

# Dispositifs e-santé pour le télésuivi des patients sous anticancéreux oraux

## Annexes

METTRE  
EN ŒUVRE  
ET PARTAGER





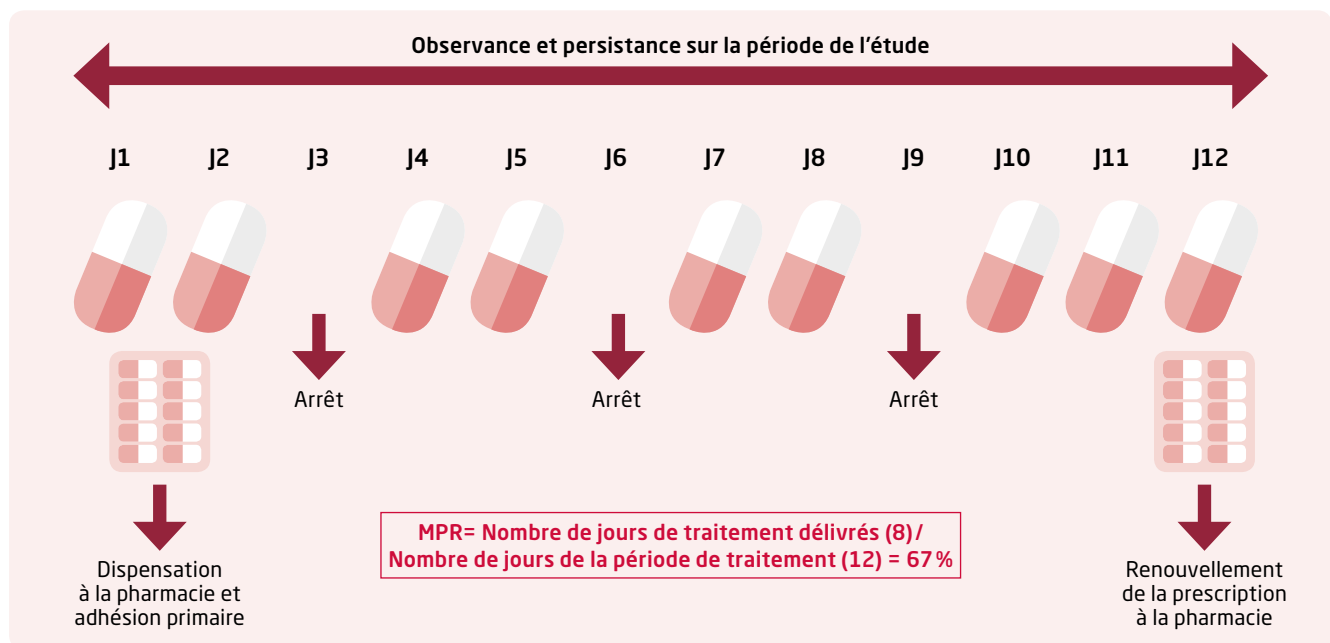
## Annexe 1

## Observance thérapeutique, revue de la littérature

## Observance thérapeutique, revue de la littérature

L'ISPOR (*International Society For Pharmacoeconomics and Outcomes Research*) a proposé plusieurs concepts pour définir au plus près l'observance (1). L'adhésion (ou adhérence) est le terme général, il englobe l'observance (*medication compliance*) et la persistance (*medication persistence*). L'observance correspond à la propension du patient à respecter la prescription médicale : les doses prescrites, la fréquence et les heures de prises du médicament. Elle peut être appréhendée par le nombre de doses prises divisé par le nombre de doses prescrites et représentée, sur une période d'étude, en pourcentage. La persistance représente la durée de prise d'un médicament et elle peut s'apprécier par la durée moyenne entre l'initiation et l'arrêt du traitement.

Figure 1 : Medication Possession Ratio (MPR)



Ainsi, l'observance et la persistance sont la traduction matérielle de l'adhésion. Ces indicateurs représentent la part objective et mesurable de l'adhésion du patient vis-à-vis de la stratégie de prise en charge qui lui est proposée. L'ISPOR recommande donc un recueil simultané de ces deux indicateurs pour évaluer l'adhésion.

