



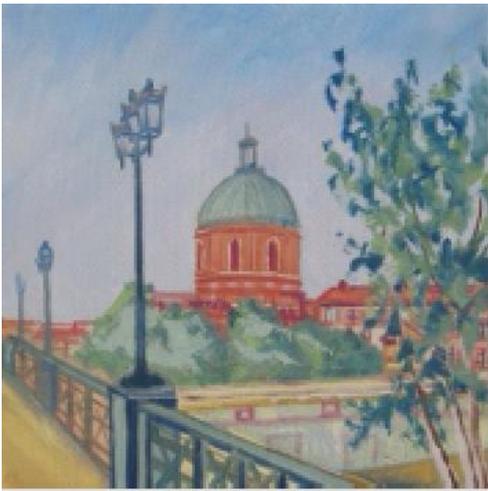
Intérêt du programme d'accompagnement des malades en ambulatoire dans la prise en charge des patients en hématologie

Equipe AMA

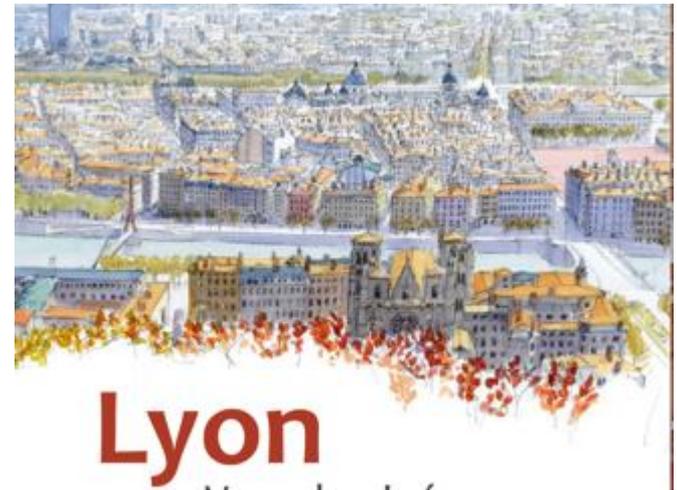
**E. VIGNAUD-A.BOCQUET- S. MALARTRE- DR N. CHAUMARD-
DR AS MICHALLET**

Centre Léon Bérard, LYON





Toulouse



AMA un programme en évolution

- **Mars 2016 : Création de l'AMA** au CLB avec 1 IDE
- **Février 2018 : Création de l'AMA TC**
2 IDE AMA temps plein 1 IDE en formation IPA
- **Mars 2017 – Aout 2019 : Temps dédié à l'activité AMA AJA** (adolescents jeunes adultes) en collaboration avec le DAJAC

AMA une activité dynamique

- **969 patients** ont été inclus dans l'AMA
- 677 dans AMA IV et 292 dans AMA TC
- File active de **300 patients**



Qui est l'infirmière AMA ?

Sous la responsabilité de l'hématologue et grâce à son expertise, l'infirmière AMA TO suit des patients sous thérapie orale et met en place des actions pour gérer les effets indésirables.

3 caractéristiques principales d'une infirmière AMA TC



1

Grande expertise en hématologie, formation spécifique sur le suivi des thérapies orales

