

Traitements médicamenteux systémiques du cancer en HAD

CONTRIBUTEURS

Coordination : Fadila FARSI (oncologue); Luc FORONI (pharmacien)

Groupe de travail

BALICHARD Sandra, pharmacien HAD INICEA, BOIN Christophe, pharmacien HAD Crest; BOLLACHE Emmanuelle médecin, HAD Bourg en Bresse; BORSATO Johanna, pharmacien, CH Bourg en Bresse; BOVIER Emmanuel directeur HAD Soins et Santé; BRUNET Majid chef de projets ONCOAURA; CHARRA Florent, pharmacien OMEDIT ARA; COMBE Alexandra, pharmacien HAD H2S; CORREARD Florian pharmacien, AP HM; DA SILVA Evelyne médecin, HAD Bourg en Bresse, FARSI Fadila médecin directrice ONCOAURA; FORONI Luc, pharmacien OMEDIT ARA; GAUTHIER Clémentine, médecin HAD Bourg en Bresse; GUILLERMET Anne, pharmacien HAD Crest; JOFFRAUD Magali, cadre de santé HAD Soins et Santé; LABROSSE-CANAT Hélène, pharmacien ONCOAURA; MARTINEZ Sophie, cadre de santé, HAD Bourg en Bresse; MAISONNEUVE A, cadre supérieure de santé CH Bourg en Bresse; MELARD Anne, HAD Soins et santé; MOREY Fabienne, pharmacien CH Bourg en Bresse; PHAM Bich Nga, pharmacien HAD Soins et Santé; RUSSIAS Bruno, médecin HAD CLB; TOUATI Mohamed hématologue, HAD CHU Limoges ; Stéphane Fabries (directeur ILHUP) ; Valérie Torrent (ILHUP) ; Mr Pascal Vasseur (ILHUP)

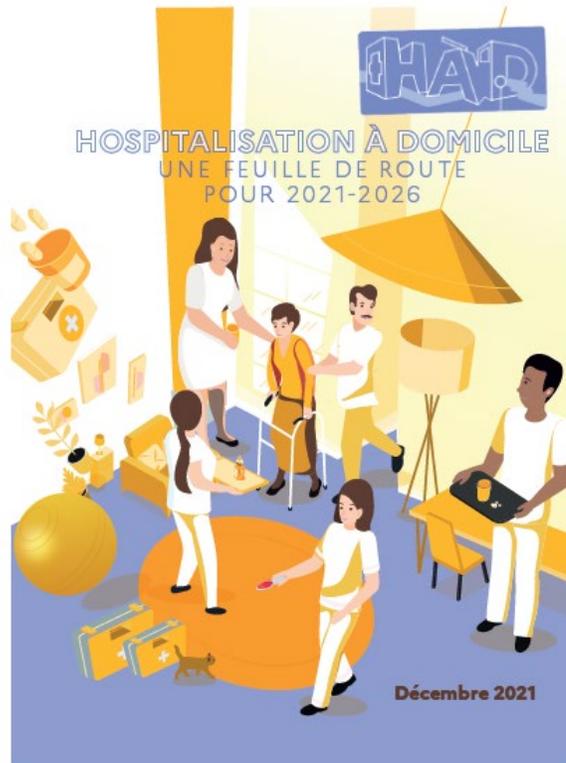
Contributeurs à la Relecture interrégionale

AYAV C, Médecin, DSRC NEON ; BARBE C , oncologue, CHU TOURS ; BATRET L, Pharmacien, CHU Clermont-Ferrand ; BERRONEAU A ; Pharmacien, CHU Bordeaux ; BOLLACHE E, médecin, HAD Bourg-en-Bresse ; CORMIER N, Pharmacien, CHU Nantes ; CHEVRIER Régine, Pharmacien, CRLCC Jean Perrin, Clermont Ferrand; DECIEUX B, Pharmacien ; DEMAZIERE A, Pharmacien, CH Vichy ; DI SANTOLO C, HAD de l'agglomération nancéienne HADAN ; DUCRAY J, Pharmacien, Centre Antoine Lacassagne ; DULAC EUGENE A, Pharmacien , CH Valence ; FABIEN, pharmacien, DSRC NEON ; GENDRON P , Responsable Pôle Projets, DSRC ONCORIF ; GIROUD A, Pharmacien, Centre Léon Bérard ; LABORIE S, gériatre, CHAM ; LARIBLE-LEFORT C, Oncologue HAD 35 ; MOIGNET A, Hématologue, CHU Rennes ;MORICEAU G, Oncologue médical, CHMS Chambéry ; MORIZOT R, hématologue, CHRU Nancy ; PHAM N, pharmacien, HAD Soins et Santé ; POURROY B, Pharmacien, APHM ; RAGAZZON C, Pharmacien ; CH Emile Roux ; STRIZYK A, conseillère technique, FNEHAD; TREVIS S, Pharmacien ; CHU Clermont Ferrand;

SOMMAIRE

- **Préambule / Contexte** p4
- **Définition et cadre**..... p5
- **Organisation dans le parcours de soins/ recours optimisé à l’HAD :**
 - Critères généraux d’éligibilité..... p6
 - Information et communication..... p7
 - Gestion des retours non programmés p8
- **Les différentes typologies d’HAD existantes**..... p9
- **Intervenants en HAD : métiers et compétences** p10
- **Intervenants en HAD : les proches** p13
- **Critères d’éligibilité des anticancéreux injectables en HAD** p14
- **Liste des Anticancéreux injectables dispensés en HAD en AURA** p15
- **Annexes**..... p17
- **Ressources documentaires** p28

PRÉAMBULE / CONTEXTE



Axe 4 | Renforcer la qualité et la pertinence des prises en charge

La création d'une autorisation d'activité de soins pour l'HAD doit permettre au secteur de renforcer sa légitimité vis-à-vis des différents partenaires. Cette évolution doit s'accompagner d'une montée en puissance des HAD dans les domaines des prises en charges spécialisées, du circuit du médicament et des systèmes d'informations.

- Développement des conventions entre l'HAD et les pharmacies, hospitalières ou de ville
- Adaptation du circuit du médicament aux spécificités du domicile
- Amélioration de l'accès au dossier patient pour les intervenants

Axe 5 | Faire de la e-santé et du numérique un levier de la diversification des prises en charge

Par la spécificité de son organisation, l'HAD est un terrain privilégié pour la mise en œuvre de nouvelles technologies numériques au service du patient. L'adoption des solutions disponibles constitue une opportunité pour l'HAD.

- Développement de la télésanté
- Appui à la maturité numérique des structures et à l'interopérabilité des systèmes d'information

Axe 6 | Permettre au patient et à ses aidants d'être acteurs dans le parcours HAD

Intervenant directement au domicile, l'hospitalisation à domicile doit nécessairement s'intégrer au sein de l'environnement du patient et organiser la prise en charge en tenant compte du rôle parfois actif de son entourage dans son accompagnement, en particulier dans les situations pathologiques complexes qui constituent un enjeu majeur de l'action de l'HAD.

