

Accompagnement et développement de la prise en charge en Hospitalisation A Domicile (HAD) des patients traités par anticancéreux injectables - 2021

1. Contexte

L'incidence croissante des cancers en France (estimée à 455 618 nouveaux cas en 2020, tous cancers confondus¹) ainsi que leur évolution vers une prise en charge chronique engendrent une augmentation constante de la file active de patients. Ainsi, il existe un risque de saturation des plateaux techniques et des équipes impliquées dans l'administration des chimiothérapies injectables.

La loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades place le patient au cœur d'un processus de coopération dont il est le bénéficiaire : il promeut un modèle de décision partagée entre le soignant et le patient.

L'administration de chimiothérapies injectables dans le cadre d'une hospitalisation à domicile (HAD) est une pratique encouragée par la Haute Autorité de Santé. Elle a d'ailleurs publié en 2015 des recommandations sur les conditions de son développement².

L'HAD présenterait les avantages suivants :

- une amélioration du confort et une diminution de la fatigue du patient,
- le désengorgement et l'optimisation des places en hôpital de jour (HdJ),
- l'implication des professionnels de santé de ville souvent isolés quant aux problématiques des anticancéreux,
- une économie liée à la diminution des frais de transport.

Entre 2015 et 2019, le nombre de journées en HAD dont le mode de prise en charge principal est la chimiothérapie anticancéreuse a augmenté de 40,5% pour atteindre 134 500 sur le territoire national³. La part de ce mode principal de prise en charge dans l'activité globale est de 2,3%.

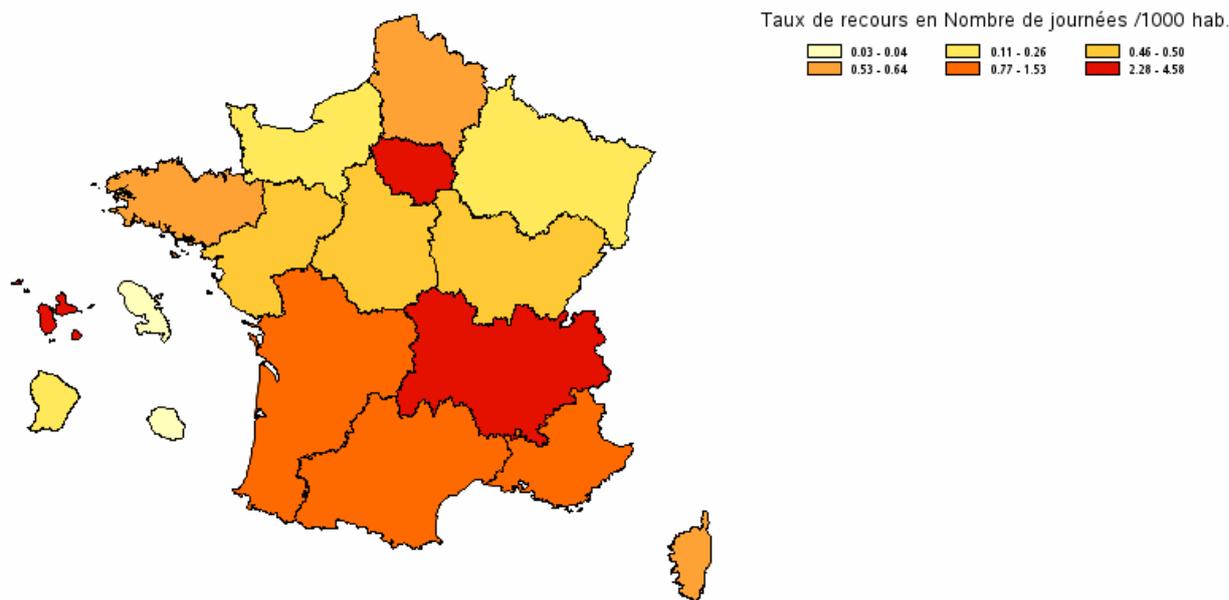
Les données PMSI/HAD fournissent les taux de recours à l'HAD en nombre de journées et pour 1 000 habitants selon le mode de prise en charge principal. Concernant la chimiothérapie anticancéreuse, le taux de recours national à l'HAD est passé de 1,45 à 2,01 entre 2015 et 2019. En Bretagne, ces taux sont respectivement de 0,53 et 0,96 (Côtes d'Armor 0,39 vs 0,77 ; Finistère 0,15 vs 1,68 ; Ille-et-Vilaine 0,51 vs 0,34 ; Morbihan 1,15 vs 0,99).

