



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

T H E S E

pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée et soutenue publiquement le 28 Novembre 2012

par

M. ELKASSIR Ismail

Né le 6 mars 1987

A Douz - Laouina

**CHIMIOThERAPIE A DOMICILE : QUELLE PLACE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE
LIBERAUX DANS LE CADRE D'UN RESEAU DE SANTE ?**

JURY

Mme BRIANCON Stéphanie, Professeur

Mme RIOUFOL Catherine, Praticien Hospitalier – Maître de Conférences des Universités

Mme SCHWIERTZ Vérane, Praticien Hospitalier

Mme LABROSSE Hélène, Docteur en Pharmacie

M. CAUTELA Nicola, Hospices Civils de Lyon

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président de l'Université
Vice-Président du Conseil d'Administration
Vice-Président du Conseil Scientifique
Vice-Président du Conseil des Etudes et de la Vie Universitaire

M. François-Noël GILLY
M. Hamda BEN HADID
M. Germain GILLET
M. Philippe LALLE

Composantes de l'Université Claude Bernard Lyon 1

SANTE

UFR de Médecine Lyon Est
UFR de Médecine Lyon Sud Charles Mérieux
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques
UFR d'Odontologie
Institut des Techniques de Réadaptation
Département de formation et centre de recherche
en Biologie Humaine

Directeur : M. Jérôme ETIENNE
Directeur : M. François-Noël GILLY
Directrice : Mme Christine VINCIGUERRA
Directeur : M. Denis BOURGEOIS
Directeur : M. Yves MATILLON
Directeur : M. Pierre FARGE

SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Faculté des Sciences et Technologies
UFR de Sciences et Techniques des Activités
Physiques et Sportives (STAPS)
Ecole Polytechnique Universitaire de Lyon (ex ISTIL)
I.U.T. LYON 1
Institut des Sciences Financières et d'Assurance (ISFA)
DESCHAMPS
I.U.F.M.

Directeur : M. Fabien DE MARCHI
Directeur : M. Claude COLLIGNON
Directeur : M. Pascal FOURNIER
Directeur : M. Christophe VITON
Directrice : Mme Véronique MAUME-
Directeur : M. Régis BERNARD

MAI 2012

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
ISPB - Faculté de Pharmacie Lyon
Directrice : Madame la Professeure Christine VINCIGUERRA
Directeurs Adjoint : Madame S. BRIANCON, Monsieur P. LAWTON, Monsieur P. NEBOIS
Madame S. SENTIS, Monsieur M. TOD
Directrice Administrative : Madame P. SILVEIRA

LISTE DES DEPARTEMENTS PEDAGOGIQUES

**DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE SCIENCES PHYSICO-CHIMIQUE ET PHARMACIE
GALENIQUE**

• **CHIMIE ANALYTIQUE, GENERALE, PHYSIQUE ET MINERALE**

Monsieur Jean-François SABOT (Pr)
Monsieur Alain BANNIER (MCU)
Monsieur Philippe BERNARD (MCU)
Madame Julie-Anne CHEMELLE (MCU)
Monsieur Raphaël TERREUX (MCU – HDR)
Monsieur Pierre TOULHOAT (PAST)

• **PHARMACIE GALENIQUE – COSMETOLOGIE**

Madame Stéphanie BRIANCON (Pr)
Madame Françoise FALSON (Pr)
Monsieur Hatem FESSI (Pr)
Madame Joëlle BARDON (MCU - HDR)
Madame Valérie BERTHOLLE (MCU)
Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (MCU - HDR)
Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)
Madame Ghania HAMD-DEGOBERT (MCU)
Monsieur Fabrice PIROT (MCU - PH - HDR)
Madame Karine PORET-PADOIS (MCU)
Monsieur Patrice SEBERT (MCU - HDR)

• **BIOPHYSIQUE**

Monsieur Richard COHEN (PU – PH)
Monsieur Henri DECHAUD ((MCU - PH - HDR)
Madame Laurence HEINRICH (MCU)
Monsieur David KRYZA (MCU – PH)
Madame Sophie LANCELOT (MCU - PH)
Monsieur Cyril PAILLER-MATTEI (MCU)

• **DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE PHARMACEUTIQUE DE SANTE PUBLIQUE
DROIT DE LA SANTE**

Monsieur François LOCHER (PU – PH)
Madame Valérie SIRANYAN (MCU)

• **ECONOMIE DE LA SANTE**

Madame Nora FERDJAOUI MOUMJID (MCU)
Monsieur Hans-Martin SPÄTH (MCU)
Madame Carole SIANI (MCU – HDR)

• **INFORMATION ET DOCUMENTATION**

Monsieur Pascal BADOR (MCU - HDR)

- **HYGIENE, NUTRITION, HYDROLOGIE ET ENVIRONNEMENT**

Madame Joëlle GOUDABLE (PU – PH)

- **HYGIENE, ENVIRONNEMENT ET BIOSECURITE**

Monsieur Dominique TREPO (MCU - PH - HDR)

- **DISPOSITIFS MEDICAUX**

Monsieur Gilles AULAGNER (PU – PH)

Monsieur Daniel HARTMANN (Pr)

- **QUALITOLOGIE – MANAGEMENT DE LA QUALITE**

Madame Alexandra CLAYER-MONTEBAULT (MCU)

Monsieur François COMET (MCU)

Monsieur Vincent GROS (MCU PAST)

Madame Pascale PREYNAT (MCU PAST)

- **MATHEMATIQUES – STATISTIQUES**

Madame Claire BARDEL-DANJEAN (MCU)

Madame Marie-Aimée DRONNE (MCU)

Madame Marie-Paule PAULTRE (MCU - HDR)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE SCIENCES DU MEDICAMENT

- **CHIMIE ORGANIQUE**

Monsieur Pascal NEBOIS (Pr)

Madame Nadia WALCHSHOFER (Pr)

Monsieur Zouhair BOUAZIZ (MCU - HDR)

Madame Christelle MARMINON (MCU)

Madame Sylvie RADIX (MCU - HDR)

Monsieur Luc ROCHEBLAVE (MCU)

- **CHIMIE THERAPEUTIQUE**

Monsieur Roland BARRET (Pr)

Monsieur Marc LEBORGNE (Pr)

Monsieur Laurent ETTOUATI (MCU - HDR)

Monsieur Thierry LOMBERGET (MCU - HDR)

Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)

- **BOTANIQUE ET PHARMACOGNOSIE**

Madame Marie-Geneviève DIJOUX-FRANCA (Pr)

Madame Anne-Emmanuelle DE BETTIGNIES (MCU)

Madame Isabelle KERZAON (MCU)

Monsieur Serge MICHALET (MCU)

- **PHARMACIE CLINIQUE, PHARMACOCINETIQUE ET EVALUATION DU MEDICAMENT**

Madame Roselyne BOULIEU (PU – PH)

Madame Magali BOLON-LARGER (MCU - PH)

Madame Christelle MOUCHOUX (AHU)

Madame Céline PRUNET-SPANO (MCU)

Madame Catherine RIOUFOL (MCU)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE PHARMACOLOGIE, PHYSIOLOGIE ET TOXICOLOGIE

- **TOXICOLOGIE**

Monsieur Jérôme GUITTON (PU – PH)
Monsieur Bruno FOUILLET (MCU)
Madame Léa PAYEN (MCU - HDR)
Monsieur Sylvain GOUTELLE (AHU)

- **PHYSIOLOGIE**

Monsieur Christian BARRES (Pr)
Monsieur Daniel BENZONI (Pr)
Madame Kiao Ling LIU (MCU)
Monsieur Ming LO (MCU - HDR)

- **PHARMACOLOGIE**

Monsieur Bernard RENAUD (Pr)
Monsieur Michel TOD (PU – PH)
Monsieur Jean-Marie VAUGEOIS (Pr)
Monsieur Luc ZIMMER (PU – PH)
Madame Bernadette ASTIER (MCU - HDR)
Monsieur Roger BESANCON (MCU)
Madame Evelyne CHANUT (MCU)
Monsieur Nicola KUCZEWSKI (MCU)
Madame Dominique MARCEL-CHATELAIN (MCU - HDR)
Monsieur Olivier CATALA (Pr PAST)
Monsieur Pascal THOLLOT (MCU PAST)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES A

- **IMMUNOLOGIE**

Monsieur Jacques BIENVENU (PU – PH)
Madame Cécile BALTER-VEYSSEYRE (MCU - HDR)
Monsieur Paul ROUZAIRE (AHU)

- **HEMATOLOGIE ET CYTOLOGIE**

Madame Christine TROUILLOT-VINCIGUERRA (PU - PH)
Madame Brigitte DURAND (MCU - PH)
Monsieur Olivier ROUALDES (AHU)

- **MICROBIOLOGIE et MYCOLOGIE FONDAMENTALE ET APPLIQUEE AUX BIOTECHNOLOGIES INDUSTRIELLES**

Monsieur Patrick BOIRON (Pr)
Madame Ghislaine DESCOURS (AHU)
Monsieur Jean FRENEY (PU – PH)
Madame Florence MORFIN (PU – PH)
Monsieur Didier BLAHA (MCU)
Madame Anne DOLEANS JORDHEIM (MCU)
Madame Emilie FROBERT (AHU)
Madame Marie-Andrée MAZOYER (MCU - HDR)
Mme Véronica RODRIGUEZ-NAVA (MCU)

- **PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE MEDICALE**

Madame Anne-Françoise PETAVY (Pr)
Madame Nathalie ALLIOLI (MCU)
Madame Samira AZZOUZ-MAACHE (MCU)
Monsieur Philippe LAWTON (MCU - HDR)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES B

- **BIOCHIMIE – BIOLOGIE MOLECULAIRE – BIOTECHNOLOGIE**

Madame Pascale COHEN (Pr)
Monsieur Alain PUISIEUX (Pr)
Monsieur Karim CHIKH (MCU - PH)
Madame Carole FERRARO-PEYRET (MCU)
Madame Caroline MOYRET-LALLE (MCU – HDR)
Madame Angélique MULARONI (MCU)
Madame Stéphanie SENTIS (MCU)
Madame Marie VILLEDIEU (MCU)
Monsieur Olivier MEURETTE (MCU, chaire d'excellence)

- **BIOLOGIE CELLULAIRE**

Monsieur Michel PELANDAKIS (MCU - HDR)

INSTITUT DE PHARMACIE INDUSTRIELLE DE LYON

Monsieur Philippe LAWTON (MCU - HDR)
Madame Angélique MULARONI (MCU)
Monsieur Patrice SEBERT (MCU – HDR)
Madame Valérie VOIRON (PAST)

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Madame Natalie CARTISER	85 ^{ème} section
Monsieur Waël ZEINYEH	86 ^{ème} section
Monsieur Antony ZOROPOGUI	87 ^{ème} section

Pr : Professeur

PU-PH : Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

MCU : Maître de Conférences des Universités

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier

HDR : Habilitation à Diriger des Recherches

AHU : Assistant Hospitalier Universitaire

PAST : Personnel Associé Temps Partiel

REMERCIEMENTS

A notre présidente de thèse, **Mme Briançon**

Pour l'honneur que vous nous faites en président cette thèse

A notre directeur de thèse, **Mme Rioufol**

Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail

Au directeur du Réseau ONCO69, **M. Cautela**

Merci pour votre contribution à la réalisation de ce travail

Mes remerciements vont également à :

A mes parents, sans qui rien n'aurait été possible

Marine, pour ta présence et ton soutien au cours de toutes ces années

Cécilia et Sandra, préparer le concours à vos côtés était une chance

Fady et Quentin, sans qui j'aurais passer beaucoup moins de temps à la BU...

Salomé et Maxence, sans qui les stages de 5-AHU n'aurait pas eu le même intérêt

Alice, pour toute cette énergie!

Ainsi qu'à tous mes autres camarades : Matthieu, Otmane, Marc, Shabat, Mika, Claire, Sev, Rémy, Claire Marie, Marion....