Cette revue de la bibliographie suggère que le taux d'observance des patients sous anticancéreux oraux est très fortement dépendant :

- ▶ **Du profil des patients** : âge extrême de la vie (patient jeune ou âgé), célibat, dépression et faible perception de la nécessité d'une prise en charge thérapeutique (pathologie silencieuse) sont associés à une mauvaise observance ;
- ▶ **De la pathologie tumorale** : comorbidité, polymédication, stade avancé du cancer, adénopathie, agressivité de la tumeur sont associés à une mauvaise observance ;
- ▶ **De l'anticancéreux oral (hormonothérapie, chimiothérapie et thérapies ciblées)** : forte dose, toxicité, durée du traitement (traitement long) et changement de médicament sont associés à une mauvaise observance ;

▶ **De la méthodologie d'évaluation de l'observance :**

- **Le type d'étude** : les études prospectives ont tendance à surestimer le taux d'observance (vs études rétrospectives) ;
- **La durée de l'étude** : on remarque volontiers que le taux d'observance diminue au cours du temps ;
- **La définition et la mesure de l'observance** : alors que les auto-questionnaires semblent surestimer le taux d'observance, le renouvellement d'ordonnance à la pharmacie et le MEMS (Medication Events Monitoring Systems) semblent être des alternatives plus objectives.

En rappelant que le taux acceptable de non-observance sera différent pour une pathologie et/ou un traitement et/ou un patient donné, les conséquences de la non-observance impactent à l'évidence le patient (impact clinique) et la société (impact économique).

## Annexe 1

### Observance thérapeutique, revue de la littérature

#### Leviers pour améliorer l'observance

Il existe plusieurs stratégies pour améliorer l'observance des patients (20) :

**1. Améliorer l'accès aux soins** en facilitant la communication entre les patients et les professionnels de santé et en favorisant la coordination entre les professionnels de santé.

Cela peut passer par la création d'outils simples d'usage en consultation à distance (19) :

« SMS ou notifications de rappel, mailings réguliers, plateformes téléphoniques dédiées... divers outils peuvent être utilisés pour inscrire le traitement dans une « routine de vie ». Durant la consultation, des questionnaires adaptés ou des check-lists systématiques permettraient de faire un point régulier sur le respect des traitements, d'identifier les difficultés et les résistances et de former les professionnels à la résolution des problèmes rencontrés ».

L'implication de patients experts (ou associations de patients) partageant leur expérience et leurs recommandations pour favoriser l'observance des patients (19) semble également utile (ex. : réseaux sociaux de patients, modérés ou pas par un professionnel de santé).

La nécessité de mieux former les professionnels de santé à la communication sur les traitements paraît indispensable (19) :

« La mauvaise observance s'explique en partie par l'organisation cloisonnée du système de santé, l'absence de partage d'information entre professionnels de santé, le manque de disponibilité pour décrire les traitements et provoquer l'adhésion des patients. Des supports pédagogiques comme le Développement professionnel continu (DPC) pourraient comporter des modules centrés sur l'observance. Le futur Dossier médical partagé (DMP) doit favoriser l'échange entre professionnels à propos de l'observance des traitements, et le Dossier pharmaceutique (DP) pourrait aider à mieux mesurer le taux d'observance des patients. »

Enfin, il semble nécessaire d'inciter les professionnels à promouvoir l'observance (19) :

« Médecins, mais aussi pharmaciens et infirmières... Chaque acteur de santé de proximité doit être incité à interroger son patient en matière d'observance et à partager avec lui des objectifs à atteindre. Certains dispositifs incitatifs comme la Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) comportent des bonus financiers en fonction d'objectifs quantifiés. La ROSP pourrait intégrer des taux d'observance par patient, et surtout devrait à terme être étendue à d'autres professions (pharmaciens...) ».

**2. Faciliter la prise en charge médicamenteuse** en simplifiant le schéma d'administration, en utilisant des piluliers adaptés et en alertant le patient à la prise des médicaments (messages d'alertes par exemple).