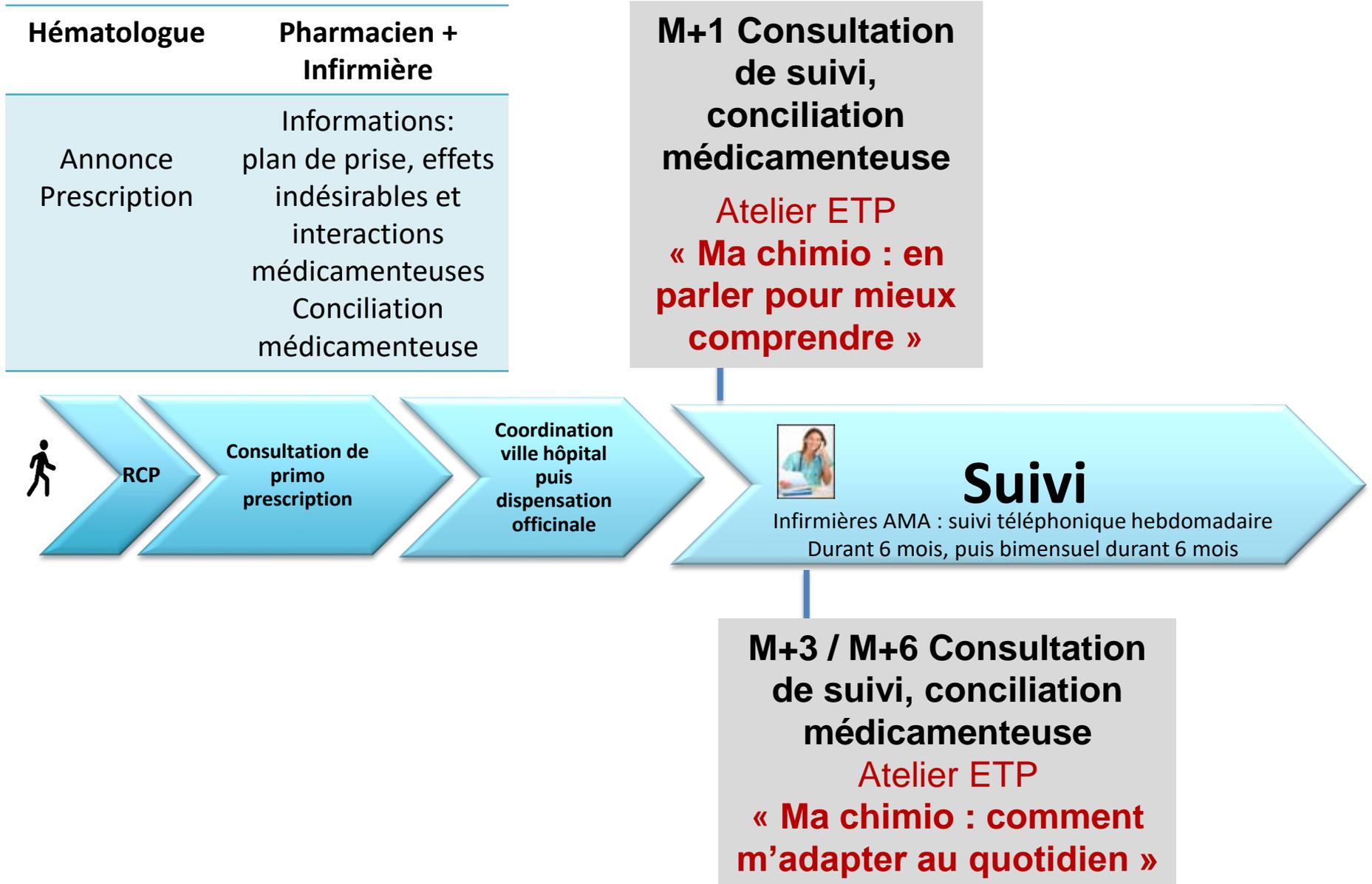
2

Suivi d'une file active de patients sans activité de soin

3

Dans un périmètre limité, délégation d'ordonnances sous responsabilité de l'hématologue (automédication, douleur, etc.)

Parcours AMA TC en Hématologie



Consultation d'annonce tripartite

La consultation d'annonce correspond à l'entrée du patient dans le programme AMA et rassemble les 3 acteurs clefs du programme.

Éléments clefs d'une consultation d'annonce / consultation de primo prescription (pour le pharmacien)

- Abord des différents effets secondaires possibles en lien avec le traitement instauré
- Explication du principe de suivi AMA avec les appels téléphoniques programmés
- Remise du PPS avec le médecin référent
- Conduite à tenir en cas de survenue d'effets indésirables
- Relevé des intervenants libéraux (IDE, laboratoire, pharmacie)



Je récapitule les effets secondaires
J'évalue les besoins psycho-sociaux
Je relis les ordonnances avec le patient
Je programme les appels téléphoniques



Je fais le bilan médicamenteux :
traitement habituel + traitement
d'automédication + MAC
Je fais une revue de prescription et une
recherche d'interactions
médicamenteuses
J'évalue l'adhésion médicamenteuse
Je préviens et je gère les principaux EI
J'assure le lien Hôpital - Ville



Je parle de la maladie
J'explique le but du
traitement, ses
modalités
d'évaluation, la
surveillance et le
rythme des
consultations