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	7
SOMMAIRE	9
LISTE DES ABREVIATIONS	11
INTRODUCTION.....	13
Partie 1 : La chimiothérapie à domicile.....	15
I. Organisation en 2012	16
1. La prise en charge du cancer à domicile.....	16
1.1. L'Hospitalisation A Domicile - HAD.....	17
1.1.1. HAD : Définition (1,2).....	17
1.1.2. HAD : Historique.....	17
1.1.3. HAD : Présentation (1, 3, 4)	19
1.1.4. HAD : Fonctionnement.....	20
1.1.5. L'HAD en chiffres (5, 6)	22
1.2. Les réseaux de cancérologie.....	23
1.2.1. Définition (7).....	23
1.2.2. Cadre légal (8)	23
1.2.3. Le niveau régional.....	25
1.2.4. Le niveau territorial	28
1.2.5. L'expérience du réseau de cancérologie Onco Pays-de-la-Loire	29
1.2.6. Financement.....	30
1.2.7. Les réseaux de cancérologie en chiffres (20).....	31
2. Les critères d'éligibilité du patient à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile (21).....	33
2.1. Typologie des chimiothérapies anticancéreuses réalisables à domicile	33
2.1.1. Critères liés à la manipulation des médicaments anticancéreux.....	33
2.1.2. Critères liés à la toxicité des molécules anticancéreuses	34
2.2. Evaluation du patient.....	35
2.2.1. Critères médicaux.....	35
2.2.2. Critères liés à la charge de soins.....	36
2.2.3. Critères socio-économiques et environnementaux relatifs au patient.....	36
2.3. Mise en œuvre et surveillance post-chimiothérapie	37
2.3.1. Continuité des soins.....	37
2.3.2. Partage et diffusion de l'information.....	38
2.3.3. Critères liés à la surveillance de la chimiothérapie.....	38
2.3.4. Critères de suspension de la chimiothérapie à domicile	38
II. Les arguments et les limites de la prise en charge à domicile.....	39
1. Les arguments en faveur de la prise en charge à domicile.....	39
1.1. La préférence des patients.....	39
1.2. L'efficacité	41
1.3. Le coût.....	42
1.4. La qualité des soins et la sécurité du patient.....	45
2. Les obstacles liés à la prise en charge à domicile.....	46
2.1. Le financement.....	46
2.2. Le système d'information.....	46
PARTIE 2 : Enquête des Hospices Civils de Lyon (HCL) « Chimiothérapie à domicile ».....	48

1. Matériel et méthode	50
1.1. Objectifs.....	50
1.2. Questionnaires	50
1.2.1. Questionnaire Médecin.....	51
1.2.2. Questionnaire Pharmacien d'officine	51
1.2.3. Questionnaire Infirmier	51
1.3. Critères d'inclusion	52
1.4. Envoi et retour des questionnaires.....	53
1.5. Taux de participation	53
1.6. Compilation des résultats.....	53
2. ENQUÊTE MEDECIN.....	54
2.1. Résultats.....	54
2.2. Discussion	59
2.2.1. Questions préliminaires.....	59
2.2.2. Votre activité.....	60
2.2.3. La cure de chimiothérapie à domicile	61
3. ENQUÊTE PHARMACIEN	63
3.1. Résultats.....	63
3.2. Discussion	67
3.2.1. Questions préliminaires.....	67
3.2.2. Votre activité.....	68
3.2.3. Livraison et contrôle des préparations de chimiothérapie	69
4. ENQUÊTE INFIRMIER.....	71
4.1. Résultats.....	71
4.2. Discussion	78
4.2.1. Questions préliminaires.....	78
4.2.2. Votre activité.....	79
4.2.3. Contrôle et administration de la chimiothérapie à domicile.....	80
5. DISCUSSION	82
LISTE DES FIGURES	89
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	90
LISTE DES ANNEXES.....	93

LISTE DES ABREVIATIONS

5-FU	5-fluoro uracile
AETMIS	Agence d'Evaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CAD	Chimiothérapie à domicile
CCI	Chambre à cathéter implantable
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPS	Carte de Professionnel de santé
CT	Chimiothérapie
CVC	Cathéter veineux central
DASRI	Déchets d'activité de soins à risques infectieux
DCC	Dossier Communiquant en Cancérologie
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIVLD	Dispositif intraveineux de longue durée
DNDR	Dotation Nationale au Développement des Réseaux
DP	Dossier Patient
DPPR	Dossier Patient Partagé Réparti
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EI	Effets indésirables
FAQSV	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de ville
FIQCS	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins de ville
FNCLCC	Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer
FNEHAD	Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile

HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HCL	Hospices Civils de Lyon
HDJ	Hôpital de jour
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
INCa	Institut National du Cancer
LABM	Laboratoire d'Analyse de Biologie Médicale
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MG	Médecin généraliste
MT	Médecin traitant
NBE	Nombre
NR	Non répondants
ONCO PL	Onco Pays de la Loire
PAC	Port-à-Cath®
PEC	Prise en charge
PPS	Projet Personnalisé de Soins
PSPH	Participant au service public hospitalier
PUI	Pharmacie à Usage Intérieure
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RRC	Réseau Régional de Cancérologie
RT	Réseau Territorial
RTC Nantes	Réseau Territorial de Cancérologie de Nantes
SISRA	Système d'Information de Santé Rhône-Alpes
T2A	Tarifcation à l'activité
UPCO	Unité de Pharmacie Clinique Oncologique
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

INTRODUCTION

En 2011, 365 000 nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués en France, touchant 207 000 hommes et 158 000 femmes. La nécessaire augmentation des capacités de prise en charge des patients atteints de cancer constitue désormais un véritable défi et ouvre la voie aux différents modes de prise en charge ambulatoire. L'innovation thérapeutique avec le développement des anticancéreux oraux contribue d'ores et déjà à cet objectif. La prise en charge des patients à domicile pour la chimiothérapie injectable, selon des critères d'éligibilité bien définies constitue une alternative à l'hospitalisation. Elle s'inscrit néanmoins dans les objectifs des Plan Cancer 2003-2007 et 2009-2013 visant à faciliter la chimiothérapie à domicile et plus généralement les soins à domicile. La mise en œuvre de telles organisations s'appuie sur un partenariat « ville - hôpital » efficient et passe par une connaissance approfondie des besoins et des attentes de l'ensemble des acteurs. Dans la perspective d'élargir l'offre de soins à domicile, pour le patient atteint de cancer et traité par chimiothérapie injectable, nous avons réalisé une enquête auprès de 450 professionnels de santé libéraux visant à identifier leurs attentes, besoins et contraintes, et à mesurer leur intérêt pour ce type de prise en charge dans le cadre d'un partenariat « ville-hôpital ».

La première partie dresse un état des lieux de la chimiothérapie à domicile ainsi que ses points forts et ses limites. La seconde présente notre enquête auprès de 450 professionnels de santé libéraux et ses résultats. Ce travail permet de définir les besoins et les attentes des professionnels de santé libéraux en termes de coordination, formation, et leurs contraintes.

Partie 1 : La chimiothérapie à domicile

I. Organisation en 2012

La plupart des patients atteints de cancer sont pris en charge par les établissements hospitaliers, en hospitalisation conventionnelle ou en hôpital de jour. La prise en charge en ambulatoire, quand elle existe, relève soit de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) soit, dans une moindre mesure, des réseaux de santé. Le développement des soins à domicile demeure l'un des objectifs du Plan Cancer, avec la mesure 41 du Plan Cancer 2003-2007, dont l'objectif est de « Faciliter la chimiothérapie à domicile et plus généralement les soins à domicile » et l'action 19.1 du Plan Cancer 2009-2013 visant à « Généraliser l'accès aux mesures transversales, améliorant la qualité de toute prise en charge en cancérologie, lancées par le Plan Cancer précédent. »

1. La prise en charge du cancer à domicile

Les anticancéreux injectables ne peuvent être administrés au domicile du patient que dans le cadre d'une Hospitalisation à Domicile (HAD) ou d'une prise en charge par un réseau de santé.

1.1. L'Hospitalisation A Domicile - HAD

1.1.1. HAD : Définition (1,2)

L'HAD constitue une alternative à l'hospitalisation ; elle permet au patient de bénéficier de soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés, dans son environnement familial et quotidien. Ces soins sont prodigués pour une période théoriquement limitée mais révisable selon l'évolution de l'état de santé du patient. Ils se distinguent des autres soins dispensés à domicile par leur fréquence, leur technicité et leur complexité.

1.1.2. HAD : Historique

La première expérience américaine de « Home Care » est menée à la fin de la seconde guerre mondiale à l'initiative du Docteur Bluestone au Montefiore Medical Center de New-York, avec la mise en place du suivi des patients à leur domicile pour faire face à la suroccupation des lits d'hospitalisation (3).

En France, la réflexion s'engage dans les années 50, notamment pour prendre en charge les patients atteints de cancer. En 1957, la première structure d'HAD voit le jour à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP). L'année suivante, « Santé Service » est créé avec l'aide de la Ligue contre le cancer : il s'agit d'une structure d'HAD dédiée à la prise en charge des patients atteints de cancer.

La reconnaissance légale de l'HAD est tardive. Il faut attendre la Loi Hospitalière du 30 décembre 1970 pour que cette activité soit décrite comme « le prolongement » des services hospitaliers au domicile des patients. La Fédération Nationale des Etablissements

d'Hospitalisation A Domicile (FNEHAD) est créée en 1973. L'année suivante, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie fixe les règles de fonctionnement des établissements d'HAD.

Pour répondre au développement croissant des structures d'HAD, de nombreux décrets et circulaires sont publiés, visant à encadrer les pratiques et simplifier la prise en charge dont :

- le décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique et le décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 (3°) de ce même code

- la circulaire n° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile, structurant le contenu des prises en charges est à la base du fonctionnement de toutes les structures de soins

- l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

- la circulaire n°DHOS/O/2004/44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile, a pour objet de préciser les missions et les modalités de prise en charge en hospitalisation à domicile en général, en périnatalité, en pédiatrie et en psychiatrie

- la circulaire n° DHOS/O3/2006/56 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile, vise à mieux définir le rôle spécifique de l'hospitalisation à domicile, sa place dans le dispositif sanitaire et clarifie le mode d'organisation de l'HAD.

- la circulaire n° DHOS/O3/DGAS/2C/2007/365 du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées

- la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, reconnaît l'HAD comme étant une hospitalisation à part entière et en protège l'appellation.

En 50 ans, l'HAD est passée d'une initiative isolée à une pratique reconnue, encadrée par la législation et encouragée par les pouvoirs publics.

1.1.3. HAD : Présentation (1, 3, 4)

L'HAD constitue une alternative à l'hospitalisation en établissement de santé, notamment pour les patients atteints d'une pathologie grave, aiguë ou chronique. Elle offre au patient une prise en charge globale polyvalente, à l'exclusion de la psychiatrie. L'HAD a pour objectif d'éviter ou de réduire l'hospitalisation conventionnelle ou en soins de suite et réadaptation.

Ne relèvent pas de l'HAD les patients :

- dont les soins peuvent être assurés par des professionnels libéraux et/ou des Services de Soins Infirmiers A Domicile ;
- ne nécessitant pas la logistique et la coordination mises en œuvre par l'HAD ;
- dont l'état justifie le maintien dans une structure de soins traditionnels en raison de la permanence et de la spécificité de leurs soins, ou de l'aggravation ou de l'instabilité de leur état.

Les structures d'HAD sont définies dans le Code de la Santé Publique comme des « établissements d'hospitalisation sans hébergement » et, à ce titre, soumises à la législation des établissements de santé : leur création nécessite une certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) et une autorisation de l'Agence Régionale de Santé (ARS). La structure choisit son statut juridique (association loi 1901, GIP...). Elle peut dépendre :

- du secteur public, si elle est créée au sein d'un établissement public ;
- du secteur privé non lucratif, dont les établissements Participant au Service Public Hospitalier (PSPH) ;
- du secteur privé.

1.1.4. HAD : Fonctionnement

L'instauration d'un traitement dans le cadre d'une HAD fait l'objet d'une prescription médicale, émanant soit du médecin traitant, soit d'un praticien hospitalier. L'accord préalable du patient et/ou de son entourage est indispensable ; celui du médecin traitant est également requis s'il n'est pas à l'origine de la prescription. Le médecin prescripteur, en concertation avec le médecin coordonnateur du service d'HAD et l'équipe soignante, définit un projet thérapeutique. Celui-ci permet d'évaluer les besoins médicaux et psychosociaux du patient. Une enquête est réalisée au domicile du patient par une infirmière de la structure d'HAD afin d'évaluer la faisabilité de la prise en charge.