Le rapport de l'**Académie nationale de pharmacie** sur l'observance des traitements médicamenteux en France (21), précise que des données pharmacocinétiques plus robustes sur les anticancéreux oraux permettraient de simplifier les schémas d'administration :

« En effet, les études de pharmacocinétique, si elles sont devenues plus systématiques, notamment celles portant sur l'influence de la nourriture, sont souvent peu informatives et sans lien avec les paramètres pharmacocinétiques comme la demi-vie. Il est dommage de continuer à recommander si elle existe : « à prendre en dehors des repas : une heure avant ou deux heures après », ce qui est très difficile à organiser dans la vraie vie, et si elle n'existe pas : « toujours à la même heure ». De même, une diminution du nombre de prises par jour est souhaitable. Comment obtenir une bonne observance avec huit voire seize gélules en deux prises à prendre tous les jours avec des contraintes d'horaires liées à l'alimentation ? Des données fiables de pharmacocinétique permettraient aussi de pouvoir encadrer et organiser quelques arrêts de traitement intentionnels, s'ils sont possibles et envisageables, pour donner des libertés aux patients ».

**3. Mettre en place des actions éducatives du patient sur sa thérapeutique** en apportant au patient une information de qualité au sujet de la pathologie, du bénéfice/risque de la prise en charge thérapeutique et du bon usage des médicaments au moment où il en a besoin.

Toutes les études s'accordent à dire que les actions éducatives du patient vis-à-vis de sa prise en charge thérapeutique tendent à améliorer l'observance (3,19). Par ailleurs, l'évaluation des premiers **programmes de suivi** montre que ces interventions diminuent le nombre de ré-hospitalisations et diminuent la sévérité des effets secondaires tout en améliorant l'observance (22).

**4. Mieux accompagner les patients pour les soutenir dans la durée** (réalisation d'entretiens, rendez-vous réguliers, rappels...).