Analyse des interventions infirmiers

1518 interventions

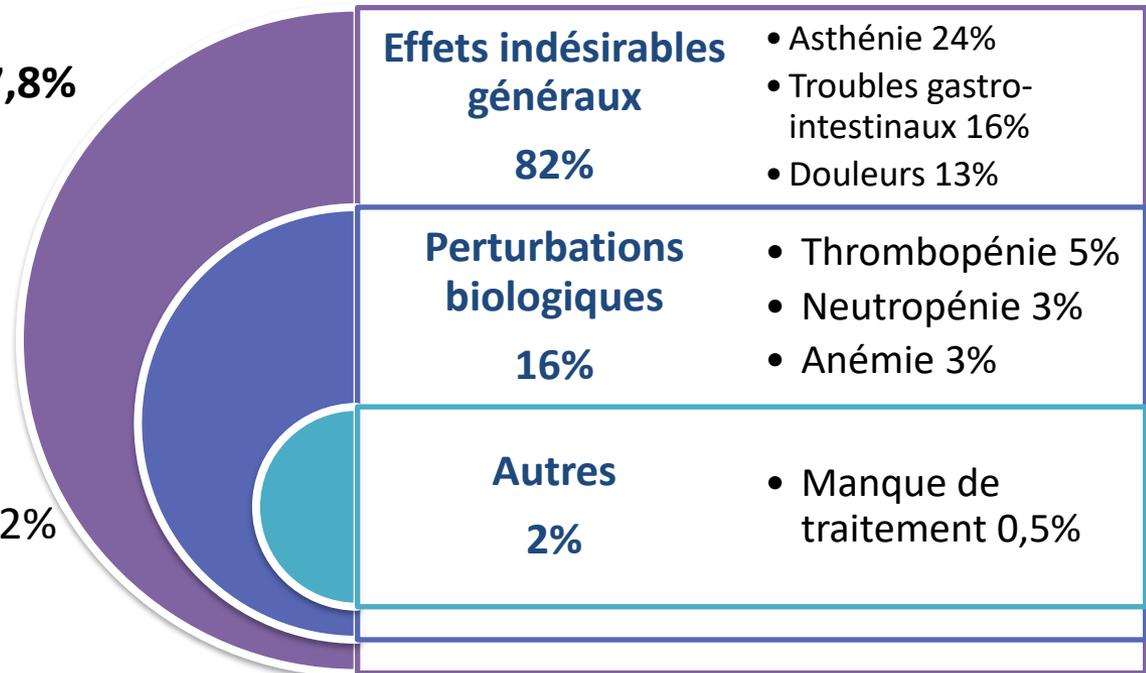
- **301 consultations**

- 1217 appels

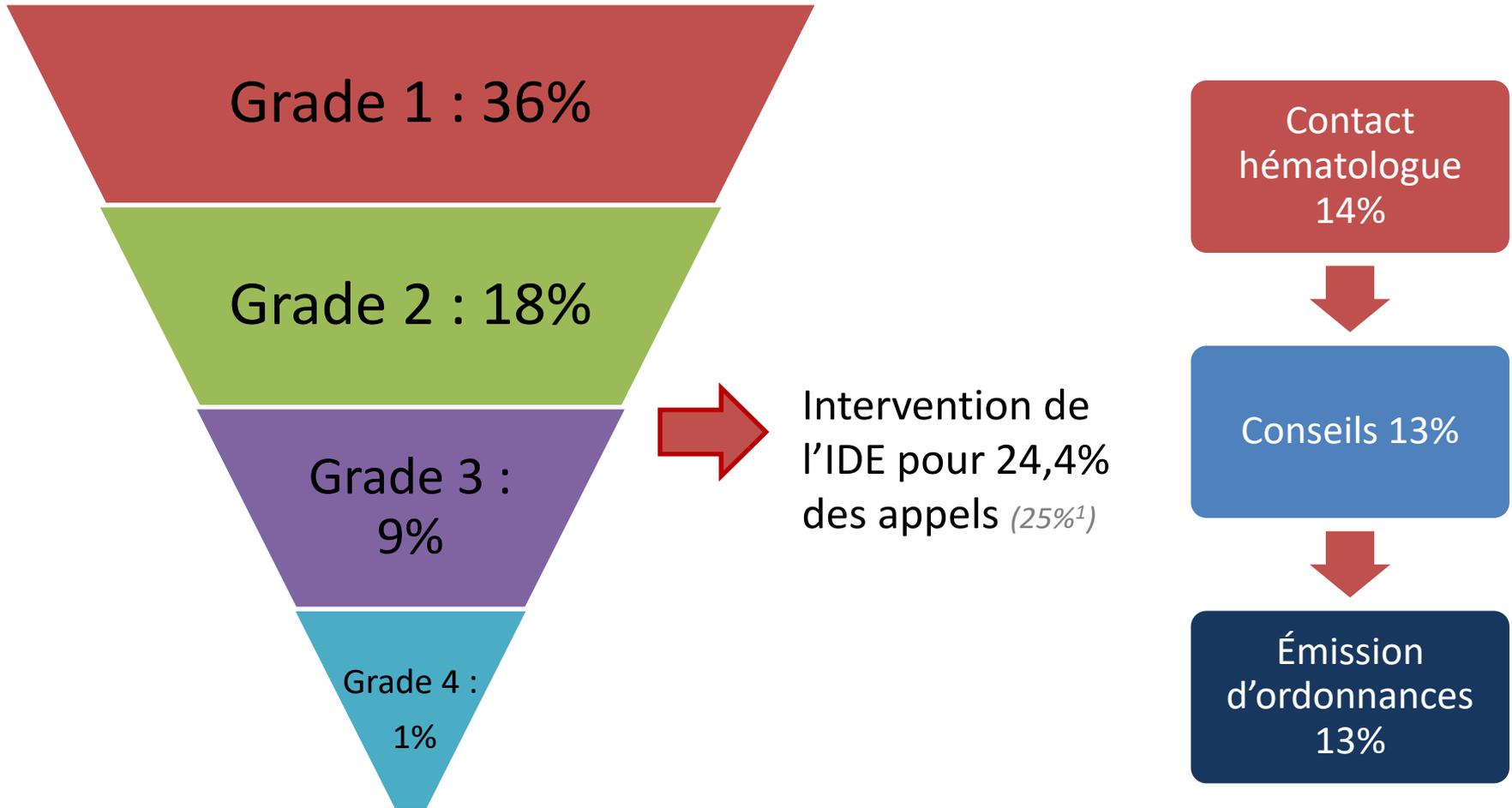
Informations recueillies : **57,8%**



Répondeur : **18,2%**



Analyse des interventions infirmiers

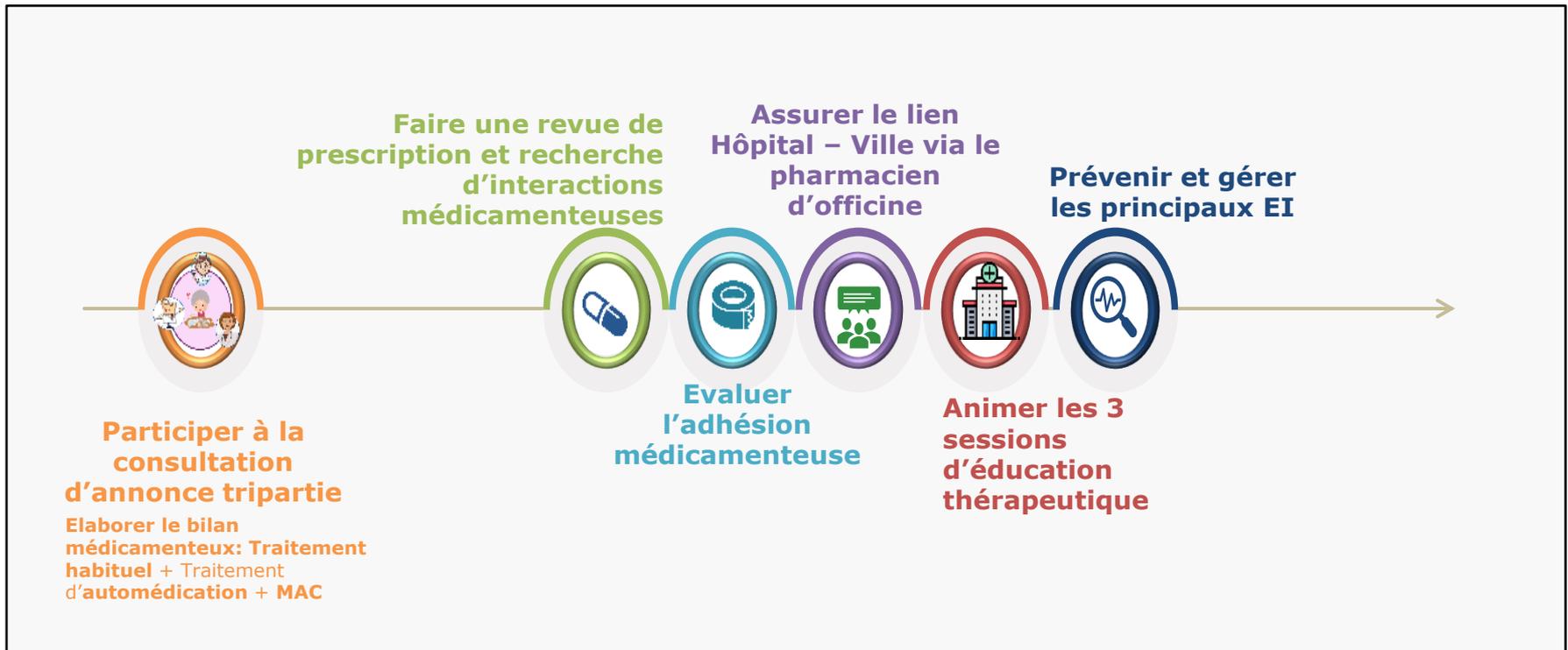


Rôle du pharmacien hospitalier



Le pharmacien hospitalier est impliqué tout au long du parcours patient de l'annonce au suivi.

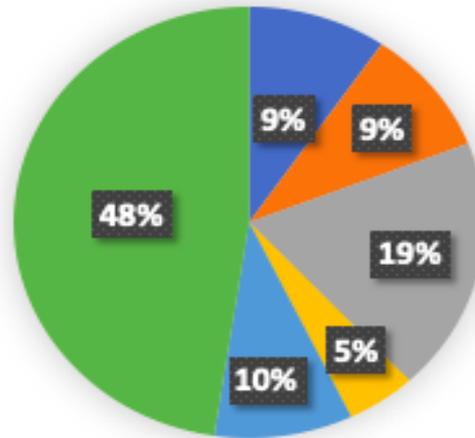
Les temps d'intervention du pharmacien hospitalier



Retour d'expérience AMA-TC: Intervention Pharmaceutique (IP)

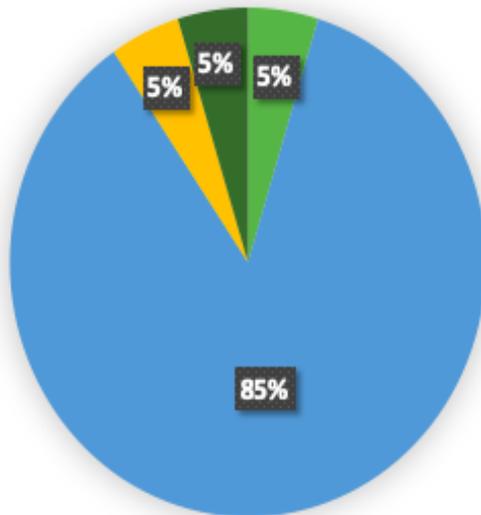