La structure d'HAD a l'obligation d'assurer la continuité des soins, week-ends et jours fériés inclus, ainsi que les urgences vitales 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

La prise en charge d'un patient en HAD repose sur une équipe pluridisciplinaire au sein de laquelle chaque professionnel de santé est chargé d'une mission définie :

- **Le médecin coordonnateur** est le référent de la structure ; il assure le fonctionnement administratif de la structure d'HAD, et la relation entre le médecin traitant et les équipes hospitalières.
- **Le médecin traitant** constitue le véritable pivot de la prise en charge, c'est pourquoi il doit être impliqué en amont de celle-ci. Il assure le suivi du patient et de ses soins et peut, en concertation avec l'équipe soignante, décider du réajustement des traitements et des soins.
- **L'infirmière** prodigue les soins et veille à la mise en œuvre des prescriptions. Elle tient à jour le dossier du patient en enregistrant tous les actes réalisés.
- **L'infirmière coordonnatrice** assure la mise en place de la prise en charge par l'HAD. Elle rencontre le patient et la famille pour expliquer les modalités de la prise en charge et le fonctionnement de la prestation de soins. Elle est chargée de la visite à domicile préalable à l'acceptation du patient dans la structure d'HAD.
- **Le pharmacien d'officine** dispense au patient et à son entourage les médicaments et les dispositifs médicaux nécessaires aux soins. Il prodigue des conseils concernant les traitements et est impliqué dans les actions de prévention et d'éducation thérapeutique auprès du malade et de ses proches. La structure d'HAD a la possibilité de signer une convention avec la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) d'un établissement hospitalier pour la mise à disposition des médicaments et des dispositifs médicaux. Cette convention lui donne accès à tous les produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux détenus par la PUI.

En fonction du patient et de ses besoins, d'autres professionnels interviennent au domicile du patient, comme les psychologues, les kinésithérapeutes, les diététiciens, les assistantes sociales...

1.1.5. L'HAD en chiffres (5, 6)

En 2010, la France comptait 292 établissements d'HAD pour 10 939 places disponibles, 41% appartenant au secteur public, 44% au secteur privé à but non lucratif et 15% au secteur privé. Le secteur public ne représentait que 27% des journées réalisées pour plus de 63% pour le secteur privé à but non lucratif et 10% pour le secteur privé à but lucratif.

En 2010, environ 33% des 3,6 millions de journées d'HAD ont été réalisées dans le cadre d'une pathologie cancéreuse identifiée comme diagnostic principal.

La répartition des structures d'HAD sur le territoire demeure inégale, les grands centres (Ile-de-France, Rhône-Alpes) concentrant un bon nombre de places. Cette activité a connu une forte croissance au cours de ces dernières années comme l'illustre la Figure 1.

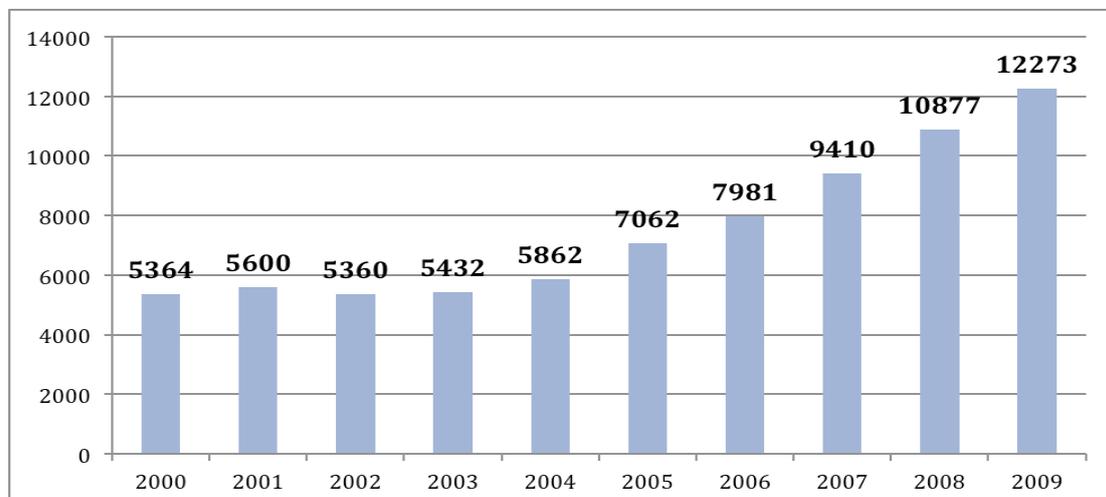


Figure 1 : Evolution du nombre de place d'HAD en France métropolitaine - source : www.ecosante.fr
données : DREES, SAE (6)

Depuis 2006, le financement des séjours d'HAD est assuré dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A). Les soins et prestations prévus dans le protocole de soins défini par le médecin sont intégralement pris en charge par la structure d'HAD. En 2010, les dépenses d'HAD ont représenté 714 millions d'euros (M€).

1.2. Les réseaux de cancérologie

Il existe une grande diversité en matière de réseaux de santé. Dans le domaine de la cancérologie, deux niveaux sont distingués : le niveau territorial qui correspond au réseau de proximité et de coordination pour la prise en charge des patients, et le niveau régional qui fédère tous les acteurs intervenant dans la lutte contre le cancer au niveau régional.

1.2.1. Définition (7)

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) définit le réseau de santé comme « une forme organisée d'actions collectives menées par des professionnels en réponse à un besoin de santé d'un individu ou d'une population, à un moment donné, sur un territoire donné ».

1.2.2. Cadre légal (8)

La Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (article 84) introduit dans le Code de la Santé Publique donnant une définition juridique des réseaux de santé (article L. 6321-1):

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. »

« Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi que des représentants des usagers. »

« Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixées par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat [...]. »

Les critères de qualité et les conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé bénéficiant d'une dotation ou de subventions de collectivités territoriales ou de l'Etat sont définis par le décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 (9). La formalisation du réseau passe par une convention constitutive, une charte de réseau et un plan de financement.

La méthodologie d'évaluation des réseaux et les modalités du suivi budgétaire et comptable des réseaux sont définies par la circulaire DHOS/O3/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 (10) relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé.

Comme pour l'HAD avec la FNEHAD, les réseaux de santé sont fédérés depuis 2008 en une « Union Nationale des Réseaux de Santé » (UNR.santé) (11), association de type loi 1901 dont les objectifs sont la promotion des réseaux et la représentation auprès des autorités de tutelle.

1.2.3. Le niveau régional

La création des réseaux régionaux de cancérologie s'inscrit dans le cadre du Plan Cancer 2003-2007. La mesure 29 (12) fixe comme objectif d' « assurer d'ici quatre ans la couverture de l'ensemble des régions françaises par un réseau régional du cancer coordonnant l'ensemble des acteurs de soins ». La coordination de tous les acteurs impliqués dans la prise en charge du cancer au niveau régional est indispensable pour garantir la qualité et l'équité des soins sur le territoire. Chaque réseau régional de cancérologie (RRC) offre un cadre, une organisation et des outils en vue d'assurer des soins de qualité. L'un des premiers objectifs des réseaux régionaux est de développer des liens entre les acteurs de santé en décloisonnant les pratiques.

Les missions des RRC sont réunies dans un référentiel national annexé à la circulaire DHOS/CNAMTS/Inca/2007/357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie (13). Ces missions sont les suivantes :

- la promotion et l'amélioration de la qualité des soins en cancérologie, avec l'élaboration, la validation et la diffusion des référentiels régionaux en cancérologie auprès des professionnels de santé. Ces recommandations de bonnes pratiques cliniques en cancérologie, établies à partir de l'expertise des cliniciens et des données scientifiques les

plus récentes contribuent au perfectionnement des soins. Les RRC participent à l'élaboration de recommandations nationales.

- La promotion d'outils de communication communs au sein de la région :

- Le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) pour faciliter le partage des données médicales des patients entre professionnels de santé. La région Rhône-Alpes s'appuie pour le développement de ce projet sur la plateforme Système d'Information de Santé Rhône-Alpes (SISRA) et le Dossier Patient Partagé Réparti (DPPR), primé au premier Award Européen des nouvelles technologies de l'information en 2009 (14).
- Des outils de visioconférence pour faciliter la réalisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) et la participation des professionnels de santé en limitant leurs déplacements. La RCP est une réunion régulière entre professionnels de santé, au cours de laquelle se discutent la situation d'un patient, les traitements possibles en fonction des dernières études scientifiques, l'analyse des bénéfices et les risques encourus, ainsi que l'évaluation de la qualité de vie qui va en résulter. Les réunions de concertation pluridisciplinaire rassemblent au minimum trois spécialistes différents.
- Un site internet permettant d'assurer la visibilité et la communication des activités du réseau.

- L'information des professionnels de santé, des patients et de leurs proches : les RRC assurent une information adaptée sur l'accès et l'organisation de l'offre de soins en cancérologie dans la région. Ils participent à la diffusion de documents d'information

destinés aux patients (brochure de l'INCa, de la Ligue ou les SOR Savoir Patient publiés par la FNCLCC...).

- L'aide à la formation continue des professionnels de santé : les RRC participent à l'amélioration et à l'actualisation des connaissances et des pratiques professionnelles. Il s'agit d'organiser et d'assurer les formations ainsi que de faire connaître les organismes de formation agréés de la région. Le RRC s'assure du contenu des formations, de la qualité pédagogique des intervenants, ainsi que de l'absence de toute promotion en faveur d'un produit en veillant à la transparence des financements issus de l'industrie pharmaceutique. Une charte de financement pose les principes d'indépendance du réseau.

- Le recueil des données relatives à l'activité de soins oncologiques et l'évaluation de la qualité des pratiques : les RRC contribuent à l'amélioration des connaissances relatives à l'activité de soins en oncologie. Le réseau collabore avec les différents organismes régionaux chargés du recueil de données comme les registres de cancer, les observatoires régionaux de la santé, les laboratoires de santé publique... L'impact des actions menées est mesuré et analysé dans le domaine de la qualité des soins en oncologie, ainsi que la coordination des acteurs.

Conformément à la circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en oncologie (15), les réseaux régionaux suivent une procédure de labellisation par l'Inca, sur la base d'une adéquation au « référentiel national des réseaux régionaux de oncologie » annexé à la circulaire DHOS/CNAMTS/Inca du 25 septembre 2007 précitée.

Le RRC constitue un centre d'expertise, de partage de l'information et de formation. Il a pour mission de permettre l'articulation des réseaux territoriaux dont il constitue le support, ainsi que pour les structures d'HAD, et les établissements hospitaliers partenaires. Il a pour objectif de rationaliser l'offre de soins et de réduire les inégalités d'accès aux soins par le biais des protocoles validés au niveau régional et des RCP, d'offrir un outil de formation aux professionnels de santé libéraux de la région et un outil d'information aux usagers, de décloisonner les pratiques professionnelles et de développer la prise en charge globale du cancer au niveau régional. Il n'a pas vocation à prendre en charge les patients.

1.2.4. Le niveau territorial

Le réseau territorial de cancérologie constitue le niveau de proximité en cancérologie. Son champ d'action concerne l'ensemble du domaine de la cancérologie, de la prévention aux soins palliatifs. Chaque réseau définit son propre positionnement et la prestation offerte aux patients.

Dans son rapport « Analyse comparée de la chimiothérapie anticancéreuse administrée à l'hôpital ou prise en charge à domicile : aspects économiques et organisationnels » la Haute Autorité de Santé (juin 2005) (16) dresse un état des lieux et décrit l'organisation et les modalités de prise en charge dans le cadre d'une administration d'anticancéreux injectable à domicile. Le fonctionnement des réseaux apparaît comme très variable. En février 2005, seuls 7 sur 58 rapportent une activité de chimiothérapie à domicile, dont 2 pour les anticancéreux oraux.

