



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**ANALYSE COMPARÉE DE LA CHIMIOTHÉRAPIE  
ANTICANCÉREUSE ADMINISTRÉE À L'HÔPITAL OU  
PRISE EN CHARGE À DOMICILE : ASPECTS  
ÉCONOMIQUES ET ORGANISATIONNELS**

**Juin 2005**

**Service évaluation médico-économique et santé publique**

---

## **SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES**

---

### **I. INTRODUCTION**

En 2003, l'Anaes a publié des recommandations sur les critères d'éligibilité des patients aux chimiothérapies anticancéreuses à domicile, à la demande de la DHOS, afin qu'elles se déroulent dans les mêmes conditions de sécurité et de qualité qu'à l'hôpital.

En prolongement de ce travail, la DHOS a souhaité documenter les aspects économiques associés à la réalisation de la chimiothérapie, l'objectif étant de procéder à une comparaison des coûts des différents modes de prise en charge (hôpital - hospitalisation complète ou de jour, hospitalisation à domicile [HAD], réseaux).

La chimiothérapie réalisée par des professionnels libéraux hors réseaux, sur prescription hospitalière ou non, ne faisait pas l'objet de la saisine de la DHOS et n'a donc pas été incluse dans la présente étude. Néanmoins, au cours du temps le sens donné au terme « réseau » s'est modifié, allant dans le sens d'une structure de plus en plus formalisée. Il est possible que dans la littérature disponible, certaines coopérations médecins de ville-hôpital se soient attribué le qualificatif de « réseau » alors que cela ne correspond plus au sens adopté en 2005 (cf. les réseaux de santé dans le rapport).

Des éléments sur la satisfaction des patients, des aidants et des soignants ont été intégrés ainsi que des précisions sur les conditions organisationnelles de développement de ces différentes prises en charge.

### **II. MÉTHODE**

La comparaison des coûts de la chimiothérapie s'est fondée sur l'analyse critique de la littérature internationale de langue française et anglaise. Les données ont été complétées pour la France par une recherche dans les bases du PMSI (coût de la prise en charge hospitalière) et par une extraction spécifique de données de l'enquête HAD de l'Irdes (ex-Credes). Le rapport a été discuté au cours de deux réunions avec un groupe de travail de 16 experts proposés par les institutions ou sociétés savantes concernées. Les propositions et perspectives émises à partir de ces avis d'experts ont été soumises à l'avis d'un groupe de lecture constitué de 27 personnes.

### **III. RÉSULTATS**

#### **III.1. Typologie et importance des prises en charge**

Il a été difficile de comparer quantitativement le nombre de séances de chimiothérapie à l'hôpital avec le nombre de places d'HAD ou le nombre de patients traités dans le cadre d'un réseau car il ne s'agit pas nécessairement des mêmes patients (protocoles différents) ni de la même unité de mesure. Il apparaît cependant qu'au regard des données exploitées, la chimiothérapie est réalisée très majoritairement en France en hospitalisation et qu'elle est très peu développée dans les réseaux. Par ailleurs, le groupe de travail a souhaité soulever l'importance des

chimiothérapies effectuées à domicile par des professionnels libéraux, en dehors d'un réseau institutionnel.

### **III.2. Comparaison des coûts**

La littérature médico-économique internationale a montré que l'HAD était moins coûteuse en termes de coûts directs moyens que l'hospitalisation conventionnelle dans 9 études sur 13. Toutefois les résultats des évaluations étaient très dépendants du contexte, des protocoles et des aspects organisationnels : ainsi, les résultats des 10 études étrangères n'étaient pas transposables au contexte français. En France, une seule étude était fondée sur un essai randomisé croisé et a obtenu des résultats nuancés. Enfin, les résultats divergeaient selon les méthodes d'estimation (coût moyen ou marginal), ce qui ne permet pas de conclure précisément en faveur de l'une ou l'autre des possibilités. À terme, on peut penser que la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A), tant pour l'HAD que pour l'hospitalisation, aura un impact et modifiera très probablement les résultats comparant les deux modalités.

La comparaison de l'hospitalisation conventionnelle à la prise en charge en réseau a fait apparaître que le réseau était moins coûteux que la prise en charge hospitalière dans les 5 études françaises réalisées. Cependant, le calcul du coût s'avérait particulièrement délicat à effectuer compte tenu des difficultés de définition du périmètre du réseau. La méthodologie consistant à comparer les remboursements de soins pour les patients du réseau et à les comparer à un groupe témoin suscitait en outre de nombreuses difficultés méthodologiques.