- Identification précoce des solutions de répit pour les aidants
- Prise en compte de l'expertise du patient et de ses aidants
- Développement de l'éducation thérapeutique et développement de l'auto-administration des médicaments

Axe 7 | Développer la recherche et l'innovation en HAD

Innovante dans son fonctionnement et amenée à se développer vers de nouvelles prises en charge, l'HAD constitue un lieu d'expérimentation pour le transfert de prises en charge hospitalières vers l'ambulatoire et le domicile. L'HAD peut être à l'avant-garde de ces évolutions et participer à la recherche dans ses champs d'expertise.

- Soutien au développement des pratiques innovantes
- Mobilisation de l'HAD pour initier ou contribuer à des projets de recherche dans le champ du domicile

<https://solidarites-sante.gouv.fr/HAD>

4

UNE FEUILLE DE ROUTE NATIONALE EN 7 AXES

Des mesures concrètes pour développer l'HAD

Cette feuille de route a été co-construite dans le cadre d'un groupe de travail mis en place en avril 2021 associant le ministère et ses partenaires institutionnels, l'Assurance Maladie, les fédérations hospitalières, les conseils nationaux des professionnels de santé, 3 agences régionales de santé (Occitanie, Bourgogne-Franche-Comté, Grand-Est), l'Union nationale des professionnels de santé et France Assos Santé.

Axe 1 | Améliorer la connaissance de l'HAD et l'attractivité de cette activité

Encore insuffisamment connue des prescripteurs et du grand public, une bonne information vis-à-vis de son mode de fonctionnement, de ses compétences et de son champ d'intervention par l'ensemble de la population et par les professionnels de santé est un axe essentiel de son développement.

- Développement de l'attractivité des stages en HAD
- Développement de la communication auprès des prescripteurs

Axe 2 | Renforcer la place des HAD dans l'organisation territoriale sanitaire

À la frontière entre les secteurs ambulatoires et hospitaliers l'HAD est en lien avec l'ensemble des acteurs de l'offre de soins sur son territoire d'intervention. Son rôle d'aval des services hospitaliers et de recours vis-à-vis de l'offre de soins en ville doit se renforcer.

- Recours renforcé à l'HAD en période de tension hospitalière
- Développement de l'évaluation HAD à 48h après l'admission en hospitalisation conventionnelle
- Intégration de l'HAD aux organisations de coordination des parcours ville/hôpital

■ Ce travail s'inscrit dans le cadre de la **feuille de route nationale 2021-2026** et vise à partager l'expérience des équipes des établissements autorisés en **cancérologie** et des HAD qui ont une activité de prise en charge de traitements médicamenteux systémiques du cancer en HAD

■ Limites de ce référentiel

- Ce référentiel traite de l'organisation des traitements médicamenteux systémiques du cancer en HAD
- Il ne traite pas des autres séjours HAD possibles en particulier en soins palliatifs ou en fin de vie
- Se basant sur le partage d'expériences d'équipes et de professionnels, il n'a pas vocation à se substituer à un cadre qualité qui relève de la prerogative des agences de santé

Définition et cadre

■ Définition

- ✓ L'activité d'hospitalisation à domicile - HAD - a pour objet d'assurer au domicile du patient, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.
- ✓ Elle constitue désormais une des **réponses à une demande de plus en plus importante des malades à être soignés à leur domicile ou lieu de vie** quand cela est possible.
- ☞ [Annexe 1 : qu'en pensent les Français ?](#)
- ✓ L'ensemble du territoire métropolitain et ultra marin est couvert par une offre d'HAD. L'offre de prise en HAD pour traitements systémiques du cancer reste cependant inégalement distribuée

■ Cadre et limites de l'HAD :

- ✓ l'HAD assure des soins non réalisables en ville car **trop complexes, trop intenses ou trop techniques**, pour des personnes qui **ont besoin de continuité des soins et d'une équipe de prise en charge pluriprofessionnelle** (médecins, infirmières, rééducateurs, assistante sociale, psychologue, diététicienne...).
- ✓ **Sans l'HAD, les personnes seraient maintenues en établissement hospitalier** ; elle permet donc de raccourcir une hospitalisation en établissement, voire parfois de l'éviter complètement.
- ✓ L'HAD se différencie d'un séjour à l'hôpital en ce qu'elle n'héberge pas la personne et n'assure ni la présence permanente ni les moyens techniques et humains qu'on y trouve.
- ✓ Elle met en œuvre un **projet de prise en charge global** (médical, soignant et psycho-social) intégrant des préoccupations différentes :
 - l'évaluation et **l'adaptation du domicile aux besoins de soins**, la **prise en compte de l'environnement et de l'entourage dans les soins**,
 - la coordination avec les professionnels sanitaires et sociaux de la ville (médecins traitants, professionnels de santé libéraux, officines pharmaceutiques, services à domicile, services sociaux), ce qui en fait un dispositif unique en son genre.

ORGANISATION DANS LE PARCOURS DE SOINS/ RECOURS OPTIMISÉ À L'HAD :

Critères d'éligibilité

Pour être éligible à une HAD, la prise en charge doit répondre à un double standard (complexité et faisabilité) et à une assurance qualité et sécurité au patient :

■ **Caractère complexe, continu et coordonné de la prise en charge** du fait du traitement (dispensation et/ou surveillance) ou état général du patient (fragilité, comorbidités...)

■ **Faisabilité de la prise en charge en HAD** : environnement adéquat, accord ou souhait du patient, disponibilité* d'un entourage informé, « éclairé ». Le recours à l'HAD **ne s'improvise pas** car il nécessite d'être réfléchi comme une possibilité, voire décidé dès le début de l'élaboration du projet thérapeutique, avec une analyse de situation de l'état du patient, de son environnement à domicile ainsi que de la possibilité de pouvoir s'appuyer sur une équipe libérale disponible et impliquée, en particulier l'IDEL

■ **Faisabilité du type de protocole thérapeutique** :

- concernant les traitements médicamenteux systémiques du cancer, ils s'inscrivent dans un cadre réglementaire strict, qui est celui des établissements associés en cancérologie. Le décret définit les prérequis organisationnels pour l'administration de chimiothérapie à domicile ainsi que les critères de qualité transversaux opposables à tous les établissements associés
- Par ailleurs pour être éligible en hospitalisation à domicile, un protocole thérapeutique doit garantir la même **qualité et sécurité** que s'il était réalisé en établissement hospitalier conventionnel, tant pour les patients que pour les professionnels de santé.

* la présence au domicile de proches-aidants est une condition favorable mais non obligatoire : Certaines prises en charge en HAD peuvent être réalisées même si le patient est isolé

Organisation dans le parcours de soins/ recours optimisé à l'HAD : information et communication

Le système d'information doit avoir pour objectif l'organisation :

- Du **partage d'information** : accès à tout ou parties du dossier du patient pour l'équipe HAD en charge
- De **l'échange d'information** : communication interprofessionnelle et avec le patient /son entourage
- De la **traçabilité des actes**, des soins prodigués dont administration de l'HAD et des informations échangées avec le patient ou avec les correspondants (DPI, logiciel chimiothérapie...)