## Annexe 1

## Observance thérapeutique, revue de la littérature

## Bibliographie :

1. Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res.* Février 2008; 11(1):44-7.
2. Barillet M, Prevost V, Joly F, Clarisse B. Oral antineoplastic agents: how do we care about adherence? *Br J Clin Pharmacol.* Décembre 2015; 80(6):1289-302.
3. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 4 août 2005; 353(5):487-97.
4. Sabaté E. Adherence to Long-Term Therapies - Evidence for Action. Geneva: WHO - World Health Organization; 2003 p. 211.
5. Greer JA, Amoyal N, Nisotel L, Fishbein JN, MacDonald J, Stagl J, et al. A Systematic Review of Adherence to Oral Antineoplastic Therapies. *The Oncologist.* 3 janvier 2016; 21(3):354-76.
6. Weingart SN, Toro J, Spencer J, Duncombe D, Gross A, Bartel S, et al. Medication errors involving oral chemotherapy. *Cancer.* 15 mai 2010; 116(10):2455-64.
7. Lüscher TF, Vetter H, Siegenthaler W, Vetter W. Compliance in hypertension: facts and concepts. *J Hypertens Suppl Off. J Int Soc Hypertens.* Avril 1985; 3(1):S3-9.
8. Anderson BJ, Vangsness L, Connell A, Butler D, Goebel-Fabri A, Laffel LMB. Family conflict, adherence, and glycaemic control in youth with short duration Type 1 diabetes. *Diabet Med J Br Diabet Assoc.* Août 2002; 19(8):635-42.
9. Chesney MA, Morin M, Sherr L. Adherence to HIV combination therapy. *Soc Sci Med* 1982. Juin 2000; 50(11):1599-605.
10. Noens L, van Lierde M-A, De Bock R, Verhoef G, Zachée P, Berneman Z, et al. Prevalence, determinants, and outcomes of nonadherence to imatinib therapy in patients with chronic myeloid leukemia: the ADAGIO study. *Blood.* 28 mai 2009; 113(22):5401-11.
11. Marin D, Bazeos A, Mahon F-X, Eliasson L, Milojkovic D, Bua M, et al. Adherence is the critical factor for achieving molecular responses in patients with chronic myeloid leukemia who achieve complete cytogenetic responses on imatinib. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 10 mai 2010; 28(14):2381-8.
12. Ganesan P, Sagar TG, Dubashi B, Rajendranath R, Kannan K, Cyriac S, et al. Nonadherence to imatinib adversely affects event free survival in chronic phase chronic myeloid leukemia. *Am J Hematol.* Juin 2011; 86(6):471-4.
13. Ibrahim AR, Eliasson L, Apperley JF, Milojkovic D, Bua M, Szydlo R, et al. Poor adherence is the main reason for loss of CCyR and imatinib failure for chronic myeloid leukemia patients on long-term therapy. *Blood.* 7 avril 2011; 117(14):3733-6.
14. Chen T-C, Chen L-C, Huang Y-B, Chang C-S. Imatinib adherence associated clinical outcomes of chronic myeloid leukaemia treatment in Taiwan. *Int J Clin Pharm.* Février 2014; 36(1):172-81.
15. Santoleri F, Lasala R, Ranucci E, La Barba G, Di Lorenzo R, Vetrò A, et al. Medication Adherence to Tyrosine Kinase Inhibitors: 2-Year Analysis of Medication Adherence to Imatinib Treatment disease. *Chronic Myeloid Leukemia and Correlation with the Depth of Molecular Response. Acta Haematol.* 2016; 136(1):45-51.
16. Darkow T, Henk HJ, Thomas SK, Feng W, Baladi J-F, Goldberg GA, et al. Treatment interruptions and non-adherence with imatinib and associated healthcare costs: a retrospective analysis among managed care patients with chronic myelogenous leukaemia. *Pharmacoeconomics.* 2007; 25(6):481-96.
17. Halpern R, Barghout V, Zarotsky V, E. Williams D. Costs and utilization associated with imatinib adherence in patients with chronic myeloid leukemia or gastrointestinal stromal tumors. *J Clin Outcomes Manag.* Mai 2009; 16(5):215-23.
18. Wu EQ, Johnson S, Beaulieu N, Arana M, Bollu V, Guo A, et al. Healthcare resource utilization and costs associated with non-adherence to imatinib treatment in chronic myeloid leukemia patients. *Curr Med Res Opin.* Janvier 2010; 26(1):61-9.
19. Étude IMS Health CRIP : Améliorer l'observance, traiter mieux et moins cher [Internet]. IMS Health (IMS Health France)/CRIP (Cercle de Réflexion de l'Industrie Pharmaceutique); 2014 p. 16. Disponible sur : <http://lecrip.org/2014/11/12/ameliorer-lobservance-traiter-mieux-et-moins-cher-etude-ims-health-crip/>
20. Ruddy K, Mayer E, Partridge A. Patient adherence and persistence with oral anticancer treatment. *CA Cancer J Clin.* Février 2009; 59(1):56-66.
21. Obsevance des traitements médicamenteux en France [Internet]. Académie nationale de Pharmacie; 2015 p. 65. Disponible sur : [http://www.acadpharm.org/dos\\_public/Rapport\\_I\\_observance\\_medicamenteuse\\_VF\\_CORR\\_DGS\\_2016.02.09.pdf](http://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_I_observance_medicamenteuse_VF_CORR_DGS_2016.02.09.pdf)
22. Simons S, Ringsdorf S, Braun M, Mey UJ, Schwindt PF, Ko YD, et al. Enhancing adherence to capecitabine chemotherapy by means of multidisciplinary pharmaceutical care. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* Juillet 2011; 19(7):1009-18.

## Annexe 2

### E-santé et prise en charge des patients atteints du cancer

## E-santé et prise en charge des patients atteints du cancer

Deux études récentes de phase III ayant un fort niveau de preuve mettent en évidence des résultats encourageants en termes d'efficacité clinique de l'utilisation des dispositifs e-santé dans le télé-suivi des patients cancéreux :

### L'étude de l'équipe Ethan Basch et al

**“Overall Survival Results of a Trial Assessing Patient-Reported Outcomes for Symptom Monitoring During Routine Cancer Treatment”.**

Cette étude a été publiée dans The Journal of the American Medical Association (JAMA) 2017<sup>1</sup> et a fait l'objet d'une communication lors du congrès de l'ASCO 2017 (American Society of Clinical Oncology).

Cette étude de phase III souligne l'intérêt accru pour les symptômes rapportés par les patients eux-mêmes (PRO pour Patient-Reported Outcomes) en oncologie.

L'équipe a émis l'hypothèse que les symptômes rapportés par les patients par internet conduiraient les cliniciens à intervenir plus tôt, et que cela améliorerait leur pronostic.

