



**Le traitement à emporter au
fond des vallées :
Immunothérapie en HAD,
retour d'expérience savoyarde**

Dr Geneviève Prévot - PH HAD



J20

Chambéry
Centre de Congrès
Le Manège
28 et 29
septembre 2023



PLAN

Introduction

Pourquoi avoir délocalisé

En pratique en Savoie

Limites

Perspectives et points de vigilance

Bilan

Introduction (1)

Etude KBP 2020 : « la survie à deux ans a doublé chez les patients vus en centre hospitalier »

Cancer bronchique primitif : taux de survie globale à 2 ans en médiane :
21% en 2000; 48% en 2020 (CPLF Marseille, janvier 2023)

67% pour les cas non métastatiques contre 33 % pour les métastatiques
Durée médiane de survie : 8,8 mois en 2000; 17,1 mois en 2020

=>Evolution : immunothérapie, thérapies ciblées et séquences thérapeutiques

Pour les cancer à petites cellules, seule l'immunothérapie semble apporter un bénéfice réel chez les patients métastatiques

Introduction (2)

- Cancer du poumon : 1^{ère} et 2^{nde} ligne
- Mélanome métastatique
(taux de réponse > 50%, survie à 3 ans de 44%)
- Cancer du rein : 2^{nde} ligne
- Lymphome de Hodgkin en rechute
- Cancer ORL
- Cancer colique, œsophage..

Introduction (3)

Etat des lieux au niveau national

Enquête 2020 auprès des HAD

54 des 288 centres avec HAD interrogés ont répondu soit 19%

- ✓ 67% font des traitements anti tumoraux à domicile
- ✓ Parmi eux : 30% font de l'immunothérapie
- ✓ Parmi les HAD faisant de l'immunothérapie : établissements publics dans 62 % des cas et privés à but non lucratif dans 37% des cas
- ✓ La majorité des centres prenaient en charge moins de 30 patients en 2019

Gobbini et al, Bull Cancer 202

Introduction (4) : brève présentation de l'HAD du CHMS

40 à 50 patients jours

3 ETP médecin

11,5 ETP IDE

5,6 ETP Aide Soignant

1 ETP Assistant social/ 0,2 ETP Ergothérapeute

0,5 ETP psycho

2,5 ETP secrétaires

Toute personne dont la situation clinique le justifie, sur demande médicale

Critères d'inclusion les plus fréquents : pansements complexes et VAC, soins palliatifs, pompes de nutrition parentérale, PCA, gestion de la douleur, administration de thérapeutiques hospitalières, chimiothérapie, besoin d'une coordination médicale...





Pourquoi avoir délocalisé?

- Bassin de population qui augmente (+0,4% par an)
- Malades qui deviennent chronique avec des traitements d'entretien prolongés
- Un HDJ débordé *[Diapositive 9](#)
- Qualité de vie : transports limités et diminution de la fatigue
- Des patients difficiles à déplacer
- La pandémie Covid
- première demande le 23/09/2018

⇒ Formation d'équipe par les pneumo-oncologues



Pourquoi avoir délocalisé?

Pembrolizumab : 5185 euros, toutes les 3 semaines

Atezolizumab : 3400 euros , toutes les 3 semaines

Nivolumab : 2400 euros, tous les 15 jours (3600/4 semaines)

- HDJ : 447 euros + transport/locaux/IDE
- HAD : 443 euros + IDE et transport médecin puis IDE



En pratique en Savoie

Critères pour éligibilité à un traitement anti-cancéreux à domicile :

- < 1heure plutôt 30 minutes
- > 6 mois de traitement en HDJ *[Diapositive 12](#)
- Molécules non allergisantes
- Patient avec voie d'abord correcte
- Patient capable d'alerter ou entourage présent
- Un seul produit

=> Gemcitabine, Bevacizumab, Vinorelbine, trastuzumab, association pertuzumab/trastu , Bortezomib, Daratumumab, Carfilzomib, Citarabine.



En pratique en Savoie qui fait quoi?

Préalable : Au moins 6 mois en HDJ

- Parfois moins de manière ponctuelle pour décharger l'HDJ
- Bilan sanguin en ville la veille : vu par Praticien HAD
- VAD praticien HAD ou téléconsultation ou médecin traitant la veille une fois/2 => Feu vert par praticien HAD [Diapositive 14](#)
- Pharmacien PUI prépare la poche du Lundi au Vendredi, transport dans respect chaîne du froid (boîte isotherme)
- IDE HAD va chercher la poche, l'amène chez le patient et **reste tout le temps de la perfusion**. IDE trace dans notre logiciel et valide sur chimioweb
- Numéros donnés pour appel SB
- Courrier au médecin prescripteur et médecin traitant

En pratique en Savoie :

Quelques chiffres pour la pneumologie

- 2022 : 39 (+3) patients
 - Pembrozilumab : 10 patients /135
 - Nivolumab : 21 patients (+3 avec l'oncologie)/44
 - Atezolizumab : 8 patients/39
- 2023 : 13 (+1) patients
 - Pembrozilumab : 10 patients (+1)/98
 - Nivolumab : 1 patient/27
 - Atezolizumab : 2 patients /21
- => 9% des patients suivis au CHMS toutes spécialités confondues

Limites

- Drogues réalisables en HAD
- Temps de perfusion <1 heure,
- Localisation parfois éloignée => « éducation » du médecin traitant à la surveillance + télé cs
- Des HDJ qui doivent rester rentables
- Des HAD qui ne doivent pas être déficitaires
- Des questionnements différents suivant les HAD (localisation HAD Moutiers/Albertville)



Perspectives et points de vigilance

- Formaliser l'éducation thérapeutique des patients afin de repérer les effets secondaires précocement
- Développer des notices informations aux patients et médecins traitants; coopération médecin HAD, médecin traitant et oncologue avant, pendant et après traitement.
- Fluidifier la filière (dispositif Article 51) Avenir avec des IDEL formées par e-learning avec un certificat de formation?
- Notion de réseau Immuno toximm : qui déclare?
- Immuno en SC? (Atezo...)/Nivo mensuel en 30 minutes(œsophage)
- Formation d'un médecin carcinologie clinique



Bilan

- Filière simple à mettre en place si une activité d'anti tumoraux pré existe
- Répond aux manques de place des HDJ
- Satisfaction du patient : étude en cours SATISFACT-HOME au CHMS (BMS)
- Satisfaction du médecin généraliste
- Satisfaction des IDE HAD
- Facilité d'introduction de l'HAD pour la phase palliative de la maladie



MERCI DE VOTRE ATTENTION...
Merci à l'équipe de pneumologue
du CHMS



J20

Chambéry
Centre de Congrès
Le Manège
28 et 29
septembre 2023