Organisation dans le parcours de soins/ recours optimisé à l'HAD : gestion des retours non programmés

- L'équipe de coordination de l'HAD est garante de la gestion des événements et incidents au décours de la prise en charge du patient
- L'équipe de coordination de l'HAD est le recours de 1^{ère} ligne du patient, de sa famille et de l'équipe libérale de ville au cours du séjour
- La gestion des retours en consultation d'urgence ou en hospitalisation non programmée font partie des garanties en cas d'urgence réelle ou ressentie
- Les conventions entre HAD et établissements prescripteurs, et entre équipe libérale et HAD, le livret (ou autre support d'information concernant le séjour) remis au patient doivent comporter
 - mention de l'assurance à l'équipe libérale et au patient/ses proches de la gestion des aléas y compris la nécessité de ré-hospitalisation si besoin (gestion des retours non programmés)
 - Pour les libéraux intervenants au domicile, l'assurance que l'équipe hospitalière et/ou HAD est disponible pour avis ou conseil ou relai

 **modèle de convention page**

Les typologies d'HAD existantes

Elles reposent sur le lien entre l'établissement MCO autorisé en cancérologie et la structure de HAD :
2 modalités possibles :

HAD intégrée à l'établissement ➡ **modèle de convention [annexe page 24](#)**

L'HAD est intégrée à l'établissement autorisé en cancérologie et donc gérée comme l'un de ses services

L'équipe de l'HAD est salariée de l'établissement. Les intervenants au domicile peuvent être les professionnels libéraux en lien avec la coordination de l'HAD ou les salariés de l'HAD. La coordination des soins est assurée par les salariés de l'HAD.

HAD autonome et partenaires de l'établissement ➡ **modèle de convention [annexe page 24](#)**

L'HAD est indépendante avec un statut d'établissement associé en cancérologie de ou des établissement(s) autorisé(s) en cancérologie

L'équipe de l'HAD est salariée de la structure juridique portant l'HAD.

Dans l'HAD autonome, les principaux intervenants au domicile sont les salariés de l'HAD et/ou l'équipe libérale. La coordination des soins est assurée par les salariés de l'HAD.

Qu'ils soient salariés ou libéraux, les intervenants pour le compte de l'HAD pour la mise en œuvre du traitement médicamenteux systémique, doivent être formés à la manipulation et à la gestion des produits anticancéreux (dont conduite à tenir en cas d'incidents) et à la gestion de leurs déchets (circuits d'élimination, de recyclage ...)

Le manuel qualité (procédures, protocoles ou tout autre support de mise en œuvre) doit indiquer clairement que faire ou qui contacter en cas de dispositif défaillant, ou d'incident.

Interface hôpital autorisé en cancérologie

■ Médecin référent du patient dans l'établissement autorisé

- Il est le prescripteur de l'HAD,
- il décline le projet thérapeutique initial qui justifie l'HAD.
- Il peut être sollicité pour l'aboutissement de ce projet tout au long du séjour.

■ IDEC (infirmière de coordination) ou IPA (infirmière de pratique avancée)

L'IDEC ou l'IPA (quand elle existe), peut également être sollicitée et constitue un lien fort ville-hôpital.

■ L'assistante sociale de l'Hôpital :

Elle initie les dossiers de droit commun, renouvelle les droits sociaux et alerte sur les situations sociales complexes

■ Le pharmacien/équipe de l'URCC :

En plus de son rôle propre de pharmacien hospitalier, il intervient lorsque l'HAD ne dispose pas d'une PUI avec URCC. Une convention de sous-traitance pour la production des traitements anticancéreux doit alors être signée entre l'HAD et l'URCC.

INTERVENANTS EN HAD : Métiers et compétences

Intervenants salariés de l'HAD : médecin praticien en HAD, IDEC et assistante sociale salariée de l'HAD

■ Le médecin référent du patient en HAD :

- Il est responsable de la continuité des soins, qu'il assure en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire de coordination.
- Il est responsable de l'entrée du patient après avoir décliné le projet thérapeutique global et ses objectifs, en lien avec le médecin référent et/ou le médecin traitant, qu'il peut faire évoluer si besoin au fil du séjour.
- Il acte également la fin de la prise en charge quand il n'y a plus de modalités de prise en charge.
- Il assure l'exhaustivité de la traçabilité du dossier patient (appels, acte de coordination, prescriptions...).
- Il vérifie que le dossier est en adéquation avec la situation médico-sociale. Il peut ainsi garantir qu'elle justifie un séjour en HAD.
- Il participe également au développement du projet d'établissement et à la certification de l'établissement auquel il est rattaché.

■ L'IDEC HAD

- participe à la mise en œuvre et à la coordination du projet de soins à domicile en collaboration avec les professionnels de santé médicaux et paramédicaux.

■ L'assistant(e) social(e)

- organise et sécurise la prise en charge sociale de la personne soignée pour apporter des réponses adaptées à ses besoins et à ceux de son entourage.
- A la différence d'une hospitalisation classique l'HAD ne prend pas à sa charge tous les soins de nursing (toilette, changes...). L'assistante sociale intervient pour déclencher des aides pouvant être octroyée comme l'APA ou la PCH afin de minimiser le reste à charge qui néanmoins s'impose parfois au patient.

INTERVENANTS EN HAD : Métiers et compétences

Professionnels : médecin traitant, infirmière libérale, pharmacien de l'HAD, pharmacien d'officine

■ Le médecin traitant :

Il travaille en étroite collaboration avec le médecin praticien en HAD avec qui il s'entretient de l'évolution médicale du patient.

■ L'IDE libérale

se positionne en tant qu'effecteur de soins au domicile et fait remonter les informations sur ses actes et l'état du patient.

■ Pharmacien de l'HAD

Toutes les HAD ne sont pas dotées d'un pharmacien attitré; lorsque c'est le cas, il est en lien avec les pharmaciens l'URCC de l'établissement autorisé/et le pharmacien d'officine

■ Le pharmacien d'officine

Est informé et contribue aux conciliations médicamenteuses (pluri pathologies)

INTERVENANTS EN HAD : Les proches

Patients et ses proches-aidants au domicile (besoins et limites d'intervention)

- Dans la plupart des cas, le séjour en HAD repose sur la présence, le soutien et la participation des proches-aidants dont la surveillance clinique du patient, alerte, ...
- Le proche-aidant est dans ce cadre, en relation directe et continue avec les intervenants du domicile et informé par eux sur les soins qui sont donnés et les coordonnées des contacts des professionnels impliqués dans la prise en charge .
- Ainsi les proches-aidants sont lorsqu'ils sont présents, des partenaires incontournables mais l'absence de proche-aidant ne rends pas pour autant l'HAD irréalisable. En effet, l'isolement social n'exclue pas formellement une HAD si le patient est en capacité d'alerter, mais cet isolement nécessite un diagnostic social et la mise en place de conditions de réalisation qui peuvent prendre du temps; d'où la nécessité d'anticipation
- Une attention particulière doit être portée au proche-aidant et à ses propres vulnérabilités pour éviter de détériorer sa situation sociale et sa santé

Critères d'éligibilité des anticancéreux injectables en HAD

Critères de choix :