1.2.5. L'expérience du réseau de cancérologie Onco Pays-de-la-Loire

En 2007, le réseau régional de cancérologie Onco Pays-de-la-Loire (Onco PL), en lien avec le Réseau Territorial de Cancérologie de Nantes (RTC Nantes), est à l'origine d'une expérience d'administration de chimiothérapie injectable au domicile du patient. C'est à ce jour l'expérience la plus aboutie en France et la seule à avoir fait l'objet d'une publication (Lewden-Bernadac & Al, Bull Cancer 2008) (17). Les aspects organisationnels permettant la réalisation des administrations au domicile du patient (organisation du circuit de transport, sélection des protocoles, etc...) ont été proposés par un groupe de travail composé de pharmaciens des différents centres hospitaliers de la région. Les pharmaciens d'officine et les infirmières libérales de la région membres du réseau ont suivi plusieurs modules de formation sous différents formats (soirées thématiques, diaporama en ligne, formation pratique à la manipulation du matériel).

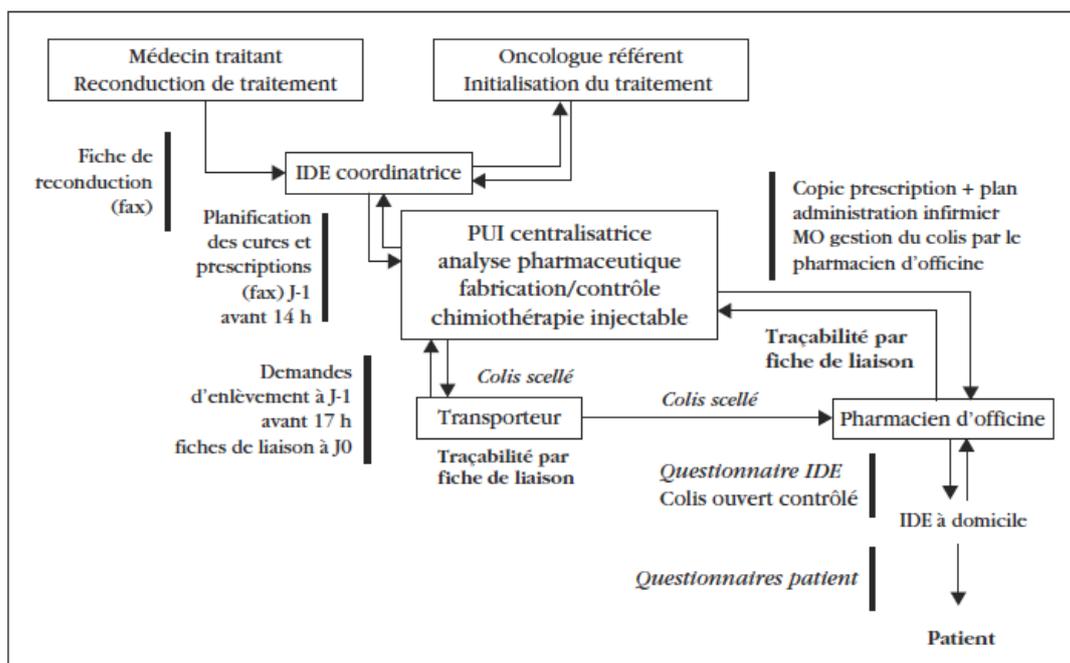


Figure 2 : Circuit mis en place par le réseau Onco Pays de la Loire (Lewden-Bernadac & Al, Bull Cancer 2008)

Le schéma d'organisation défini par le réseau (cf. ci-dessus) a permis de prendre en charge, au cours des 6 premiers mois, 41 patients pour lesquels 224 préparations d'anticancéreux injectables ont été réalisées par l'Unité de Pharmacie Clinique Oncologique rattachée (UPCO) à la PUI du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Nantes. Le taux de destruction des préparations est de 1,9% (comparable au taux de 1,5% rapporté à l'hôpital). Aucun incident majeur n'a été relevé, 27 incidents mineurs ont été recensés, concernant essentiellement le flux d'informations.

La perception des patients, évaluée par questionnaires, est positive. Concernant l'organisation, des points négatifs mineurs sont identifiés (volume d'emballages, charge administrative et contraintes horaires).

Cette expérience présente un intérêt majeur, démontrant la faisabilité de la chimiothérapie à domicile par les professionnels de santé libéraux dans le cadre d'un partenariat ville-hôpital.

1.2.6. Financement

Le financement des réseaux est assuré par le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins de Ville (FIQCS) instauré par le décret 2007-973 du 15 mai 2007 (19). Ce fonds succède au Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) et à la Dotation Nationale au Développement des Réseaux (DNDR). Son montant est voté chaque année lors de l'examen de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), et la répartition régionale est décidée par arrêté ministériel. Au niveau régional les financements

sont alloués par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) via la Mission Régionale de Santé (MRS).

1.2.7. Les réseaux de cancérologie en chiffres (20)

En 2010, la France comptait 730 réseaux de santé financés par les FIQCS, dont 59 pour la région Rhône-Alpes, pour un financement total de 471 M€.

Dans le domaine de la cancérologie, 66 réseaux étaient identifiés pour un financement total de 55,5M€ par les FIQCS, soit un montant moyen de 286 348€.

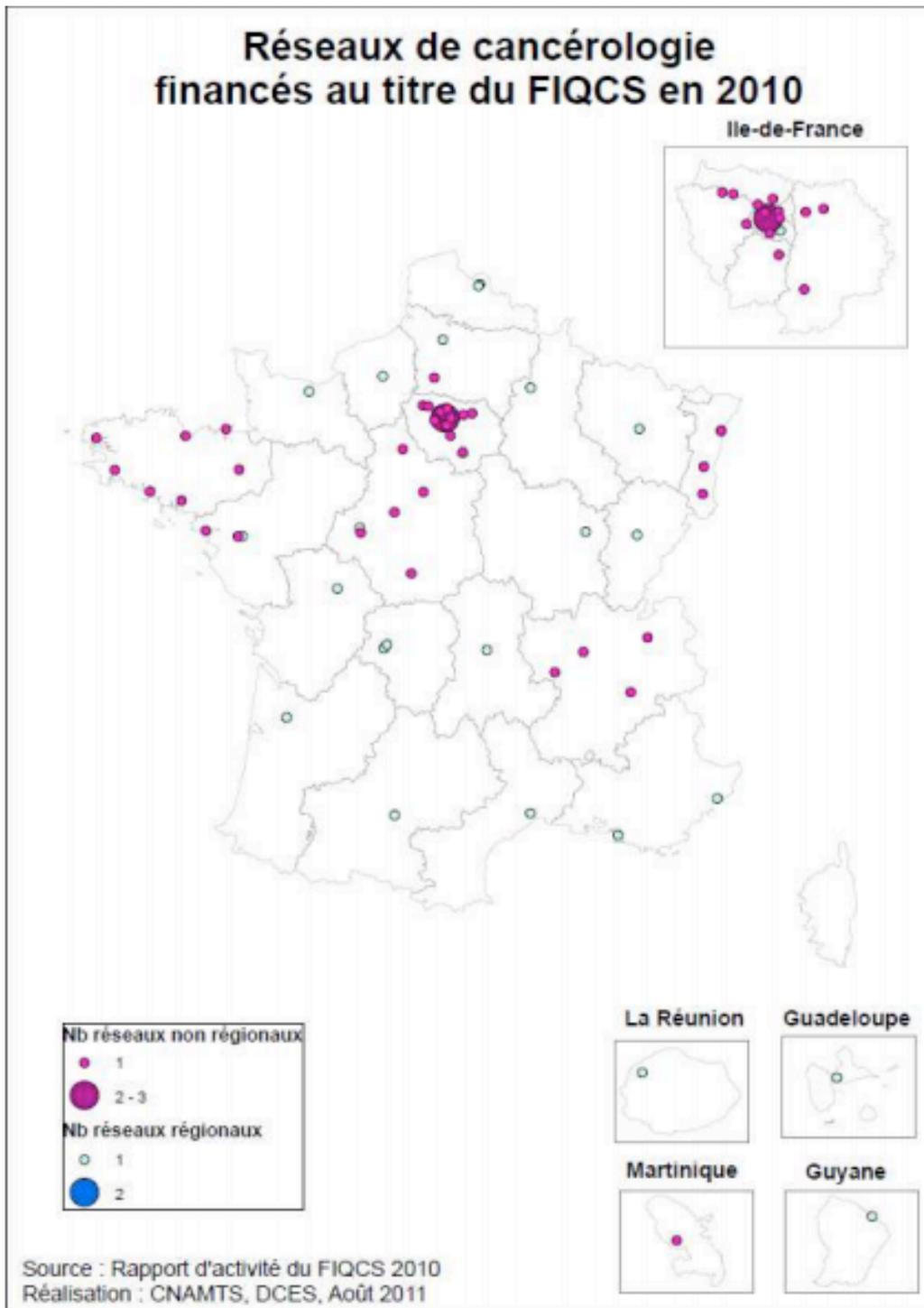


Figure 3 : Répartition des réseaux de santé en cancérologie en 2010 (Source : Rapport d'activité du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins de Ville (FIQCS) 2010)

2. Les critères d'éligibilité du patient à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile (21)

Dans un objectif de sécurisation de l'administration des anticancéreux injectables à domicile, des critères d'éligibilité des patients sont définis. L'ANAES, dans le rapport « Critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile » publié en septembre 2003, donne un cadre à la réalisation de chimiothérapies à domicile. Les critères d'éligibilité portent sur le patient, le type de chimiothérapie anticancéreuse, la faisabilité de la chimiothérapie anticancéreuse au domicile, la surveillance post-chimiothérapie.

2.1. Typologie des chimiothérapies anticancéreuses réalisables à domicile

Toutes les molécules ne peuvent pas être administrées à domicile. Les protocoles nécessitant une surveillance ou un monitoring complexes ne sont pas recommandés.

2.1.1. Critères liés à la manipulation des médicaments anticancéreux

L'ANAES émet les recommandations suivantes :

- la forme orale doit être privilégiée chaque fois qu'elle est disponible ;
- un dispositif intraveineux de longue durée (DIVLD) de type chambre à cathéter implantable (CCI) ou Port-à-Cath® (PAC) doit être posé pour la chimiothérapie par voie parentérale ;

- l'infirmière libérale doit être habilitée à administrer à domicile des chimiothérapies anticancéreuses ; une formation au sein d'un établissement hospitalier lui est proposée si nécessaire ;
- une « fiche de procédure et d'information sur la chimiothérapie anticancéreuse » est mise en place, regroupant l'ensemble des éléments nécessaires à la bonne conduite de la chimiothérapie ;
- la première cure est réalisée à l'hôpital, pour évaluer la tolérance globale à court terme du patient vis-à-vis de la chimiothérapie anticancéreuse ;
- la préparation des anticancéreux injectables est effectuée sous responsabilité pharmaceutique dans l'unité de préparation centralisée intégrée d'un établissement de santé ;
- une procédure d'assurance qualité est établie pour assurer le transport de la préparation injectable d'anticancéreux et son administration dans un délai compatible avec la stabilité du médicament.

2.1.2. Critères liés à la toxicité des molécules anticancéreuses

En raison de la toxicité des anticancéreux, la réalisation du traitement à domicile nécessite la mise en place :

- d'un kit d'urgence adapté, disponible et utilisable en cas d'accident lié au traitement,
- d'une procédure d'urgence mobilisant le médecin généraliste, l'IDE en charge du patient ainsi que le centre 15 et/ou le service hospitalier d'origine.

2.2. Evaluation du patient

La prise en charge du patient s'inscrit dans le cadre d'un « projet thérapeutique » écrit, tenant compte des critères médicaux, sociaux, psychologiques et environnementaux ainsi que des besoins du patient. Il est recommandé d'intégrer le plus tôt possible dans cette démarche le médecin généraliste du patient, l'infirmier libéral sollicité pour la prise en charge, le coordonnateur du réseau et le pharmacien d'officine désigné par le patient.

Le rapport de l'ANAES recommande :

- la prise en compte des préférences du patient : celui-ci doit être informé oralement et par écrit de toutes les modalités liées à la prise en charge à domicile ;
- l'acquisition par le patient des compétences indispensables au bon déroulement du traitement à domicile dans des conditions sécurisées. Ces compétences portent sur la reconnaissance et la gestion des signes de gravité, les effets secondaires, le maniement du matériel et son entretien. Cette éducation se fait en milieu hospitalier lors de la 1^{ère} cure et lors des visites de l'infirmier libéral au domicile.