48% IP

Nature de l'IP



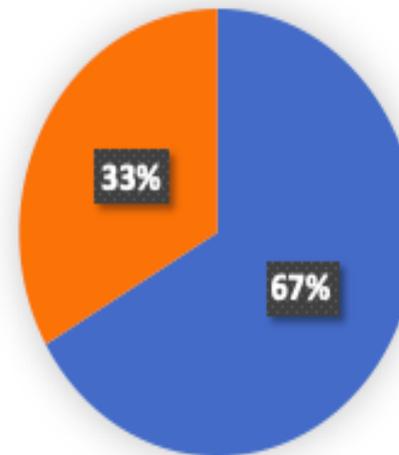
- 3.1 Adaptation posologique
- 3.3 Améliorer les méthodes de dispensation / d'administration
- 3.4 Suivi thérapeutique
- 3.5 Ajout (prescription nouvelle)
- 3.6 Changement de médicament
- 3.7 Arrêt ou refus de délivrer

Nature du problème identifié



- 1.2 Problème de posologie
- 1.3 Interaction médicamenteuse
- 1.5 Oubli de prescription
- 1.8 Redondance

Devenir de l'intervention



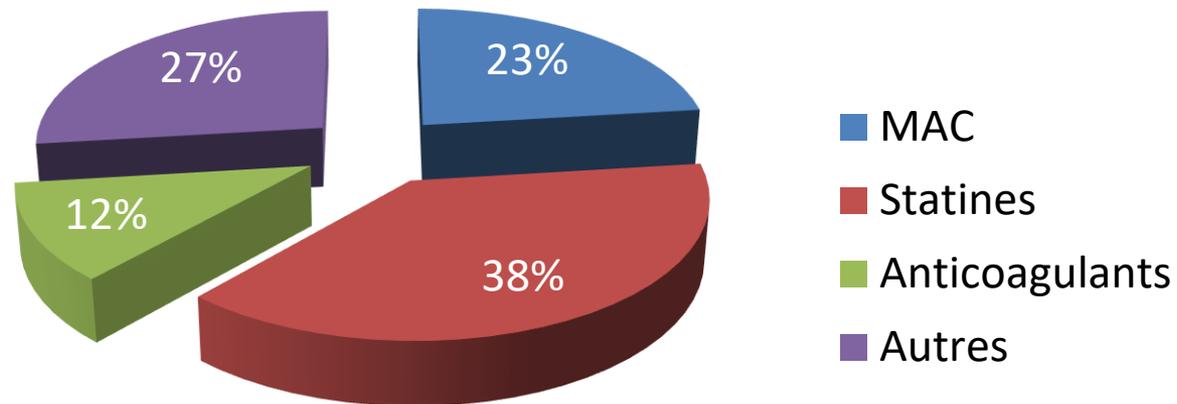
- 4.1 Acceptée par le prescripteur
- 4.6 Acceptation du patient (information du patient et prescripteur non contacté)

