



**UNIVERSITE DE LILLE
DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2025**

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE

MENTION : ONCOLOGIE & HEMATO-ONCOLOGIE

**L'observance de la thérapie orale chez les patients de plus de 75 ans atteints d'une
hémopathie maligne chronique.**

**Présenté et soutenu publiquement le 02 juillet 2025 à Lille (département facultaire de
médecine de Henri Warembourg)**

Par Sarah SEYDOU

JURY :

Président du jury : Monsieur le professeur Ali AMAD

Enseignant infirmier : Madame Marie-Cécile SAMYN

Directeur de mémoire : Monsieur le docteur Christophe FRUCHART

Le 02/07/2025

**Département facultaire de médecine Henri Warembourg
Avenue Eugène Avinée
59120 LOOS**

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui m'ont accompagnée tout au long de l'élaboration de ce mémoire, tant sur le plan professionnel que personnel.

En premier lieu, je remercie Monsieur Fruchart, mon directeur de mémoire, pour son accompagnement bienveillant, ses conseils avisés et sa disponibilité tout au long de ce travail.

Je souhaite également remercier Fanny ma future binôme IPA et amie, pour son soutien constant et les fous rires que nous partageons.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à Hélène Demarquette, médecin coordinatrice de la cellule de recherche, à madame Virginie Paquez, ainsi qu'à Madame Houssin pour leur disponibilité, leur écoute et leur précieuse aide dans l'accompagnement législatif et réglementaire de ce mémoire.

Je remercie l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale du service d'hématologie, avec laquelle je travaille depuis de nombreuses années, pour leur confiance, leur implication dans ce projet, et leur soutien au quotidien.

Je n'oublie pas Alicia, Amandine, Anne, Claire et Lise, mes très chères collègues et amies de la formation IPA, pour leur présence et leurs encouragements. Je tiens à les remercier pour ces deux années passées ensemble, merci pour tous les précieux moments partagés, votre présence a rendu cette expérience inoubliable !

Un grand merci à mon mari, mes parents et ma sœur, pour leur compréhension, leur patience, leur soutien indéfectible et leur bienveillance tout au long de cette aventure.

Je remercie également l'Association dunkerquoise de recherche en hématologie et en infectiologie, qui a généreusement financé les enveloppes et les timbres nécessaires à la réalisation de cette étude.

Enfin, je souhaite adresser mes plus sincères remerciements aux patients qui ont accepté de participer à cette recherche. Leur témoignage et leur confiance ont donné tout son sens à ce travail. Sans eux, rien n'aurait été possible.

*« Ne jugez pas chaque jour sur ce que vous récoltez, mais sur les
graines que vous semez. »*

Robert Louis Stevenson

GLOSSAIRE

CII : Conseil International des Infirmières
CHD : Centre hospitalier de Dunkerque (Hôpital Alexandra Lepève)
CRIP : Cercle de Réflexion de l'Industrie Pharmaceutique
DIM : Département d'Information Médicale
DPO : Délégué de la Protection des données
HBM : Health Belief Model
IBTK : Inhibiteur de Bruton Tyrosine Kynase
IDEL : Infirmière Diplômée d'Etat Libérale
INCa : Institut National du Cancer
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPA : Infirmière en Pratique Avancée
JAMA : Journal of the American Medical Association
LLC : Leucémie Lymphoïde Chronique
LMC : Leucémie Myéloïde Chronique
LNH : Lymphome Non Hodgkinien
MNT : Maladie Non Transmissible
ODD : Objectif de Développement Durable
OHO : Oncologie Hématologie-Oncologie
RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données
SMP : Syndrome Myéloprolifératif
SLP : Syndrome Lymphoprolifératif

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	1
INTRODUCTION THEORIQUE	3
1. L'observance thérapeutique	3
2. Les hémopathies malignes chroniques	6
3. Généralités concernant la personne âgée	9
4. La thérapie orale	10
5. L'infirmière en pratique avancée.....	13
METHODE	14
1. Type d'étude	14
2. Sélection de la population étudiée.....	14
3. Processus de recrutement.....	15
4. Recueil de données	15
5. Analyse des données	16
6. Aspects éthiques et réglementaires	16
RESULTAT ET ANALYSE	18
DISCUSSION	33
CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE	
TABLE DES MATIERES	
TABLE DES ILLUSTRATIONS	
TABLE DES TABLEAUX	
ANNEXES	

AVANT-PROPOS

Je suis infirmière dans un service d'hématologie depuis une dizaine d'années, c'est une spécialité qui me passionne. Au quotidien, je prends en soins des patients atteints d'une hémopathie maligne chronique ou aiguë. En 2023, j'ai choisi d'évoluer et d'élargir mon champ de compétence en intégrant la formation d'infirmière en pratique avancée (IPA) avec la mention oncologie hémato-oncologie (OHO).

Lors de ma première année de formation, j'ai réalisé mon stage en service de court séjour gériatrique. Ce dernier m'a été très formateur, j'ai acquis énormément de connaissances et de pratiques. J'ai pu retrouver une problématique similaire à mes patients d'hématologie, celle de l'observance thérapeutique. Elle constitue selon moi un enjeu majeur dans la prise en soins des patients atteints d'une maladie chronique. En effet, « *le défaut d'observance thérapeutique représente, certainement un frein majeur à la rencontre des objectifs médicaux fixés* »(1). Selon l'organisation mondiale de la santé, uniquement 30 à 50% des patients atteints d'une pathologie chronique dans le monde peuvent être considérés observants de leur traitement.(2)

D'après les estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 concernant les hémopathies malignes, on constate une augmentation de l'incidence de ces dernières(3). Cette croissance est notamment liée aux différents changements démographiques comme le vieillissement de la population (3).

On constate de ce fait, une émergence des maladies chroniques qui demeurent jusqu'à présent un défi pour notre système de santé(4). L'institut national du cancer a publié en 2017 le rapport sur le développement des anticancéreux oraux, ce dernier a montré une importance croissante des thérapies orales dans le traitement de nombreux cancers solides et des hémopathies malignes(5). Ces traitements, administrés en ambulatoire et souvent sur le long court, exigent de la part des patients une rigueur et une vigilance accrues.

Notre société évolue, nous arrivons à l'heure du virage ambulatoire, l'heure de repenser les parcours de soins et les organisations hospitalières. La prise en soins ambulatoire du patient, implique une autonomisation de ce dernier. Pour une personne âgée, il n'est pas forcément évident de suivre les recommandations de son médecin, notamment au niveau de la prise de ses

traitements. De nombreux facteurs ont un impact sur l'observance et l'inobservance thérapeutique du patient, la compréhension de ces derniers nécessite une approche multifactorielle(6).

Face à ce constat, mon mémoire de fin d'étude portera sur l'observance de la thérapie orale chez les patients de plus de 75 ans atteints d'une hémopathie maligne chronique.

On peut se demander alors, quel rôle pourrait jouer l'IPA pour améliorer ce suivi et accompagner cette population ? Cette démarche s'inscrit dans la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, action II.9.1 : Mettre en place un suivi personnalisé et gradué entre la ville et l'hôpital (7) et également dans le cadre du plan cancer 2014-2019 et son action 3.2 : Adapter les organisations à l'essor des chimiothérapies orales (8)

Ma question de recherche est la suivante : comment l'IPA peut-elle améliorer l'observance de la thérapie orale des patients de plus de 75 ans atteints d'une hémopathie maligne chronique ?

Mon hypothèse principale est que l'identification des facteurs de risque de l'inobservance par l'IPA, permettrait un meilleur suivi et accompagnement des patients âgés de plus de 75 ans atteints d'une hémopathie maligne chronique sous thérapie orale.

Dans un premier temps, nous présenterons une revue de la littérature avec la mise en évidence des différents concepts exploités.

Nous décrirons ensuite la méthodologie employée pour réaliser notre étude mixte monocentrique.

Les résultats issus des différents recueils de données seront ensuite exposés.

Enfin, nous discuterons des résultats obtenus en lien avec la littérature existante.

INTRODUCTION THEORIQUE

1. L'observance thérapeutique

1.1. Le concept d'observance thérapeutique

L'encyclopédie médicochirurgicale définit l'observance comme le « *degré de concordance entre le comportement d'un patient et les prescriptions ou recommandations médicales* » (9) A l'origine, ce concept était employé dans un contexte religieux, pour désigner la soumission d'un croyant à une pratique religieuse. Il est ensuite utilisé dans le domaine de la santé.(9) L'observance nécessite l'adhésion du patient pour appliquer les différentes modalités du traitement. L'observance est un continuum, le patient peut être confronté à des événements et des défis tout au long de sa vie qui le feront naviguer entre l'observance et la non-observance. (9) L'observance constitue un enjeu crucial pour la santé publique, cette dernière contribue à diminuer les facteurs de morbidité et de mortalité.(9)

Une étude pour mesurer l'observance médicamenteuse a été réalisée en 2015 par QuintilesIMS et le cercle de réflexion de l'industrie pharmaceutique (CRIP). Les professionnels se sont intéressés à six pathologies chroniques (asthme, hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie, insuffisance cardiaque et ostéoporose) auprès de 170 000 patients. Cette étude a mis en évidence un taux d'observance moyen de 40% avec des disparités selon la pathologie.(2)

1.2. Concepts voisins de l'observance thérapeutique

1.2.1. La compliance

La compliance, d'origine anglo-saxonne, a pour traduction « *se conformer, suivre des ordres* ». L'utilisation de ce concept pour désigner l'objectif visé par une démarche éducative, peut refléter l'adoption par le soignant d'une approche fondée sur le paradigme de la catégorisation.(10) Ce paradigme met en évidence « *les connaissances, les valeurs, les principes, les actions infirmières d'une époque* ». Face à un problème de santé, il s'applique à identifier des causes et les facteurs responsables d'un mauvais état de santé. Cette approche influence les pratiques soignantes, notamment chez les infirmières, qui réalisent leurs observations dans un cadre médical pour détecter les signes et symptômes de la maladie et collaborent activement aux traitements et à la surveillance des patients. (11)

1.2.2. Adhésion thérapeutique

L'adhésion thérapeutique désigne une disposition ou une attitude. Son évaluation est difficile à mesurer directement. L'observance thérapeutique qui est une dimension comportementale de l'adhésion thérapeutique est quand a-t-elle évaluable. (12) Le Conseil International des Infirmières (CII) considère que l'adhésion doit être l'objectif principal de toute démarche d'éducation thérapeutique. En santé publique, l'adhésion est définie comme un « *Ensemble des conditions (motivation, acceptation, information...) qui permettent l'observance en reposant sur la participation du patient. C'est le terme le plus satisfaisant en termes de promotion de la santé puisqu'il implique activement le patient dans sa prise en charge thérapeutique et implique de sa part un choix volontaire* ». (12) La relation de confiance établie entre le professionnel de santé et le patient est essentielle pour élaborer un projet thérapeutique, prenant en compte la motivation du patient à suivre les recommandations qui lui sont données (13). Obtenir l'adhésion thérapeutique du patient dépend de sa volonté à prendre en charge sa maladie ainsi que de son approbation du traitement. Plutôt que de se soumettre passivement à la thérapeutique, le patient y adhère, ce qui se traduit par un comportement observant (12). D'après le CII, plusieurs facteurs doivent être pris en compte pour obtenir l'adhésion thérapeutique du patient. Certains sont liés directement au patient, mais également aux traitements et d'autres peuvent concerner les professionnels de santé. Parmi ces facteurs, on peut identifier les suivants :

- La situation socio-économique du patient ;
- Le niveau scolaire du patient ;
- La distance géographique jusqu'au établissements de soins et l'accès aux soins ;
- Le coût des traitements ou des transports médicaux ;
- Les caractéristiques de la pathologie ;
- La complexité et la durée des thérapeutiques ;
- Les effets secondaires associés au traitement ;
- Les croyances culturelles du patient concernant la maladie et les traitements (12)

Les concepts d'observance thérapeutiques, de compliance et d'adhésion thérapeutique sont de plus en plus employés depuis l'identification du concept de maladie chronique et d'autant plus au regard du nombre élevé de personnes atteintes par cette dernière. (9)

1.3. Stratégie d'adhésion

Le CII souligne qu'il n'existe pas de méthode unique pour favoriser l'adhésion thérapeutique. Il est essentiel d'adopter une approche combinant diverses stratégies éducationnelles (telles que l'allègement du nombre de médicaments quotidien, la simplification des posologies, l'information sur les effets secondaires possibles, la volonté du patient à modifier son mode de vie suite aux effets induits par les traitements ...) et aussi des stratégies comportementales (comme des rappels, la prise en considération des préférences du patient et facilitation de la prise des thérapeutiques...).(12) Il est crucial de présenter au patient les avantages liés à l'adhésion thérapeutique, mais aussi les risques associés à une non-adhésion, comme le risque d'échec thérapeutique.(15) Si les stratégies éducationnelles jouent un rôle clé dans l'amélioration de l'adhésion thérapeutique, elles ne suffisent pas à elles seules. Il est nécessaire de dynamiser, d'encourager et de soutenir le patient afin qu'il puisse atteindre ses objectifs de traitement.(12) Pour obtenir une véritable adhésion thérapeutique, une approche multidisciplinaire est requise, impliquant les professionnels de santé et le patients lui-même.(12)

1.4. Approche psychocognitive de l'observance thérapeutique

Plusieurs théories et modèles psychocognitifs permettent de mieux comprendre les comportements de santé, notamment la théorie de l'auto-efficacité de Bandura et le Health Belief Model (HBM) de Becker et Rosentock.

Albert Bandura psychologue canadien a élaboré la théorie de l'auto-efficacité dans sa théorie de l'apprentissage social puis l'a approfondi dans sa théorie sociocognitive. Il définit l'efficacité personnelle comme la croyance d'un individu en sa capacité à réaliser des tâches spécifiques ou atteindre des objectifs précis. Ce sentiment d'efficacité incite les individus à modifier leurs comportements et les motive au changement, favorise leur persévérance face aux obstacles et les encourage dans la poursuite de leurs bonnes habitudes. L'auto-efficacité agit comme un déterminant majeur du comportement de santé (14)

Bandura identifie quatre sources principales d'auto-efficacité :

- Les expériences vécues de maîtrise
- Les expériences vicariantes
- La persuasion verbale

- Les états physiologiques et émotionnels (14,15)

Le modèle HBM a été développé en 1950 par Becker et Rosenstock tous deux psychologues sociaux. Ce modèle a été fortement utilisé pour modifier les comportements de santé. Il repose sur plusieurs concepts, qui peuvent être mobilisés pour comprendre l'observance thérapeutique :

- La menace perçue qui consiste en la perception de vulnérabilité et la perception de la gravité de la maladie
- Les avantages et bénéfices perçus de suivre son traitement
- Les obstacles perçus du traitement
- Les variables démographiques et socio-psychologiques
- Les actions pour adopter un comportement de santé.(16)

2. Les hémopathies malignes chroniques

2.1. Quelques notions sur les maladies chroniques

L'OMS définit les maladies chroniques comme : « *des maladies non transmissibles (MNT), de longue durée et résultant d'une association de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux* ». Elles affectent le plus souvent les personnes âgées. La prévalence des pathologies chroniques augmente avec l'âge d'une part du fait de la durée d'exposition à certains facteurs de risque qui est plus longue, le vieillissement en lui-même et les progrès thérapeutiques qui ont permis d'augmenter l'espérance de vie.(17,18) Parmi ces maladies, les cancers occupent une place importante. En France, environ 80 % des décès sont attribués aux maladies non transmissibles, avec les maladies cardiovasculaires et les cancers en tête des causes de mortalité. Dans le cadre du « *Programme de développement durable à l'horizon 2030* », les MNT sont considérées comme un défi majeur de santé publique(19). Cible de l'objectif de développement durable (ODD) 3.4 : « *D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles ...* »(20)

2.2. Epidémiologie des hémopathies malignes

L'institut national du cancer (INCa) a recensé pour l'année 2018 l'incidence des hémopathies malignes, cette dernière est estimée à 45 000, ce qui représente 12% des nouveaux cas de cancer en France.(21) Cette augmentation de l'incidence serait attribuée au vieillissement de la population.(22) Le taux de mortalité quant à lui diminue depuis ces dernières années. Cette

amélioration est due aux différents progrès médicaux, notamment lors des diagnostics, de la prise en charge pluridisciplinaire et dans les avancées thérapeutiques entre autres les thérapies ciblées orales.(22)

2.3. Définition des hémopathies malignes

Les hémopathies malignes, couramment appelées "cancer du sang", désignent des cancers affectant les cellules du système hématologique, qu'elles soient d'origine myéloïde ou lymphoïde. Elles résultent d'une ou plusieurs altérations génétiques survenant au niveau d'un progéniteur ou d'un précurseur de l'hématopoïèse, ou encore au sein d'une cellule lymphoïde.(23) Ci-dessous, un schéma de l'hématopoïèse normale sur lequel nous retrouvons les cellules souches lymphoïdes qui correspond à la lignée lymphoïde responsable du développement des lymphocytes. Et, les cellules souches myéloïdes issues de la lignée myéloïde responsable du développement des érythrocytes, des mégacaryocytes, des polynucléaires et des monocytes.