Une fois par semaine, les patients remplissaient un questionnaire pour douze symptômes (dont la perte d'appétit, la dyspnée, la fatigue, les bouffées de chaleur, les nausées et la douleur) en cochant le degré de sévérité, sur leur ordinateur à domicile ou sur des bornes à l'hôpital, avant et entre les visites à l'hôpital. Ils recevaient un e-mail de rappel toutes les semaines. Les infirmières recevaient des alertes par e-mail en cas de symptômes trop sévères et l'oncologue avait un rapport hebdomadaire au moment de la visite.

Cet outil a été testé auprès de **766 patients traités pour un cancer métastatique du sein, du poumon, digestif ou gynécologique, dans une étude de phase III**. La moitié l'a utilisé et l'autre moitié a eu un suivi standard, les patients signalant leurs symptômes lors de la visite ou pouvant téléphoner en cas de problème.

Par rapport à la prise en charge « standard », les patients qui rapportaient leurs symptômes ont bénéficié d'améliorations statistiquement significatives : 31 % avaient une meilleure qualité de vie et de meilleures fonctions physiques; ils ont eu 70 %

de venues en moins aux urgences et leur chimiothérapie a duré en moyenne deux mois de plus (8,3 mois *versus* 6,3 mois). **La médiane de la survie était allongée de cinq mois** pour les patients qui utilisaient cet outil, à 31,2 mois *versus* 26 mois. Le risque de décès était réduit de 17 % avec le rapport des symptômes, en analyse multivariée.

Tous les patients inclus dans l'étude, même ceux qui n'étaient pas familiers d'internet, ont bien rempli régulièrement le questionnaire sur leurs symptômes. Les infirmières ont déclenché des actions immédiatement pour 77 % des alertes (symptômes sévères ou aggravation).

L'équipe a avancé plusieurs explications à ces très bons résultats. D'abord, il est possible qu'une intervention plus rapide des cliniciens pour gérer les symptômes évite des complications plus graves. De plus, un meilleur contrôle des symptômes permet aux patients de garder plus de fonctions physiques et cela est associé à une meilleure survie. En outre, l'amélioration de la gestion des effets secondaires de la chimiothérapie permet aux patients d'en bénéficier plus longtemps.

### L'étude de l'équipe Fabrice Denis et al

**“Randomized Trial Comparing a Web-Mediated Follow-up with Routine Surveillance in Lung Cancer Patients”.**

Cette étude a évalué l'efficacité clinique d'une application dénommée « Moovcare » pour la surveillance clinique à distance des patients atteints de cancer du poumon.

Cette étude a été publiée dans le « Journal of the national cancer institute » (JNCI)<sup>2</sup> et les résultats ont été présentés au congrès de l'ASCO 2016.

Le fonctionnement de cette application est basé sur le principe suivant : dans un système cancéreux proie-prédateur, régi par la théorie du chaos, l'observabilité de la proie, les cellules hôtes, peut être le meilleur indicateur de la dynamique tumorale. 90 % des récurrences du cancer sont attachées à des symptômes... Mais ces récurrences surviennent rarement le jour d'une visite de surveillance, et plus communément entre deux visites programmées à trois ou six mois d'intervalle. Par ailleurs, ces visites qui consistent en un examen radioscopique, coûteux, agressif pour l'organisme, sont souvent anxiogènes pour le patient, et finalement inutiles en cas de non récurrence.

1 - Overall Survival Results of a Trial Assessing Patient-Reported Outcomes for Symptom Monitoring During Routine Cancer Treatment. Ethan Basch; MD; Allison M. Deal; Amylou C. Dueck; et al. JAMA. 2017; 318(2): 197-198.

2 - Randomized trial comparing a web-mediated follow-up to routine surveillance in lung cancer patients. Denis F, Lethrosne, C, Pourel N et al. JNCI, J Natl Cancer Inst 2017, 109, dxj029.



## Annexe 2

### E-santé et prise en charge des patients atteints du cancer

Partant de là, l'idée est d'appliquer la théorie de l'observabilité mathématique au modèle clinique du cancer, en d'autres mots détecter la récurrence non pas en s'intéressant à la tumeur et à sa croissance, mais à l'impact de cette tumeur et de cette récurrence sur l'hôte *via* l'apparition des premiers symptômes.