85% interactions médicamenteuses

67% acceptance

Interventions pharmaceutiques (AMA TC)

85 % Interventions Pharmaceutiques correspondant à des interactions médicamenteuses avec la thérapie anticancéreuse



Conduisant à :

- **Arrêt ou modification** de la prescription / automédication (48 %)
- **Monitoring /Suivi thérapeutique** (19%)
- **Optimisation des modalités d'administration ou de la posologie** (18%)

Impact clinique des IP selon CLEO (I)

Evaluation pluridisciplinaire : 1 IDE, 2 hématologues, 1 pharmacien

Impact	Définition: L'impact clinique est évalué selon <u>le scénario prévu le plus probable</u> et non pas le pire/meilleur scénario	
Nuisible	L'IP peut conduire à des résultats défavorables concernant l'état clinique, la connaissance, la satisfaction, l'adhésion médicamenteuse et/ou la qualité de vie du patient.	
Nul	L'IP n'a pas d'influence sur le patient concernant l'état clinique, la connaissance, la satisfaction, l'adhésion médicamenteuse et/ou la qualité de vie du patient.	→ 5%
Mineur	L'IP peut améliorer la connaissance, la satisfaction, l'adhésion médicamenteuse, et/ou la qualité de vie OU l'IP peut empêcher un dommage qui ne requiert pas de surveillance/traitement	→ 14%
Moyen	L'IP peut empêcher un dommage qui requiert une surveillance accrue ou un traitement, mais n'entraîne pas ou n'allonge pas un séjour hospitalier du patient.	→ 24%
Majeur	L'IP peut empêcher un dommage qui entraîne ou allonge un séjour hospitalier OU entraîne une incapacité permanente ou un handicap.	→ 57%
Vital	L'IP peut empêcher un accident qui entraîne potentiellement un soin intensif ou le décès du patient.	
Non-déterminé	Les informations disponibles ne permettent pas de déterminer l'impact clinique.	

95% des IP -> impact clinique

Impact clinique des IP selon CLEO (II)

2. IMPACT ECONOMIQUE (E)

Impact	Definition	
Augmentation du coût	L'IP augmente le coût de la prise en charge médicamenteuse du patient.	
Pas de changement	L'IP ne modifie pas le coût de la prise en charge médicamenteuse du patient.	
Réduction du coût	L'IP économise le coût de la prise en charge médicamenteuse du patient.	47%
Non-déterminé	Les informations disponibles ne permettent pas de déterminer l'impact économique.	

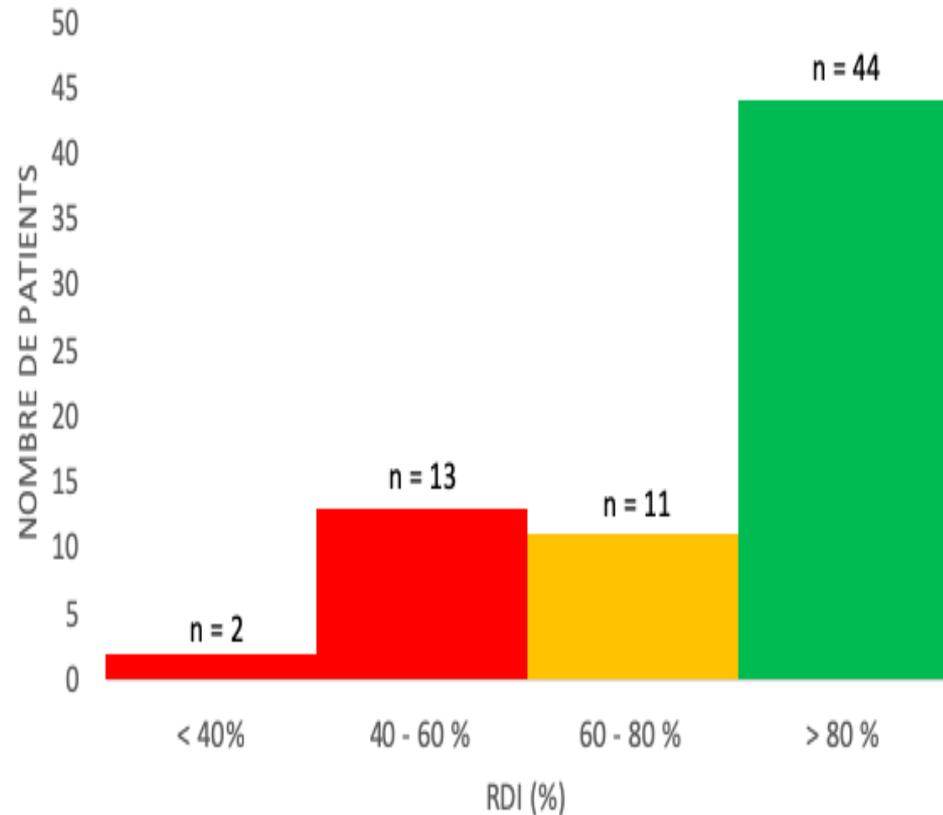
3. IMPACT ORGANISATIONNEL (O)

Impact	Definition	
Défavorable	L'IP diminue la qualité du processus des soins.	
Nul	L'IP ne change pas la qualité du processus des soins.	
Favorable	L'IP augmente la qualité du processus des soins.	90%
Non-déterminé	Les informations disponibles ne permettent pas de déterminer l'impact organisationnel.	