¹ International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2020: Estimated number of new cases in 2020. Disponible en ligne sur : <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis>.

² Haute Autorité de Santé. Service évaluation économique et santé publique. Conditions du développement de la chimiothérapie en hospitalisation à domicile : analyse économique et organisationnelle. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2015.

³ ScanSanté.

Taux de recours HAD par Région (17) - séjours 2015/pop. 2013 - Standardisé
Mode de Prise en charge Principal (MPP) - 05 - Chimiothérapie anticancéreuse
Taux de recours national : 1,45



Taux de recours HAD par Région (17) - séjours 2019/pop. 2017 - Standardisé
Mode de Prise en charge Principal (MPP) - 05 - Chimiothérapie anticancéreuse
Taux de recours national : 2,01

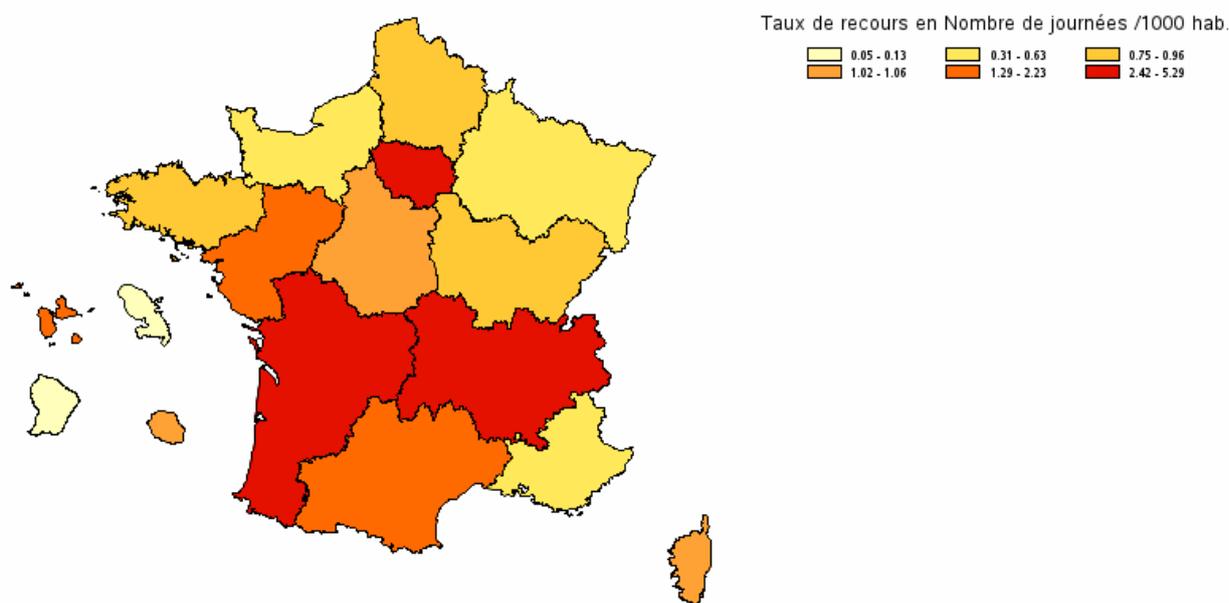


Figure 1. Evolution du taux de recours à l'HAD dans la prise en charge de la chimiothérapie anticancéreuse (2015/ 2019)

Des régions se sont mobilisées quant à la rédaction de protocoles de chimiothérapie intraveineuse en HAD (Centre-Val de Loire, Hauts-de-France, Occitanie). Le Centre de lutte contre le cancer Léon Bérard de Lyon a lancé en juin 2020 le projet Article 51 « Expérimentation de suivi à domicile des patients atteints d'un cancer et traités par immunothérapie »⁴. Cette expérimentation repose sur des modalités innovantes de financement et d'organisation.

⁴ Centre de Lutte Contre le Cancer Léon Bérard. Article 51 : Expérimentation de suivi à domicile des patients atteints d'un cancer et traités par immunothérapie. Cahier des charges. Décembre 2019.