### **III.3. Coûts pour la famille et production domestique de soins**

Les données de coûts issues de la littérature étaient très limitées mais laissaient supposer que la chimiothérapie générait des coûts pour la famille et les aidants quel que soit le mode de prise en charge.

### **III.4. Structure des coûts et facteurs explicatifs en France**

En considérant comme référence les résultats du CreDES avec une durée de séjour de 1 jour, le coût de la chimiothérapie à l'hôpital public ou privé était plus élevé (dans un rapport de 1 à 3,7 - 575 € contre 155,2 €) que les soins en hospitalisation à domicile pour les séjours classés dans le GHM 681. La différence hospitalisation-domicile dans le cas des séjours en hospitalisation complète était encore plus élevée. Toutefois, lorsque l'on considérait la durée réelle de séjour en HAD (7,78 jours dans l'enquête CreDES), le coût de la prise en charge à domicile semblait plus élevé que celui de l'hospitalisation de jour dans un rapport de 1 à 2,1. Il convient bien entendu de s'interroger sur la nature de la prestation fournie dans les deux cas car la chimiothérapie à domicile ne couvre pas que l'acte de chimiothérapie mais bien souvent d'autres prestations pour assurer la prise en charge globale d'un patient ayant besoin de soins coordonnés.

La nouvelle tarification en GHS ramène le niveau du GHM 681 à un tarif de 481,4 € qui exclut les molécules onéreuses. Toutefois, il convient d'ajouter au coût de l'hospitalisation complète les montants supplémentaires rémunérant les molécules onéreuses et le coût du transport des malades qui ne relève pas du traitement lui-même mais constitue des frais annexes pour l'assurance maladie.

La part des coûts de la pharmacie en hospitalisation était plus faible que dans le cas de la prise en charge à domicile (27,5 % contre 37,4 % dans l'enquête Credes).

Si l'on ramène les coûts du réseau à un coût par jour le réseau était encore moins coûteux que l'HAD. Cependant ces résultats ne portaient que sur 2 études qui lissaient dans le temps le coût de la chimiothérapie : il convient donc d'être particulièrement prudent sur le choix de l'unité de mesure.

Au total, lorsque la durée de séjour considérée est de 1 jour, la prise en charge à domicile dans le cadre d'une HAD ou d'un réseau serait moins coûteuse que l'hospitalisation conventionnelle. Cependant, la question de la comparabilité des deux prestations fournies se pose, puisque la durée de séjour n'était pas identique.

### **III.5. Éléments sur l'état de santé, la satisfaction et les préférences des patients**

En termes d'état de santé, la prise en charge en HAD ou dans le cadre d'un réseau conduisait à des résultats équivalents par rapport à l'hospitalisation conventionnelle. Ces travaux n'étaient cependant pas d'un niveau de preuve suffisant pour conclure définitivement sur cette question.

Les études étaient plutôt favorables à la prise en charge à domicile en termes de satisfaction des patients, des aidants et des soignants même si certaines difficultés étaient soulignées (mode de rémunération et insuffisance de formation ou d'entraînement pour les professionnels, intensité de la prise en charge et conséquences en termes de revenus pour les aidants). Dans ces études les questionnaires utilisés n'étaient pas très précis et les résultats étaient très sensibles à l'échantillon interrogé.

### **III.6. Aspects organisationnels**

Des textes ont déjà été élaborés par la DHOS et par l'Anaes sur l'organisation des professionnels coordonnant et réalisant la chimiothérapie et sur les produits administrés et le matériel médical.

L'arrêté ministériel du 20/12/2004, notamment, organise la réalisation d'une chimiothérapie à domicile dans le cadre d'une préparation centralisée. Il soumet la réalisation de cet acte à une prise en charge en réseau (organisé ou informel), sur la base du respect d'un cahier des charges (annexé à l'arrêté).

L'adaptation des modalités de tarification est un des aspects centraux permettant le développement des prises en charge à domicile de la chimiothérapie. Dans ce cadre, plusieurs évolutions récentes ont été constatées (modalités de prise en charge des diffuseurs et des pompes pour perfusion à domicile, information du patient sur les coûts et le remboursement, plan de soins infirmiers). D'autres mesures tarifaires sont prévues dans le cadre du Plan cancer (mise en place d'un forfait de suivi par le généraliste, financement spécifique des molécules onéreuses, expérimentation d'un forfait de traitement primaire versé au réseau). Enfin, afin d'harmoniser les niveaux de prise en charge sur le territoire et selon les structures, de nouvelles modalités de tarification de l'HAD ont été proposées dans le cadre de la réforme T2A.