Dose intensité relative

RDI = % de la dose d'↑ intensité administrée / % de la dose d'↑ intensité théorique

RDI médiane : 92% (87 à 93%¹⁻²)



➔ Près de **2/3** des patients ont une dose d'intensité relative **> 80%**

¹Suzuki et al., *Cancer Sci* 2016

²Kumar et al., *Leukemia* 2019

Etude ancillaire associée au programme AMA TC

Projet de recherche en collaboration avec la Chaire de Santé et Territoires (en collaboration avec le CLARA) vise à évaluer une pratique celle de l'assistance médicale ambulatoire (AMA)

Les données préliminaires du dispositif AMA au CLB : Perception et expérience vécue des patients en bénéficiant.

- **Corinne Rochette**

Enseignante chercheure en sciences des organisations
Chaire Santé et Territoires, Université Clermont Auvergne

- **Dr Anne Sophie Michallet**

Médecin Oncologue
CLB Lyon

- **Stéphanie Malartre –Sapienza**

Infirmière AMA
CLB Lyon

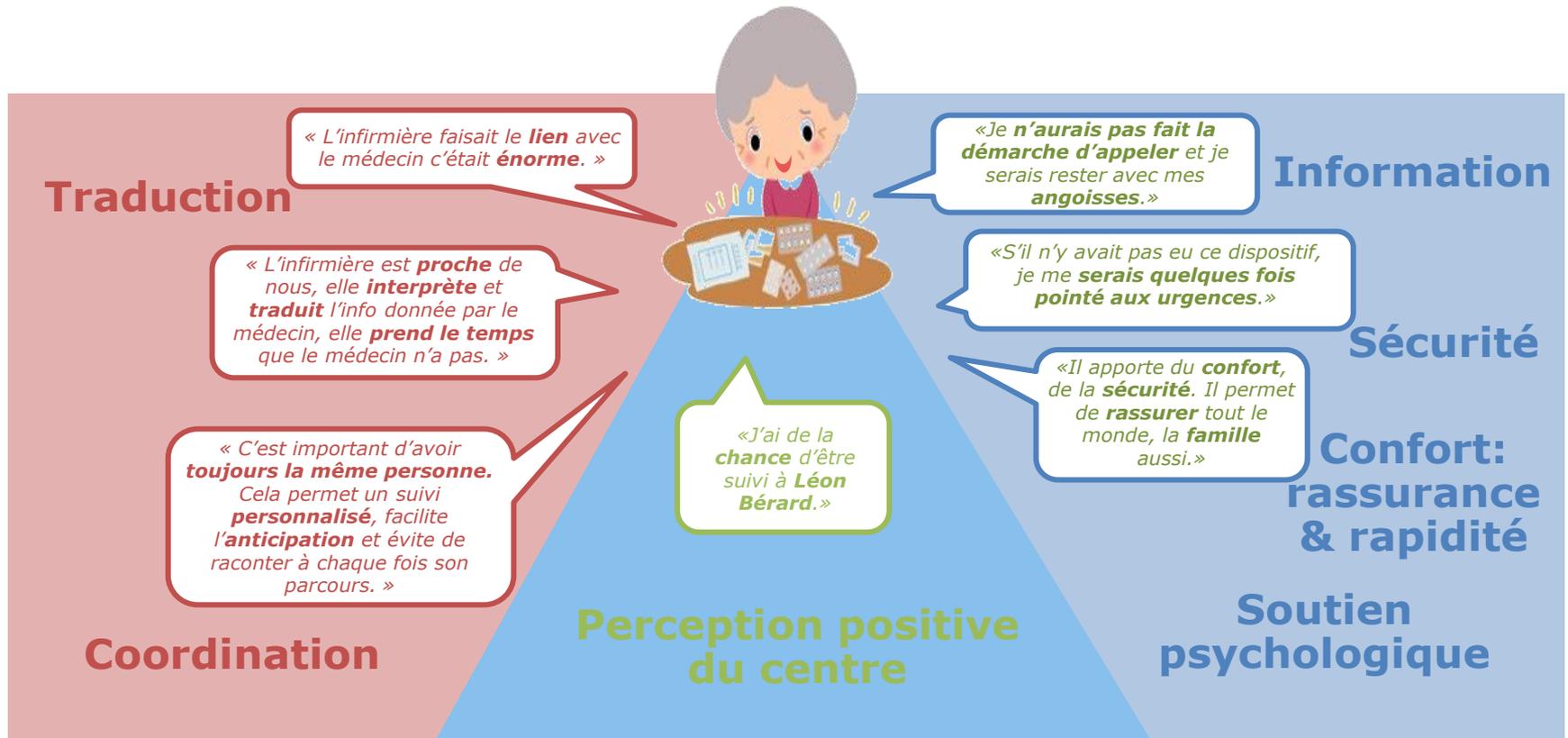
- **Sophie Rodier**

• Enseignante chercheure en sciences de gestion

Impact du point de vue du patient

Pour le patient, le dispositif AMA est une « agréable surprise » et apporte des bénéfices importants dans la vie quotidienne.

