainsi le patient qui a acquis de solides connaissances de sa maladie au fil du temps, grâce notamment à l'éducation thérapeutique. Il ne remplace pas le soignant mais il favorise le dialogue entre les équipes médicales et les malades, facilite

l'expression des autres patients et contribue à améliorer la compréhension du discours des équipes soignantes.²³

Depuis 2009, la première **Université des Patients**, créée à l'initiative de Catherine Tourette-Turgis, a ouvert ses portes à l'université Pierre et Marie Curie à Paris.²⁴ Elle permet notamment à des patientes atteintes d'un cancer du sein de transformer leur expérience de la maladie en compétence (DU ou master d'ETP). Elles acquièrent du langage médical, et une expertise de la pathologie qui leur donne une légitimité et une crédibilité dans le message qu'elles délivrent, en sachant que le dialogue s'ouvre plus facilement entre patientes.²⁵

En 2016, sous l'impulsion de certaines de ces patientes diplômées, un nouveau DU **"Mission patient partenaire et référent en rétablissement"** a été mis en place, sous la co-responsabilité de Catherine Tourette-Turgis et du Pr Joseph Glicorov.^{24,26} Il vise à former d'une part, des patients-experts à l'accompagnement du parcours de soins en cancérologie (en partenariat et en appui avec des soignants impliqués dans la coordination du parcours patient), et d'autre part, des professionnels de santé et du social à l'intégration des patients experts dans le parcours patient en cancérologie.²⁶

Développement de la médecine connectée²⁷

En oncologie, le développement d'outils connectés permet de favoriser la prévention ou d'améliorer l'état général par la stimulation et le monitoring de l'activité physique.

Il permet également de rapprocher le patient de l'équipe médicale, par le signalement des effets indésirables.

Une prochaine étape devrait être le développement d'outils permettant de proposer une solution à un effet indésirable ou d'évaluer la réponse au traitement et les rechutes, le tout en temps réel.

Le développement de ces technologies ferait du patient un acteur central de son parcours de soins et pourrait avoir un impact économique majeur.

- 1** IARC. Cancer Mortality Database [World Health Organisation (WHO) database]. Analyse online réalisée le 5 juillet 2019 sur le site www-dep.iarc.fr/WHOdb/. (site consulté le 10/07/2019).
- 2** APHP. Référentiel cancers du sein. Mars 2016. Disponible sur le site www.aphp.fr. (site consulté le 10/07/2019).
- 3** INCa. Onglet Patients et proches. Les cancers. Traitements. Mis à jour le 3 juillet 2019. Disponible sur le site www.e-cancer.fr. (site consulté le 10/07/2019).
- 4** INCa. Cancers du sein / Du diagnostic au suivi. Outils pour la pratique. Mars 2016. Disponible sur le site www.e-cancer.fr. (site consulté le 10/07/2019).
- 5** Pernaut C, *et al.* Standard neoadjuvant treatment in early/locally advanced breast cancer. *Breast Care* 2018;13:244-249.
- 6** INCa. Le programme personnalisé de soins. Outils pour la pratique des autres professionnels de santé / Parcours de soins. Juillet 2010. Disponible sur le site www.e-cancer.fr. (site consulté le 10/07/2019).
- 7** INCa. Les cancers en France / Édition 2017. Les Données, INCa. Avril 2018. Disponible sur le site www.e-cancer.fr. (site consulté le 10/07/2019).
- 8** Unicancer. Etude prospective. Quelle prise en charge des cancers 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. Disponible sur le site www.unicancer.fr. (site consulté le 10/07/2019).
- 9** Unicancer. Etude prospective. La cancérologie en 2025. L'avenir de la cancérologie : un patient et des soins connectés. Rapport d'activité Unicancer 2016. Présenté le 4 juillet 2017. Disponible sur le site www.unicancer.fr. (site consulté le 10/07/2019).
- 10** Luu VP, *et al.* La chirurgie ambulatoire dans le cancer. Évolutions de 2010 à 2015. Fiche d'analyse. Les Données, INCa. Avril 2018. Disponible sur le site www.e-cancer.fr. (site consulté le 10/07/2019).
- 11** Laurent AC, *et al.* Feasibility and accuracy of day surgery: review of 396 operated breast cancer patients. *Bull Cancer* 2016;103:928-34.
- 12** INCa. Onglet Patients et proches. Chimiothérapie: quelles sont les différentes manières d'être traité? Mis à jour le 25 janvier 2019. Disponible sur le site www.e-cancer.fr. (site consulté le 10/07/2019).
- 13** INCa. Onglet Professionnels de santé. Chimiothérapie anticancéreuse. Mis à jour le 27 novembre 2018. Disponible sur le site www.e-cancer.fr. (site consulté le 10/07/2019).
- 14** HAS. Guide thématique des experts-visiteurs. Dossier du patient. Septembre 2014. Disponible sur le site www.has-sante.fr. (site consulté le 23/07/2019).
- 15** Dos Santos M, *et al.* Optimisation of chemotherapy prescription and preparation in an ambulatory unit: Validation of the OPTIMA program. *Eur J Cancer Care* 2019;20:e13015.
- 16** ARS. Piloter la santé en région. Le pilotage de la santé en région. L'organisation des parcours de soins, de santé, de vie. Publié le 2 octobre 2018 sur le site www.ars.sante.fr. (site consulté le 10/07/2019).
- 17** ARS. Exercer. Les coopérations entre professionnels. Les outils partagés pour le suivi des patients. La lettre de liaison ville-hôpital. Publié le 20 février 2018 sur le site www.ars.sante.fr. (site consulté le 10/07/2019).
- 18** ARS. Exercer. Les coopérations entre professionnels. Les outils partagés pour le suivi des patients. Le Dossier Médical Partagé. Publié le 20 février 2018 sur le site www.ars.sante.fr. (site consulté le 10/07/2019).
- 19** Arfé E. Éducation thérapeutique et cancer du sein. *Rev Infirm* 2015;64:32-34.
- 20** Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Plan cancer 2014-2019. Février 2014. Disponible sur le site solidarites-sante.gouv.fr. (site consulté le 10/07/2019).
- 21** Bagot JL, *et al.* Pertinence de l'éducation thérapeutique dans le cancer du sein. *Psycho-Oncol* 2010;4:S21-S25.
- 22** Tourette-Turgis C. Les patients experts et les soignants, vers des relations de réciprocité. *Soins* 2015;60:37-39.
- 23** HAS. Patients et soignants, vers un nécessaire partenariat. 5 décembre 2016. Disponible sur le site www.has-sante.fr. (site consulté le 16/07/2019).
- 24** Tourette-Turgis C. Université des patients, pathologie et apprentissage. *Rev Infirm* 2015;64:19-20.
- 25** Sordet C, *et al.* Le patient expert. Journées pédagogiques du CFRPS de l'Université de Strasbourg. 27 novembre 2017. Disponible sur le site www.cfrps.unistra.fr. (site consulté le 16/07/2019).
- 26** Médecine Sorbonne-Université. DU - Mission patient partenaire et référent en rétablissement. Année 2019-2020. Disponible sur le site medecine.sorbonne-universite.fr. (site consulté le 16/07/2019).
- 27** Cox S, *et al.* Precision medicine in oncology: challenges, stakes and new paradigms. *Bull Cancer* 2019;106:97-104.

Roche

4, cours de l'Île Seguin
92650 Boulogne-Billancourt cedex

Tél.: 01 47 61 40 00

Fax: 01 47 61 77 00

www.roche.fr

M-FR-00003819-1.0-Établi en 2021