Le retour d'expérience des patients traités par chimiothérapie à domicile ainsi que de l'équipe infirmière a fait l'objet de publications : l'étude de Pailler et al.⁵ (2019) présente les résultats d'une enquête de satisfaction réalisée auprès de toutes les patientes traitées par trastuzumab sous-cutané au sein d'un même établissement d'HAD au cours de l'année 2016, soit 132 patientes. Parmi les 84 patientes qui ont répondu, 79 % ont déclaré préférer une administration en HAD plutôt qu'en HDJ conventionnelle et 76 % ont jugé les séances « agréables ». Les infirmiers les ont jugées « agréables » dans 22 % des cas et « acceptables » dans 67 %. Quarante-huit pour cent des patientes étaient prêtes à recommander ce type de prise en charge.

La pandémie de COVID-19 a engendré une réorganisation de la prise en charge des patients et en particulier de ceux atteints de cancer : certains ont pu bénéficier de leur traitement à domicile et limiter ainsi les risques de contamination liés aux déplacements. Une étude française s'est intéressée à l'adaptation de l'organisation des soins en HAD associée à la crise sanitaire dans 37 hôpitaux de l'APHP (étude avant/après⁶) : il a été constaté une augmentation du nombre de patients traités (+30% par HAD), principalement atteints d'hémopathie maligne (myélome multiple, leucémie myéloïde aiguë, syndrome myélodysplasique). Un nombre plus important de patients atteints de tumeurs solides ont été pris en charge en HAD (20,9% vs 6%, en particulier dans le cancer du sein, avec une multiplication par quatre pendant le confinement).

En parallèle de ce contexte sanitaire, la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 cible le développement de soins ambulatoires (action II.4. PROPOSER UN PROGRAMME NATIONAL DE PERTINENCE ET DÉSESCALADE THÉRAPEUTIQUE et action IV.7. COMBATTRE LES PERTES DE CHANCE PAR UNE ATTENTION SPÉCIFIQUE À LA CONTINUITÉ DES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LES CANCERS EN PÉRIODE DE CRISE).

Cet appel à projets s'inscrit dans le cadre de ces orientations et préconisations nationales.

2. Objectifs :

L'appel à projets s'articule autour du développement de la coopération entre un établissement autorisé à prendre en charge des patients atteints de cancer et un établissement d'HAD pour la prise en charge à domicile de patients traités par anticancéreux injectables, ce qui nécessite le recours à une expertise pluridisciplinaire et spécialisée.

L'appel à projets prend en compte trois objectifs opérationnels :

2.1. Intégrer l'information au patient et l'expression de sa volonté dans le parcours de soins

La crise sanitaire a montré que les patients étaient enclins à recourir à l'administration de leur traitement à domicile. Il est important de développer ce mode de parcours et de renforcer l'information au patient.

2.2. Mettre à disposition une organisation et une offre de soins de qualité au domicile du patient

La prise en charge du cancer nécessite une offre de soins spécialisée, avec des professionnels qualifiés et formés à la prise en charge des patients atteints du cancer. La dynamique de parcours entre l'hôpital

⁵ Pailler C. L'expérience des patientes traitées par trastuzumab à domicile. Soins. 2019;64(841):38-39. doi: 10.1016/j.soins.2019.10.006. PMID: 31864511

⁶ Mittaine-Marzac B, Zogo A, Crusson JC, Cheneau V, Pinel MC, Brandely-Piat ML, Amrani F, Havard L, Ballardur E, Louissaint T, Nivet L, Ankri J, Aegerter P, De Stampa M. COVID-19 outbreak: An experience to reappraise the role of hospital at home in the anti-cancer drug injection. Cancer Med. 2021;10(7):2242-2249. doi: 10.1002/cam4.3682. PMID: 33665971

et le domicile justifie une coordination entre les établissements dits autorisés et ceux d'HAD. Cet objectif sera atteint par une amélioration de la coopération entre les établissements autorisés et ceux d'HAD (personnels soignants, médicaux et paramédicaux), permettant la mise à disposition d'une offre de soins de qualité, que ce soit par la mise à disposition de personnel infirmier par l'établissement autorisé à prendre en charge des patients atteints de cancer, ou par la formation des professionnels infirmiers participant à l'administration des anticancéreux. La préparation des chimiothérapies doit être réalisée dans une pharmacie à usage intérieur (PUI) ayant une activité de préparation d'anticancéreux.