- Validation du protocole en RCP
- Réalisation du C1J1 en HDJ à minima (selon les molécules)
- Stabilité de la préparation (prendre en compte le délai de transport)
- Prémédication
- Modalités d'administration : voie d'administration, durée, surveillance
- Tolérance/toxicité immédiate
- Surveillance post administration
- Circuit des déchets
- Critères médico-économique

Contre-indication :

- Voie intrathécale
- Protocoles avec effets secondaires non contrôlés
- Risque allergique important



OUTILS

[Fiche feu vert !\[\]\(7a315dbd5736d1ca324577d88145843b_img.jpg\) annexe 27](#)

Anticancéreux injectables en HAD

Liste non exhaustive

Les médicaments retenus dans cette liste sont ceux réalisés le plus fréquemment en région AURA en 2023

- Atézolizumab TECENTRIQ®
- Azacitidine VIDAZA®
- Bortezomib VELCADE®
- Carfilzomib KYPROLIS®
- Daratumumab SC DARZALEX®
- Durvalumab IMFINZI®
- Cytarabine SC ARACYTINE®
- Gemcitabine IV GEMZAR®
- Nivolumab OPDIVO®
- Pembrolizumab KEYTRUDA®
- Pertuzumab PERJETA®
- Pertuzumab/trastuzumab PHESGO®
- Trastuzumab SC ou IV HERCEPTIN®

...



OUTILS

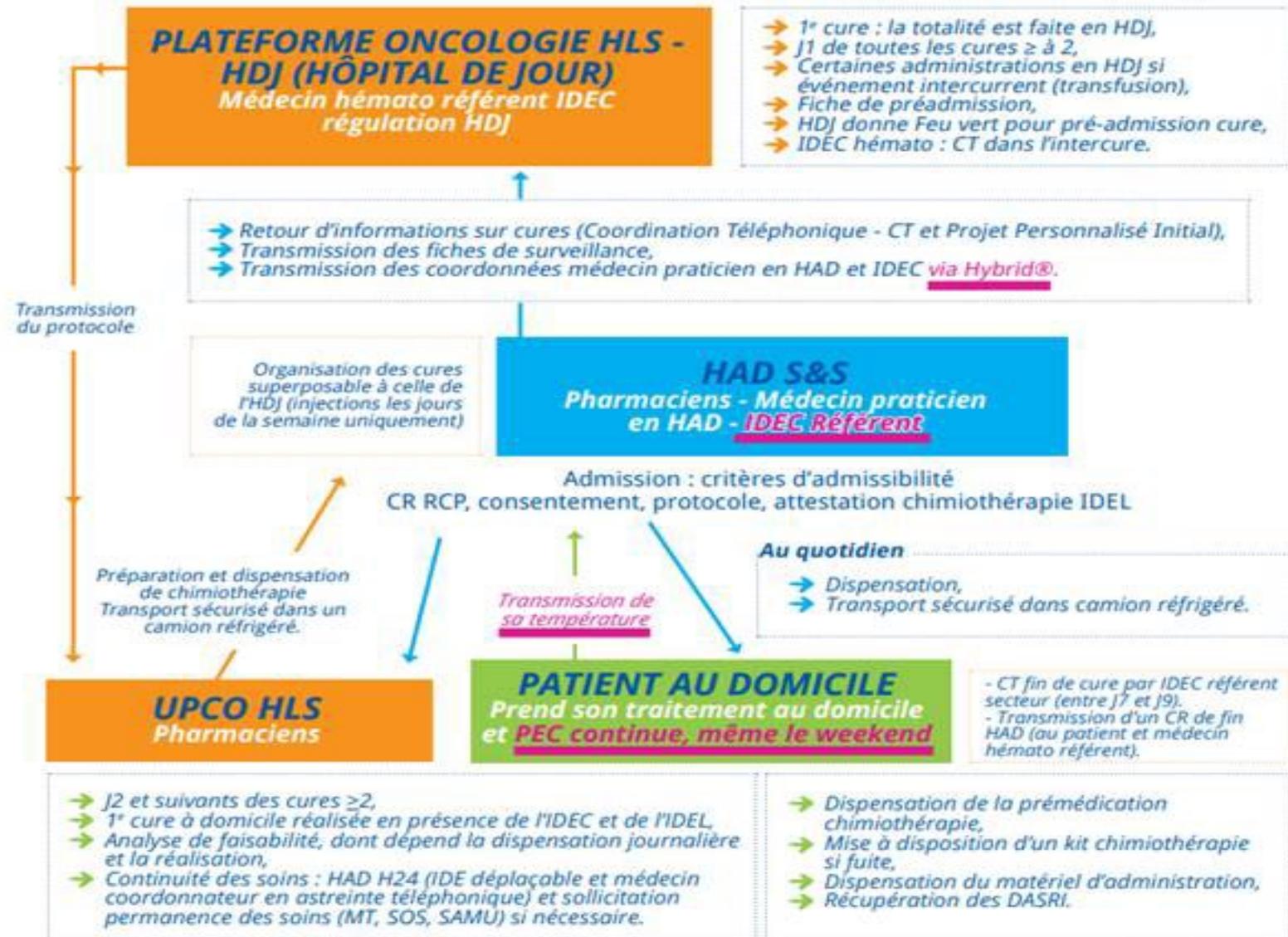
Pour ces médicaments, retrouver :

- une fiche d'information pour les professionnels de santé
- une fiche de suivi pour l'IDE en charge de l'administration



[Consulter les dernières versions des fiches sur RESSOURCES](#)

Exemple de fonctionnement HAD autonome/établissement autorisé



Annexes

SOMMAIRE /ANNEXES

- FAQ les réponses aux questions les plus souvent posées
- Qu'en pensent les Français ?
- Pathologies, traitées par chimiothérapies en France et prises en charge en HAD en 2023
- Les 10 chimiothérapies injectables les plus administrées en HAD en France, de janvier à septembre 2023
- Classement complet des chimiothérapies injectables les plus administrées en France, à domicile
- Détail des principaux modes de prises en charge en 2020
- Formation des professionnels des HAD/salariés ou libéraux
- Fiche feu vert chimio
- Modèle de contenu d'information au patient

FAQ : les réponses aux questions les plus souvent posées

- **Qui gère les bilans thérapeutiques avant la cure, l'HAD, les IDE libérales ?** C'est la coordination HAD en lien avec les médecins prescripteurs
- **Qui doit gérer l'EI de grade 3/4 (ou 2 récidivant) avec l'oncologue ou c'est l'IDEL qui contacte directement l'oncologue du patient ?** C'est le rôle propre du médecin référent du patient en HAD de prendre en charge la gestion de l'EI ou de coordonner l'orientation vers la prise en charge adéquate
- **Si impossibilité de réaliser l'administration, que fait-on de la préparation reçue ?** compte tenu du coût de certains médicaments, le circuit de retour ou d'élimination de la préparation doit être organisé dans le cadre de l'organisation de l'établissement (HAD intégrée) ou dans la convention entre HAD et établissement autorisé (HAD autonome) voir BPP 2022 en annexe
- **Quelle interface avec l'HAD autonome notamment si sous-traitance des chimios, pharmacien avec qui ?** Cette interface doit être organisée dans le cadre de la convention
- **Que faire en cas d'incidents (dispositifs défectueux, de poches de préparation percées ...)** ? C'est une responsabilité de la direction et la coordination de l'HAD. Les professionnels intervenants pour le compte de l'HAD (salariés ou libéraux) doivent être formés aux modalités de gestion des incidents qui doivent être répertoriés et documentés (traçabilité et en matière de CAT)
- **Quelle gestion des déchets ?** C'est une responsabilité de la direction et la coordination de l'HAD. Les personnes intervenant pour le compte de l'HAD (salariés ou libéraux) doivent être formés aux modalités de gestion et de recyclage des traitements anticancéreux et avoir une information et des procédures claires de la part de la direction de l'HAD sur la gestion et les circuits

Qu'en pensent les Français ?