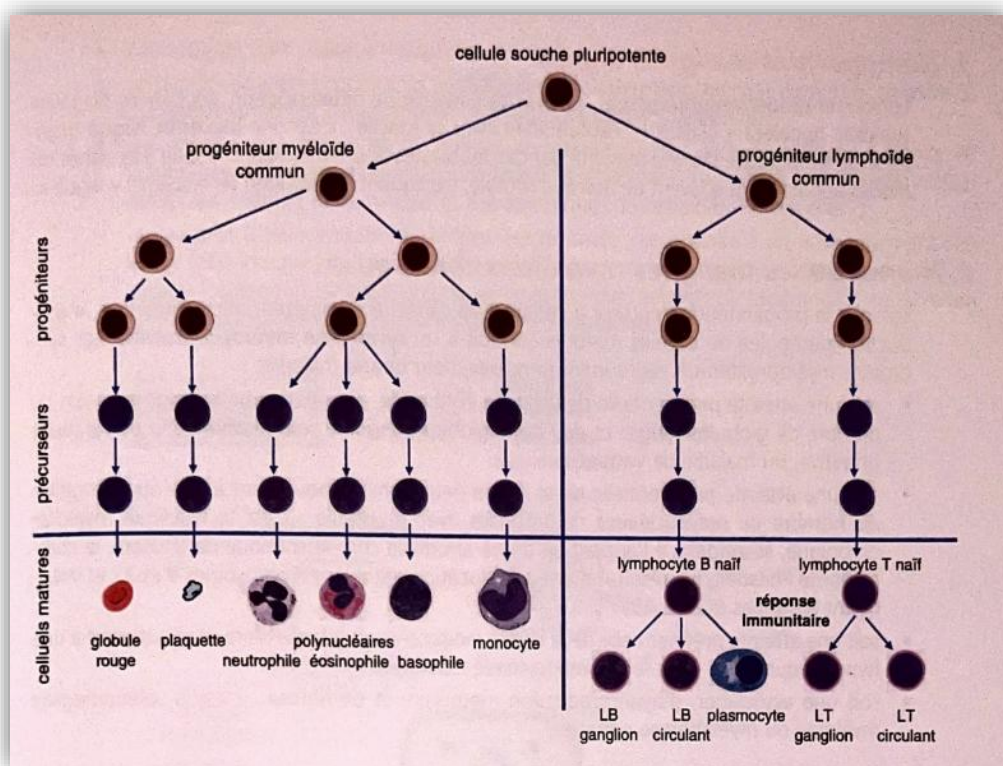


Figure 1 Hématopoïèse (23)

La classification des hémopathies malignes par l'OMS sépare les néoplasies myéloïdes et les néoplasies lymphoïdes. Nous développerons uniquement les principales hémopathies malignes chroniques selon la lignée dans cet exercice.

2.3.1. Lignée Lymphoïde

Les syndromes lymphoprolifératifs – néoplasies lymphoïdes, surviennent lorsqu'une anomalie génétique affecte une cellule lymphoïde B ou T, soit en fin de lymphopoïèse, soit au cours de l'immunopoïèse. Ces pathologies sont variées.(23)

- **Le myélome** une prolifération de plasmocytes tumoraux au niveau de la moelle osseuse. Ces derniers sécrètent une immunoglobuline anormale, pouvant entraîner une toxicité rénale.(23)
- **La leucémie lymphoïde chronique (LLC)** est une prolifération monoclonale des lymphocytes B, qui se manifeste généralement par une hyperlymphocytose sanguine persistante. C'est la leucémie la plus fréquente, répartie en stades selon la classification anatomo-clinique de Binet.(23)
- **Les autres lymphomes indolents** font partis des lymphomes non Hodgkinien (LNH). Ils sont issus d'une prolifération anormale des lymphocytes B, affectant principalement les ganglions. Ils se traduisent souvent par un syndrome tumoral hématologique, incluant des adénopathies, une splénomégalie et parfois une atteinte hépatique.(23)

2.3.2. Lignée Myéloïde

Dans cette lignée, nous pouvons distinguer deux grandes familles

- Les syndrome myéloprolifératifs – néoplasie myéloprolifératives

Il s'agit d'une production excessive et anarchique de cellules matures qui conduit à un syndrome myéloprolifératif. Ce groupe comprend principalement quatre pathologies :(23)

- **La polyglobulie de Vaquez** qui se défini par une augmentation et une accumulation de globule rouge à la périphérie.(23)
- **La thrombocytémie essentielle** qui est une augmentation et une accumulation de plaquettes.(23)
- **La myélofibrose primitive** qui est provoquée par une association d'hyperproduction médullaire et de fibrose.(23)
- **La leucémie myéloïde chronique (LMC)** qui se caractérise par une atteinte de la lignée neutrophile, entraînant une majoration du nombre de polynucléaire neurophile avec myélémie.(23)

➤ Les syndromes myélodysplasiques – néoplasie myélodysplasique

Ces pathologies entraînent un dysfonctionnement de la production médullaire des cellules sanguines, à la fois sur le plan quantitatif (anémie, thrombopénie, neutropénie) et qualitatif (altérations morphologiques et fonctionnelles des cellules sanguines).(23)

3. Généralités concernant la personne âgée

3.1. Quelques chiffres

Selon l’OMS, une personne est dite âgée lorsqu’elle a 60 ans et plus. D’ici 2050, la population mondiale des personnes âgées de 60 ans et plus aura doublé pour atteindre 2,1 milliards. Par ailleurs, le nombre de personnes de 80 ans et plus devrait tripler entre 2020 et 2050, atteignant ainsi 426 millions.(24) En 2025, les personnes de 75 ans et plus représentent 10.7 % de la population générale en France.(25) L’espérance de vie est quant à elle stable, 85.6 ans pour les femmes et 80 ans pour les hommes.(26)

3.2. Particularités des personnes âgées

Au niveau biologique, le vieillissement résulte de dommages moléculaires et cellulaires qui s’accumulent avec le temps. Ce processus entraîne une détérioration des capacités physiques et mentales, une augmentation du risque de maladies et, finalement, conduit au décès.(24) Les personnes âgées sont une population hétérogène et spécifique qui peut présenter des fragilités psychique, physique et/ou socio-économique. Il y a un risque de perte d’autonomie et de dépendance(27).

On différencie trois groupes de personnes âgées :(28,29)

- **Les vigoureux** aussi appelés robustes, ce sont des personnes âgées qui sont en bonne santé.
- **Les fragiles**, ce groupe éprouve des difficultés à s’adapter, même à un stress léger. Ils sont particulièrement vulnérables aux décompensations fonctionnelles, aux cascades gériatriques et au risque de perte d’autonomie ou de dépendance.
- **Les dépendants** ont besoin d’une aide pour réaliser les actes de la vie quotidienne.

Depuis 2012, l’INCa recommande d’effectuer un test de dépistage de la fragilité, le G8 (*Annexe 1*), chez tous les patients âgés atteints de cancer. Un score inférieur ou égal à 14 indique une vulnérabilité nécessitant une évaluation gériatrique approfondie (EGA) (*Annexe 2*). Cette évaluation a pour objectif d’analyser de manière globale et multidimensionnelle l’état général

du patient. Grâce à cela, le gériatre peut contribuer à la décision thérapeutique en oncologie, ajuster les traitements et assurer une prise en soins en tenant compte des comorbidités ainsi que de la fragilité gériatrique.(30)

Les personnes âgées sont plus susceptibles de rencontrer des difficultés d'observance en raison de plusieurs facteurs, notamment la polymédication liée à la polypathologie. En effet, en raison de leurs nombreuses maladies, elles peuvent prendre plusieurs médicaments par jour, ce qui les expose davantage aux effets secondaires, aux interactions médicamenteuses et au risque iatrogène. Une prévalence accrue des troubles cognitifs avec l'avancée en âge, ainsi que des limitations fonctionnelles fréquentes, notamment sensorielles et motrices, peuvent interférer avec la prise des médicaments. Le manque d'échange avec les professionnels de santé peut être également un facteur influençant. (31,32)

Une étude publiée en 2003 dans le Journal of the American Medical Association (JAMA), a analysé 1523 événements indésirables médicamenteux survenus en ambulatoire chez des patients âgés sur une période de 1 an. Les résultats ont montré que 27.6% de ces événements auraient pu être évités, et que, parmi eux, 21.1% étaient liés à un défaut de l'observance thérapeutique du patient.(33)

4. La thérapie orale

4.1. Les thérapies orales dans les hémopathies malignes chroniques

Ces dernières années, les traitements oraux ont connu une croissance significative en hématologie. Cette expansion peut être attribuée, d'une part, à l'émergence de formes orales de chimiothérapie traditionnellement administrées par injection, et, d'autre part, au développement des thérapies ciblées. Ces dernières, sont apparues à la fin des années 1990 et se distinguent des chimiothérapies classiques en ce qu'elles agissent de manière précise sur un aspect spécifique du fonctionnement des cellules tumorales.(34)

4.2. Les principales classes pharmaceutiques, leurs molécules et des pathologies associées

Classes pharmaceutiques (35)	Molécules (35)	Pathologies associées (35)
Les inhibiteurs de tyrosine kinase	ACALABRUTINIB ZANUBRUTINIB IBRUTINIB	LLC, LNH
	BOSUTINIB IMATINIB NILOTINIB PONATINIB DASATINIB	LMC
	RUXOLITINIB	Polyglobulie de Vaquez
Le inhibiteurs de protéasome	IXAZOMIB	Myélome
Les inhibiteurs de BCL 2	VENETOCLAX	LLC, LNH
Les immunomodulateurs	POMALIDOMIDE LENALIDOMIDE THALIDOMIDE	Myélome
Les chimiothérapies conventionnelles	CHLORAMINOPHENE	LLC, LNH
	HYDROXYCARBAMIDE ANAGRELIDE	Thrombocytémie essentielle
	PIPOBROMAN	Polyglobulie de Vaquez

Tableau 1 Classes des thérapies orale, leurs molécules et les pathologies associées

4.3. Avantages, inconvénients et enjeux de la thérapie orale

➤ Avantages

Les traitements anticancéreux par voie orale ne se contentent pas de simplifier le traitement, ces derniers contribuent à diminuer le besoin d'hospitalisation, mais représentent aussi des avancées thérapeutiques ayant prouvé leur efficacité. Cela s'applique aussi bien aux patients en échec thérapeutique qu'à ceux en traitement initial. Plusieurs de ces médicaments sont maintenant considérés comme les traitements de référence dans leurs domaines, comme les inhibiteurs de tyrosine kinase ciblant ABL pour la leucémie myéloïde chronique(36). Les patients apprécient l'administration des thérapeutiques par voie orale pour son confort et son absence de complications liées à l'accès veineux.(22)

➤ Inconvénients

Si la thérapie orale propose de nombreux avantages, elle présente également des inconvénients. Ce sont souvent des traitements pris au long cours, parfois même jusqu'à progression de la maladie. De ce fait, il y a un risque de perte d'adhésion de la part du patient vis-à-vis de son traitement, ce qui peut entraîner des complications pour le patient ainsi qu'un coût important pour le système de santé.

Les effets indésirables liés à ces thérapies orales sont bien présents et peuvent être graves. On peut citer les toxicités cardiaques, les toxicités digestives, les risques infectieux, les risques de syndromes hémorragiques ou les toxicités neurologiques.

Il peut se produire des interactions médicamenteuses entre la thérapie orale et les traitements pris de façon chronique par le patient, mais aussi avec des traitements pris de manière occasionnels ou encore lors d'automédication. Le risque pourrait être la majoration des effets indésirables ou encore la diminution de l'efficacité de la thérapie orale.(22)

➤ Enjeux :

L'administration orale des traitements simplifie leur prise, mais le développement de la thérapie orale entraîne des conséquences pour le patient et tous les acteurs qui gravitent autour de lui. Le patient se voit assumer la responsabilité de prendre son traitement à domicile. Il peut se retrouver confronté à des difficultés impactant son adhésion, comme une sensation d'abandon face à la gestion de son cancer et des effets secondaires. L'adhésion thérapeutique du patient est un enjeu de la thérapie orale. Les professionnels de santé de premier recours, qui suivent ces patients en ville, peuvent parfois manquer d'informations spécifiques. En effet, ce sont des

traitements destinés à des populations ciblées, ce qui explique qu'ils les rencontrent moins fréquemment dans leur pratique. Les professionnels hospitaliers font face au changement des différentes pratiques, la réduction des hospitalisations, la hausse du nombre de patients sous traitement, la multiplication des consultations, ainsi que la difficulté du suivi. Face à ce virage ambulatoire, il est essentiel de mettre en place des actions en matière d'organisation et de communication, afin de garantir la qualité et la sécurité de ce parcours de santé. Il s'agit donc d'un enjeu majeur pour notre système de santé. (36)

5. L'infirmière en pratique avancée

5.1. Les compétences de l'IPA

En France, le cadre législatif de la pratique avancée a été instauré par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, et précisé par le décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 du code de la santé publique relatif à l'exercice d'infirmière en pratique avancée. Le CII définit l'IPA comme une professionnelle « *ayant acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession* ». (37,38) Le modèle d'Hamric recense les compétences qu'une IPA doit posséder : la pratique clinique, la recherche, le leadership, l'éthique la collaboration, la guidance et le coaching. (38)

5.2. L'infirmière en pratique avancée mention oncologie hématologie-oncologie dans le suivi des patients sous thérapie orale

Rappelons qu'au cours de ces dernières années, les nouvelles thérapies orales en oncologie et en hématologie ont connu une avancée considérable, permettant la chronicisation des pathologies. Dans ce nouveau contexte, l'intégration des IPA a pour objectif d'améliorer les parcours et l'accompagnement des patients. L'IPA OHO exerce le suivi des patients sous thérapie orale en alternance avec le médecin, en effectuant le suivi clinique, le suivi des toxicités, l'évaluation de ses besoins psychosociaux et en menant des actions d'éducation thérapeutique. Elle joue un rôle dans la coordination des soins grâce au lien ville-hôpital qu'elle entretient, garantissant ainsi la continuité de la prise en soins. (38,39)

Une étude menée sur l'utilité des IPA en rhumatologie, ayant suivi 75 patientes traitées par raloxifène pour une ostéoporose, a montré une adhésion thérapeutique supérieure de 57% en comparaison au suivi classique. (37)

METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative et qualitative monocentrique. Elle repose sur l'utilisation du test Morisky Green à 8 items et sur la réalisation d'entretiens semi-directifs, dirigés par un guide d'entretien auprès de patients.