PERCEPTION du patient du programme AMA*



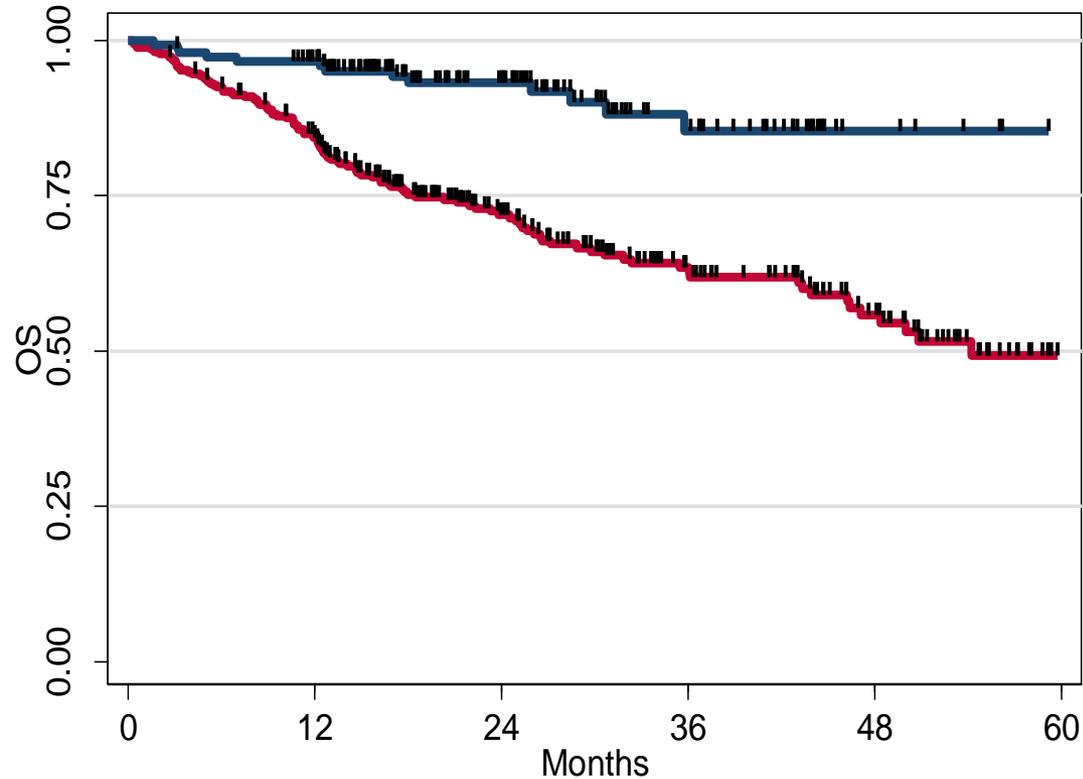
AMA TC-Comment sécuriser le parcours patient ?

Etude rétrospective –FILO – Stop Ibrutinib

- **458 patients atteints de LLC (10 Centres FILO) exposés >12 mois à l'ibrutinib**
(avec arrêt pour progression, effets indésirables, décès avant 12 mois) Incluant **53 ATU** 2014 de divers centres (étude FiLO>75 ans, *Michallet AS et al., Am J Hematol 2017*)
- **141 (30.8%) suivis par IDE d'appel (AMA)- 217 ne sont pris en charge que par le médecin expert LLC (non AMA)**

	Total (n=476)	AMA (n=145)	No AMA (n=331)	
Age				
<70 ans	37.4%	47.6%	32.9%	0.01
70-78	36.3%	31%	38.7%	
79+	26.3%	21.4%	28.4%	
Ligne de tt				
0-1-2 vs 3+	55.1% vs 44.9%	48.6% vs 51.4%	69.4% vs 30.6%	<0.001
Presence de del 17ou mutation TP53	43.4%	39.6%	45.3%	ns
Reductions doses	45.7%	35.4%	51%	0.004
Arrêt prématuré <1 ans	36.6%	44.2%	19.3%	<0.001
Cause arrêt de tt				ns
Progression LLC	13.5%	7.9%	16.5%	
Richter	4.9%	5%	4.9%	
Toxicités	26.3%	18.6%	30.3%	
Second cancer	2.7%	1.4%	3.4%	

Survie Globale en fonction du suivi (AMA versus no AMA)

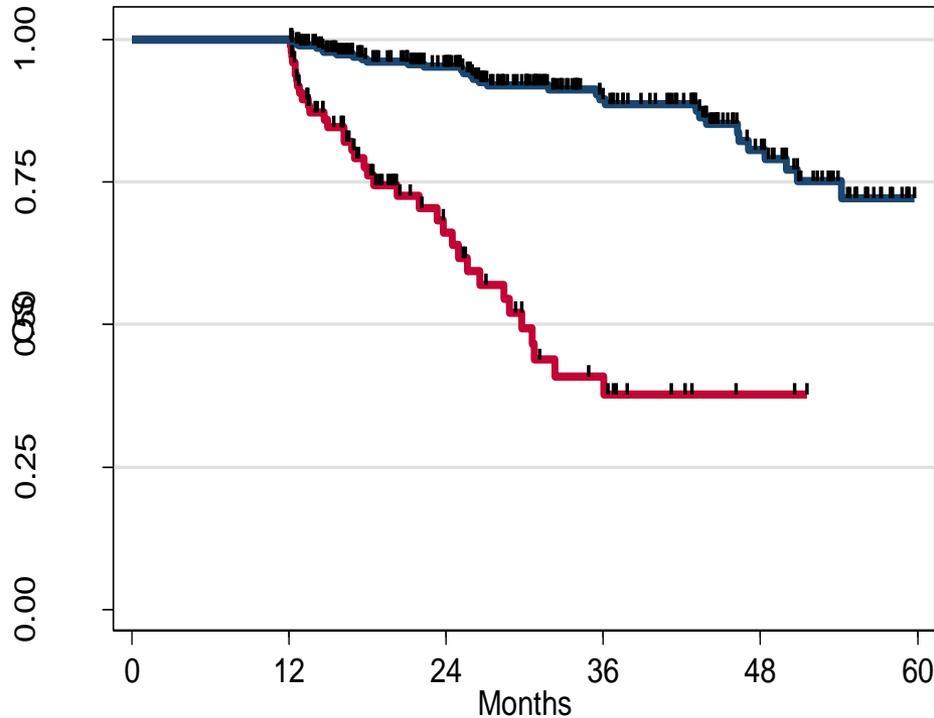


Number at risk

no AMA	331	269	144	85	47	4
AMA	145	133	75	32	7	1



Survie globale en fonction des arrêts prématurés de traitement



Number at risk		0	12	24	36	48	60
Not on therapy at 1y	100	100	30	13	3	1	
On therapy at 1y	300	300	189	104	51	4	



Suivi AMA réduit de 50% les arrêts prématurés de tt

Suivi AMA réduit de 30% les décès toxiques

AMA...