Des Français favorables au fait d'être soignés au plus près de chez eux :

- Les Français plébiscitent la possibilité d'être soignés à domicile (plus de 81 % favorables dont 32 % de très favorables). Une tendance également confirmée par les médecins généralistes (87 % d'entre eux déclarent que leurs patients expriment le souhait d'être soignés à domicile)
- Une alternative perçue comme plus confortable et rassurante comme en témoignent les principaux atouts cités : « se soigner dans un environnement moins angoissant », « pouvoir être près de ses proches »
- Une nécessité néanmoins : celle d'avoir des garanties concernant l'équivalence dans la qualité de la prise en charge et de ne pas constituer une charge pour leurs proches

Les spécificités des offreurs de soins à domicile restent largement méconnues aussi bien des Français que des médecins :

- Les Français associent encore souvent prioritairement les soins à domicile aux notions de services et maintien à domicile ou à la fin de vie : plus de la moitié l'associe à une assistance complémentaire aux soins (portage de repas, garde malade...) ou aux soins palliatifs
- Une confusion qui existe également au sein de la communauté médicale : près d'1/3 d'entre eux pensent qu'ils ne peuvent pas prescrire directement une hospitalisation à domicile (HAD), sans passer par l'hôpital (31%)
- Et pour cause : 1 médecin généraliste sur 2 déclare ne pas se souvenir d'avoir déjà reçu d'information sur l'hospitalisation à domicile
- Or pour les Français, c'est justement le médecin traitant qui constitue le premier relai d'information (66%), puis l'hôpital et les pouvoirs publics (44 % et 43%)



Sondage Vivavoice 2017 pour FNEHAD

<https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2017/12/FNEHAD.-Perceptions-li%C3%A9es-%C3%A0-lHAD.-Pr%C3%A9sentation-Viavoice-EMBARGO-06-12-1.pdf>

Annexe au Préambule/contexte

- En 2022, 293 établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont recensés en France.
- 23 100 patients peuvent être pris en charge simultanément en HAD,
- 274 600 séjours pour 6,8 millions de journées ont été réalisés suivant ce mode d'hospitalisation. Cela représente 7,3 % de l'ensemble des capacités de prise en charge en hospitalisation complète de court et moyen séjour du territoire, et 7,9 % des journées d'hospitalisation.
- Les 90 établissements associatifs proposant uniquement cette forme d'hospitalisation totalisent près de la moitié des capacités et des journées. Les soins techniques de cancérologie, les soins palliatifs, les pansements complexes et les traitements intraveineux sont quatre des cinq principaux motifs d'admission (2/3 des séjours) en HAD.
- Les séjours pour soins de nursing lourds sont les plus longs (58 jours, contre 18 en moyenne, tous motifs confondus) et concernent les patients les plus dépendants.
- À l'inverse, les séjours techniques de cancérologie sont les plus courts, avec 95 % de patients autonomes ou faiblement dépendants.

Source : *Les établissements de santé > édition 2022 > DREES* <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/295155.pdf>

Contexte des HDJ d'oncologie qui sont parfois surchargés et peuvent entraîner du retard de prise en charge ainsi que les études sur le fait que la PeC de patients d'oncologie en HAD ne diminue pas le nombre de journées en HDJ voir même permet une augmentation de l'activité générale (cf études présentées par OMEDIT ARA)



Création d'un forfait d'adressage et d'expertise pour la prise en charge des patients traités par chimiothérapie en HAD (amendement en PLFSS pour 2024 adopté)
Expérimentation prévue pour une durée de trois ans. Prochaine étape : décret d'application qui va prévoir les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation et les critères de sélection des établissements qui y participeront.
Cf site internet de la FNEHAD :

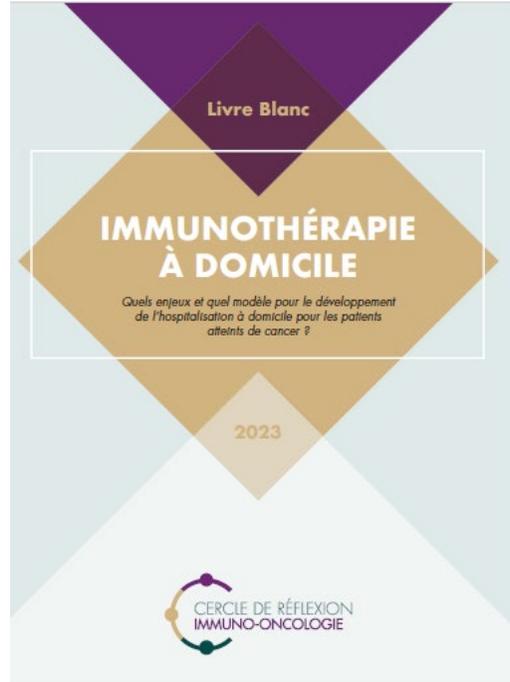
[FORFAIT CHIMIO] AMENDEMENT EN PLFSS POUR 2024 ADOPTÉ

En partenariat avec Unicancer, la FNEHAD a défendu la création d'un **forfait d'adressage et d'expertise pour la prise en charge des patients traités par chimiothérapie en HAD**. Cela va encourager l'adressage de patients traités par chimiothérapie injectable en HAD, par les services d'oncologie qui percevront pour cela une rémunération forfaitaire. Il s'agit d'une mesure forte portée par nos deux fédérations dont l'intérêt est multiple :

- **Pour l'établissement adresseur** : un désengorgement des services HDJ qui connaissent sans exception une augmentation importante d'activité et un taux d'occupation conduisant parfois à la saturation du service,
- **Pour l'établissement d'HAD** : une augmentation de la file active et un transfert de connaissances de l'établissement de référence vers l'établissement d'HAD,
- **Pour le patient** : une prise en charge beaucoup plus confortable et une réduction du temps de transport,
- **Pour l'Assurance Maladie** : une réduction des coûts de transports sanitaires et un coût de journée inférieur en HAD de 35 % par rapport à la même prise en charge en HDJ.

La FNEHAD a fortement milité pour que ce forfait puisse se concrétiser dès 2024. Une expérimentation est donc bien inscrite dans la loi, pour une durée de trois ans. Prochaine étape : nous allons travailler au décret d'application qui va prévoir les **modalités de mise en œuvre** de l'expérimentation et les **critères de sélection des établissements** qui y participeront. Un cycle de réunion pour travailler sur ce cahier des charges va démarrer prochainement, à la demande de la FNEHAD.