## IV. CONCLUSIONS

Les données, issues de la littérature et des bases de données françaises exploitées, concernant les coûts comparés des différents modes de prise en charge étaient insuffisantes pour pouvoir conclure précisément. En termes de coûts moyens, la tendance était globalement en faveur de la prise en charge à domicile (en HAD ou en réseau). Les éléments sur la satisfaction et les préférences des patients étaient favorables à la prise en charge à domicile. Il n'est pas possible de trancher sur l'état de santé. D'importantes évolutions organisationnelles sont en cours de développement, en particulier concernant la tarification. Pour la plupart d'entre elles, ce sont des recommandations ou des projets qu'il reste à mettre en application.

## V. PROPOSITIONS

Pour permettre à la prise en charge à domicile de se développer, le groupe de travail a formulé les propositions suivantes à partir de sa propre expérience :

- Les différentes structures de prise en charge (hôpital, réseau, HAD) sont complémentaires et la coordination entre ces structures est nécessaire. Il n'est pas souhaitable de les opposer ni de les superposer. Certaines chimiothérapies réalisées aujourd'hui dans le cadre hospitalier pourraient être effectuées dans le cadre d'une prise en charge à domicile. Le point de départ de la réflexion doit prioritairement être celui de la prise en charge globale du patient permettant de déterminer quelle est la structure la plus adaptée en fonction de l'évolution de son protocole de traitement. Dans ce cadre, les questions à clarifier sont celles des coûts associés, de la formation des personnels et de la responsabilité des différents acteurs à chaque étape du processus de prise en charge.
- La réflexion sur le développement des structures (réseaux ou HAD) doit tenir compte de l'existant. Il est nécessaire de faire un recensement des moyens consacrés sur le territoire à la chimiothérapie, que ce soit en prise en charge hospitalière ou à domicile. La répartition optimale de l'offre en fonction des besoins des populations et de l'existence des structures doit être déterminée. Les zones géographiques étant mal pourvues en structures d'HAD ou en réseau devront les développer en priorité.
- Les médicaments et leur préparation apparaissent comme une variable déterminante du coût des chimiothérapies. Les modalités de tarification les concernant doivent faire l'objet d'une analyse détaillée, en particulier concernant la préparation centralisée et les modalités de rétrocession.
- Il conviendrait d'élaborer une méthodologie d'enquête pour évaluer l'importance des chimiothérapies à domicile qui sont réalisées en dehors d'une structure d'HAD ou d'un réseau.
- Il conviendrait de calculer le coût de la chimiothérapie à l'hôpital et à domicile par protocole en s'appuyant sur la comptabilité analytique que devraient mettre en place les structures d'HAD et les réseaux.
- Il est souhaitable de tenir compte, dans les évaluations de la chimiothérapie à domicile, non simplement des coûts mais également d'intégrer les composantes de qualité de vie et de souhait des patients.
- La chimiothérapie n'est qu'une des composantes de la prise en charge du patient cancéreux. L'évaluation du coût global d'un patient atteint de cancer est préférable à la simple considération de la chimiothérapie qui n'est jamais un acte isolé.

Le rapport complet

(ISBN :            Prix net : €)

est disponible à la Haute Autorité de Santé  
Service communication  
2, avenue du Stade de France  
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Ce texte est téléchargeable gratuitement sur le site de la Haute Autorité de Santé :  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

Ce travail a été réalisé par M<sup>me</sup> Isabelle HIRTZLIN, chargée de projet, avec la collaboration de M<sup>lle</sup> Nathalie PREAUBERT, chef de projet, sous la direction de M<sup>me</sup> Catherine RUMEAU-PICHON, responsable du service évaluation médico-économique et santé publique.

La recherche documentaire a été effectuée par M<sup>me</sup> Christine DEVAUD, documentaliste, et M<sup>lle</sup> Renée CARDOSO, assistante-documentaliste.