L'ensemble de l'étude a été réalisé au sein du Centre hospitalier Alexandra Lepève à Dunkerque (CHD), établissement dans lequel j'exerce depuis 11 ans. Le service d'hématologie prend en soins les pathologies hématologiques aiguës et chroniques dans différents secteurs : hôpital de jour, secteur conventionnel et secteur protégé. Actuellement, concernant la thérapie orale, il n'existe pas de parcours établi. Certains patients traités par vénétoclax ou inhibiteur de Bruton tyrosine kinase (IBTK) sont vus par le médecin et le pharmacien dans le cadre d'une conciliation.

Pour l'étude qualitative, une grille COREQ (40) a été utilisée (*Annexe 3*) pour évaluer la qualité de l'étude.

2. Sélection de la population étudiée

Les patients devaient répondre aux critères d'inclusion suivants :

- Être âgé d'au moins 75 ans.
- Être atteint d'une hémopathie maligne chronique.
- Recevoir un traitement exclusivement par thérapie orale.
- Être suivi en consultation par un hématologue au centre hospitalier Alexandra Lepève de Dunkerque.
- Avoir été programmé en consultation au cours de l'année 2024.
- Vivre à domicile.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Être atteint d'une hémopathie maligne aigue.
- Recevoir un traitement d'immunothérapie ou de chimiothérapie concomitant.
- Avoir un autre cancer actif.
- Avoir une démence.
- Vivre en institution spécialisée.

- Être atteint d'une hémopathie en progression.

3. Processus de recrutement

Dans un premier temps mon directeur de mémoire et moi-même avons contacté le Département d'Information Médicale (DIM), nous leur avons communiqué les différents critères d'inclusion mentionnés ci-dessus. Cette démarche nous a permis d'obtenir une liste de 170 patients.

Lors de l'analyse des données recueillies via le logiciel Hôpital Manager, nous avons constaté ce qui suit :

- 4 patients étaient décédés.
- 12 patients étaient en abstention thérapeutique après leur consultation de 2024.
- 6 patients résidaient en établissement médicalisé.
- 3 patients étaient désormais suivis dans un autre centre hospitalier.
- 9 patients n'avaient pas de nouveau rendez-vous programmés ou n'étaient pas venus à leurs dernières consultations.

Ainsi, 34 patients ont été exclus de l'étude, portant le nombre final de patients éligibles à 136.

4. Recueil de données

4.1. Enquête quantitative

L'outil utilisé pour cette partie de l'étude est le test Morisky Green en 8 items (41). C'est un questionnaire développé en 1986 par Morisky et al., à l'origine il comprenait 4 items et a ensuite été amené à 8 items en 2008, afin de mieux comprendre les freins relatifs à l'adhésion. Cet outil permet donc d'évaluer l'adhésion des patients à leur traitement.(42)

Les 136 patients ont été informés de l'étude par leur hématologue au cours de leur consultation hématologique en janvier ou par courrier envoyé à leur domicile. Ce dernier contenait une note d'information (*Annexe 4*), un formulaire de consentement (*Annexe 5*) et le test Morisky Green en 8 items (*Annexe 6*), ainsi qu'une enveloppe préaffranchie, destinée au retour des documents. Les frais liés aux enveloppes et aux timbres ont été pris en charge par l'Association dunkerquoise de recherche en hématologie et en infectiologie. L'ensemble des différents documents a été envoyé le 22 janvier 2025. Le recueil des documents retour a été arrêté le 7 mars 2025.

4.2. Enquête qualitative

Un guide d'entretien a été élaboré (*Annexe 7*) afin de réaliser les différents échanges. Chaque entretien semi-directif a été conduit après avoir rappelé aux participants le respect de la confidentialité et de l'anonymat. Ils se sont déroulés en présentiel et ont été enregistrés à l'aide du dictaphone de mon ordinateur portable. La sélection des patients s'est faite en fonction de leur venue à l'hôpital lors des consultations avec les hématologues, ce qui a restreint le nombre d'entretiens pouvant être menés dans le délai imparti. Au total, 7 entretiens semi-directifs ont été réalisés au cours du mois d'avril. La suffisance des données a été atteinte, en effet, les derniers entretiens n'apportaient pas d'éléments nouveaux significatifs.

5. Analyse des données

5.1 Analyse des données quantitatives

Pour l'étude quantitative, les données ont été saisies et analysées avec le logiciel Microsoft Excel. Une analyse statistique descriptive a été réalisée selon plusieurs variables : âge, genre, pathologie hématologique, type de thérapie orale. Cette analyse a également permis d'exposer les résultats du test de Morisky Green selon le niveau d'observance (bonne, moyenne, faible). L'analyse s'est poursuivie par une répartition des niveaux d'observance selon les différentes variables de l'analyse statistique descriptive. Les différents résultats sont présentés sous forme de pourcentages et de graphiques afin de visualiser les tendances.

5.2 Analyse des données qualitatives

Les différents entretiens semi directif ont été analysés à l'aide d'une méthode d'analyse thématique déductive. Chaque verbatim a été analysé à partir d'une grille pour recenser les thèmes et définir des sous thèmes. Une triangulation des données a été réalisée afin de renforcer la rigueur de l'analyse.

6. Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude n'implique pas la personne humaine au sens de la loi Jardé.

Dans ce cadre, j'ai pris contact avec le Délégué à la Protection des Données (DPO) du CHD. Après avoir signé une déclaration de confidentialité, j'ai été inscrite au registre interne du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). (*Annexe 8*). J'ai également échangé avec l'adjoint du DPO de Lille, par courriel puis en visioconférence, celui-ci à valider ma demande : déclaration numéro 2024-252 (*Annexe 9*.) Les données collectées lors de la sélection

des patients ont été stockées exclusivement sur le serveur sécurisé de l'hôpital, sans être transférées en dehors de celui-ci.

Un devis a été établi pour le financement des enveloppes et des timbres (*Annexe 10*).

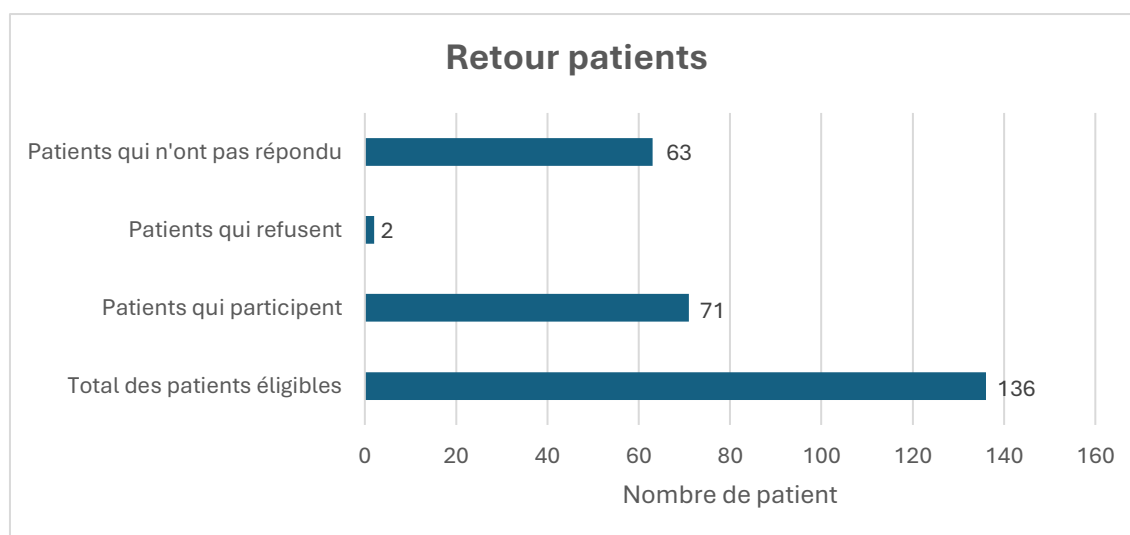
Concernant la gestion des consentements et stockage des documents, chaque patient a signé un consentement éclairé après avoir pris connaissance de la note d'information, qui détaille non seulement le test Morisky Green en 8 items, mais aussi l'étape suivante de l'étude, un éventuel entretien que je dirigerais. Les documents papier collectés pour l'étude quantitative ont été conservés à l'hôpital, dans une boîte identifiée au nom de l'étude, elle-même placée dans une armoire fermée à clé, accessible uniquement par mon directeur de mémoire.

Pour la gestion des enregistrements, après la transcription des verbatims, les enregistrements ont été supprimés, conformément aux recommandations du DPO de Lille. Les verbatims anonymisés ont ensuite été stockés sur mon ordinateur portable.

RESULTAT ET ANALYSE

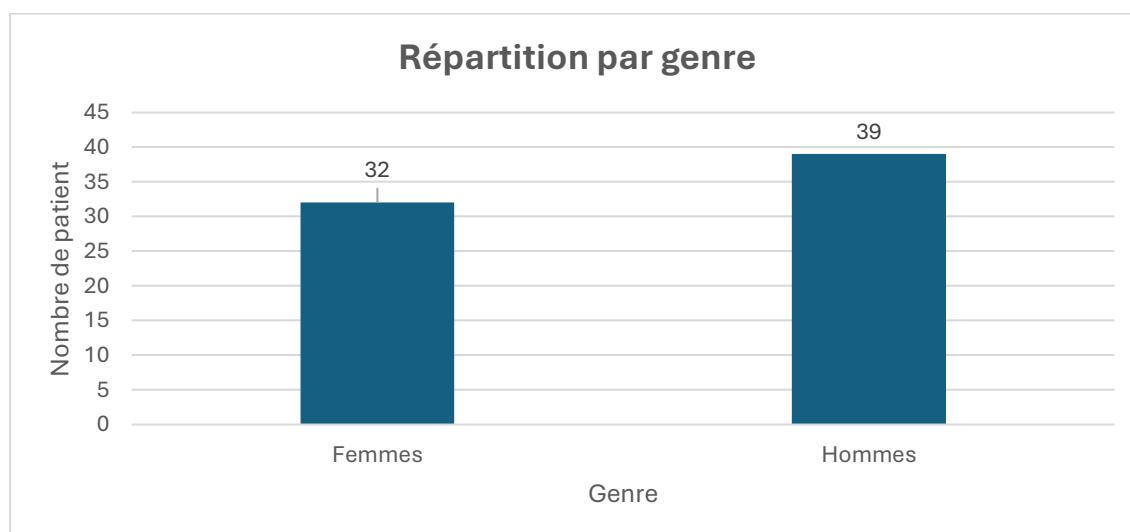
1. Résultats et analyse des questionnaires Morisky Green en 8 items pour l'étude quantitative

1.1 Caractéristiques générales de la population étudiée



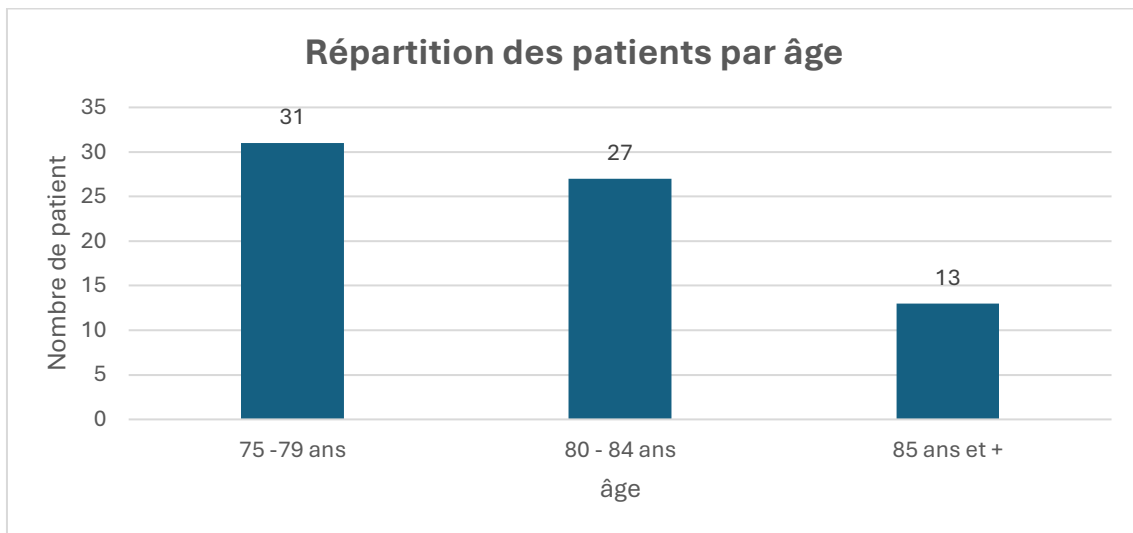
Pour cette étude quantitative monocentrique, 71 patients ont accepté de participer et ont retourné le questionnaire ainsi que le consentement signé, soit un taux de participation de 52.2%, 63 patients n'ont pas répondu (46.3%) et 2 patients ont refusé de participer à l'étude (1.5%).

Répartition des patients par genre :



Parmi les 71 patients, 34 femmes (47%) et 39 hommes (53%).

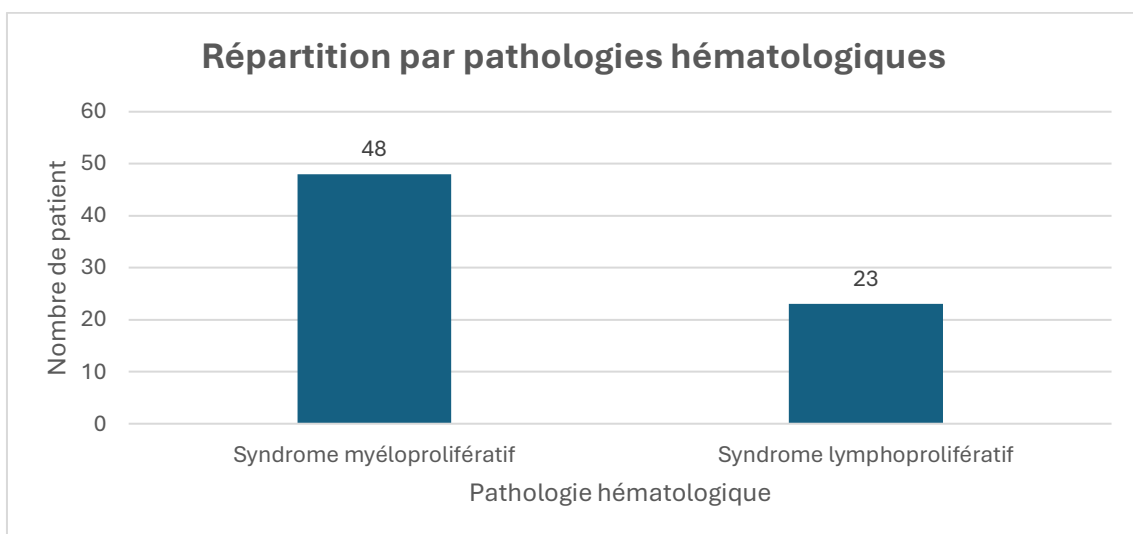
Répartition des patients par âge :



L'âge moyen des participants est de 80.3 ans (écart type de 3.25 ans), ce qui indique que la majorité d'entre eux ont entre 77 et 83 ans. L'âge minimal est de 75 ans et le maximum de 91 ans. En les présentant par tranches d'âge :

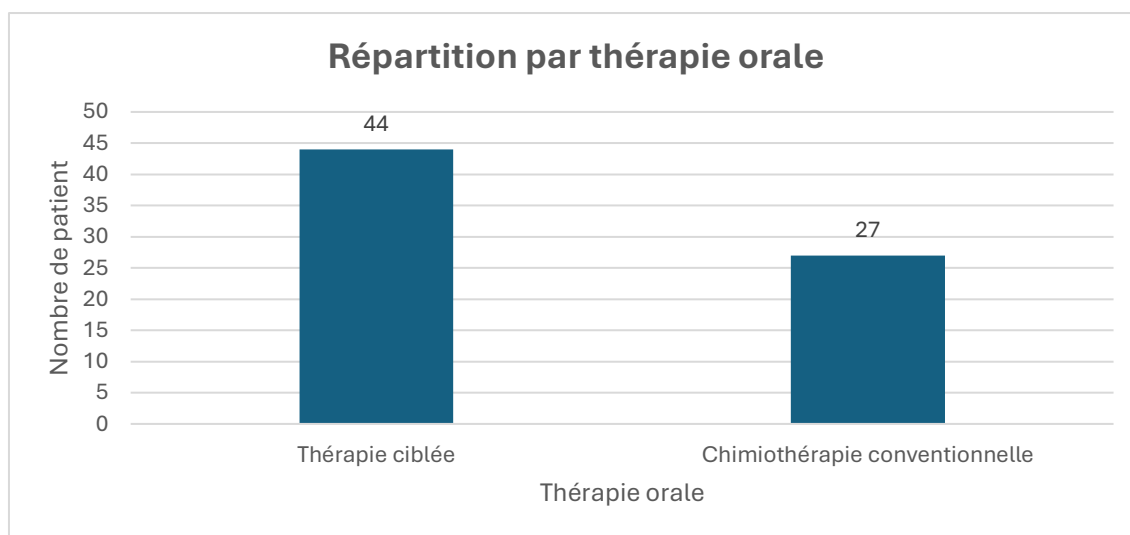
- 43,7 % (n=31) ont entre 75 et 79 ans
- 38 % (n=27) ont entre 80 et 84 ans, soit
- 18,3 % (n=13) ont 85 ans ou plus.