2.3. Améliorer la pertinence des prises en charge dans un dynamisme d'efficacité et de satisfaction du patient

La prise en charge des patients atteints du cancer au sein de structures d'HAD est une alternative aux séances de chimiothérapies réalisées en HdJ, voire aux prises en charge en hospitalisation complète. La crise sanitaire du COVID-19 a montré l'utilité et l'intérêt d'un recours à l'HAD pour les patients fragiles. La répétition des séances de chimiothérapie ou des hospitalisations conventionnelles est source de déplacements itératifs et de fatigue pour le patient, pour des durées d'administration de médicaments parfois inférieures à 10 minutes.

L'appel à projets vise l'identification des profils patients et des protocoles thérapeutiques pour lesquels le recours à l'HAD constitue une réponse en terme d'amélioration de la pertinence de prise en charge (adhésion, éloignement géographique du domicile, suivi et gestion des effets indésirables), de même que la mesure de satisfaction du patient dans sa prise en charge.

3. Critères d'éligibilité à l'appel à projets

3.1. Les structures éligibles

Les structures éligibles sont les établissements de santé d'HAD distincts des établissements autorisés à prendre en charge des patients atteints de cancer et disposant d'un service d'HAD, ces derniers ayant déjà organisé le parcours de soins du patient.

Cet appel à projets permettant un retour d'expérience sur la mise en place d'une coopération entre les établissements d'HAD et d'hospitalisation conventionnelle (organisation et financement), les établissements d'HAD non dépendants d'un établissement autorisé à prendre en charge des patients atteints de cancer sont prioritaires.

3.2. Le parcours de soins du patient

Le parcours de soins du patient doit intégrer une part d'hospitalisation conventionnelle en établissement autorisé en cancérologie et une autre au sein d'un établissement d'HAD. L'éloignement géographique du domicile fait partie des critères de pertinence.

3.3. Les patients bénéficiaires

Les patients bénéficiaires du dispositif sont des patients relevant d'une prise en charge du cancer avec administration d'un anticancéreux injectable réservé à l'usage hospitalier (articles R5121-82 et R5121-83 du CSP) ou figurant sur la liste de rétrocession (article L5126-4 du CSP).

3.4. Les éléments attendus

Le dossier devra présenter les éléments listés ci-dessous.

- a) L'identification du porteur du projet, les pilotes de la démarche ainsi que le contact privilégié avec l'ARS
- b) Les modalités d'information du patient sur les possibilités de parcours
- c) Les modalités d'évaluation de la satisfaction du patient (prise en charge en HAD vs HdJ)
- d) La description du parcours, en particulier le séquençage des consultations, hospitalisations conventionnelles et HAD, en fonction des pathologies et stratégies thérapeutiques sélectionnées
- e) L'organisation de la prise en charge du patient :
 - i. L'organisation mutualisée entre les structures
 - ii. L'organisation de la prescription, préparation, transport, administration et suivi du traitement anticancéreux au domicile du patient
- f) Le nombre de patients inclus estimé par mois sur une période d'un an ; la file active de patients doit être comprise entre 15 et 20 patients nouvellement admis en HAD, soit la réalisation de 15 à 20 séances par mois en HAD

A ce dossier, seront jointes les pièces suivantes :

- g) L'engagement dans l'appel à projets de l'établissement autorisé à prendre en charge des patients atteints de cancer, dont l'engagement à informer les patients sur les possibilités de parcours
- h) La procédure organisationnelle ; il peut inclure la mise à disposition, ou la coopération, des éventuelles expertises (oncologue, hématologue, infirmier, pharmacien)
- i) Les gains potentiels estimés par patient par an entre une prise en charge en HdJ exclusive et une prise en charge mixte associant des séances d'administration en HdJ et en HAD. Les coûts détaillés doivent porter sur les prestations suivantes (coût à l'unité, nombre, T2A et financements existants, hors T2A, totaux) : administration en HdJ, consultation du médecin oncologue, frais de transport aller/retour entre le domicile et l'établissement dit autorisé, administration HAD, consultation du médecin traitant
- j) Le projet de convention entre l'établissement de santé d'HAD et l'établissement autorisé à prendre en charge des patients atteints de cancer (volet financier)
- k) Le projet de convention de sous-traitance ou l'accord pour la préparation des anticancéreux injectables, signé par le pharmacien gérant de la PUI de l'établissement autorisé à prendre en charge des patients atteints de cancer, le pharmacien gérant de la PUI de l'établissement d'HAD le cas échéant, le représentant légal de l'établissement autorisé et le représentant légal de l'établissement d'HAD
- l) Le document d'évaluation de la satisfaction du patient, recueilli par l'HAD