Annexe au préambule contexte/modalités de financement : forfait CT/IT



Communiqué de presse
25 septembre 2023

Document sous embargo jusqu'au lundi 25 septembre 2023

IMMUNOTHÉRAPIE A DOMICILE POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER : LES PROPOSITIONS DU CRIO POUR EN RELEVER LES DEFIS

Le Cercle de Réflexion en Immuno-oncologie (CRIO) se mobilise en faveur d'une meilleure qualité de vie pour les patients atteints de cancer et répond aux défis qui freinent le développement de l'administration des immunothérapies au domicile des patients.

L'immunothérapie est une innovation majeure dans le traitement du cancer

Les immunothérapies sont la grande innovation thérapeutique de ces dernières années dans le traitement du cancer. Elles ont permis de changer le pronostic de nombreux cancers, ouvrant la perspective d'envisager le cancer comme une maladie chronique. Ces thérapies, sont désormais indiquées dans plus de 30 types de cancers différents, en situation métastatique mais aussi aux stades précoces.

Les modes d'administration des immunothérapies sont également porteurs d'une transformation dans l'organisation des soins puisqu'elles peuvent être administrées en toute sécurité au domicile du patient, dans le cadre d'une Hospitalisation à Domicile (HAD).

L'HAD offre des avantages considérables pour le patient et notre système de santé

L'HAD est une prise en charge complète du patient, chez lui, mise en place et assurée par une équipe pluridisciplinaire, pour des soins complexes et qui permet d'éviter une hospitalisation avec hébergement. La crise de la COVID-19 a marqué un tournant en mettant en avant les qualités et les avantages de l'HAD pour la prise en charge des cancers.

- Pour le patient, qui peut déjà être affaibli par sa maladie et ses traitements, c'est une source de confort sensiblement accrue, en comparaison avec une hospitalisation complète ou une hospitalisation de jour (HDJ). Il ne quitte pas son foyer, évitant le stress que peut générer une prise en charge hospitalière et les temps de transport. Les patients peuvent ainsi conserver une vie relativement normale sans augmentation du nombre d'événements indésirables. 98% des patients qui ont pu en bénéficier sont satisfaits et prêts à recommander cette modalité de prise en charge¹.
- Pour notre système de santé, c'est également un atout puisque l'HAD permet de réduire la tension qui pèse sur les services hospitaliers, dans un contexte d'augmentation du nombre de patients traités pour un cancer².
- L'HAD est également une prise en charge moins coûteuse grâce aux économies générées par la diminution des transports et hébergements³.

Projet de décret sur un forfait destiné aux hôpitaux qui externalisent des Chimiothérapies/Immunothérapies en HAD. Dans un premier temps ça serai une expérimentation dans le cadre d'un appel à projet. C'est sérieux les pouvoirs publics vont encourager l'externalisation des TMS injectables en HAD !

Modèles de convention

- Convention établissement autorisé/HAD établissement associé
- Convention de sous-traitance
- Convention HAD/ professionnels libéraux



[Retrouvez les modèles de convention sur RESSOURCES](#)



Etat des lieux du recours à l'HAD en France

La prise en charge en HAD en France en 2023 par région (1/2)



Sources : ANH, Scansanté (MAJ 24/02/2024) – Données 2023 en cours de fiabilisation, Insee Pop municipale 2023
Copyright ONCO-AURA version janvier 2025

Près de 210 000 journées d'HAD réalisées en France* pour une chimiothérapie anticancéreuse en 2023

REGIONS : n=13 (année 2023 MAJ 22/02/24)	Nombre de journées chimio pour 100 000 hab.
Corse	2 285,5
Île-de-France (IDF)	594,2
Auvergne-Rhône-Alpes (ARA)	478,3
Nouvelle-Aquitaine (NA)	407,3
Centre-Val de Loire (CVL)	290,4
Occitanie	237,0
Hauts-de-France (HdF)	225,3
Pays de la Loire (PdL)	204,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA)	130,9
Grand Est (GE)	123,9
Bretagne (BZH)	93,2
Bourgogne-Franche-Comté (BFC)	84,9
Normandie	41,0

26 26

[consulter le dernier état des lieux de la chimiothérapie en HAD sur RESSOURCES](#)

Infirmières :

Information /Formation et mise à jour des pratiques (fiches techniques) : dispositifs (chambres implantables; picc line ... lien vers les fiches techniques ou support existant de formation

Gestion des toxicités et/ou à information thérapeutique/éducation thérapeutique



OUTILS

S'informer sur les gestes infirmiers :

BP de soins infirmiers ONCOAURA :

- [administration des cytotoxiques par voie IV](#)
- [administration des immunothérapies](#)
- [chambre implantable](#) : technique de manipulation et d'entretien
- [PICC line](#)



FORMATIONS

"[Mettre en place une activité de chimiothérapie en HAD](#)"

– FNEHAD 

- « [MOOC Administration des immunothérapies antitumorales à domicile](#) » - Formation ONCOAURA



FICHE FEU VERT CHIMIO



CHIMIOThERAPIE INJECTABLE EN HAD : FICHE FEU VERT CHIMIO



« Molécule »

Etat général du patient :

Score OMS	
Constantes : <ul style="list-style-type: none">• Température• TA• FC• Poids	

Effets indésirables depuis la dernière cure :

Effets indésirables	Grade

Bilan biologique :

NFS : <ul style="list-style-type: none">• HB• PNN• Plaquettes DFG...	
Bilan hépatique : <ul style="list-style-type: none">• ASAT / ALAT• GGT / PAL	
Bilan hormonal (si immuno) <ul style="list-style-type: none">• Thyroïde : TSH, T3, T4• Cortisol	



[Consulter la dernière version sur RESSOURCES](#)

Ressources documentaires

SOMMAIRE

- **Charte de l'hospitalisation à domicile** p31
- **Exemple de charte du patient hospitalisé** p32
- **Décret relatif aux conditions d'implantation** p33
- **Recommandations des personnes malades et des proches/conditions de l'ambulatoire** p34
- **Pour aller plus loin : Textes et lois de référence/sites d'intérêts** p35
- **Bibliographie** p36

Modèle de contenu d'information au patient (source Assurance maladie)

- **L'hospitalisation à domicile (HAD)** permet d'assurer, à votre domicile, tous les soins médicaux et paramédicaux prescrits par votre médecin.
- **L'admission en HAD** suppose votre consentement et celui de votre entourage au principe de l'HAD.
- Elle est prononcée par le responsable de l'HAD sur prescription du médecin hospitalier ou libéral, s'il n'y a pas eu d'hospitalisation préalable, **sur la base d'un projet thérapeutique, c'est-à-dire d'un programme de soins et d'accompagnement individualisé**, sur avis favorable du médecin praticien en HAD.
- À noter : les modalités de prise en charge sont **identiques à celles d'une hospitalisation en établissement** et sont soumises aux mêmes conditions administratives et financières (en dehors du forfait journalier qui représente les frais d'hébergement).
- **Le service d'HAD assure, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, la continuité de soins équivalents à ceux dispensés à l'hôpital.**
- **Médecin praticien en HAD, médecin traitant... Quel est le rôle de chacun ?**
 - Le médecin praticien en HAD joue un rôle central dans l'HAD. C'est lui qui assure les contacts avec les médecins hospitaliers et les médecins libéraux à votre chevet et qui organise la coordination des soins. C'est à lui que vous pouvez vous adresser pour toute demande particulière concernant la structure d'HAD.
 - Votre médecin traitant est responsable de votre prise en charge pour laquelle il dispense des soins de façon périodique. Il assure le suivi médical et la surveillance des soins lors de ses visites.