En 2013, lors d'une première étude sur ces mêmes tumeurs, le Dr Fabrice Denis et ses collègues avaient établi qu'une auto-surveillance hebdomadaire de six paramètres cliniques (poids, fatigue, perte d'appétit, douleur, essoufflement, toux) est un outil fiable de suivi du cancer du poumon, permettant de repérer une récurrence cinq à six semaines plus tôt en moyenne qu'avec les examens d'imagerie programmés. Depuis lors, les patients soignés pour ces cancers au centre Jean-Bernard se voient proposer systématiquement l'application Moovcare. C'est ce qui a permis une nouvelle étude pilote monocentrique et non randomisée, qui a été effectuée sur quatre-vingt-dix-huit patients : la moitié d'entre eux était suivie classiquement (avec des rendez-vous réguliers avec l'oncologue et des scanners), l'autre moitié était suivie par l'application. Le constat est que le taux de survie à un an était de 27% supérieur dans le groupe suivi par l'application.

Enfin, une première étude multicentrique sur cinq établissements et randomisée de phase III a été réalisée. Son critère était spécifiquement celui de la survie, avec deux-cent-vingt patients attendus et devant être répartis par tirage au sort en deux groupes :

- Le groupe « sans application » recevait un suivi avec un scanner au moins tous les trois mois ;
- Le second groupe, « avec application » ne devait passer un scanner de surveillance que si l'application le suggérait.

Les résultats se sont inscrits dans le prolongement des premières études : **+26% de survie à un an (75% dans le groupe avec application contre 49% dans l'autre) et une médiane de survie de 19 mois dans le second groupe contre 12 mois dans le premier.**

**Un algorithme analyse le report sur douze paramètres cliniques** qui sont combinés entre eux et transmet immédiatement un message à l'oncologue, ce qui permet d'avancer les dates de visite pour proposer plus rapidement les traitements adéquats. Plus tôt la récurrence est détectée, meilleur est l'état général du patient qui peut dès lors recevoir un traitement plus optimal.

Dans la prise en charge « standard », le traitement n'est optimal que dans un tiers des cas du fait de l'état général des patients, le plus souvent dégradé par la récurrence.

Au total, les résultats transmis par l'application ont fait état : d'une récurrence du cancer dans 71% des cas ; d'une complication sévère dans 20% des cas ; d'un problème moins sévère dans 9% des cas.

Mais 100% des alertes ont correspondu à un problème.

**Les récurrences peuvent être détectées entre deux visites systématiques dans trois quarts des cas chez les patients munis de l'application contre un tiers des cas seulement chez les patients non munis de l'application.**

Le suivi en continu permet de diviser par deux le nombre de scanners et de PET scans par patient et par an, avec aussi autant d'anxiété en moins pour les patients. Les patients ne sont plus incités à appeler leur médecin avec lequel ils communiquent chaque semaine par le biais de l'application.

Le temps de gestion des informations pour le médecin ou son assistant est estimé à quinze minutes par semaine pour soixante patients en cours de suivi et en équivalent temps plein une infirmière peut suivre jusqu'à trois-mille patients.

La prochaine étape de développement s'oriente donc vers une application de PRO à tout patient avec un cancer pour aider à la réduction des rechutes et des complications iatrogènes ou autres.

## Annexe 3

### Monographies des retours d'expériences

## Monographies des retours d'expériences

### Dispositif e-santé / Équipe précurseuse :

- ▶ **Appli Chimio**, Institut Curie, *Paris*.
- ▶ **Moovcare**, Centre Jean Bernard, *Le Mans*.
- ▶ **CAPRI**, Gustave Roussy, *Paris*.
- ▶ **Serious Game «ChimiOrale»**, Groupe Vivalto Santé, Centre Hospitalier Privé de l'Europe, *Le Port Marly*.
- ▶ **MyCLB**, Centre Léon Bérard, *Lyon*.
- ▶ **Dispositif Thess «Therapy Smart Solution»**, pilulier connecté avec une application de disease management, Institut Sainte-Catherine Avignon / Institut Paoli Calmettes, *Marseille*.
- ▶ **LMCoach**, portail national d'information et d'aide à la prise des médicaments, Association LMC France.