Répartition des patients par pathologies hématologiques :



Les pathologies ont été regroupées selon la lignée hématologique atteinte. 48 patients (67.6%) sont atteints d'un syndrome myéloprolifératif (SMP) et 23 patients (32.4%) d'un syndrome lymphoprolifératif (SLP).

Répartition des patients par thérapie orale :

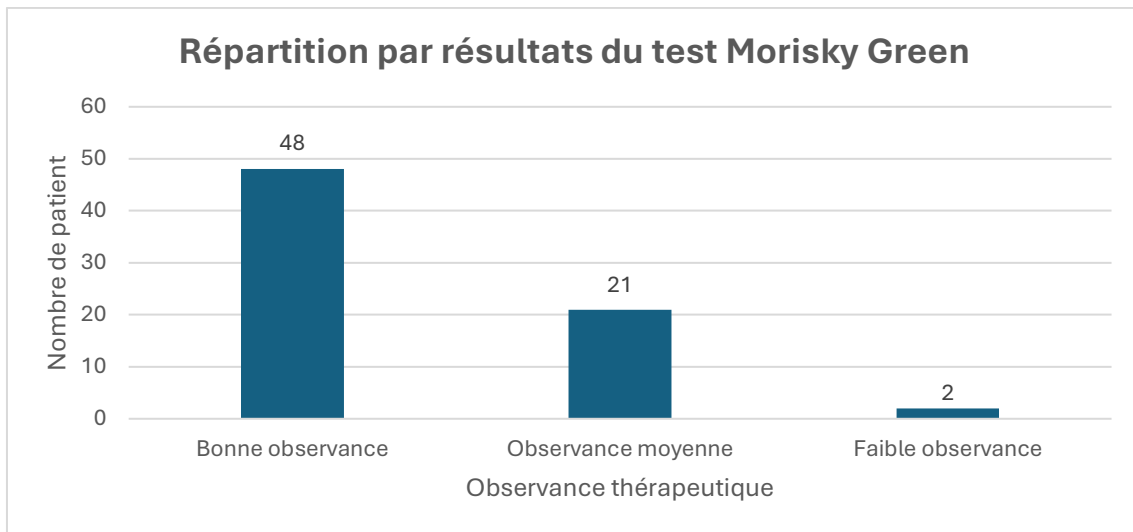


Les différentes thérapies orales ont été regroupées en sous-groupes. Nous retrouvons 44 patients (62%) sous thérapie ciblée et 27 patients (38%) sous chimiothérapie conventionnelle.

Après avoir décrit les caractéristiques générales des patients, nous allons à présent les analyser en fonction de leur taux d'observance. Cela permettra de voir s'il existe des différences selon le genre, l'âge, la pathologie ou la thérapie orale.

1.2. Résultat et analyse de l'étude selon le taux d'observance :

Résultat du test Morisky Green

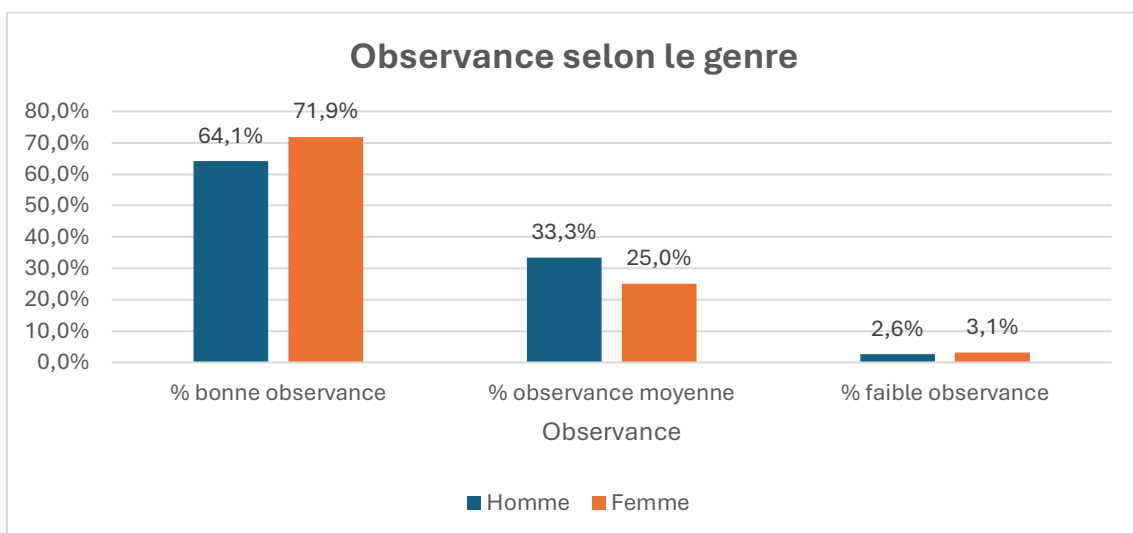


Rappelons que selon le test Morisky green :

- Score final > 2 : faible observance
- Score final = 1 ou 2 : observance moyenne
- Score final = 0 : bonne observance.

D'après le test, 48 patients (67,6 %) sont observants, 21 patients (29,6 %) sont moyennement observants et 2 patients (2,8 %) sont faiblement observants.

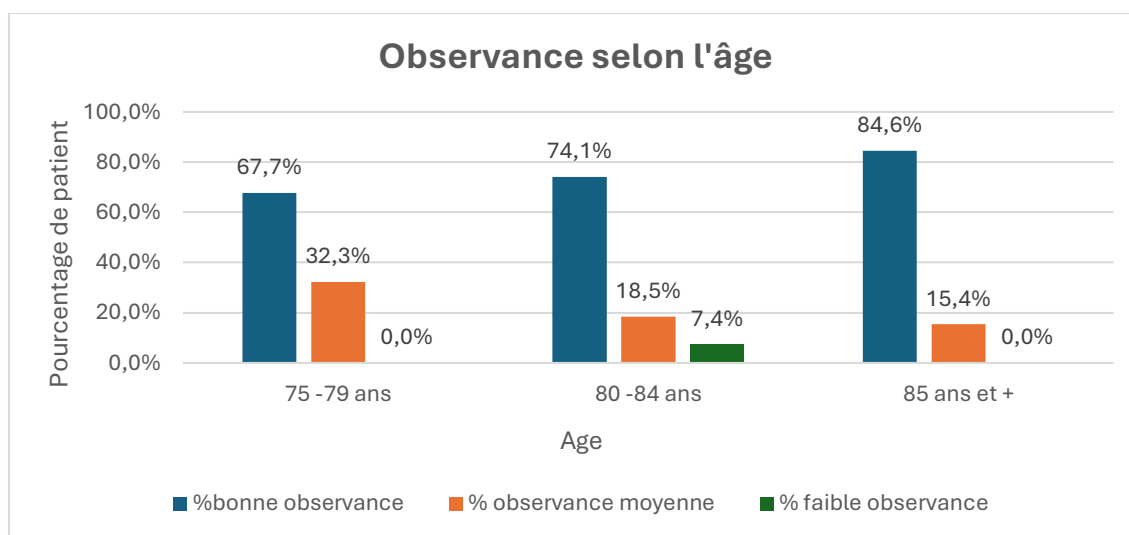
Observance selon le genre :



La majorité des hommes et des femmes ont une bonne observance. On observe tout de même une différence entre les deux sexes. 71,9 % des femmes ont une bonne observance, contre 64,1

% des hommes. Ce qui suggère que les femmes tendent à être légèrement plus observantes que les hommes dans cette étude. Concernant l'observance moyenne, les hommes sont plus représentés avec 33,3 % contre 25 % des femmes. Les hommes rencontrent peut-être plus de difficultés que les femmes à suivre leur traitement. Enfin, la faible observance concerne 2,6 % chez les hommes et 3,1 % chez les femmes. Ces chiffres étant très proche, ils ne nous permettent pas de dégager une tendance selon le genre.

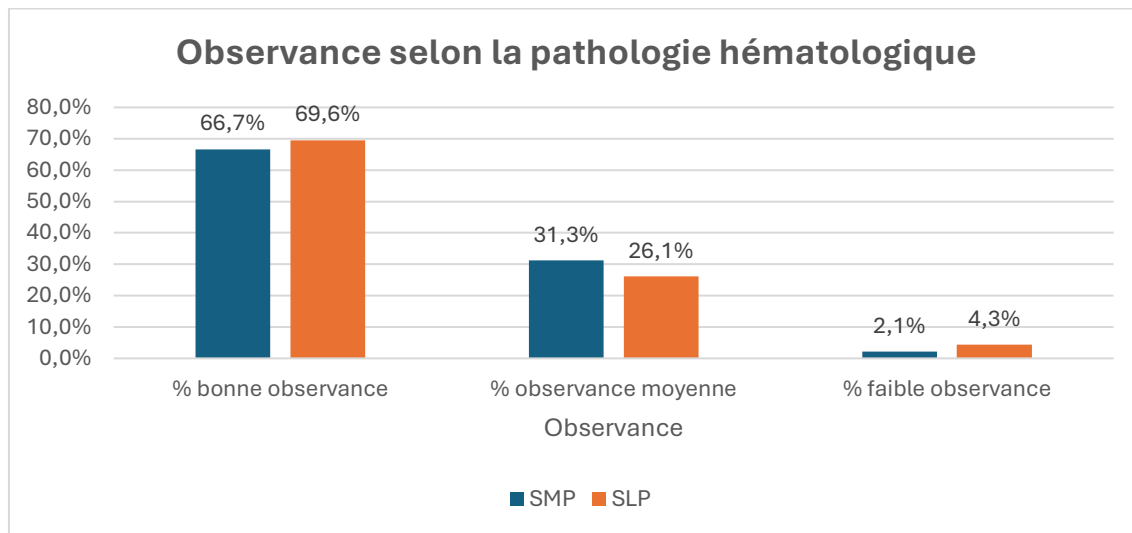
Observance selon l'âge :



- Chez les 75 – 79 ans : 67.7% observants, 32.3% moyennement observants.
- Chez les 80 – 84 ans : 74.1% observants, 18.5% moyennement observant et 7.4 % faiblement observant.
- Chez les 85 ans et plus : 84.6% observants, 15.4% moyennement observant.

Grâce aux différents résultats, on remarque que l'avancée en âge suggère une meilleure observance. La faible observance est uniquement présente dans la catégorie 80 – 84 ans.

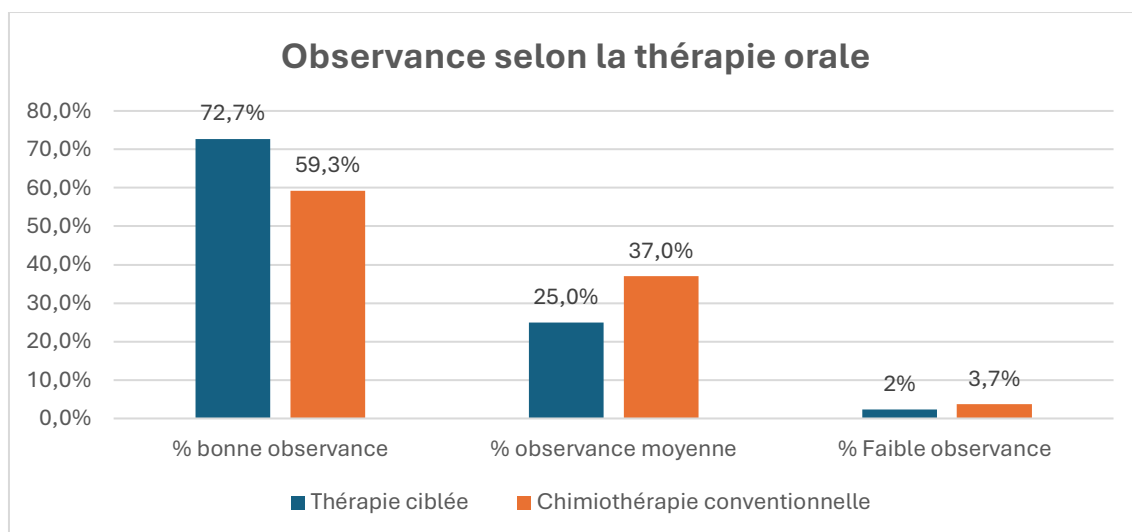
Observance selon la pathologie hématologique :



Les patients atteints d'un SMP présentent une bonne observance à 66.7% contre 69.6% pour les patients atteints d'un SLP. Concernant l'observance moyenne, pour les patients atteints d'un SMP on retrouve 31.3% et pour ceux atteints d'une SLP 26.1%. Enfin, pour la faible observance, elle est représentée à 2.1% pour les patients atteints d'un SMP et 4.3% pour ceux atteints d'un SLP.

Les écarts entre les deux groupes de pathologies hématologiques sont modérés. Les SLP ont une tendance à une meilleure observance.

Observance selon la thérapie orale :



Les patients sous thérapie ciblée sont 72.7% à présenter une bonne observance contre 59.3% pour les patients sous chimiothérapie conventionnelle. A l'inverse, l'observance moyenne est

plus fréquente chez les patients sous chimiothérapie conventionnelle soit 37% contre 25% chez les patients traités par thérapie ciblée. Enfin, la faible observance pour les patients sous chimiothérapie conventionnelle est à 3.7% contre 2% pour ceux sous thérapie ciblée.

Ces résultats nous montrent une tendance à une meilleure observance chez les patients sous thérapie ciblée.

L'analyse de l'observance thérapeutique selon ces différentes variables, a mis en évidence certaines tendances. Une meilleure observance est observée chez les patients de plus de 85 ans, chez les femmes, chez les patients atteints de syndromes lymphoprolifératifs ainsi que chez ceux recevant une thérapie ciblée. Ce constat suggère que certaines caractéristiques individuelles ou liées au traitement pourraient influencer l'adhésion thérapeutique.

Poursuivons avec la présentation des résultats du test Morisky-Green selon les questions posées aux patients présentant une observance moyenne ou faible.

Résultat en fonction des réponses au test Morisky Green

Le tableau ci-dessous présente le détails des réponses aux 8 items du test Morisky Green pour les patients moyennement ou faiblement observants.