Image : source Fnehad

CHARTRE DU PATIENT HOSPITALISÉ À DOMICILE L'HAD DE L'AP-HP C'EST ...

UN HÔPITAL QUI ...

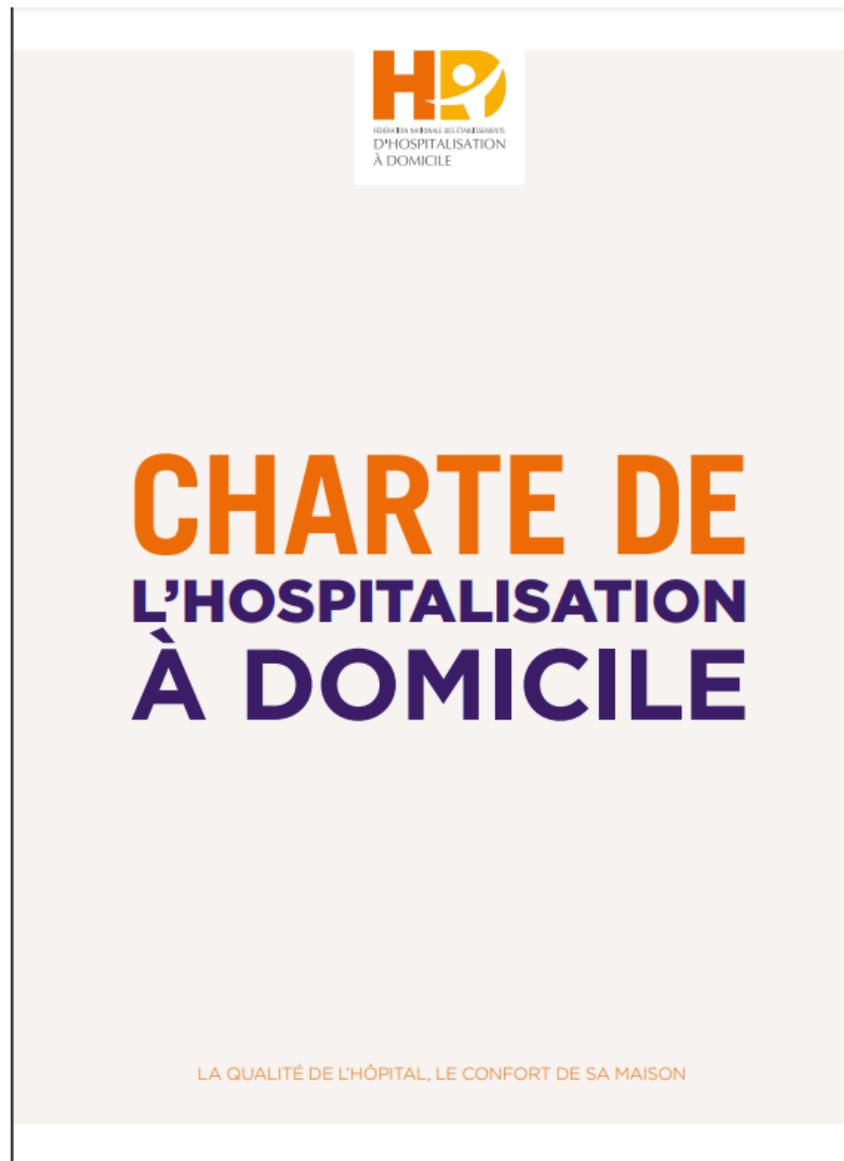
- ✓ Assure à chaque patient, le **bénéfice des meilleures soins** en l'état actuel de la science médicale, associés à une **prise en charge personnalisée** pour atteindre une satisfaction maximale.
- ✓ Met en œuvre les conditions nécessaires à la **sécurité** de la prise en charge des patients (risques liés aux soins, risque iatrogène...).
- ✓ Permet le plein exercice des compétences des professionnels, en évaluant collectivement les bénéfices et les risques de prises en charge qui évoluent pour **s'adapter aux besoins des patients**.
- ✓ Reconnaît à tous ses professionnels, quel que soit leur métier et leur expérience **une mission claire** dans la prise en charge personnalisée du patient.
- ✓ S'appuie sur chaque professionnel comme acteur respecté dans ses compétences propres et comme membre d'une équipe contribuant au travail collectif.

UN HÔPITAL À DOMICILE QUI ...

- ✓ Affirme sa mission spécifique : Adapter au mieux l'hôpital **aux conditions matérielles et humaines du domicile** avec le patient et son entourage et les autres professionnels présents, notamment le médecin traitant.
- ✓ Propose au patient et à son entourage **d'être un partenaire de sa prise en charge**, actif et responsable, collaborant avec l'équipe de professionnels, depuis l'élaboration du projet thérapeutique jusqu'à la sortie de l'HAD, quelle que soit la forme de celle-ci.
- ✓ Favorise un travail d'équipe autour du patient, associant ses propres personnels et les autres professionnels intervenant au domicile, en particulier le médecin traitant.
- ✓ Coopère avec les acteurs de l'environnement sanitaire et social pour élaborer des réponses innovantes aux besoins qui évoluent, et saisir les opportunités de **partenariats**, notamment avec les réseaux.

UN HÔPITAL DE SERVICE PUBLIC QUI ...

- ✓ Garantit à tous les patients, **l'égalité d'accès aux soins et l'équité de traitement** qui leur sont due, quelles que soient leurs situations sociales, leurs croyances, leurs origines ou leurs pratiques culturelles.
- ✓ Développe une offre centrée sur une **prise en charge polyvalente**, tout en sachant organiser un accès aux soins à des patients ayant des besoins spécifiques, en particulier à travers des **filières spécialisées**.
- ✓ Assume la pleine responsabilité du **meilleur usage possible du financement public** confié par la collectivité pour la réalisation de ses activités au bénéfice des patients.