## Annexe 4

### Composition du groupe de travail

## Composition du groupe de travail

- ▶ **Élizabeth Bermudez**, chef de projet, département médicaments, Institut national du cancer (INCa).
- ▶ **Sandrine Boucher**, directrice de la Stratégie médicale et de la Performance, UNICANCER.
- ▶ **Marie-Pascale Chague**, directrice de l'innovation du groupe Vivalto Santé, hôpital privé de l'Europe, Le Port Marly.
- ▶ **Aude Charbonnier**, hématologue, institut Paoli Calmettes Marseille et membre du comité scientifique LMCoach (LMC France).
- ▶ **Michel Cremadez**, professeur émérite HEC, expert ANAP.
- ▶ **Mina Daban**, présidente de l'association LMC France.
- ▶ **Muriel Dahan**, directrice des Recommandations et du Médicament, Institut national du cancer (INCa).
- ▶ **Françoise de Crozals**, pharmacien hospitalier, institut Sainte-Catherine, Avignon.
- ▶ **Fabrice Denis**, oncologue médical, institut inter-régional de cancérologie Jean-Bernard Le Mans et président du syndicat national des radiothérapeutes oncologues.
- ▶ **Mario di Palma**, chef du département ambulatoire, Gustave Roussy, Cancer Campus, Villejuif.
- ▶ **Sandra Éclancher**, infirmière coordinatrice, hôpital privé de l'Europe, Le Port Marly, groupe Vivalto Santé.
- ▶ **Marie Ferrua**, chargée de projet CAPRI, Gustave Roussy.
- ▶ **Isabelle Ferry**, pharmacien hospitalier, institut Curie (site René-Huguenin).
- ▶ **Marilène Guillet-Lacaze**, cadre de santé du département ambulatoire, coordination des soins externes / plateau de consultation / urgences, Gustave Roussy.
- ▶ **Maya Gutierrez**, oncologue médicale, institut Curie (site René Huguenin).
- ▶ **Pierre Heudel**, oncologue médical, centre Léon Bérard, Lyon.
- ▶ **Louis Lebrun**, médecin santé publique, direction de l'Inspection et de l'Audit, APHP, expert ANAP.
- ▶ **Delphine Lefeuvre**, médecin santé publique, pôle Santé publique et Soins, Institut national du cancer (INCa)
- ▶ **François Lemare**, MCU-PH, chef du département de pharmacie clinique, Gustave Roussy.
- ▶ **Philippe Martin**, oncologue radiothérapeute, directeur médical consultant, Sivan Innovation France.
- ▶ **Étienne Minvielle**, directeur qualité, Gustave Roussy et professeur à l'École des hautes études de santé publique (EHESP).
- ▶ **Jean-Claude Moisdon**, professeur émérite école des Mines, expert ANAP.
- ▶ **Jean-François Moulin**, oncologue médical, institut Paoli Calmettes, Marseille.
- ▶ **Ingrid Plessala**, interne en pharmacie, ANAP.
- ▶ **François Richou**, responsable projet « innovations organisationnelles », ANAP.
- ▶ **Monique Rothan-Tondeur**, titulaire de la chaire Recherche sciences infirmières AP-HP - LEPS Université Paris 13, expert ANAP.
- ▶ **Igor Seban**, interne en pharmacie, ANAP.
- ▶ **Roland Sicard**, président de l'institut Sainte-Catherine, Avignon.
- ▶ **Majid Talla**, manager praticien hospitalier, responsable du projet « coordination du parcours du patient sous anticancéreux oraux et dispositifs e-santé », ANAP.
- ▶ **Sylvie Torre**, médecin conseil, Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).





#### Mentions légales

Financement: les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés. Conflits d'intérêts: les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage: l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle: les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement: « Dispositifs e-santé pour le télésoin des patients sous anticancéreux oraux - Annexes © ANAP 2018 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : Agence Efil 02 47 47 03 20 - [www.efil.fr](http://www.efil.fr)  
Crédit photos: ANAP, Droits réservés (DR)  
Imprimé sur papier PEFC  
Juillet 2018

# Le télésuivi des patients sous anticancéreux oraux nécessite une parfaite coordination des acteurs impliqués dans leur parcours de soins.

Sur la base de sept retours d'expériences innovants, la présente publication s'attache à définir un cadre commun de bonnes pratiques organisationnelles et à identifier les freins et les leviers de réussite pour l'implémentation et le déploiement des dispositifs e-santé.