Questions du test Morisky Green	Réponse	Pourcentage des réponses pour l'observance moyenne	Pourcentage des réponses pour la faible observance
1 Oubliez-vous parfois de prendre vos médicaments ?	OUI	47.9%	100%
2 Parfois on ne prend pas ses médicaments pour d'autres raisons que l'oubli. Pensez aux 2 semaines précédentes, y a-t-il des jours où vous n'avez pas pris vos médicaments ?	OUI	9.5%	50%
3 Avez-vous déjà arrêté de prendre vos médicaments sans le signaler à votre médecin parce que vous sentiez votre état empirer quand vous les preniez ?	OUI	4.8%	100%
4 Lorsque vous sortez ou voyagez, oubliez-vous parfois d'emporter vos médicaments ?	OUI	9.5%	0%
5 Avez-vous pris tous vos médicaments hier ?	NON	19%	0%
6 Quand vos symptômes sont bien contrôlés, arrêtez-vous parfois votre traitement ?	OUI	4.8%	0%
7 Prendre des médicaments chaque jour est un réel inconvénient pour certaines personnes. En avez-vous assez de devoir suivre un plan de traitement ?	OUI	28.6%	0%
8 À quelle fréquence avez-vous des difficultés à vous rappeler de prendre vos médicaments ?	DE TEMPS A AUTRE	9.5%	50%

Je rappelle que l'observance moyenne est représentée par 21 patients et la faible observance par 2 patients.

A la question 1, 100% des patients faiblement observants et 47.9 % des moyennement observants déclarent oublier parfois de prendre leur traitement, ce qui en fait un facteur déterminant de non-observance.

A la question 3, 100% des patients faiblement observants affirment avoir arrêté leur traitement sans en informer leur médecin, ce qui pourrait être lié à un manque d'information ou à un manque de compréhension du traitement.

A la question 2 et 8, 50% des patients faiblement observants ne prennent pas leur traitement pour d'autres raisons que l'oubli et rencontre des difficultés à se rappeler la prise de leur traitement. Ces informations peuvent indiquer des obstacles cognitifs ou organisationnels.

A la question 7, 28.6% des patients moyennement observants déclarent en avoir assez de suivre leur traitement, exprimant une lassitude potentielle face à la prise quotidienne.

Les différentes réponses au questionnaire ont permis de mettre en évidence plusieurs freins potentiels à l'observance thérapeutique :

- L'oubli de la prise médicamenteuse
- L'arrêt non signalé du traitement
- Une forme de lassitude face à la prise quotidienne du traitement

2. Résultats et analyse des entretiens semi directif pour l'étude qualitative

2.1. Caractéristiques des patients participants

Sept patients ont accepté l'entretien. Les caractéristiques générales sont reprises dans le tableau suivant :

Numéro du patient	Genre	Tranche d'âge	Pathologie hématologique	Thérapie orale	Niveau d'observance	Durée de l'entretien	Numéro de verbatim
PATIENT 56	Masculin	75-79 ans	SMP	Thérapie ciblée	Observance moyenne	6min54s	1
PATIENT 67	Féminin	75-79 ans	SLP	Thérapie ciblée	Observance moyenne	Impossible de réaliser l'entretien *	-
PATIENT 71	Féminin	85 ans et plus	SLP	Thérapie ciblée	Observance moyenne	5min21s	2
PATIENT 1	Masculin	80-84 ans	SMP	Chimiothérapie conventionnelle	Bonne observance	8min32s	3
PATIENT 12	Féminin	80-84 ans	SMP	Thérapie ciblée	Bonne observance	7min26s	4
PATIENT 49	Féminin	80-84 ans	SMP	Chimiothérapie conventionnelle	Faible observance	9min27s	5
PATIENT 35	Masculin	75-79 ans	SLP	Thérapie ciblée	Bonne observance	7min14s	6
PATIENT 68	Masculin	75-79 ans	SLP	Thérapie ciblée	Observance moyenne	6min38s	7

**A noter que l'entretien avec la patiente 67 n'a pas pu être réalisé en raison d'une hospitalisation et d'un état de santé ne permettant pas cet échange.*

2.2 Analyse de l'étude qualitative

La retranscription des verbatims ainsi que les différents tableaux d'analyse thématique sont accessibles via un QR code (*Annexe 11*)

L'analyse des entretiens a permis de mettre en évidence quatre grands thèmes reflétant les expériences, les perceptions et les facteurs influençant l'observance thérapeutique chez les patients interrogés.

A. Le vécu de la maladie

Ce thème regroupe les ressentis et le vécu de chaque patient lors de l'annonce du diagnostic. En effet, l'annonce d'une hémopathie maligne chronique est une étape marquante dans le parcours de soins. La représentation de la maladie, les circonstances de découvertes, les habitudes de vie et les ressources psychologiques varient d'un patient à un autre.

Une annonce vécue comme un choc émotionnel

Pour certains patients, l'annonce a été perçue comme brutale. Le patient 56 (observance moyenne) évoque « *le coup de massue* » (ligne 8). Cette découverte fortuite, lors d'une hospitalisation pour une autre pathologie, a renforcé l'effet de sidération. Il ajoute « *c'est le cancer du sang* » (ligne 21), ce qui témoigne d'une perception grave de la maladie. Ce vécu est également partagé par la patiente 12 (bonne observance), qui évoque « *si la maladie n'était pas soignée, je pouvais avoir une leucémie ou un faire un AVC ou un arrêt cardiaque* » (ligne 8-9) ce qui exprime un fort sentiment d'inquiétude face aux complications possibles de la maladie.

Une acceptation résignée ou rationalisée

D'autres patients ont évoqué une réaction plus modérée. La patiente 71 (observance moyenne) déclare « *on ne peut pas dire que j'étais fort contrariée puisque bon le médecin m'avait dit que c'était une maladie qui se soigné bien* » (ligne 12-13). Le discours rassurant du médecin a contribué à diminuer l'anxiété que peut entraîner une telle annonce. Une forme d'acceptation résignée est retrouvée chez la patiente 49 (faible observance) puisqu'elle affirme « *je ne me suis pas inquiétée, c'est comme ça* » (ligne 11). Le patient 1 (bonne observance) adopte une résilience silencieuse, « *on encaisse c'est tout* » (ligne 9) de plus, il ajoute « *je suis allé à l'hôpital à côté de chez moi et ils m'ont envoyé ici. Il n'y a plus d'hématologue là-bas* » (ligne 11-12) ce qui peut traduire une forme d'isolement lors de l'annonce. Le patient 35 (bonne observance) explique « *je ne suis pas quelqu'un d'anxieux (...) donc bon ça s'est bien passé* » (ligne 7-9), il relativise la situation. Enfin, le patient 68 (moyenne observance) déclare « *je*

dirais que ça ne fait pas plaisir » (ligne 8) « c'est arrivé en 2020, à la suite des prises de sang. Et donc, c'est là que mon médecin m'a expliqué, les tenants et les aboutissants, que ça pouvait bien se passer pendant des années (...) Et si ça s'aggravait, il y avait un traitement qui existait » (ligne 10 -12). Il semble que le patient avait reçu toutes les informations concernant l'évolution possible de sa maladie par son médecin, ce qui a permis une acceptation rationnelle de la situation.

B. Représentation du traitement

Ce thème aborde la manière dont les patients perçoivent leur traitement, que ce soit son utilité, ses effets secondaires ou la confiance qu'ils lui accordent.

Une représentation globalement favorable malgré certaines réserves

La majorité des patients interrogés ont une perception favorable de leur traitement, ils reconnaissent son utilité, sa facilité d'utilisation et son rôle dans la stabilisation de la maladie. Ils poursuivent leur traitement malgré les effets secondaires rencontrés. Le patient 56 (observance moyenne) déclare *« je ne vais pas l'arrêter (...) bien que parfois j'ai des diarrhées (...) ça me rassure »* (ligne 27 -32) *« ça reste correct. Ça n'empire pas »* (ligne 37). Quant à la patiente 12 (bonne observance) elle explique *« je pense que si je suis encore là, c'est grâce à ce médicament »* (ligne 26). Le patient 35 (bonne observance) raconte *« c'est mieux ! J'ai moins de prise de sang maintenant »* (ligne 15) *« c'est plus simple »* (ligne 20). Le patient 68 (observance moyenne) déclare *« c'est rassurant ! Oui, quand on voit l'évolution dans le bon sens »* (ligne 32) *« il y a des effets secondaires. Il y a ceux que le médecin maîtrise et il y en a d'autres qu'elle ne maîtrise pas »* (ligne 73 – 74). La patiente 49 (faible observance) affirme *« c'est utile »* (ligne 15) *« mais il m'a donné, enfin je pense qu'il m'a donné d'autres problèmes »* (ligne 17).

L'importance des explications médicales

La majorité des patients ont reçu les explications suffisantes sur le traitement. Le patient 68 (observance moyenne) exprime *« oui, oui. Elle m'a donné toutes les explications »* (ligne 29). Le patient 35 (bonne observance) évoque *« oui (...) On m'avait dit qu'il y avait un... nouveau traitement, qui fonctionné bien »* (ligne 23 – 24). Exception pour la patiente 49 (faible observance) qui déclare *« non, on ne m'a rien dit »* (ligne 28) *« j'ai su que ce médicament, c'était de la chimio part mon médecin traitant »* (ligne 30) *« on m'a dit, prenez ceci et j'ai pris »*

(ligne 36). Cette absence d'information pourrait contribuer à la faible observance thérapeutique de la patiente.

C. L'expérience médicamenteuse

Ce thème met en évidence les modalités de prise du traitement au quotidien. L'expérience varie selon les patients : l'organisation de la prise avec ou sans rappel, les éventuelles difficultés rencontrées et les oublis ou routines selon les habitudes de vie.

Une organisation personnelle, avec et sans moyen de rappel

De nombreux patients semblent avoir trouvé un rythme qui s'adapte à leur quotidien, ce qui contribue à l'observance thérapeutique. La patiente 12 (bonne observance) nous dit « *je prends mon petit-déjeuner et une demi-heure après, j'avale mes comprimés* » (ligne44). Le patient 1 (bonne observance) rapporte « *j'ai l'habitude, après manger, je prends le médicament* » (ligne 57). La patiente 71 (observance moyenne) évoque « *non, ça je suis sérieuse pour ça !* » (Ligne 39).

D'autres patients utilisent des outils pour penser à la prise de leur traitement. C'est le cas de la patiente 49 (faible observance) qui nous transmet « *quand je me lève le matin, je mets tout de suite dans ma boîte* » (ligne 45) et du patient 68 (observance moyenne) qui évoque « *maintenant, j'ai réussi à mettre sur mon portable, à faire sonner mon portable* » (ligne 53-54).

Des oublis ponctuels

Plusieurs patients rapportent avoir oublié leur traitement de manière exceptionnelle. C'est le cas du patient 56 (observance moyenne) qui déclare « *Bah non c'est rare. C'est parfois quand je suis de sortie et que je ne suis pas là (...) ou quand je suis hospitalisé* » (ligne 60 – 62). La patiente 49 (faible observance) explique également « *c'est déjà arrivé, mais pas plus d'une fois par mois c'est quand je suis invitée, je pars le dimanche et j'oublie de prendre mon cachet* » (ligne 52 -53). Le patient 35 (bonne observance) déclare « *Oh, ça m'est arrivé. Mais pas beaucoup. Une fois ou deux en tout, en quatre ans (...) Ce jour-là, j'avais beaucoup de choses à faire. Je devais aller quelque part* » (ligne 38 – 42).

Ces oublis semblent liés à une perturbation des habitudes de vie et de la routine du patient. Cela ne semble pas être directement lié au médicament.

Une polymédication

Le patient 35 (observance moyenne) est le seul à prendre un médicament au quotidien « *Non je n'ai que lui* » (ligne 30). Tous les autres patients interrogés rapportent une polymédication, comme le patient 68 (observance moyenne) « *Je prends trois médicaments le matin et j'en prends cinq le soir* » (ligne 44) même chose pour la patiente 12 (bonne observance) « *J'ai 7 comprimés à prendre le matin quand c'est les jours pairs et autrement, c'est 6* » (ligne 31 – 32). C'est le cas également pour la patiente 49 (faible observance) « *Alors on est au moins à 7 cachets* » (ligne 44).

Cependant, ce grand nombre de médicaments ne semble pas être un frein majeur à la non-observance dans cette étude, tant que les patients disposent d'une organisation adaptée.

D. Facteurs influençant l'observance

Ce thème met en avant les facteurs qui facilitent l'observance thérapeutique. Ils relèvent de la motivation personnelle, de l'accompagnement par des professionnels de santé et du soutien de l'entourage.

Une motivation personnelle, centrée sur la préservation de leur santé

Pour plusieurs patients, la principale motivation à suivre leur traitement est la volonté de préserver leur santé. C'est le cas du patient 56 (observance moyenne) qui répond « *ah, je veux rester en vie !* » (Ligne 76). La patiente 71 (observance moyenne) évoque « *c'est la guérison* » (ligne 50). Cette volonté est également motivée par les résultats médicaux comme le dit la patiente 49 (faible observance) « *ce sont mes prises de sang* » (ligne 64) ou encore le patient 68 (observance moyenne) déclare « *c'est le résultat des analyses de sang* » (ligne 69). La patiente 12 (bonne observance) rapporte le risque de complications qui la motive à suivre son traitement « *je risque par exemple un AVC ou un accident cardiaque* » (ligne 48). Ces différents points évoqués par les patients semblent renforcer leur adhésion thérapeutique.

Le rôle des professionnels de santé

Le lien avec les professionnels de santé joue un rôle important dans le suivi, de nombreux patients ont exprimé un intérêt pour les professionnels de ville, notamment le médecin traitant, les infirmières diplômées d'état libérales (IDEL) et les pharmaciens de ville. Le patient 56 (observance moyenne) évoque « *le médecin traitant, la pharmacie aussi, ils sont bien aimables, ils conseillent, ils aident si besoin* » (ligne 81 -82) ainsi que le patient 1 (bonne observance) rapporte « *les pharmaciens ils notent quand même sur la boîte* » (ligne 81). C'est aussi le cas

pour le patient 35 (observance moyenne) qui déclare « *mon pharmacien, il me téléphone, il me dit que c'est bientôt le moment pour commander les cachets. Parce qu'il faut les commander en avance. Il ne veut pas que je tombe en panne* » (ligne 55 – 57). Ainsi que pour la patiente 49 (faible observance) qui nous dit « *mon médecin traitant, toujours elle me dit que je n'ai pas besoin de ça ce mois-ci, pas de ça. Elle regarde tout* » (ligne 71 -72). Enfin, la patiente 71 (observance moyenne) en parlant de ses IDEL me transmet « *elles s'intéressent à nous* »

Un entourage présent dans le parcours de soins

Plusieurs patients ont également évoqué la présence de leur entourage, non pas impliqué directement dans la prise du traitement mais plus comme un soutien physique et/ ou moral. Le patient 56 (observance moyenne) rapporte « *j'ai encore mon épouse, mais c'est moi, c'est moi qui gère les médicaments* » (ligne 88 – 89), tout comme le patient 1 (bonne observance) dit « *j'ai aussi une fille après qui s'occupe un peu de moi (...) Quand il faut aller quelque part à un rendez-vous* » (ligne 84 – 86). Tout comme la patiente 49 (faible observance) en parlant de sa famille nous déclare « *ils me demandent toujours comment ça va* » (ligne 76).

Ces différents facteurs semblent contribuer à renforcer l'observance thérapeutique. On constate qu'indépendamment du niveau d'observance, des éléments de soutien sont présents chez l'ensemble des patients interrogés, ce qui souligne l'importance d'une approche individualisée du suivi thérapeutique. Cette analyse qualitative a permis d'approfondir la compréhension du vécu des patients et les mécanismes influençant leur observance thérapeutique. Ces éléments, ainsi que ce ceux recueillis lors de l'étude quantitative serviront de base à la discussion.