C'est avant tout une aventure humaine !

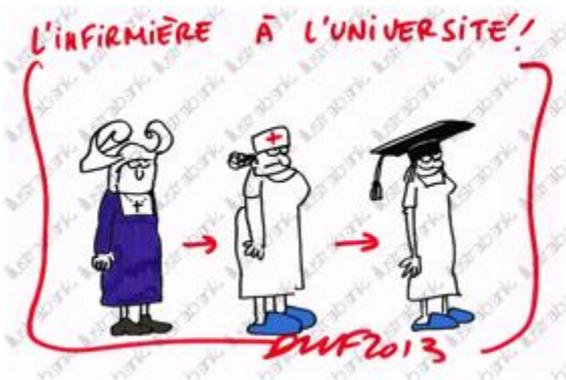
Des rencontres, une équipe qui avance en confiance, le collectif au service du patient

ensemble

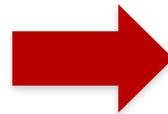
Tout seul on va plus vite. Ensemble on va plus loin.

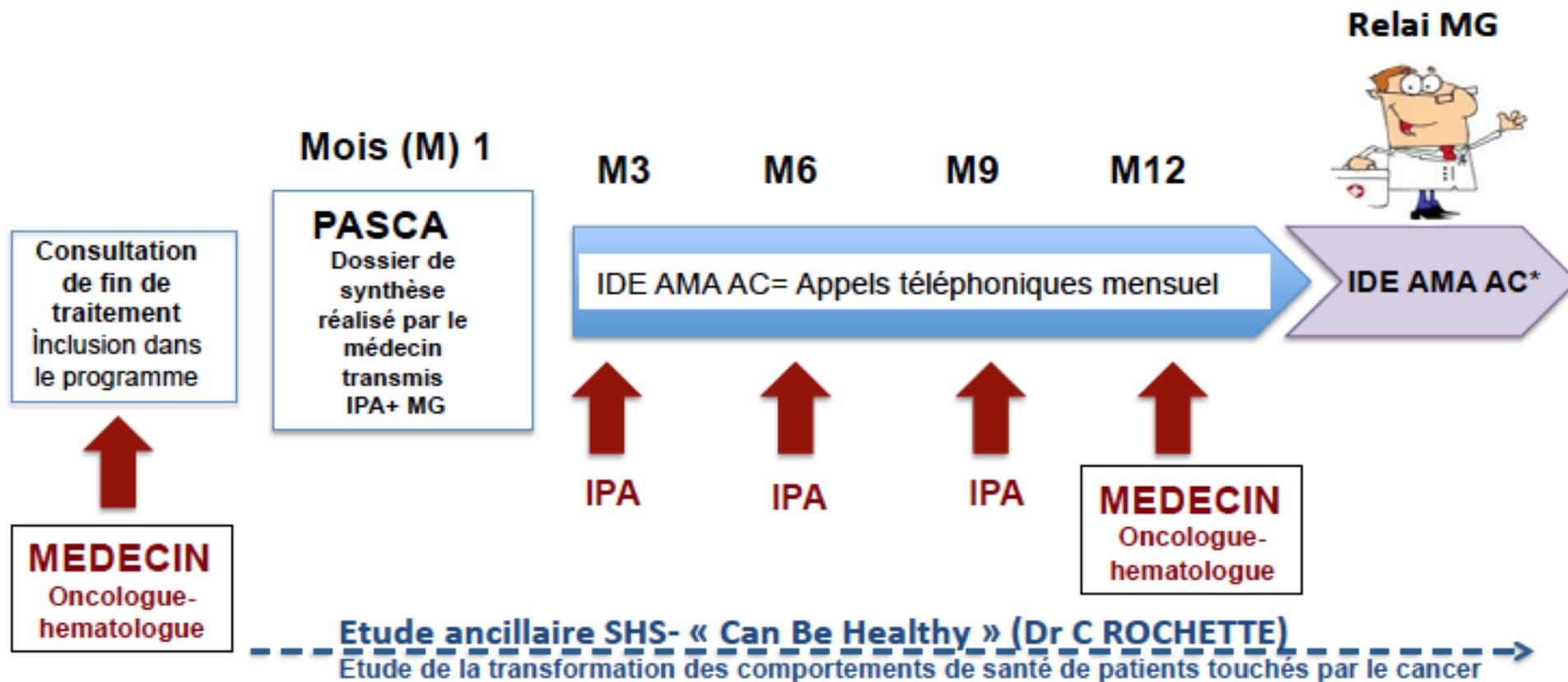
Et la valorisation de la profession infirmière

une ouverture à d'autres projets comme le D.E de pratique Avancée



IPA= un nouveau métier





Consultation de fin de traitement
Inclusion dans le programme

MEDECIN
Oncologue-hématologue

3 mois après la fin de tt
J0 du Programme AMA AC

- * A partir de M12**
- IDE AMA AC: appels tous les 3 mois pendant 1 an puis tous les 6 mois pendant 2 ans
 - MG: consultation tous les 3 mois pendant 1 an
 - Médecin oncologue- hématologue: consultations à 2 ans et 5 ans