## **GROUPE DE TRAVAIL**

D<sup>r</sup> Dominique BESSON, médecin coordonnateur réseau, QUIMPER  
D<sup>r</sup> Dominique BREILH, pharmacien hospitalier, PESSAC  
D<sup>r</sup> Laure COM-RUELLE, santé publique et économie de la santé, IRDES, PARIS  
D<sup>r</sup> Yves DEVAUD, hémato-cancérologue, centre Léon-Bérard, LYON  
M. René DRIVET, directeur Santé-Services, PUTEAUX  
D<sup>r</sup> Éric DUBOST, directeur Soins et Santé, CALUIRE-ET-CUIRE  
M<sup>me</sup> Nadine FAVIER, infirmière libérale, vice-présidente de la FNI, MONTPELLIER  
D<sup>r</sup> Samuel LIMAT, pharmacien, BESANÇON  
P<sup>r</sup> Michel MARTY, oncologue IGR, VILLEJUIF  
M<sup>me</sup> Françoise MEISSAN, directrice HAD, NANTES  
D<sup>r</sup> Lydie NICOLAS, médecin coordonnateur HAD, GRENOBLE  
M<sup>me</sup> Madeleine SCHEIRMANN, cadre infirmier- réseau ONC'ORIENT, LORIENT  
M. Raphaël REMONNAY, économiste, LYON  
D<sup>r</sup> Maria RODRIGUEZ, directrice HAD AP-HP, PARIS  
D<sup>r</sup> Jean-Marie TIGAUD, oncologue, VILLENEUVE-SAINT-GEORGES  
D<sup>r</sup> Philippe WALKER, médecin coordinateur du réseau ONCORÈSE DE 2000 À 2002, unité mobile de soins palliatifs CHRU, LIMOGES

## **GROUPE DE LECTURE**

D<sup>r</sup> Anne BROUARD, pharmacienne, LORIENT  
D<sup>r</sup> Élisabeth BRETAGNE, chef de projet régional cancer DRASS Bretagne, RENNES  
P<sup>r</sup> Roland BUGAT, oncologue médical, TOULOUSE  
M<sup>me</sup> Valérie BUTHION, économiste et gestionnaire, LYON  
M<sup>me</sup> Dominique CANCEL, pharmacienne, SAINT-MICHEL  
P<sup>r</sup> Marie-Odile CARRÈRE, économiste, membre du Conseil scientifique de l'Anaes, LYON  
M<sup>me</sup> Josette CHALENCON, cadre infirmier coordinatrice de soins à domicile, LYON  
D<sup>r</sup> Jacqueline DARSE-DERIPPE, pneumologue oncologue, médecin coordonnateur HAD, PARIS  
D<sup>r</sup> Frédéric DE BELS, chef de projet, HAS, SAINT-DENIS  
M. Gérard DE POUVOURVILLE, économiste, LE KREMLIN-BICÊTRE  
M<sup>me</sup> Danièle DOUTRE ROUSSEL, infirmière générale, DIJON  
M. Raymond GATOU, responsable service financier HAD AP-HP, PARIS  
M<sup>me</sup> Dominique GUILLOUËT, infirmière, responsable du département de santé publique du CNAM, NANTES  
M<sup>me</sup> Nadine HESNART, infirmière libérale, présidente de la FNI, PARIS  
D<sup>r</sup> Dominique JAUBERT, oncologue médical, BORDEAUX  
D<sup>r</sup> Emmanuelle LEBRUN, DIM, NANCY  
M<sup>me</sup> Anne-Gaëlle LE CORROLLER, chargée de recherche Inserm, MARSEILLE

D<sup>r</sup> Jean-Louis LEGOUX, hépato-gastro-entérologue, PESSAC

D<sup>r</sup> Élisabeth LEWANDOWSKI, DIM, ABBEVILLE

D<sup>r</sup> Marc MAGNET, oncologue, médecin coordonnateur HAD, CALUIRE

M. Gérard PINSON, secrétaire général Institut Curie, PARIS

M<sup>me</sup> Martine ROLLAND, infirmière libérale, RIANTEC

M. Gérard SANTAMARIA, infirmier, BOURGES

D<sup>r</sup> Noémie SILBERSTEIN, pharmacienne, ROCHEFORT

D<sup>r</sup> Isabelle VAN PRAAGH, oncologue médical et coordinatrice du réseau de cancérologie, CLERMONT-FERRAND

P<sup>r</sup> Alain VERGNENÈGRE, pneumologue, membre du Conseil scientifique de l'Anaes, LIMOGES