Les résultats obtenus dans ces deux analyses permettent de mettre en lumière plusieurs points clés en faveur de mon hypothèse de départ qui je la rappelle, supposait que l'identification des facteurs de risque d'inobservance par l'IPA, permettrait un meilleur suivi et accompagnement de ces patients

DISCUSSION

1. Interprétation des résultats

La question de recherche de cette étude était la suivante : comment l'IPA peut-elle améliorer l'observance de la thérapie orale chez les patients de plus de 75 ans atteints d'une hémopathie maligne chronique ? L'hypothèse posée supposait que l'identification des facteurs de risque d'inobservance par l'IPA, permettrait un meilleur suivi et accompagnement de ces patients.

1.1. La problématique de l'observance chez les patients âgés

Les données recueillies confirment que l'observance thérapeutique demeure un enjeu majeur de santé publique. Rappelons que l'étude menée en 2015 par QuintilesIMS et CRIP avait mis en évidence un taux moyen d'observance de 40% dans les pathologies chroniques(2). Dans notre étude, le taux d'observance atteint 67,6 %. Cette différence pourrait s'expliquer par le contexte spécifique de l'hématologie : les cancers n'étaient pas inclus dans l'étude de 2015, or ici, les patients sont atteints d'une pathologie hématologique suivi exclusivement en milieu hospitalier, ce qui peut favoriser l'adhésion au traitement. De plus, l'impact psychologique du diagnostic pourrait renforcer l'observance.

Les résultats font également écho à l'étude parue dans le JAMA en 2003 dont j'ai fait référence dans le cadre théorique. Cette dernière, avait mis en évidence que plus de 21% des événements indésirables médicamenteux évitables en ambulatoire chez les patients âgés étaient liés à un défaut d'observance(33). Dans cette étude, le test Morisky Green avait permis de mettre en évidence trois freins principaux à l'observance :

- L'oubli de la prise médicamenteuse
- L'arrêt non signalé du traitement
- La lassitude face à la prise quotidienne du traitement.

Les entretiens ont permis d'approfondir ces différents points. Par exemple, les oublis étaient essentiellement attribués à des perturbations ponctuelles des habitudes de vie du patient, et non à un refus de prise du traitement.

1.2. Mise en lien des résultats quantitatifs et qualitatifs

L'analyse quantitative a mis en évidence que certaines caractéristiques individuelles ou liées au traitement semblent associées à une meilleure observance : les patients de plus de 85 ans, les femmes, ceux atteints de syndromes lymphoprolifératifs et ceux recevant une thérapie ciblée.

Les résultats qualitatifs ont permis de nuancer les données de l'étude quantitative. Par exemple, la patiente 49 avait obtenu un score au test Moriky Green indiquant un faible taux d'observance, et pourtant lors de notre entretien, elle manifestait tout de même une forme de motivation intrinsèque et une volonté d'adhérer à son traitement. Ce constat rappelle que l'observance est un concept complexe, ne se réduisant pas simplement à une évaluation comportementale, c'est un réel processus dynamique influencé par de multiples facteurs.

1.3. Mise en lien des résultats avec l'approche psychocognitive de l'observance thérapeutique

Les résultats obtenus s'inscrivent dans la théorie d'auto-efficacité de Bandura (14) et le modèle HBM(16)

Bandura dans sa théorie de l'auto-efficacité décrit l'importance de la motivation, la confiance en ses capacités et le soutien perçu.

La motivation personnelle, centrée sur la volonté de préserver sa santé, a été exprimée par l'ensemble des patients, quel que soit le niveau d'observance. Cette motivation repose sur la conscience du risque lié à la maladie, sur l'envie de continuer à vivre normalement, ou encore sur des résultats biologiques, ces derniers perçus comme un indicateur d'efficacité. Cette dynamique renforce l'adhésion thérapeutique.

La confiance en ses capacités, ou sentiment d'auto-efficacité, se manifeste à travers l'organisation mise en place par les patients pour gérer leur traitement au quotidien. Les patients ont intégré leur traitement dans leurs habitudes de vie avec ou sans outils de rappel. Cette capacité d'adaptation témoigne d'une forme d'autonomisation qui renforce l'observance.

Enfin, le soutien perçu influence également les comportements de santé, qu'il soit professionnel (médecin traitant, pharmacien, infirmière libérale, hématologue ...) ou familial, il joue un rôle déterminant. C'est un levier facilitant l'observance. Ce soutien extérieur contribue à réduire les obstacles perçus, à renforcer la motivation, et à sécuriser le parcours de soins.

Le vécu de l'annonce de la maladie, exploré dans les entretiens, illustre plusieurs notions du modèle HBM : la perception de la menace (gravité et vulnérabilité), les bénéfices attendus et les obstacles identifiés. Certains patients ont exprimé une forte inquiétude voire un choc émotionnel au moment de l'annonce, ce qui peut renforcer leur vigilance et leur engagement thérapeutique. D'autres au contraire, relativisent le diagnostic en s'appuyant par exemple sur un discours médical rassurant, ce qui peut également contribuer à une bonne observance grâce à la perception des bénéfices attendus.

La représentation du traitement joue aussi un rôle clé : une information claire et personnalisée, comme celle rapportée par plusieurs patients, favorise une compréhension du traitement et améliore ainsi l'observance. A l'inverse, un manque d'explications, comme l'a exprimé la patiente 49 faiblement observante, peut nuire à l'adhésion.

Ainsi, ces éléments confirment la pertinence des approches psychocognitives dans la compréhension de l'observance.

2. Forces et limites de l'étude

A. Forces de l'étude

Cette étude présente plusieurs éléments qui renforcent la pertinence de ses résultats.

L'approche mixte, combinant des données quantitatives et qualitatives, a permis d'enrichir la compréhension du phénomène étudié.

Le test Morisky Green a apporté une mesure de l'observance, tandis que les entretiens semi-directifs ont permis d'explorer le vécu des patients, leurs perceptions et les facteurs influençant leur observance thérapeutique. Cette complémentarité méthodologique a permis de nuancer les résultats et de confirmer la complexité de l'observance, au-delà des seuls comportements mesurés.

L'étude s'inscrit dans un contexte clinique réel, en ciblant une population spécifique homogène, le lien direct avec la pratique de l'IPA en fait un travail applicatif, ancré dans la réalité du terrain.

B. Limites de l'étude

Cette étude présente également plusieurs limites. Tout d'abord, la partie qualitative repose sur un biais de sélection. En effet, les entretiens n'ont pas été réalisés aléatoirement, mais en fonction de la venue des patients à l'hôpital en consultation. Ce mode de sélection imposé a restreint la diversité des profils interrogés et a pu influencer les résultats obtenus.

Par ailleurs, l'échantillon reste limité en nombre, avec seulement sept entretiens exploitables. Bien que nous ayons estimé avoir atteint une forme de suffisance des données, les derniers entretiens n'apportant pas de nouveaux éléments significatifs, il est possible que d'autres sous thèmes auraient émergé avec un échantillon plus diversifié ou plus important.

Un biais de désirabilité sociale peut avoir influencé les réponses des patients, notamment lors des entretiens. Il est possible que certains patients aient pu chercher à donner des réponses valorisantes.

Pour le test Morisky Green, certains patients ont pu sous-estimer ou surestimer leur observance par oubli ou par approximation.

Par ailleurs, le taux de non-réponse au questionnaire constitue également un biais. Peut-être que les patients ayant choisi de ne pas répondre présentent des profils moins observants ou moins engagés, ce qui peut conduire à une surestimation de l'observance globale dans nos résultats.

Il s'agit d'une étude monocentrique, ce qui peut limiter la transférabilité des résultats à d'autres structures ou territoires, en raison des spécificités organisationnelles ou socio-démographiques.

Enfin, la durée relativement courte de la période de recueil de données, a pu limiter le nombre de participants.

3. Les perspectives pour l'amélioration de l'observance thérapeutique

Les résultats confirment l'importance d'une approche globale individualisée, centrée sur le vécu du patient, ses représentations, son environnement et ses ressources. Cette étude ouvre plusieurs pistes de réflexion pour améliorer l'observance thérapeutique des patients âgés atteints d'une hémopathie maligne chronique.

La question centrale est : comment intégrer systématiquement l'évaluation des facteurs favorisant ou non l'observance thérapeutique dans la pratique ?

3.1. La mise en place d'un parcours de thérapie orale

La mise en place d'un parcours de soins dédié à la thérapie orale permettrait une évaluation systématique et anticipée des facteurs influençant l'observance, ce parcours s'inscrit dans le plan cancer 2014-2019, action 3.2 : « Adapter les organisation à l'essor des chimiothérapies orales » (8). En effet, l'instauration du traitement pourrait se faire dans le cadre d'un hôpital de jour pluridisciplinaire, avec pour objectif que le patient puisse rencontrer l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans son parcours de santé. Ce temps dédié représenterait une étape clé du parcours, permettant de construire avec le patient un accompagnement individualisé et multidimensionnel, essentiel à l'adhésion thérapeutique. Chaque professionnel de santé y jouerait un rôle complémentaire :

- Hématologue : primo prescription et consultation médicale.
- IPA : évaluation clinique, repérage des facteurs de non-observance, éducation thérapeutique, coordination du parcours.
- Pharmacien hospitalier : explication des modalités de prise et interactions médicamenteuses.
- Diététicienne : évaluation des besoins et conseils nutritionnels adaptés au traitement et à l'état général.
- Psychologue : accompagnement psychologique.
- Assistante sociale : anticipation des freins liés aux conditions de vie, à l'isolement ou l'accessibilité aux soins.

Ces différentes interventions favoriseraient une entrée sécurisée dans le traitement et poseraient les fondations d'une alliance thérapeutique solide. Un suivi alterné entre le médecin et l'IPA permettrait de maintenir un lien régulier avec le patient, en adaptant la fréquence aux besoins. Ce suivi pourrait être complété par des entretiens téléphoniques IPA et patient, facilitant ainsi l'ajustement du traitement ou la résolution précoce des difficultés. La mise en place de relais en ville, via des protocoles partagés, renforceraient la continuité de l'accompagnement.

3.2. Intérêt de l'IPA dans le parcours de la thérapie orale

Dans ce contexte, l'IPA apparait comme une solution. En effet, selon le modèle d'Hamric(38), cette dernière est une professionnelles experte, qui possède la pratique clinique, la recherche, le leadership, l'éthique, la collaboration, la guidance et le coaching. En mobilisant l'ensemble de ces compétences elle est capable d'identifier les facteurs de risque d'inobservance chez son patient et de lui proposer un accompagnement sur mesure.

A. Information et éducation thérapeutique

L'adhésion au traitement repose en grande partie sur la compréhension par le patient de sa maladie, de son traitement et de ses enjeux. L'IPA peut mener des actions d'éducation thérapeutique en incluant des explications personnalisées lors de l'initiation du traitement, des supports pédagogiques adaptés (fiches synthétiques, schémas, carnet de suivi) et en impliquant l'entourage afin de renforcer la transmission d'informations.

B. Organisation du traitement

L'un des freins majeurs identifiés dans notre étude est l'oubli, souvent liés à une perturbation des habitudes de vie. L'IPA, peut mettre en place des outils et des stratégies personnalisées. Par exemple, en mettant en place des piluliers, un système de rappel (alarmes, applications), en simplifiant les horaires de prise.

C. Motivation et soutien

La motivation intrinsèque des patients à préserver leur santé est un levier identifié dans cette étude. L'IPA, dans son rôle de coaching, peut renforcer cette dynamique par : une écoute active, la valorisation des progrès, la construction d'objectifs atteignables et réalistes. Le soutien moral et pratique de l'entourage peut être mobilisé ou renforcé à travers des entretiens familiaux. En complément, un suivi téléphonique régulier peut aider à renforcer l'observance.

D. Coordination ville-hôpital

La coordination entre l'hôpital et la ville est primordial, c'est une des clé majeur de la continuité des soins, notamment pour les patient âgés suivis en ambulatoire. L'IPA peut favoriser le lien avec le médecin traitant, les IDEL et les pharmaciens de ville en partageant des informations claires et utiles et en proposant des relais en cas de difficultés. Le développement de réunions pluriprofessionnelles ou des protocoles de suivi partagés pourrait également renforcer cette démarche.

Ces pistes d'actions concrètes illustrent le rôle que peut jouer l'IPA dans l'amélioration de l'observance thérapeutique des patients âgés atteints d'une hémopathie maligne chronique traitée par thérapie orale.

CONCLUSION

Mon mémoire s'est intéressé à l'observance de la thérapie orale chez les patients de plus de 75 ans atteints d'une hémopathie maligne chronique, à travers une étude mixte combinant des données quantitatives et qualitatives. La question de recherche posée portait sur le rôle potentiel de l'IPA dans l'amélioration de cette observance.

Les résultats obtenus ont mis en évidence que l'observance thérapeutique ne dépend pas uniquement d'un comportement ponctuel, mais s'inscrit dans un processus complexe influencé par des facteurs individuels, relationnels et organisationnels. Le croisement des données du test Morisky Green et des entretiens semi-directifs a permis de mieux comprendre les freins et les leviers à l'adhésion thérapeutique : oubli, lassitude, vécu de la maladie, représentation du traitement, expérience médicamenteuse, motivation intrinsèque, soutien de l'entourage et rôle des professionnels de santé.

En s'appuyant sur la théorie de Bandura et le modèle HBM, cette recherche a confirmé l'importance d'une approche globale, centrée sur la personne, pour favoriser l'observance thérapeutique.

L'étude que j'ai réalisée souligne également la place essentielle de l'IPA dans l'accompagnement de cette population. Elle peut contribuer à une meilleure observance en mobilisant les différentes compétences qu'elle possède. En effet, elle peut assurer un suivi individualisé, en coordonnant les soins entre la ville et l'hôpital, en menant des actions d'éducation thérapeutique, et en renforçant la motivation et l'autonomie du patient.

Bien que certaines limites méthodologiques doivent être prises en compte, ce travail ouvre des perspectives concrètes pour le développement du rôle de l'IPA dans les parcours de soins complexes. Elle soulève d'autres pistes à explorer. Par exemple : quel serait le regard des IPA déjà en poste sur leur rôle dans l'adhésion thérapeutique ? Comment articuler leurs interventions avec celles des autres acteurs de première ligne ? Les résultats seraient-ils similaires chez une population plus jeune ?

Autant de questions qui invitent à poursuivre la réflexion et à approfondir la recherche dans ce domaine.

BIBLIOGRAPHIE

1. A. J. Scheen D. Giet. Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. Revue Medicale de Liège. 2010 ;65(5-6) :239-45.
2. QuintilesIMS; Cercle de réflexion de l'industrie pharmaceutique. Observance thérapeutique Des leviers pour agir [Internet]. 2017 [cité 10 avr 2025]. Disponible sur : https://crip-pharma.fr/wp-content/uploads/2017/04/brochureobservance2017_web.pdf.
3. Le Guyader-Peyrou S, Defossez G, Dantony E, Mounier M, Cornet E, Uhry Z, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 2 - Hémopathies malignes. Santé Publique Fr. juill 2019 ;2.
4. Vernay M, Bonaldi C, Grémy I. Les maladies chroniques : tendances récentes, enjeux et perspectives d'évolution : Santé Publique. 18 mars 2015 ; S1(HS) :189-97.
5. INCa. Développement des anticancéreux oraux - Projections à court, moyen et long termes. avr 2016.
6. Hall AE, Paul C, Bryant J, Lynagh MC, Rowlings P, Enjeti A, et al. To adhere or not to adhere : Rates and reasons of medication adherence in hematological cancer patients. Critical Reviews in Oncology Hematoly. 1 janv 2016 ;97 :247-62.
7. INCa. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2012-2030 - Feuille de route 2021-2025.
8. Institut national du cancer. Parcours de soins d'un patient traité par anticancéreux oraux. 2016.
9. Debout C. Observance. In : Les concepts en sciences infirmières. 2ème édition. 2012. p. 226 à 228.
10. Debout C. Compliance. In : Les concepts en sciences infirmières. 2ème édition. 2012. p. 112 à 114.
11. Lecordier D. La santé et les soins infirmiers : l'évolution de concepts centraux dans un contexte scientifique donné. Recherche en soins infirmiers. 1 sept 2011 ; N° 106(3) : 82-5.
12. Debout C. Adhésion thérapeutique. In : Les concepts en sciences infirmières. 2ème. 2012. p. 50 à 53.
13. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? Revue des maladies respiratoires. Févr 2005 ;22(1) :31-4.
14. Brigitte GUERRIN. Albert bandura et son œuvre. Recherche en soins infirmiers. Mars 2012;(108) :106-16.