A défaut de transmission du dossier au complet, une lettre d'intention signée par les deux établissements partenaires pourra être rédigée, précisant :

- a) L'identification du porteur du projet, les pilotes de la démarche ainsi que le contact privilégié avec l'ARS
- b) La méthodologie et l'échéancier associés aux points suivants :
 - i. Engagement dans l'appel à projets de l'établissement autorisé à prendre en charge des patients atteints de cancer, dont l'engagement à informer les patients sur les possibilités de parcours
 - ii. Modalités d'information du patient sur les possibilités de parcours

- iii. Séquençage des consultations, hospitalisations conventionnelles et HAD, en fonction des pathologies et stratégies thérapeutiques sélectionnées
 - iv. Modalités d'évaluation de la satisfaction du patient (prise en charge en HAD vs HdJ)
 - v. Organisation mutualisée entre les structures
 - vi. Organisation de la prescription, préparation, transport, administration et suivi du traitement anticancéreux au domicile du patient
 - vii. Les gains potentiels estimés par patient par an entre une prise en charge en HdJ exclusive et une prise en charge mixte associant des séances d'administration en HdJ et en HAD. Les coûts détaillés doivent porter sur les prestations suivantes (coût à l'unité, nombre, T2A et financements existants, hors T2A, totaux) : administration en HdJ, consultation du médecin oncologue, frais de transport aller/retour entre le domicile et l'établissement dit autorisé, administration HAD, consultation du médecin traitant
 - viii. La convention entre l'établissement de santé d'HAD et l'établissement autorisé à prendre en charge des patients atteints de cancer (volet financier)
 - ix. La convention de sous-traitance ou l'accord pour la préparation des anticancéreux injectables, signé par le pharmacien gérant de la PUI de l'établissement autorisé à prendre en charge des patients atteints de cancer, le pharmacien gérant de la PUI de l'établissement d'HAD le cas échéant, le représentant légal de l'établissement autorisé et le représentant légal de l'établissement d'HAD
 - x. Le document d'évaluation de la satisfaction du patient, recueilli par l'HAD
- c) L'engagement de création d'une file active de 15 à 20 patients nouvellement admis en HAD par mois sur une période d'un an.
 - d) L'engagement de transmission à l'ARS du rapport annuel d'activités basé sur les indicateurs sous-mentionnés.

3.5. Les éléments optionnels

En l'absence de programme d'éducation thérapeutique disponible pour le patient, des missions d'information éducatives conjuguées à la mise en place d'une auto-évaluation des effets indésirables peuvent être organisées.

3.6. Les indicateurs

Le rapport annuel d'activité transmis à l'ARS devra mentionner les éléments suivants :

- a) Le nombre total de patients bénéficiaires et profil (sexe, âge, pathologie, protocole thérapeutique, distance géographique entre le domicile et l'établissement autorisé)
- b) Le nombre total et par patient de molécules de chimiothérapie administrées (molécule, voie) et de cures réalisés en HAD
- c) Les effets indésirables immédiats et retardés éventuellement manifestés (délai de survenue, type de grade (prise en compte des grades ≥ 2), prise en charge consécutive)
- d) L'évaluation de la satisfaction des patients
- e) Les économies identifiées

4. Montant des crédits et modalités de versement des subventions

Le financement du projet total, toutes structures éligibles confondues, est de 70 000€ sur 12 mois.

Par projet éligible, le financement repose sur une enveloppe globale de 17 500€ pour l'ensemble des partenaires. Les établissements d'HAD sont destinataires des crédits versés ; elles les reversent à la structure partenaire selon les conditions définies dans la convention établie.

5. Calendrier

Réponse à l'appel à projets : au plus tard le 14 octobre 2021

Instruction des dossiers : du 18 octobre au 05 novembre 2021

Notification aux structures retenues : courant novembre 2021

Les dossiers sont à adresser aux adresses courriel suivantes :

- ✓ ars-bretagne-secretariat-dah@ars.sante.fr
- ✓ omedit.bretagne@ch-cornouaille.fr

Pour toute information complémentaire, vous pouvez vous renseigner en prenant contact auprès des adresses courriel suivantes :

- ✓ patrick.zamparutti@ars.sante.fr
- ✓ g.piriou@ch-cornouaille.fr
- ✓ c.lederoffpoupeau@ch-cornouaille.fr