2.2.1. Critères médicaux

Selon le rapport *Critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile*, « ni la gravité, la sévérité ou l'évolutivité de la maladie, ni la typologie tumorale (tumeur solide ou hémopathie maligne), ni l'état de dénutrition ou de déshydratation, ni l'âge, ni le statut de performance du patient ne constituent des critères d'exclusion ou de restriction de la réalisation à domicile d'une chimiothérapie anticancéreuse. Certains de ces

critères sont au plus des critères à prendre en compte dans la suspension de sa réalisation à domicile, dans l'adaptation de la prise en charge du patient et dans son orientation éventuelle vers une structure adaptée » (21).

Les seuls critères d'exclusion pour la réalisation de la chimiothérapie à domicile sont l'altération des fonctions cognitives ou un état d'agitation.

La survenue d'effets indésirables chimio-induits non spécifiques à la prise en charge à domicile (nausées, vomissements, diarrhées, alopecie...) ne sont pas de nature à remettre en cause le déroulement du traitement.

2.2.2. Critères liés à la charge de soins

Il est recommandé de formaliser l'estimation de la charge de soins prévus. Cette estimation, réalisée par un infirmier du service hospitalier d'origine du patient, permet aux professionnels libéraux de prévoir le temps nécessaire pour prendre en charge des patients.

2.2.3. Critères socio-économiques et environnementaux relatifs au patient

Une étude de faisabilité du maintien à domicile du patient dans ses aspects techniques, pratiques, relationnels et socio-économiques et un repérage des structures d'aide existantes est réalisée. Elle l'est lors d'une visite conjointe au domicile du patient de l'infirmier libéral et d'une assistante sociale.

2.3. Mise en œuvre et surveillance post-chimiothérapie

Les modalités de surveillance, par l'établissement hospitalier et la structure de prise en charge (réseau ou HAD) doivent faire l'objet de procédures d'Assurance Qualité.

2.3.1. Continuité des soins

Afin de garantir la continuité des soins, la structure de prise en charge assure une formation pour les professionnels libéraux. Une réunion de mise en place est organisée pour faciliter les échanges entre les professionnels de santé et créer au plus tôt un « esprit d'équipe » autour du patient.

Quatre types de documents d'information sont considérés comme essentiels à la continuité des soins. Ils sont transmis préalablement à la sortie du patient aux intervenants libéraux. Il s'agit des documents suivants : projet thérapeutique écrit, ordonnances, fiche de synthèse du protocole, fiche de procédure et d'information sur la chimiothérapie anticancéreuse.

Pour assurer la sécurité du patient et la fluidité de son transfert en cas d'urgence, il est recommandé que la procédure d'urgence préétablie intègre l'obligation pour le service d'origine ou, à défaut, l'établissement d'origine, de la réadmission immédiate du malade en cas de problème et/ou anomalie survenant dans le cadre de sa prise en charge.

2.3.2. Partage et diffusion de l'information

Pour favoriser l'accès aux données de tous les intervenants, il est recommandé d'établir un dossier « communiquant » unique, commun et consultable par l'ensemble des intervenants. Ce dossier est remis au patient qui le présente lors de ses consultations.

2.3.3. Critères liés à la surveillance de la chimiothérapie

En fonction de l'état général du patient et de ses résultats biologiques, le médecin généraliste donne son « Feu vert » pour la réalisation de la chimiothérapie la veille de chaque séance prévue. Il communique son accord à la cellule coordonnant la prise en charge qui transmet l'information aux autres intervenants.

L'entretien des dispositifs d'administration et la surveillance des complications liées à la voie veineuse centrale sont réalisés par l'infirmier libéral.

2.3.4. Critères de suspension de la chimiothérapie à domicile

La chimiothérapie à domicile est suspendue dans les différentes situations suivantes : adoption d'une autre ligne de traitement non réalisable à domicile, fin prévue de la chimiothérapie anticancéreuse, mise en défaut des conditions techniques sécuritaires, insatisfaction ou demande du patient, survenue de conditions psychosociales défavorables, refus du médecin généraliste ou de l'infirmier libéral de poursuivre la prise en charge.

II. Les arguments et les limites de la prise en charge à domicile

1. Les arguments en faveur de la prise en charge à domicile

De nombreux arguments sont en faveur de la prise en charge ambulatoire des patients atteints de cancer. Cependant dans ce domaine les publications scientifiques de qualité sont rares et portent sur de petits échantillons.

1.1. La préférence des patients

La qualité de vie et le confort du patient constituent des aspects essentiels de la prise en charge. La prise en charge à domicile améliore la qualité de vie des patients et privilégie leur insertion familiale et professionnelle (22).

Une étude contrôlée randomisée en plan croisé (2 cures à domicile et 2 cures à l'hôpital de chimiothérapie anticancéreuse par voie injectable) menée auprès de 52 patients atteints de cancer montre que 95% d'entre eux préfèrent être traités à domicile (23).

Ces résultats sont corroborés par d'autres études dans le domaine de la cancérologie, notamment celle menée par Rischin et al. (24) sur 20 patients répartis en 2 groupes, avec un

premier groupe de 10 patients traités successivement à l'hôpital puis à domicile pour la seconde cure et inversement pour le second groupe de patients. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

	Hospital first	Home first	Total (%)
For first 2 treatments			
Both at home			14
First at home, second at hospital	7	7	14 (70%)
No preference	0	2	2 (10%)
First at hospital, second at home	1	1	2 (10%)
Both at hospital	0	0	0
For subsequent treatments			
Home	9	11	20 (100%)
Hospital	0	0	0

Figure 4 : Résultats de l'essai de Rischin D & Al, 2000 (24) – Preferred location for chemotherapy treatments, by randomisation arm (first chemotherapy treatment given at hospital vs first treatment at home). Values are number of patients

Les auteurs montrent que les résultats sont en faveur des soins à domicile, sans pouvoir conclure en raison de la petite taille de l'échantillon. Les patients expliquent cette préférence par l'absence de déplacement à l'hôpital et la diminution de l'anxiété.

Le rapport de l'HAS de 2005 (16) s'appuie sur une revue de la littérature sur le sujet. Les résultats apparaissent favorables, en termes de satisfaction des patients et des aidants, à la prise en charge à domicile, qu'il s'agisse de l'HAD ou des réseaux de santé.

Bien que la préférence aille aux soins à domicile, la décision doit être prise au cas par cas et en concertation avec le patient, sa famille et l'équipe soignante. Certains patients n'acceptent pas ce type de prise en charge car il est vécu comme un abandon. Rischin & Al rapporte même le cas d'un patient ayant refusé les soins à domicile et préférant se rendre à l'hôpital « pour voir des patients plus mal en point » que lui (24).

1.2. L'efficacité

Une des conditions indispensables à la réalisation de la chimiothérapie à domicile est le maintien de l'efficacité du traitement. D'après Lowenthal et al. (25) il n'y a aucune raison pour qu'une chimiothérapie administrée à domicile soit moins efficace qu'à l'hôpital si le protocole et le schéma d'administration sont respectés. Selon les auteurs, l'absence de risque d'infection nosocomiale conjuguée à l'attitude positive du patient pourraient améliorer les résultats cliniques.

Ces résultats concordent avec ceux d'une étude contrôlée (26) menée sur 61 patients atteints de cancer colorectal. Dans cette étude 35 patients sont traités à leur domicile par une chimiothérapie orale (ftorafur (dérivé de 5-Fluoro-Uracile) une fois par jour associé à la leucovorine) et 26 patients à un stade moins avancé et hospitalisés pendant leurs cures de 5-Fluoro-Uracile injectable. Aucune différence significative en termes de survie n'a pu être établie, même si les patients traités à domicile étaient à un stade de la maladie plus avancé. Ces données vont dans le sens d'un effet bénéfique de la voie orale et de la prise en charge ambulatoire. D'autant plus que la survie des patients traités à domicile est comparable quel que soit le stade de la maladie.

1.3. Le coût

Les enjeux financiers liés à la prise en charge du cancer sont colossaux. Le coût des soins du cancer en France en 2004 est évalué à près de 11 milliards d'euros, deux tiers pour les soins en milieu hospitalier et un tiers pour les soins ambulatoires (28).

L'analyse des coûts de la chimiothérapie à domicile s'avère très délicate du fait des problèmes de comparabilité et selon que l'on se place du point de vue de l'assurance maladie, de l'hôpital ou du patient. Les études publiées sont difficilement comparables en raison de l'utilisation d'indicateurs hétérogènes (coût d'une cure complète, coût par jour ou par mois, coût par patient) et de l'unité de mesure définie (coût total¹, coût moyen², coût marginal³). La comparaison de ces études doit être effectuée avec la plus grande prudence.

L'évaluation médico-économique menée par Lewden-Bernadac et al. (17) lors de l'expérimentation de la chimiothérapie à domicile par le réseau de cancérologie Onco Pays-de-la-Loire montre que la prise en charge en réseau est moins coûteuse (**Figure 5**).

¹¹ Le coût total $CT(x)$ est égal à la somme des coûts fixes (CF) et des coûts variables CV (x), on a : $CT(x) = CF + CV(x)$; x étant le nombre de chimiothérapie.

² Le coût moyen : $CM(x) = CF/x + b$; b étant le coût marginal par chimiothérapie.

³ Le coût marginal (b), représente le coût supplémentaire induit par la dernière chimiothérapie réalisée

Chimiothérapie Monothérapie	Chimiothérapie réalisée en HDJ	Chimiothérapie réalisée à domicile
Coût/séance	422,45 € GHM 28Z07Z (public) simulation à 100 % T2A Médicaments en sus	340 € Médicaments en sus
Transport patient : ambulance, VSL, taxi, véhicule particulier	50,90 € Distance moyenne : 21 km Extrêmes : 4-65 km	
Coût total	473,35 €	340 €

Figure 5 : Coût d'une chimiothérapie réalisée en hôpital de jour versus domicile. Lewden-Bernadac & Al, 2008 (17)

D'après cette étude une séance réalisée en Hôpital de jour (HDJ) correspond à un coût total de 473€ contre 340€ pour le même traitement à domicile (hors coûts des molécules onéreuses) regroupant les indemnités remboursées aux différents professionnels de santé (médecin généraliste, pharmacien d'officine et infirmière libérale), le coût de coordination, le coût de fabrication de la préparation d'anticancéreux injectable par la PUI, le forfait pour l'acte de rétrocession, le coût de colisage et le transport.

Indemnités des professionnels de santé	Coût de coordination	Coût de fabrication PUI	Acte de rétrocession	Colisage	Transport	Total
150€	37€	40€	28€	25€	60€	340€

Figure 6 : Détails des coûts pour une chimiothérapie réalisée à domicile

Remonnay et al. (23) compare les coûts de la prise en charge en Hôpital de jour (HDJ) versus HAD. L'étude porte sur 52 patients, dont la majorité (34) sont des patientes atteintes de cancer du sein, réparties en 2 groupes : soit traitées par 2 cures à l'hôpital puis 2 cures à domicile, soit le contraire (domicile puis hôpital). L'étude conclut à un coût marginal plus élevé pour la chimiothérapie à domicile (232,5\$) que pour l'HDJ (157\$), mais à un coût

moyen plus élevé en HDJ (277,3\$) qu'en HAD (252,6\$) (Figure 7). Cette discordance est attribuée aux frais généraux qui sont plus élevés pour l'hôpital de jour, aux coûts du personnel qui sont plus élevés à domicile car l'infirmière ne s'occupe que d'un seul patient à la fois pendant toute la durée de l'administration, et au coût des médicaments qui est plus élevé en ambulatoire car les officines ne bénéficient pas des mêmes conditions tarifaires que les centres hospitaliers. L'étude ne permet pas de conclure.

Type de coût	Hospitalisation à domicile		Hôpital de jour	
	M ₁	(σ)	M ₂	(σ)
Personnel	95.8	(19.2)	55.0	(78)
Médicaments	136.7	(81.9)	74.0	(58.2)
Autres (transport, blanchisserie)	-	-	28.0	-
Coût marginal	232.5	(81.8)	157.0	(62)
Frais généraux	20.1	-	120.3	-
Coût moyen	252.6	(81.8)	277.3	(62)

Figure 7 : Coût moyen et coût marginal pour une séance de chimiothérapie en fonction du lieu d'administration, Remmonay & Al, 2002

Le rapport « La chimiothérapie basée au domicile » de l'Agence d'Évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé (AETMIS) du Québec (27) publié en 2004 dresse une large revue de la littérature sur les coûts de prise en charge. Ce rapport montre que la prise en charge à domicile est moins onéreuse que la prise en charge en HDJ. Bien que ce résultat reste à nuancer selon la méthodologie de calcul des coûts retenue, le rapport similaire de la HAS publié en 2005 (16) conduit à des conclusions similaires.