15. Mélissa LAVOIE, Maud-Christine CHOUINARD. Auto-efficacité. In : Les concepts en sciences infirmières. 2ème édition. 2012. p. 83-5.
16. Sarallah Shojaei, PhD1, Roohollah Farhadloo, MSc2, Afsaneh Aein, PhD3, Mostafa Vahedian, PhD4. Effects of the Health Belief Model (HBM)-Based Educational Program on the Nutritional Knowledge and Behaviors of CABG Patients. J Tehran Univ Heart Cent. 27 juin 2016 ;181 à 186.
17. Dr Nathalie Ruel, Dr Mathieu Debray. La personne âgée malade. Revue du praticien. Déc 2009 ;59 :1 à 9.
18. André Grimaldi, Isabelle Durand-Zaleski. Réflexions sur la maladie chronique. Revue du praticien. Déc 2011 ; Tome 25(871) :810 à 814.
19. Maladies non transmissibles [Internet]. [Cité 4 mars 2025]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
20. ODD3 - Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges - L'Agenda 2030 en France [Internet]. [Cité 4 mars 2025]. Disponible sur : <https://www.agenda-2030.fr/17-objectifs-de-developpement-durable/article/odd3-donner-aux-individus-les-moyens-de-vivre-une-vie-saine-et-promouvoir-le>.
21. Denis C, Loizeau V. Enjeu des thérapies orales chez les patients âgés de plus de 75 ans souffrant d'un myélome multiple : revue narrative de la littérature. Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière. Déc 2024 ;10(4) :100354.
22. Pr Véronique Leblond et Pr Gilles Salles. Livre blanc : L'organisation de la prise en charge des patients sous thérapies orales en hématologie. 2016. 90 p.
23. Société Française d'Hématologie (SFH). Collège d'Hématologie - R2C / ECNI / EDN Référentiel des collèges - 5ème édition. ELSEVIER-MASSON. 2024. 432 p. (Les Référentiels des collèges).
24. Vieillissement et santé [Internet]. [Cité 5 mars 2025]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
25. Population par sexe et groupe d'âges | Insee [Internet]. [Cité 5 mars 2025]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474#figure1_radio2.
26. Bilan démographique 2024 - Insee Première - 2033 [Internet]. [Cité 5 mars 2025]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8327319>.
27. HAS. Certification des établissements de santé - Fiche pédagogique - Personnes âgées. 2024.
28. Antoine Piau, Fati Nourhashemi. Détecter la fragilité du sujet âgé. La revue du praticien. Mars 2017 ; Tome 31(978) :252 à 253.

29. Puisieux F. Éducation thérapeutique du sujet âgé. La revue du praticien. Juin 2018 ;68 :591 à 594.
30. Aregui A, Lefèvre M, Qabbal R, Culine S, Fossey-Diaz V. Jusqu'ou aller en oncogériatrie ? La revue du praticien. Nov 2023 ; Tome 37(1081) :475 à 479.
31. Milou-Daniel Drici, Bernadette Baldin. Les médicaments sont-ils développés de manière appropriée chez le sujet âgé ? La revue du praticien. Mai 2015 ;65 :602 à 604.
32. DOMINIQUE BONNET-ZAMPONI. Observance thérapeutique chez le sujet âgé. La revue du praticien. Avr 2017 ;67 :359 à 360.
33. Jerry H. Gurwitz, MD ; Terry S. Field, DSc; Leslie R. Harrold, MD, MPH ; et al. Incidence and Preventability of Adverse Drug Events Among Older Persons in the Ambulatory Setting [Internet]. 2003 [cité 10 avr 2025]. Disponible sur : <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/196099>.
34. Faure S. Thérapies ciblées anticancéreuses (1/2). Actual Pharm. mai 2015 ;54(546) : 57-61.
35. Association des Internes en Hématologie (AIH). Guide des thérapeutiques en hématologie. 2023.
36. L'institut National du Cancer. La chimiothérapie orale du cancer en 2014. 2015.
37. Beauvais C, Rodère M. Infirmières en pratique avancée et parcours de soins. Revue du Rhumatisme. janv 2025 ;92(1) :26-35.
38. Thomas Jezequel, Rezarta Ajazi Hub, Caroline Bompont, Céline Chauvel, Elodie Colonnese, Coralie Corbineau, Claire Desmedt, Céline Kicki, Sandra Lomazzi, Anne Sirvent, Solène Evard, Karine Roux, Leonardo Magro, Fabienne Colledani. Compétences cliniques et transversales des infirmier(e)s en pratique avancée (IPA) au sein d'une équipe de thérapie cellulaire (SFGM-TC). Bulletin du Cancer. janv 2025 ; tome 112(15) : S92 à S102.
39. Léa Toletti, Raphaël Alluin, Katie Galois, Johann Laangry. Vécu de l'implantation des infirmières en pratique avancée mention oncologie hémato-oncologie en milieu hospitalier. Bulletin du Cancer. avr 2025 ;12.
40. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Revue. janv 2015 ;15(157) :50-4.
41. Morisky et al. Test Morisky Green - 8 items [Internet]. Société Française de Pharmacie Oncologique ; [Cité 10 déc 2024]. Disponible sur : <https://sfpo.com/wp-content/uploads/2015/05/ANNEXE-6.pdf>.

42. Beausir A, Rousselière C, Devillers-Castelain D, Philippe P, Odou P, Cortet B, et al. Évaluation de l'adhésion médicamenteuse dans la polyarthrite rhumatoïde : Compliance Questionnaire of Rheumatology versus Morisky-Green ? Revue du Rhumatisme Déc 2016 ;83(6) :433-8.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	1
INTRODUCTION THEORIQUE	3
1. L'observance thérapeutique	3
1.1. Le concept d'observance thérapeutique	3
1.2. Concepts voisins de l'observance thérapeutique	3
1.2.1. La compliance	3
1.2.2. Adhésion thérapeutique	4
1.3. Stratégie d'adhésion.....	5
1.4. Approche psychocognitive de l'observance thérapeutique	5
2. Les hémopathies malignes chroniques	6
2.1. Quelques notions sur les maladies chroniques	6
2.2. Epidémiologie des hémopathies malignes	6
2.3. Définition des hémopathies malignes	7
2.3.1. Lignée Lymphoïde	8
2.3.2. Lignée Myéloïde	8
3. Généralités concernant la personne âgée	9
3.1. Quelques chiffres	9
3.2. Particularités des personnes âgées.....	9
4. La thérapie orale	10
4.1. Les thérapies orales dans les hémopathies malignes chroniques.....	10
4.2. Les principales classes pharmaceutiques, leurs molécules et des pathologies associées.....	11
4.3. Avantages, inconvénients et enjeux de la thérapie orale	12
5. L'infirmière en pratique avancée.....	13
5.1. Les compétences de l'IPA	13
5.2. L'infirmière en pratique avancée mention oncologie hématologie-oncologie dans le suivi des patients sous thérapie orale	13
METHODE	14
1. Type d'étude	14
2. Sélection de la population étudiée.....	14
3. Processus de recrutement.....	15

4. Recueil de données	15
4.1. Enquête quantitative.....	15
4.2. Enquête qualitative.....	16
5. Analyse des données	16
5.1 Analyse des données quantitatives	16
5.2 Analyse des données qualitatives.....	16
6. Aspects éthiques et réglementaires	16
RESULTAT ET ANALYSE	18
1. Résultats et analyse des questionnaires Morisky Green en 8 items pour l'étude quantitative.....	18
1.1 Caractéristiques générales de la population étudiée.....	18
1.2. Résultat et analyse de l'étude selon le taux d'observance :	21
2. Résultats et analyse des entretiens semi directif pour l'étude qualitative	27
2.1. Caractéristiques des patients participants.....	27
2.2 Analyse de l'étude qualitative	28
A. Le vécu de la maladie.....	28
B. Représentation du traitement	29
C. L'expérience médicamenteuse	30
D. Facteurs influençant l'observance	31
DISCUSSION	33
1. Interprétation des résultats	33
1.1. La problématique de l'observance chez les patients âgés.....	33
1.2. Mise en lien des résultats quantitatifs et qualitatifs.....	34
1.3. Mise en lien des résultats avec l'approche psychocognitive de l'observance thérapeutique	34
2. Forces et limites de l'étude	35
A. Forces de l'étude	35
B. Limites de l'étude	36
3. Les perspectives pour l'amélioration de l'observance thérapeutique.....	36
3.1. La mise en place d'un parcours de thérapie orale	37
3.2. Intérêt de l'IPA dans le parcours de la thérapie orale	37
A. Information et éducation thérapeutique	38
B. Organisation du traitement	38
C. Motivation et soutien	38
D. Coordination ville-hôpital	38
CONCLUSION.....	39

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLES DES TABLEAUX

ANNEXES

Annexe 1 G8.....	I
Annexe 2 Evaluation gériatrique approfondie.....	II
Annexe 3 Grille COREQ.....	III
Annexe 4 Note d'information au patient.....	V
Annexe 5 Consentement patient.....	VIII
Annexe 6 Le test Morisky Green en 8 items.....	VIII
Annexe 7 Guide d'entretien.....	IX
Annexe 8 Inscription RGPD Dunkerque.....	X
Annexe 9 Attestation DPO de Lille.....	XII
Annexe 10 Devis.....	XIII
Annexe 11 Retranscription des verbatims et tableaux d'analyse thématique.....	XIII

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 Hématopoïèse	7
------------------------------------	----------

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 Classes des thérapies orale, leurs molécules et les pathologies associées	11
--	-----------

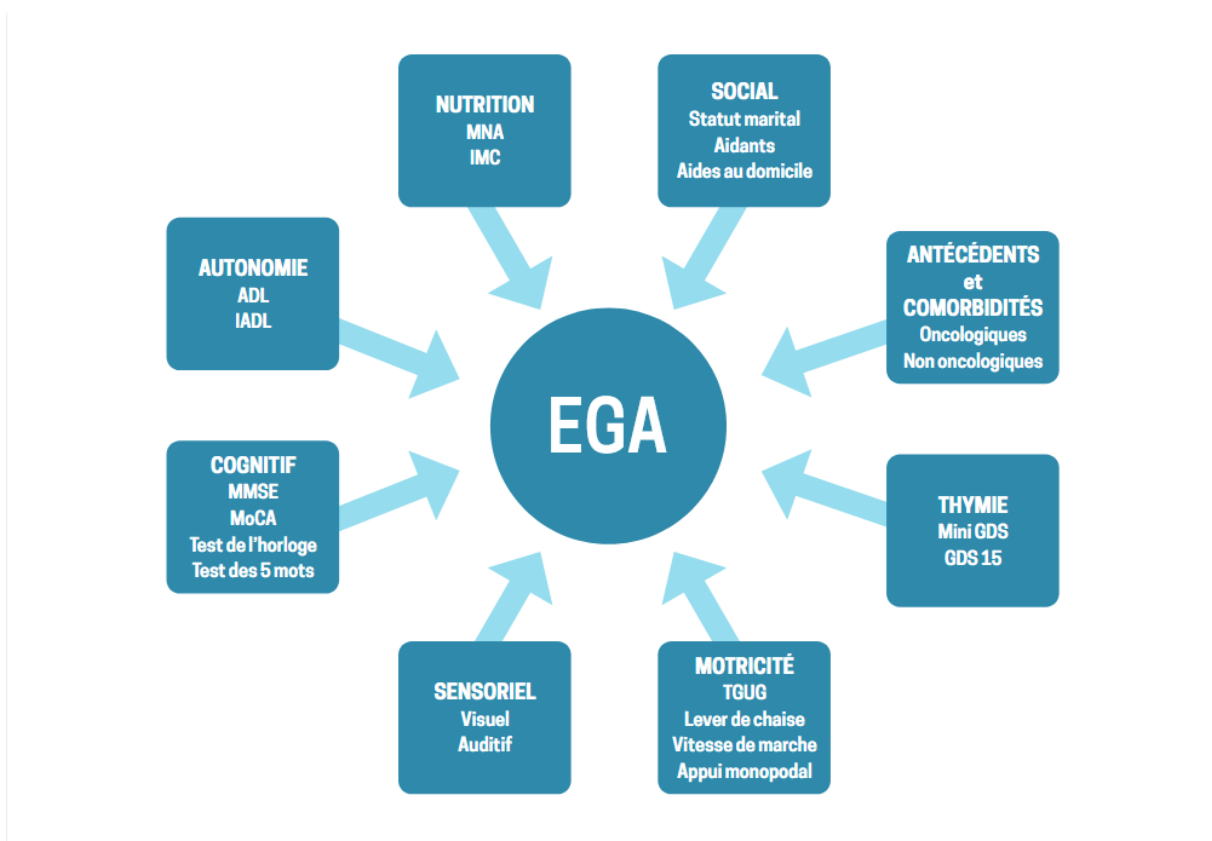
ANNEXES

Annexe 1 G8

TABLEAU. QUESTIONNAIRE G8, OUTIL DE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES PRISES EN CHARGE POUR UN CANCER	
Questions	Score
Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	
Anorexie sévère	0
Anorexie modérée	1
Pas d'anorexie	2
Perte récente de poids (< 3 mois)	
Perte de poids > 3 kg	0
Ne sait pas	1
Perte de poids entre 1 et 3 kg	2
Pas de perte de poids	3
Indice de masse corporelle (IMC)	
IMC < 19 kg/m ²	0
19 kg/m ² ≤ IMC < 21 kg/m ²	1
21 kg/m ² ≤ IMC < 23 kg/m ²	2
IMC ≥ 23 kg/m ²	3
Motricité	
Du lit au fauteuil	0
Autonome à l'intérieur	1
Sort du domicile	2
Troubles neuropsychologiques	
Démence ou dépression sévère	0
Démence ou dépression modérée	1
Absence de trouble	2
Prend plus de 3 médicaments	
Oui	0
Non	1
Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?	
Moins bonne	0
Ne sait pas	0,5
Aussi bonne	1
Meilleure	2
Âge	
> 85 ans	0
80 - 85 ans	1
< 80 ans	2
Score total	[]/17

(30)

Annexe 2 Evaluation gériatrique approfondie



EGA : évaluation gériatrique approfondie. MNA : Mini Nutritional Assessment ; IMC : indice de masse corporelle ; GDS : Geriatric Depression Scale ; TGUG : Timed Get Up and Go ; MMSE : Mini Mental State Examination ; MoCA : Montreal Cognitive Assessment ; ADL : Activities of Daily Living ; IADL : Instrumental Activities of Daily Living (30)

Annexe 3 Grille COREQ

Traduction française de la grille COREQ (Gedda, 2014)		
N	Item	Réponses
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
1	Enquêteur	Sarah SEYDOU.
2	Titre académique	Infirmière Diplômée d'Etat (IDE).
3	Activité	Infirmière étudiante en pratique avancée.
4	Genre	Féminin.
5	Expérience et formation	Initiation à la recherche qualitative.
6	Relation antérieure	Aucune.
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Statut étudiante IPA de l'intervieweuse réalisant une recherche dans le cadre d'un mémoire. Connaissance du sujet de l'étude.
8	Caractéristiques de l'enquêteur	L'intervieweuse est une IDE du service d'hématologie du centre hospitalier Alexandra Lepève de Dunkerque.
Domaine 2 : Conception de l'étude		
9	Orientation méthodologique et théorie	Analyse thématique déductive.
10	Échantillonnage	Echantillonnage de convenance selon les dates de venue des patients en consultation d'hématologie.
11	Prise de contact	Proposition de participation oral en consultation par l'hématologue ou par courrier au domicile du patient. Entretien réalisé en présentiel.
12	Taille de l'échantillon	7 entretiens ont été réalisés et analysés.
13	Non-participation	1 patiente incluse n'a pas pu être interrogée (hospitalisation).
14	Cadre de la collecte de données	Bureau de consultation à l'hôpital.
15	Présence de non-participants	Non.
16	Description de l'échantillon	Durant le mois d'avril 2025, 7 patients ont été interrogés (détail dans tableau synthétique).
17	Guide d'entretien	Seul le chercheur l'a utilisé. Les patients n'en avaient pas connaissance. Il n'a pas été testé au préalable.
18	Entretiens répétés	Ils ont été répétés 7 fois.