<https://www.fnehad.fr/la-charte-de-lhad/>

Dé cryptage

Décret relatif
aux **conditions
d'implantation**
de l'activité
d'hospitalisation
à domicile

Février 2022

https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2022/03/FNEHAD_Decryptage_Decret_N2021-1954_web_p.pdf



Les recommandations des personnes malades et des proches

Ligue nationale contre le cancer

Dans une perspective de développement de la prise en charge en ambulatoire et si l'on souhaite œuvrer pour une qualité de vie à domicile satisfaisante pour le plus grand nombre :

1. **Favoriser les liens** : visites de bénévoles au domicile des patients qui le souhaitent ; soins de supports de proximité ou services mobiles ; aides au déplacement (co-voiturage, bénévoles pour les déplacements, chèques transport...) ;
2. **Favoriser le recours à des aides à domicile** ou à des solutions alternatives : développement de l'offre pour tous (politique tarifaire ; forfait) ; plus de souplesse dans la mise en oeuvre de certaines aides ; sensibilisation de professionnels type médecin traitant, pharmacien, assistant social généraliste pour une meilleure orientation ; solutions d'hébergements alternatifs après la phase aiguë des traitements quand les personnes fragilisées ne peuvent rentrer chez elles.
3. **Sécuriser le parcours de soins** : meilleure information sur les effets secondaires et éducation thérapeutique du patient ; permanence et solutions numériques le soir et les week-ends ; amélioration de la transmission de l'information (entre oncologue et médecin traitant, entre services hospitaliers et infirmières à domicile...) ; meilleure gestion des situations de crise pour éviter le passage aux urgences ; développement de la coordination entre les intervenants sociaux et médicaux.
4. **Soutenir les proches** : soutien psychologique ; information pour prévenir l'épuisement des proches ; développement de structures ou d'initiatives de répit.

Source [DOPAS - Vivre à domicile avec la maladie](#) Ligue nationale contre le cancer

Textes de référence

[Code de la santé publique : article R6121-4 Objet de l'HAD](#)

[Code de la santé publique : articles D6124-194 à D6124-215 Activité d'hospitalisation à domicile](#)

[Décret n° 2025-114 du 5 février 2025 relatif à l'expérimentation prévue à l'article 50 de la loi n° 2023-1250 de financement de la sécurité sociale pour 2024 - Légifrance](#)

[Décret n° 2025-4 du 3 janvier 2025 modifiant les conditions techniques de fonctionnement de l'activité de réadaptation en hospitalisation à domicile - Légifrance](#)

Sites d'intérêt

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>

<https://www.scansante.fr/applications/taux-de-recours-had>

<https://sante.gouv.fr/archives/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-7-les-soins-a-domicile>

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F732>

<https://www.fnehad.fr/quest-ce-que-lhad/>

<https://ressources-aura.fr/plateforme/had-cancer/>

Bibliographie

- Beer, Hayley, David Routledge, Trish Joyce, Emma-Jane Furphy, Nella Combe, David Ritchie, Amit Khot, Seok Ming Lim, Michael Montalto, et Simon J. Harrison. 2021. « The Development of a Home-Based Therapeutic Platform for Multiple Myeloma ». *Expert Review of Hematology* 14 (12): 1129-35. <https://doi.org/10.1080/17474086.2021.2022471>.
- Cool, Lieselot, Dominique Vandijck, Philip Debruyne, Melissa Desmedt, Tessa Lefebvre, Michelle Lycke, Pieter Jan De Jonghe, Hans Pottel, Veerle Foulon, et Koen Van Eygen. 2018. « Organization, Quality and Cost of Oncological Home-Hospitalization: A Systematic Review ». *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 126 (juin):145-53. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2018.03.011>.
- Coyte, P. C., M. J. Dobrow, et L. Broadfield. 2001. « Incremental Cost Analysis of Ambulatory Clinic and Home-Based Intravenous Therapy for Patients with Multiple Myeloma ». *PharmacoEconomics* 19 (8): 845-54. <https://doi.org/10.2165/00019053-200119080-00006>.
- Dimopoulos, M. A., P. Moreau, E. Terpos, M. V. Mateos, S. Zweegman, G. Cook, M. Delforge, et al. 2021. « Multiple Myeloma: EHA-ESMO Clinical Practice Guidelines for Diagnosis, Treatment and Follow-Up† ». *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology* 32 (3): 309-22. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.11.014>.
- Gobbini, Elisa, Anne-Claire Toffart, Laure Boisserie Lacroix, Julian Pinsolle, Laure Schouffet, Isabelle Federspiel, Thomas Pierret, Maurice Pérol, et Amélie Feyeux. 2022. « Immune Checkpoint Inhibitors and Hospitalization at Home in France ». *Bulletin Du Cancer* 109 (1): 89-97. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2021.09.012>.
- Jang, Hyoeun, Sanghee Kim, DaeEun Kim, Mehee Park, Sunemee Rhue, Changmin Lee, Seulgee Kim, Byungmun Kang, et Haeri Lee. 2022. « “It’s a Part of the Patient”: The Experiences of Patients with Cancer Undergoing Home-Based Chemotherapy from Patients’ and Nurses’ Perspectives ». *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing* 9 (8): 100072. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.04.011>.
- Kirkegaard, Jannie, Birgitte Wolf Lundholm, Tine Rosenberg, Thomas Lund, Michael Tveden Gundersen, et Karin Brochstedt Dieperink. 2022. « Home Is Best. Self-Administration of Subcutaneous Bortezomib at Home in Patients with Multiple Myeloma - A Mixed Method Study ». *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society* 60 (octobre):102199. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102199>.
- Lassalle, A., P. Thomaré, C. Fronteau, B. Mahé, C. Jubé, N. Blin, M. Voldoire, et al. 2016. « Home Administration of Bortezomib in Multiple Myeloma Is Cost-Effective and Is Preferred by Patients Compared with Hospital Administration: Results of a Prospective Single-Center Study ». *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology* 27 (2): 314-18. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdv563>.
- Sanguinetti, José María, Daniel Martínez, Federico Dimase, Guillermo Streich, Paola Castro, Victoria Vega, et Emilio Batagelj. 2021. « Patient Safety and Satisfaction in Home Chemotherapy ». *Home Healthcare Now* 39 (3): 139-44. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000958>.
- Toffart, Anne-Claire, Amélie Feyeux, Maurice Pérol, Nicolas Girard, Aurida El Bouanani, Antoine Vignon, et Aldo Renault. 2022. « Proposal for a General Framework for the Administration of Anticancer Immunotherapy in a Hospital-at-Home Care ». *Bulletin Du Cancer* 109 (1): 98-105. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2021.09.014>.
- Touati, Mohamed, Ludovic Lamarsalle, Stéphane Moreau, Françoise Vergnenègre, Sophie Lefort, Catherine Brillat, Laetitia Jeannet, et al. 2016. « Cost Savings of Home Bortezomib Injection in Patients with Multiple Myeloma Treated by a Combination Care in Outpatient Hospital and Hospital Care at Home ». *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 24 (12): 5007-14. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3363-3>.
- Mohamed Touati, Liliane Remenieras, Stéphane Moreau, veronique Truffinet, Sophie Lefort, Françoise vergnenegre, Mona Abouelfadel, Aline Lagarde, Agnes Cournede, Annick Daulange, Marie-Charlotte Laffetas, Dominique Bordessoule; Outpatient and Home Chemotherapy: Preliminary Results of the Experience of the Limousin (France) Hematological Care Network.. *Blood* 2010; 116 (21): 3823. doi: <https://doi.org/10.1182/blood.V116.21.3823.3823>