Ainsi les données de la littérature semblent indiquer que le prix de revient de la chimiothérapie à domicile est inférieur à celui de l'hôpital. Ces résultats restent à confirmer par des études de plus grande ampleur. Par ailleurs ils ne peuvent pas s'appliquer à toutes les situations ni à tous les protocoles de chimiothérapie.

1.4. La qualité des soins et la sécurité du patient

La prise en charge à domicile des patients atteints de cancer doit être réalisée dans un contexte garant de la qualité des soins et de la sécurité des patients. L'essai croisé mené par Rishin et al (24) sur 20 patients ne rapporte aucune complication importante après l'administration de chimiothérapie à domicile par une infirmière, pour des protocoles à base de cyclophosphamide, méthotrexate, 5-FU, doxorubicine et vincristine. Le rapport de l'AETMIS (27) fait état de plusieurs publications confirmant ces résultats, mais ces études portent toutes sur un faible échantillon de patients. Les évaluations menées par les Réseaux Territoriaux de Cancérologie de Saint Nazaire et de Nantes, montrent que la chimiothérapie à domicile ne « présente que peu, voire pas de risque pour les patients » (29). En ce qui concerne la préparation des anticancéreux injectables, elle est réalisée par des unités de préparation centralisée sous responsabilité pharmaceutique afin de répondre aux exigences d'un système d'assurance qualité adapté.

2. Les obstacles liés à la prise en charge à domicile

2.1. Le financement

Bien que ses avantages soient reconnus, la chimiothérapie à domicile dans le cadre des réseaux ne bénéficie toujours pas d'un financement fiable. Le financement actuel par les FIQCS reste aléatoire et non pérenne.

Le mode de financement des hôpitaux par la tarification à l'activité (T2A) n'incite pas à externaliser la chimiothérapie au domicile du patient, en raison de la réduction des recettes liée à la baisse d'activité. Ce constat laisse craindre que les hôpitaux ne participent à ce nouveau mode de prise en charge que si la baisse d'activité est compensée.

Comme l'illustre l'expérience Onco PL, un financement pérenne et stable doit permettre de couvrir les frais liés aux actes, au temps de coordination nécessaire pour l'organisation des cures au domicile, à la prestation pharmaceutique (préparation centralisée des préparations selon les exigences d'assurance qualité), au colisage et au transport.

Les réseaux peuvent solliciter des aides financières auprès de leurs membres, des usagers, des mutuelles, ainsi que des collectivités territoriales. Ils ne peuvent en aucun cas mener des opérations de promotion ou de publicité en vue de leur financement.

2.2. Le système d'information

La prise en charge pluridisciplinaire exige une analyse et une diffusion rapides et exhaustives de l'information. La mise en place de la chimiothérapie à domicile est tributaire du

développement du DCC, regroupant l'ensemble des informations liées aux patients et la traçabilité des interventions de chaque professionnel de santé, constituant ainsi le seul outil garant d'une traçabilité exhaustive.

**PARTIE 2 : Enquête des
Hospices Civils de Lyon (HCL)
« Chimiothérapie à domicile »**

Cette enquête a été conçue dans le cadre du déploiement opérationnel du Réseau Territorial de Cancérologie ONCO69 (RT ONCO69), initialement prévu en 2009. Ce réseau avait pour objectif de développer :

- les chimiothérapies à domicile organisées et sécurisées par le réseau en lien avec l'établissement prescripteur (oncologue hospitalier, équipe médicale du centre hospitalier, unité de préparation centralisée des chimiothérapies injectables), et les professionnels de santé libéraux (médecin traitant, infirmier libéral, pharmacien d'officine)
- les « soins de support », incluant le soutien psychologique, l'aide sociale, l'éducation thérapeutique, et le suivi nutritionnel
- l'optimisation de la prise en charge en cas de ré-hospitalisation en urgence
- la garantie d'une prise en charge optimale, avec un traitement défini dans le cadre d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
- l'optimisation du suivi de la maladie

Dans le cadre de ce projet, nous avons conduit une enquête auprès des professionnels de santé libéraux visant à définir leurs besoins et attentes afin de proposer une organisation optimale garante de la qualité de la prise en charge à domicile du patient atteint de cancer. Cette enquête a été menée auprès de 450 professionnels de santé libéraux (150 médecins généralistes, 150 pharmaciens d'officine, 150 infirmiers libéraux). Elle s'inscrit dans la continuité du travail réalisé par S. Dimet (étudiante en 5^{ème} Année Hospitalo-Universitaire - filière industrie) pour organiser le transport, le colisage et le suivi des températures des préparations de chimiothérapies anticancéreuses.

Bien que le projet du Réseau Territorial de cancérologie n'ait pas été poursuivi, nous présentons ici l'enquête et ses résultats qui pourront être contributifs dans le cadre du développement d'autres offres de prise en charge à domicile des patients atteints de cancer.

1. Matériel et méthode

1.1. Objectifs

L'enquête a pour objectif d'évaluer :

- les attentes des professionnels de santé libéraux (médecin traitant, pharmacien d'officine et infirmier) ainsi que leurs contraintes et leurs besoins, dans le cadre d'un partenariat ville - hôpital pour la réalisation de chimiothérapie à domicile
- la faisabilité d'une organisation des acteurs permettant de respecter au mieux les contraintes de chacun tout en garantissant au patient une prise en charge de qualité.

1.2. Questionnaires

Trois questionnaires anonymes destinés respectivement aux médecins généralistes, aux pharmaciens d'officine et aux infirmiers diplômés d'état libéraux (IDE) sont élaborés. Ces questionnaires visent à établir une photographie des besoins humains, techniques, logistiques et pratiques indispensable à la mise en place d'une telle prise en charge.

1.2.1. Questionnaire Médecin

Le questionnaire destiné aux médecins généralistes (Annexe 2) est composé de 16 questions réparties en 3 catégories : « Questions préliminaires », « Votre activité » et « La cure de chimiothérapie à domicile ». A la fin du questionnaire un espace libre est dédié aux commentaires afin de recueillir les remarques complémentaires des praticiens. Le questionnaire est composé de 9 questions fermées, 5 questions semi-ouvertes et 2 questions ouvertes.

1.2.2. Questionnaire Pharmacien d'officine

Le questionnaire destiné aux pharmaciens d'officine (Annexe 3) compte 17 questions, réparties en 3 parties : « Questions préliminaires », « Votre activité » et « Livraison et contrôle des préparations de chimiothérapie ». Le questionnaire comporte 11 questions fermées, 5 questions semi-ouvertes, et 1 question ouverte concernant les horaires d'ouverture, les jours de fermeture et les congés de la pharmacie. Un espace est prévu à la fin du questionnaire pour recueillir les remarques et suggestions.

1.2.3. Questionnaire Infirmier

Le questionnaire destiné aux infirmiers (Annexe 4) comporte 20 questions ainsi qu'un espace réservé aux commentaires en fin de questionnaire. Les questions sont réparties en 3 parties : « Questions préliminaires », « «Votre activité » et « Contrôle et administration de la chimiothérapie à domicile ». Sur les 20 questions, 3 sont ouvertes, 6 semi-ouvertes et 11 sont fermées. Nous avons interrogé les infirmiers sur l'année d'obtention de leur diplôme,

car si ce diplôme est antérieur à 1992 les infirmiers doivent suivre une formation spécifique les habilitant à réaliser des chimiothérapies à domicile.

Certaines questions sont posées aux trois catégories de professionnels de santé, notamment celles mesurant leur intérêt pour cette prise en charge, l'équipement en matériel informatique et le besoin de formation.

1.3. Critères d'inclusion

L'enquête porte sur 450 professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, pharmaciens d'officine, infirmiers libéraux). Afin d'optimiser le taux de participation, les dispositions suivantes ont été mises en œuvre :

- inclusion en priorité des professionnels de santé libéraux ayant répondu à un premier courrier du RT ONCO69, visant à présenter le réseau, ses missions et à proposer un bulletin d'adhésion
- inclusion des professionnels libéraux présents lors d'une réunion de concertation organisée par le réseau dans l'année précédant l'enquête
- inclusion complémentaire à hauteur de 150 professionnels par catégorie par tirage au sort informatique à partir des fichiers de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS). Nous nous sommes limités aux professionnels libéraux du département du Rhône (69).

1.4. Envoi et retour des questionnaires

Les questionnaires libellés avec l'en-tête des Hospices Civils de Lyon et du réseau ONCO69 sont accompagnés d'un courrier du directeur du réseau (Annexe 5) expliquant les objectifs de l'enquête et le fonctionnement du réseau (Annexe 6).

A chaque questionnaire est jointe une enveloppe de retour préaffranchie à l'attention du réseau, les participants pouvant également communiquer leurs réponses par fax au siège du réseau. Les questionnaires ont tous été envoyés le 17 septembre 2009, la date limite pour répondre étant fixée au 10 novembre 2009.

1.5. Taux de participation

Le taux de participation à l'enquête par profession est de :

- 16,7% pour les médecins, soit 25 questionnaires retournés
- 38,7% pour les pharmaciens, soit 58 questionnaires retournés
- 48,7% pour les IDE, soit 73 questionnaires retournés

1.6. Compilation des résultats

Un tableur Excel est créé pour compiler l'ensemble des résultats de l'enquête. Le nombre de non répondants (NR) pour chaque question est comptabilisé.

Concernant les questions semi-ouvertes et ouvertes, les réponses sont regroupées par thème selon les questions afin de faciliter la lecture des résultats et leur interprétation.

2. ENQUÊTE MEDECIN

2.1. Résultats

Sur les 150 questionnaires envoyés, nous avons obtenu 25 réponses, soit un taux de participation de 16,7%. Afin de faciliter leur lecture, les résultats sont présentés sous forme de tableaux synthétiques.

QUESTIONS PRELIMINAIRES

1. Accepteriez-vous de participer à la prise en charge à domicile de patients atteints de cancers en partenariat avec le Réseau Territorial de Cancérologie ONCO69 ?

	NOMBRE	%
OUI	12	48,0%
PLUTOT OUI	9	36,0%
NON	2	8,0%
PLUTOT NON	2	8,0%
TOTAL	25	100,0%

2. Accepteriez-vous, lors de l'inclusion d'un de vos patients de participer à une réunion de mise en place avec les professionnels de santé libéraux impliqués (pharmacien d'officine, IDE) ?

Indemnisation forfaitaire (environ 40€) prévue, par an et par patient.

	NOMBRE	%
OUI	21	84,0%
NON	4	16,0%
TOTAL	25	100,0%

Réponse négative : justification

Le manque de temps

Non précisé

3. Dans le cadre de votre collaboration avec le Réseau, seriez-vous intéressé par un programme de formation continue sur les traitements du cancer et leur prise en charge?