19	Enregistrement audio/visuel	Oui, enregistrements audio stockés sur un ordinateur, puis supprimés dès la retranscription anonymisée réalisée.
20	Cahier de terrain	Non.
Domaine 3 : Analyse et résultats		
21	Durée	Entre 5min 21s et 9min 27s.
22	Seuil de saturation	Il a été atteint au bout de 7 entretiens.
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien n'ont pas été retournées au participants pour commentaire ou correction.
24	Nombre de personnes codant les données	Etudiant chercheur puis triangulation des données avec un autre professionnel de santé.
25	Description de l'arbre de codage	Catégorisation des thèmes et des sous thèmes.
26	Détermination des thèmes	Identifiés à l'avance (analyse thématique déductive).
27	Logiciel	Non.
28	Vérification par les participants	Non.
29	Citations présentées	Oui, extrait des verbatims utilisés et identifiés par le numéro de participant.
30	Cohérence des données et des résultats	Oui.
31	Clarté des thèmes principaux	Oui.
32	Clarté des thèmes secondaires	Oui.

Annexe 4 Note d'information au patient

Note d'information dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de fin d'étude

L'observance de la thérapie orale chez le patient de plus de 75 ans atteint d'une hémopathie maligne chronique

Bonjour, je suis Mme SEYDOU Sarah, étudiante en deuxième année de master d'infirmière en pratique avancée. Pour la réalisation de mon mémoire encadré par le Docteur FRUCHART, je réalise un questionnaire sur l'observance de la thérapie orale. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'identifier les facteurs influençant la non-observance de la thérapie orale et agir dessus. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être âgé de 75 ans ou plus, avoir une hémopathie maligne chronique et une thérapie orale et avoir rencontré au moins une fois votre hématologue référent au cours de l'année 2024.

1) Quel est l'objectif de la recherche ?

Notre société évolue, nous arrivons à l'heure du virage ambulatoire, l'heure de repenser les parcours de soins et les organisations hospitalières. La prise en soins ambulatoire du patient, implique une autonomisation de ce dernier. Pour une personne âgée, il n'est pas forcément évident de suivre les recommandations de son médecin, notamment au niveau de la prise de ses traitements. De nombreux facteurs ont un impact sur l'observance et l'inobservance thérapeutique du patient, la compréhension de ces derniers nécessite une approche multifactorielle. De ce fait, l'observance de la thérapie orale chez le sujet âgé est un enjeu de santé publique.

L'objectif principal de mon étude est d'évaluer l'observance dans la population cible à partir du test Morisky Green.

L'objectif secondaire est de mettre en évidence les différents facteurs influençant l'inobservance.

2) Comment va se dérouler la recherche et sur quelle durée ?

Dans un premier temps, il vous sera demandé de signer le consentement si vous acceptez de participer à l'étude. Ensuite, vous devrez compléter le questionnaire inclus dans le courrier. Enfin, vous devrez renvoyer l'ensemble des documents en utilisant l'enveloppe timbrée fournie.

Par la suite, il est possible que vous me rencontriez pour un entretien lors de votre prochaine consultation avec votre hématologue à l'hôpital.

Il s'agit d'un mémoire de fin d'études que je dois soumettre pour début juin 2025. Il serait donc nécessaire de me retourner les documents au plus tard en février 2025

3) Quels sont les bénéfices attendus ?

L'identification des différents facteurs influençant l'inobservance de la thérapie orale par l'infirmière en pratique avancée permettrait d'améliorer le suivi et l'accompagnement des patients de plus de 75 ans, atteints d'une hémopathie maligne chronique, sous thérapie orale suivis en consultation.

4) Confidentialité des données

Les données collectées dans le cadre de cette étude seront regroupées dans un fichier informatique pour leur traitement. Les informations vous concernant seront anonymisées et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire/thèse.

5) Droits de rétractation :

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (le RGPD, en vigueur depuis le 25 mai 2018) et la Loi Informatique et Libertés, vous disposez des droits d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression de vos données personnelles (données administratives concernant uniquement votre séjour. La conservation de vos données médicales étant une obligation médico légale). Vous pouvez exercer ces droits ou retirer votre consentement à tout moment en envoyant un courrier ou un mail à la Direction de l'établissement (direction@ch-dunkerque.fr) ou au Délégué à la Protection des Données (dpo@ch-dunkerque.fr). Vous pouvez contacter la CNIL pour déposer une plainte ou contacter le Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante dpo@ch-dunkerque.fr

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : sarah.seydou.etu@univ-lille.fr

FORMULAIRE A RENVOYER à Mr FRUCHART Christophe
Par courrier à :

*Mr FRUCHART Christophe à l'hôpital Alexandra Lepève de Dunkerque
Service d'hématologie 3^{ème} Est
130 Avenue Louis Herbeaux 59240 Dunkerque.*

Annexe 5 Consentement patient



Formulaire de consentement du patient pour participer à une étude dans le cadre d'un mémoire

Les recherches menées ont pour but de

**Réaliser une étude sur l'observance de la thérapie orale chez les patients de plus
de 75 ans atteint d'une hémopathie maligne chronique**

Durant l'étude à laquelle vous pouvez participer, il vous sera demandé de fournir des informations
personnelles notamment **sur l'observance de votre thérapie orale**
dans le but de **mettre en évidence les facteurs contribuant à la non observance du traitement**

Les résultats de cette étude pourront être publiés cependant les données seront obligatoirement
anonymisées.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (le RGPD, en vigueur depuis le 25
mai 2018) et la Loi Informatique et Libertés, vous disposez des droits d'opposition, d'accès, de
rectification et de suppression de vos données personnelles (données administratives concernant
uniquement votre séjour. La conservation de vos données médicales étant une obligation médico-
légale). Vous pouvez exercer ces droits ou retirer votre consentement à tout moment en envoyant un
courrier ou un mail à la Direction de l'établissement (direction@ch-dunkerque.fr) ou au Délégué à la
Protection des Données (dpo@ch-dunkerque.fr)

Vous pouvez contacter la CNIL pour déposer une plainte ou contacter le Délégué à la Protection des
Données à l'adresse suivante dpo@ch-dunkerque.fr

Vos données personnelles fournies pour l'étude seront conservées durant
8 mois et seront ensuite détruites.

Je soussigné (e) consens librement à
participer à la recherche intitulée
de M / Mme
qui m'a informé (e) de l'utilisation qu'il sera faite de mes données personnelles.

Dunkerque, le
Signature

Annexe 6 Le test Morisky Green en 8 items



Outils d'Evaluation de l'Adhésion

Test Morisky Green – 8 items

1. Oubliez-vous parfois de prendre vos médicaments ?
Oui Non
2. Parfois on ne prend pas ses médicaments pour d'autres raisons que l'oubli. Pensez aux 2 semaines précédentes, y a-t-il des jours où vous n'avez pas pris vos médicaments ?
Oui Non
3. Avez-vous déjà arrêté de prendre vos médicaments sans le signaler à votre médecin parce que vous sentiez votre état empirer quand vous les preniez ?
Oui Non
4. Lorsque vous sortez ou voyagez, oubliez-vous parfois d'emporter vos médicaments ?
Oui Non
5. Avez-vous pris tous vos médicaments hier ?
Oui Non
6. Quand vos symptômes sont bien contrôlés, arrêtez-vous parfois votre traitement ?
Oui Non
7. Prendre des médicaments chaque jour est un réel inconvénient pour certaines personnes. En avez-vous assez de devoir suivre un plan de traitement ?
Oui Non
8. À quelle fréquence avez-vous des difficultés à vous rappeler de prendre vos médicaments?
Jamais/Rarement (A) Fréquemment (D) Parfois (C)
De temps à autre (B) Tout le temps (E)

Score : | _ | _ |

Oui = 1, Non = 0, question 5 : Oui = 0, Non = 1, question 8 : A = 0 ; B, C, D, E = 1

Score final > 2 : faible observance

Score final = 1 ou 2 : observance moyenne

Score final = 0 : bonne observance

Annexe 7 Guide d'entretien

Guide d'entretien pour la réalisation d'entretiens semi-directifs en présentiel auprès de patients de plus de 75 ans atteints d'une hémopathie maligne chronique sous thérapie orale

« Bonjour, je me présente, je suis Sarah, étudiante en master d'infirmière en pratique avancée. J'ai bien reçu votre questionnaire concernant l'observance de votre thérapie orale, et j'aimerais maintenant vous poser quelques questions supplémentaires afin d'enrichir mes recherches. Avant de commencer, êtes-vous d'accord pour que j'enregistre notre échange afin de pouvoir le retranscrire par la suite ? Soyez assuré que cet entretien restera anonyme et ne durera que quelques minutes. De plus, toutes les données collectées seront supprimées après ma soutenance, prévue pour début juillet 2025. »

Thème des questions	Questions
Parcours de soins et vécu de la maladie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Depuis combien de temps prenez-vous votre thérapie orale ? 2. Comment avez-vous réagi à l'annonce de votre maladie hématologique ?
Représentation et compréhension du traitement	<ol style="list-style-type: none"> 3. Que pensez-vous de la prise de votre traitement ? ➤ <i>Question de relance</i> : Utile, contraignante, rassurante 4. Avez-vous reçu des explications suffisantes sur son utilité ? ➤ <i>Question de relance</i> : Quelles informations vous ont manqué ?
Expérience du traitement	<ol style="list-style-type: none"> 5. En plus de votre traitement pour votre maladie hématologique, avez-vous d'autres médicaments au quotidien ? ➤ <i>Question de relance</i> : Si oui, combien ? 6. Rencontrez-vous des difficultés pour prendre votre thérapie orale ? ➤ <i>Question de relance</i> : Si oui, lesquelles ? ➤ <i>Question de relance</i> : forme galénique, trouble de la déglutition, trouble de la mémoire, difficulté organisationnelle 7. Y a-t-il des moments où vous oubliez de la prendre ? ➤ <i>Question de relance</i> : Si oui, pour quelle raison ? 8. Utilisez-vous des moyens pour vous rappeler de la prise de votre traitement ? ➤ <i>Question de relance</i> : Utilisation d'un pilulier, d'une alarme, de l'aide d'un proche
Facteurs influençant l'observance	<ol style="list-style-type: none"> 9. Qu'est-ce qui vous motive à bien suivre votre traitement ? 10. Quel rôle joue votre entourage ou les professionnels de santé dans la gestion de la prise de votre traitement ?
Suggestions et améliorations possibles	<ol style="list-style-type: none"> 11. Avez-vous des suggestions pour améliorer la prise de votre traitement ? 12. Que pourrait faire les professionnels de santé pour vous aider davantage ?
Conclusion	<p>Avez-vous des questions ? Merci pour votre participation !</p>

Annexe 8 Inscription RGPD Dunkerque



Me. Sylviane HOUSSIN-
VANELVERDINGHE

☎ 5442 / 6498

Déléguée à la protection
des données
du GHT du Dunkerquois et
de l'Audomarois

Me. Sylvie DELILLE

☎ 5403 / 8244

Déléguée Adjointe à la
protection des données
du GHT du Dunkerquois et
de l'Audomarois

✉ dpo@ch-dunkerque.fr

Dunkerque, le 19 décembre 2024

Objet : Mémoire de fin d'étude de Me Sarah SEYDOU

Je déclare, Me Sylviane HOUSSIN-VANELVERDINGHE, DPO du GHT de Dunkerquois et de l'Audomarois avoir reçu Me Sarah SEYDOU dans la démarche de la mise en réglementation RGPD de son mémoire de fin d'étude et d'avoir eu avec elle plusieurs échanges téléphoniques et par emails.

Le registre des traitements de l'hôpital Alexandre LEPEVE, centre hospitalier de Dunkerque a été complété avec le sujet du mémoire de fin d'étude de Me SEYDOU et Me SEYDOU nous a signé un document de confidentialité dans lequel elle s'engage à ne sortir de notre établissement aucune donnée nominative ou d'identification de patient ni même dans son mémoire.

Cette attestation est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Cordialement,

Madame Sylviane HOUSSIN-VANELVERDINGHE

Déléguée à la protection des données du GHT du
Dunkerquois et de l'Audomarois

Annexe 9 Attestation DPO de Lille



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 59000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : L'observance de la thérapie orale chez le sujet âgé de plus de 75 ans atteint d'une hémopathie maligne chronique
Référence Registre DPO : 2024-252
Responsable scientifique : M. Christophe FRUCHART Interlocuteur : Mme Sarah SEYDOU

Fait à Lille,

Le 9 janvier 2025

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Annexe 11 Retranscription des verbatims et tableaux d'analyse thématique



AUTEURE : SEYDOU Sarah

Date de soutenance : le 02 juillet 2025

Titre du mémoire : L'observance de la thérapie orale chez les patients de plus de 75 ans atteints d'une hémopathie maligne chronique.

Mots-clés : observance thérapeutique – personnes âgées - thérapie orale – hémopathie maligne chronique.

Résumé

L'incidence des hémopathies malignes chroniques est en augmentation, principalement en raison du vieillissement de la population. Ces pathologies sont souvent traitées par des thérapies orales, qui exigent autonomie et rigueur de la part des patients. Or, pour les personnes âgées, respecter ces recommandations thérapeutiques peut représenter un véritable défi.

Dans ce contexte, comment l'infirmière en pratique avancée peut-elle contribuer à améliorer l'observance de la thérapie orale des patients de plus de 75 ans atteints d'une hémopathie maligne chronique ?

Une étude monocentrique, à la fois quantitative et qualitative, est menée auprès de patients afin d'identifier les facteurs influençant l'observance thérapeutique.

Les résultats révèlent l'influence de nombreux éléments : caractéristiques sociodémographiques, vécu de la maladie, expérience médicamenteuse, représentation du traitement, motivation intrinsèque, ainsi que le rôle de l'entourage et des professionnels de santé.

L'identification de ces facteurs permet à l'infirmière en pratique avancée de proposer un accompagnement personnalisé, ciblé sur les besoins du patient, et de favoriser une meilleure observance.

Abstract

The incidence of chronic hematologic malignancies is increasing, primarily due to population aging. These diseases are often treated with oral therapies, which require a high level of autonomy and discipline from patients. However, for older adults, adhering to therapeutic recommendations can be particularly challenging.

In this context, how can the Advanced Practice Nurse contribute to improving oral therapy adherence in patients over 75 years old with a chronic hematologic malignancy?

This single-center mixed-method study, combining both quantitative and qualitative approaches, was conducted among patients to identify the factors influencing therapeutic adherence.

The findings highlight the impact of various factors: sociodemographic characteristics, the experience of illness, medication management, treatment perception, intrinsic motivation, and the role of both healthcare professionals and family caregivers.

The identification of these factors allows the advanced practice nurse to propose personalized support, focused on the patient's needs, and to promote better compliance.

Directeur de mémoire : Monsieur le docteur Christophe FRUCHART