	NOMBRE	%
OUI	20	80,0%
NON	4	16,0%
NR	1	4,0%
TOTAL	25	100,0%

NOMBRE	%	THEMES
7	35,0%	Les protocoles de chimiothérapie
5	25,0%	La surveillance des patients, les complications
2	10,0%	La prise en charge de la douleur
2	10,0%	Port-à-Cath
2	10,0%	La prise en charge psychologique et nutritionnelle
2	10,0%	NR
20	100,0%	TOTAL

VOTRE ACTIVITE

4. Pour une année, à combien évaluez-vous le nombre de vos patients traités pour un cancer ?

ORALE	NOMBRE	%
<5	15	60,0%
5 à 10	5	20,0%
>10	3	12,0%
NR	2	8,0%
TOTAL	25	100,0%

INJECTABLE	NOMBRE	%
<5	8	32,0%
5 à 10	6	24,0%
>10	4	16,0%
NR	7	28,0%
TOTAL	25	100,0%

5. Exercez-vous votre activité au sein d'un cabinet médical ?

	NOMBRE	%
OUI	14	56,0%
NON	11	44,0%
TOTAL	25	100,0%

Nombre de praticiens par cabinet

	NOMBRE	%
1	11	44,0%
2	9	36,0%
3	4	16,0%
4	1	4,0%
TOTAL	25	100,0%

6. Quels sont vos horaires d'exercice pour une journée d'activité moyenne ?

Matin		
HORAIRES	NOMBRE	%
Ouverture		
7H	2	8,0%
7H30	3	12,0%
8H	8	32,0%
8H30	3	12,0%
9H	3	12,0%
NR	6	24,0%
Total	25	100,0%
Fermeture		
11H	1	4,0%
11H30	1	4,0%
12H	6	24,0%
12H30	1	4,0%
NR	16	64,0%
Total	25	100,0%

Après-midi		
HORAIRES	NOMBRE	%
Ouverture		
14H	5	20,0%
14H30	2	8,0%
15H	3	12,0%
NR	15	60,0%
Total	25	100,0%
Fermeture		
17H	2	8,0%
18H	1	4,0%
18H30	1	4,0%
19H	6	24,0%
19H30	2	8,0%
20H	5	20,0%
21H	3	12,0%
NR	5	20,0%
Total	25	100,0%

DEPLACEMENT		
HORAIRES	NOMBRE	%
DEBUT		
11H	1	4,0%
11H30	1	4,0%
12H	3	12,0%
12H30	1	4,0%
13H	3	12,0%
13H30	1	4,0%
LE SOIR	1	4,0%
1MATIN/SEM	1	4,0%
NR	13	52,0%
total	25	100,0%
FIN		
13H	1	4,0%
14H	4	16,0%
14H30	3	12,0%
15H	2	8,0%
NR	15	60,0%
total	25	100,0%

7. Disposez-vous au cabinet médical des équipements suivants

ORDINATEUR	NOMBRE	%
OUI	24	96,0%
NON	1	4,0%
TOTAL	25	100,0%

INTERNET	NOMBRE	%
OUI	23	92,0%
NON	2	8,0%
TOTAL	25	100,0%

MAIL	NOMBRE	%
OUI	23	92,0%
NON	2	8,0%
TOTAL	25	100,0%

FAX	NOMBRE	%
OUI	19	76,0%
NON	6	24,0%
TOTAL	25	100,0%

8. Quel est le meilleur moyen pour vous contacter ?

	NOMBRE	%
Tél. cabinet	13	52,0%
Tél. portable	5	20,0%
Mail	6	24,0%
Fax	1	4,0%
Courrier	0	0,0%
TOTAL	25	100,0%

LA CURE DE CHIMIOThERAPIE A DOMICILE

9. Pour un patient pris en charge à son domicile, accepteriez-vous de reconduire les cures de chimiothérapie suivantes en fonction de son état général, de ses données biologiques et en accord avec le protocole défini par le médecin oncologue hospitalier et le Réseau ?

	NOMBRE	%
OUI	11	44,0%
PLUTOT OUI	9	36,0%
NON	2	8,0%
PLUTOT NON	2	8,0%
NR	1	4,0%
TOTAL	25	100,0%

10. Seriez-vous disposé à faire cette consultation au domicile du patient ?

	NOMBRE	%
OUI	20	80,0%
NON	4	16,0%
NR	1	4,0%
TOTAL	25	100,0%

Réponse négative : justification

Uniquement si le patient n'est pas en mesure de se déplacer

11. Pensez-vous, dans ce contexte, pouvoir assurer la surveillance post-chimiothérapie et la prise en charge des effets secondaires (vomissements, nausées....) en lien avec l'infirmière libérale et le Réseau?

	NOMBRE	%
OUI	10	40,0%
PLUTOT OUI	9	36,0%
NON	2	8,0%
PLUTOT NON	2	8,0%
NR	2	8,0%
TOTAL	25	100,0%

12. Pour un de vos patients, pris en charge par le Réseau, vous seriez prêt à être joignable

	NOMBRE	%
Aux heures d'ouverture du cabinet	21	84,0%
La nuit	1	4,0%
Le week-end	3	12,0%
TOTAL	25	100,0%

13. Accepteriez-vous d'être joignable par l'IDE durant toute la durée d'administration de la chimiothérapie à domicile ?

	NOMBRE	%
OUI	10	40,0%
PLUTOT OUI	9	36,0%
NON	2	8,0%
PLUTOT NON	1	4,0%
NR	3	12,0%
TOTAL	25	100,0%

14. Accepteriez-vous de vous déplacer à domicile en cas de survenue d'un effet indésirable au cours d'une séance de chimiothérapie ?

	NOMBRE	%
OUI	6	24,0%
PLUTOT OUI	8	32,0%
NON	5	20,0%
PLUTOT NON	3	12,0%
NR	3	12,0%
TOTAL	25	100,0%

Délai d'intervention

délai moyen	délai maximal
3H10	18H12

Ces données sont non significatives du fait du faible taux de réponse

15. Quelles sont les principales difficultés que vous envisagez dans la réalisation d'une cure de chimiothérapie à domicile ?

DIFFICULTES

NOMBRE	%	
10	58,8%	Disponibilité du médecin traitant lui même
1	5,9%	Problèmes liés aux déplacements
1	5,9%	Port-à-cath bouché
3	17,6%	La maîtrise des effets secondaires
2	11,8%	Le manque de formation des médecins
17	-	Total

16. Quels services supplémentaires, proposés par le Réseau, répondraient aux besoins ou aux attentes de vos patients ?

	NOMBRE	%
Consultation diététique	5	14,3%
Consultation psychologique	16	45,7%
Aide sociale	10	28,6%
Autres	0	0,0%
NR	4	11,4%
TOTAL	35	100,00%

COMMENTAIRES, SUGGESTIONS, IDEES

NOMBRE	%	
3	37,5%	Manque de disponibilité du médecin
1	12,5%	Manque de formation
4	50,0%	Une mise à jour des connaissances est nécessaire
8	100,0%	

2.2. Discussion

L'enquête auprès des médecins n'a pas atteint le taux de réponse escompté : le taux de participation reste faible, soit 16,7%. La surcharge de travail, le manque de temps et les nombreuses sollicitations auxquelles répondent les médecins sont très probablement en cause. Les réponses obtenues auprès des participants semblent indiquer que le faible taux de participation ne soit pas lié à un manque d'intérêt pour ce type de prise en charge. En effet, parmi les participants, un grand nombre rapporte « un besoin de formation ».

2.2.1. Questions préliminaires

84% des médecins ayant participé à l'enquête acceptent de prendre en charge un patient dans le cadre du réseau de cancérologie et de participer à la réunion de mise en place. Parmi les 4 médecins qui ne le souhaitent pas, trois justifient leur refus par le manque de temps. Le dernier n'apporte pas de précision.

Les médecins sont très demandeurs de formation en cancérologie, 4 médecins sur 5 sont intéressés par un programme de formation. 35% des médecins souhaitent être formés aux protocoles de chimiothérapie, ainsi qu'aux effets indésirables de la chimiothérapie et à leur prise en charge. Un médecin sur quatre souhaite en priorité être formé à la surveillance post chimiothérapie et aux complications liées aux traitements. Enfin 1 sur 10 souhaite être

formé respectivement à la prise en charge de la douleur, au suivi des cathéters implantables ainsi qu'à la prise en charge psychologique et nutritionnelle du cancer. Ce résultat montre que les médecins traitants restent peu formés à ces problématiques, du fait de la prise en charge quasi exclusive de ces patients par des services hospitaliers. **La formation des médecins libéraux sera l'un des intérêts majeurs de la collaboration « ville-hôpital » en oncologie, ainsi que le décloisonnement de la pratique hospitalière, dans un objectif d'optimisation de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient. Bien que le taux de participation soit faible une tendance se dégage : les médecins sont demandeurs de formation en oncologie.**

2.2.2. Votre activité

La majorité des médecins participants (6 sur 10) déclare suivre moins de 5 patients par an traités pour un cancer par chimiothérapie anticancéreuse par voie orale. Les médecins généralistes semblent peu confrontés à cette pathologie. Pour la chimiothérapie par voie injectable, 6 médecins (24%) déclarent suivre entre 5 et 10 patients par an. La faible activité libérale en oncologie s'explique probablement par la prise en charge quasi exclusive de cette pathologie par les établissements de santé.

Plus de la moitié des cabinets médicaux (56%) dispose d'au moins deux médecins : les médecins travaillant dans ces cabinets pourront intervenir au domicile des patients plus facilement ; bien qu'il soit difficile pour un médecin généraliste de quitter son cabinet pour se rendre en urgence chez un patient, la gestion des problèmes mineurs est envisageable, ce qui devrait réduire le taux de réhospitalisation. Cela exige une formation adaptée des médecins, et un délai d'intervention acceptable.

Les réponses concernant les horaires d'ouverture du cabinet médical sont peu précises, seulement 10 médecins ayant répondu complètement à la question. D'après les réponses collectées, 52% des cabinets ouvrent à partir de 8H00, voire plus tôt. Tous les cabinets sont ouverts au plus tard à 9H00. A 19H30, près de 1 cabinet sur 2 (48%) est fermé.

Plus de la moitié des médecins n'a pas répondu à la question portant sur les déplacements. Parmi les 12 réponses obtenues, 10 montrent que la consultation à domicile est réalisée pendant la pause déjeuner. Un médecin réserve cette activité pour la fin de journée et seulement un médecin lui consacre une matinée par semaine.

Concernant le matériel informatique, le taux d'équipement en ordinateur des médecins est de 96%. 92% d'entre eux disposent d'un accès à internet et d'une adresse mail, il est donc légitime de privilégier ces moyens pour la communication entre les membres du réseau.

Le moyen le plus simple de joindre les médecins reste le téléphone du cabinet pour plus de 1 médecin sur 2 (52%), puis le mail (24%) et le téléphone portable (20%). Le téléphone du cabinet présente plusieurs avantages pour le médecin, notamment celui de filtrer les appels. Il semble évident que le canal de communication sera différent en fonction de la nature de l'information à transmettre ainsi que de son degré d'urgence.

2.2.3. La cure de chimiothérapie à domicile

Les médecins favorables à la prise en charge des patients dans le cadre du réseau acceptent de reconduire les cures (80%), ce qui confirme leur souhait de s'impliquer. Parmi les répondants, 76% sont prêts à participer à la surveillance post chimiothérapie, à condition toutefois que celle-ci ne soit pas préjudiciable à l'activité du cabinet. Les médecins déclarent pouvoir être disponibles pendant toute la durée de l'administration pour répondre aux interrogations de l'IDE en cas de doutes ou de problèmes liés à l'administration ou à la cure.

Mais 84% d'entre eux ne sont pas disponibles en dehors des horaires du cabinet (84%), et seulement 4% acceptent d'être joignables la nuit en cas d'urgence pour un patient. 3 médecins sont disponibles le week-end (12%). Ces résultats montrent qu'en cas d'urgence l'intervention des médecins libéraux reste difficile. La moitié (56%) accepte de se déplacer en cas d'urgence ou de problème majeur durant l'administration du traitement, mais leur délai d'intervention est estimé en moyenne à 3H18.

Pour les médecins de ville la principale difficulté d'une telle prise en charge est leur propre disponibilité (40%), la gestion des effets secondaires (12%) et le manque de formation (12%). Le manque de disponibilité et le besoin de formation sont en outre très souvent spécifiés dans les commentaires.

Concernant les services supplémentaires à apporter au patient, 46% des praticiens ont cité la consultation psychologique, 29% l'aide sociale et 14% la consultation diététique.

3. ENQUÊTE PHARMACIEN

3.1. Résultats

Sur les 150 envois, nous avons obtenu 58 réponses, soit un taux de réponses de 38,7%.

QUESTIONS PRELIMINAIRES

1. Accepteriez vous de participer à la prise en charge à domicile de patients atteints de cancer en partenariat avec le Réseau Territorial de Cancérologie ONCO69?

	NOMBRE	%
OUI	53	91,4%
PLUTOT OUI	5	8,6%
NON	0	0,0%
PLUTOT NON	0	0,0%
TOTAL	58	100,0%

2. Accepteriez-vous, lors de l'inclusion d'un de vos patients, de participer à une réunion de mise en place avec les professionnels de santé libéraux impliqués (médecin traitant, IDEL)?

Indemnisation forfaitaire prévue (environ 40€), par an et par patient.

	NOMBRE	%
OUI	56	96,6%
NON	2	3,4%
TOTAL	58	100,0%

Réponse négative : justification

En fonction des horaires et du lieu
Uniquement à proximité de l'officine
En fonction de la rémunération

3. Seriez-vous disposé à remplir et à transmettre au Réseau une fiche de liaison retraçant vos interventions et les problèmes éventuels rencontrés ? *Indemnisation forfaitaire (environ 20€) prévue pour chaque cure de chimiothérapie.*

	NOMBRE	%
OUI	56	96,6%
NON	2	3,4%
TOTAL	58	100,0%

Réponse négative : justification

Pas le rôle du pharmacien
Uniquement en cas de problème

4. Dans le cadre de votre collaboration avec le Réseau, seriez-vous intéressé par un programme de formation continue sur les traitements du cancer et leur prise en charge?

	NOMBRE	%
OUI	58	100,0%
NON	0	0,0%
TOTAL	58	100,0%

NOMBRE	%	THEMES DE FORMATION
5	8,6%	Matériel de perfusion / pompes
7	12,1%	Protocoles de chimiothérapie/molécules et nouveautés
9	15,6%	Effets secondaires / Prise en charge
2	3,4%	Aspect psychologique / technique de prise en charge
35	60,3%	Non précisé
58	100,0%	

5. Concernant le patient, vous souhaiteriez être informé par le Réseau sur :

NOMBRE	%	
43	74,1%	Les soins dispensés à l'hôpital (chirurgie, radiothérapie....)
51	87,9%	Le protocole de chimiothérapie utilisé (effets indésirables....)
44	75,9%	L'évolution de la maladie
43	74,1%	La tolérance aux cures précédentes
3	5,2%	Autres
3	5,2%	Non précisé
58	100,0%	

Autres

Le traitement antiémétique

L'ensemble des ordonnances prescrites

Le reporting des examens (bilan sanguin...)

La survenue d'une rechute

Votre activité

6. Nombre de pharmaciens dans l'officine

	NOMBRE	%
1	4	6,9%
2	23	39,7%
3 OU +	31	53,4%
TOTAL	58	100,0%

7. Nombre de préparateurs dans l'officine

	NOMBRE	%
1	12	20,7%
2	19	32,8%
3 OU +	26	44,8%
0	1	1,7%
TOTAL	58	100,0%

8. Horaires d'ouverture

	NOMBRE	%
MATIN		
Ouverture		
7H30	1	1,7%
8H	4	6,9%
8H30	31	53,4%
9H	22	37,9%
TOTAL	58	100,0%
Fermeture		
12H	23	46,0%
12H15	9	18,0%
12H30	17	34,0%
12H45	1	2,0%
TOTAL	50	100,0%
NON STOP	8	13,8%

APRES-MIDI

Ouverture		
AV. 14H	2	4,0%
14H	20	40,0%
14H30	24	48,0%
15H	4	8,0%
TOTAL	50	100,0%
Fermeture		
19H	23	39,7%
19H15	9	15,5%
19H30	18	31,0%
20H	8	13,8%
TOTAL	58	100,0%

	NOMBRE	%
Jour de fermeture hebdomadaire		
lundi matin	16	24,6%
lundi	3	4,6%
samedi A.M.	25	38,5%
samedi	1	1,5%
non	20	30,8%
TOTAL	65	100,0%

Horaires modifiés en été		
OUI	22	37,9%
NON	36	62,1%
TOTAL	58	100,0%

Fermeture pour congés annuels		
OUI	7	12,1%
NON	51	87,9%
TOTAL	58	100,0%

9. Pour une année, à combien évaluez-vous le nombre de patients de votre officine traités pour un cancer ?

ORALE	NOMBRE	%
<5	13	22,4%
5 à 10	22	37,9%
>10	19	32,8%
NR	4	6,9%
TOTAL	58	100,0%

INJECTABLE	NOMBRE	%
<5	18	31,0%
5 à 10	22	37,9%
>10	12	20,7%
NR	6	10,3%
TOTAL	58	100,0%

10. Disposez-vous à l'officine des équipements suivants

ORDINATEUR	NOMBRE	%
OUI	57	98,3%
NON	1	1,7%
TOTAL	58	100,0%

INTERNET	NOMBRE	%
OUI	57	98,3%
NON	1	1,7%
TOTAL	58	100,0%

MAIL	NOMBRE	%
OUI	57	98,3%
NON	1	1,7%
TOTAL	58	100,0%

LIVRAISONS ET CONTROLES DES PREPARATIONS DE CHIMIOETHERAPIE

11. Pour un des patients pris en charge par le Réseau, accepteriez-vous que la préparation de chimiothérapie, préparée aux HCL, soit livrée à votre officine ?

	NOMBRE	%
OUI	54	93,1%
NON	4	6,9%
TOTAL	58	100,0%

Réponse négative : justification

Nécessite une formation préalable (1 cas)
 En fonction de la quantité de produit (1 cas)
 Livrée directement chez le patient (1 cas)
 Mauvaises relations avec les HCL (1 cas)

12. Selon vous le prestataire chargé du transport de la préparation des HCL à votre officine doit être

	NOMBRE	%	
	36	62,1%	Grossiste répartiteur
	39	67,2%	Transporteur spécialisé dans le domaine pharmaceutique
	1	1,7%	Transporteur classique
	7	12,1%	Sans préférence
	58	100,0%	

13. Vous souhaiteriez être livré de préférence

	NOMBRE	%
AVANT 12H	44	62,0%
APRES 12H	20	28,2%
NR	7	9,9%
TOTAL	71	100,0%

14. Seriez-vous prêt à réceptionner un colis entre 12 H et 14 H, même si l'officine est fermée?

	NOMBRE	%
OUI	31	53,4%
NON	26	44,8%
NR	1	1,7%
TOTAL	58	100,0%

15. Accepteriez-vous de réaliser des contrôles sur le contenu du colis, notamment

	NOMBRE	%
TEMPERATURE	42	72,4%
CONFORMITE	44	75,9%
AUCUN	8	13,8%
NR	4	6,9%
TOTAL	58	-

16. Concernant le transport de la chimiothérapie jusqu'au domicile du patient, vous souhaiteriez

	NOMBRE	%
Acheminer le colis	8	13,8%
Que l'infirmière achemine le colis	9	15,5%
Adaptable	50	86,2%
TOTAL	58	115,5%

17. Concernant le matériel médical nécessaire à l'IDE pour l'administration, vous souhaiteriez

	NOMBRE	%
Vous occuper de la gestion du matériel médical	47	81,0%
Que le réseau s'occupe du matériel médical	7	12,1%
NR	4	6,9%
TOTAL	58	100,0%

COMMENTAIRES, SUGGESTIONS, IDEES

NOMBRE	%	
6	40,0%	Besoins de formation aux contrôles (méthodes, matériel...) matériel d'injection (pompe, cathéter...)
2	13,3%	Quelle rémunération?
3	20,0%	Lieu de réunion d'inclusion proche de l'officine
2	13,3%	Matériel de perfusion (pompe...) disponible pour l'officine
2	13,3%	Belle initiative/très intéressé
15	100,0%	

3.2. Discussion

La participation des pharmaciens est de 38,7% soit 58 réponses sur les 150 questionnaires envoyés.

3.2.1. Questions préliminaires

Les 58 participants à l'enquête acceptent de participer à ce partenariat (91% de « oui » et 9% « plutôt oui »). Ces résultats illustrent la motivation, l'attente et l'enthousiasme des pharmaciens d'officine pour ce type de projet et de prise en charge innovante qui valorise leur profession au service des patients.

Parmi les répondants, 97% acceptent de participer aux réunions de mise en place et de remplir des fiches de liaison retraçant leurs interventions et leurs remarques éventuelles. Les deux pharmaciens ayant répondu « non » le justifient par l'éloignement du lieu de la réunion par rapport à l'officine, et l'indemnité compensatrice, jugée insuffisante.

Tous les répondants sont intéressés par la formation continue, notamment sur les effets secondaires et leur prise en charge (16%), les molécules et/ou les protocoles utilisés et les nouveaux traitements (12%), ainsi que le matériel nécessaire aux perfusions (9%) (pompes, CVC...). Enfin, 3% des pharmaciens souhaitent être formés sur les modes d'administration ainsi que sur la composante psychologique de la prise en charge du patient.

Les pharmaciens d'officine souhaitent être informés du protocole utilisé (87,9%), et de l'évolution de la maladie (75,9%).

3.2.2. Votre activité

Les pharmaciens d'officine sont entourés dans la plupart des cas par une équipe officinale composée d'un ou plusieurs pharmaciens, ainsi que de préparateurs. Dans seulement 7% des pharmacies, l'activité est assurée par un seul pharmacien, et plus de la moitié (53%) des équipes compte 3 pharmaciens ou plus. En ce qui concerne les préparateurs, ils sont au moins 3 dans 45% des pharmacies et 2 préparateurs dans un tiers des pharmacies.

Concernant les horaires des officines, 62% sont ouvertes à partir de 8H30, et 92% respectent une fermeture pour la pause déjeuner à partir de 12H00 et jusqu'à 14H30. Plus d'une pharmacie sur deux (55%) est fermée à 19H15. Une officine sur quatre est fermée le lundi matin, et 39% ferment le samedi après-midi.

Les pharmacies accueillent des patients atteints de cancer et leur famille, notamment pour les traitements non anticancéreux, qu'ils soient liés ou non à la maladie mais, dans certains cas les pharmaciens ne sont informés de la pathologie que par les médicaments prescrits.

Concernant le matériel informatique, 98% des officines disposent d'un ordinateur avec port USB, ainsi que d'un accès à internet et d'une adresse mail.

3.2.3. Livraison et contrôle des préparations de chimiothérapie

Seulement 7% des pharmaciens restent réticents concernant la livraison des préparations à l'officine, évoquant une formation insuffisante pour l'étape de réception. Les pharmaciens sont favorables au choix d'un transporteur spécialisé pour 67% d'entre eux.

La majorité des participants (63%) préfère une livraison avant 12H00, bien que plus d'un pharmacien sur deux (53%) accepte de réceptionner le traitement en dehors des horaires d'ouverture de l'officine. La majorité (76%) accepte de réaliser les contrôles de température et de conformité sur les préparations à la réception.

Le point le plus discuté concerne le transport du traitement entre l'officine et le domicile du patient : 14% des pharmaciens souhaitent assurer la livraison, 16% préfèrent que l'infirmier libéral transporte la préparation de l'officine au domicile du patient. Enfin 86% des pharmaciens préfèrent s'adapter au cas par cas avec l'infirmier libéral (plusieurs réponses possibles pour cette question).

Huit pharmaciens sur dix souhaitent gérer le matériel médical nécessaire à la réalisation des cures.

Sur les 58 questionnaires recueillis, seulement 15 comportent des commentaires. 6 d'entre eux soulignent le besoin de formation pour les contrôles à la réception et le matériel de perfusion. Trois demandent que la réunion de mise en place soit organisée à proximité de

l'officine. Deux d'entre eux s'interrogent sur la rémunération de l'acte pharmaceutique.
Enfin 2 pharmaciens s'interrogent sur la disponibilité du matériel médical nécessaire aux
cures.

4. ENQUÊTE INFIRMIER

4.1. Résultats

Le taux de participation est de 48,7%, soit 73 questionnaires retournés sur les 150 envois.

Près d'un infirmier sur deux sollicités a répondu à notre enquête.

QUESTIONS PRELIMINAIRES

1. Accepteriez-vous de participer à la prise en charge à domicile de patients atteints de cancer en partenariat avec le Réseau Territorial de Cancérologie ONCO69 ?

	NOMBRE	%
OUI	68	93,2%
PLUTOT OUI	5	6,8%
NON	0	0,0%
PLUTOT NON	0	0,0%
TOTAL	73	100,0%

2. Si votre Diplôme d'Etat est antérieur à 1992, avez-vous suivi une formation vous habilitant à la réalisation de chimiothérapie à domicile ?

	NOMBRE	%
OUI	58	79,5%
NON	3	4,1%
NR	12	16,4%
TOTAL	73	100,0%

Les 3 infirmières ayant répondu « non » envisagent de suivre une formation

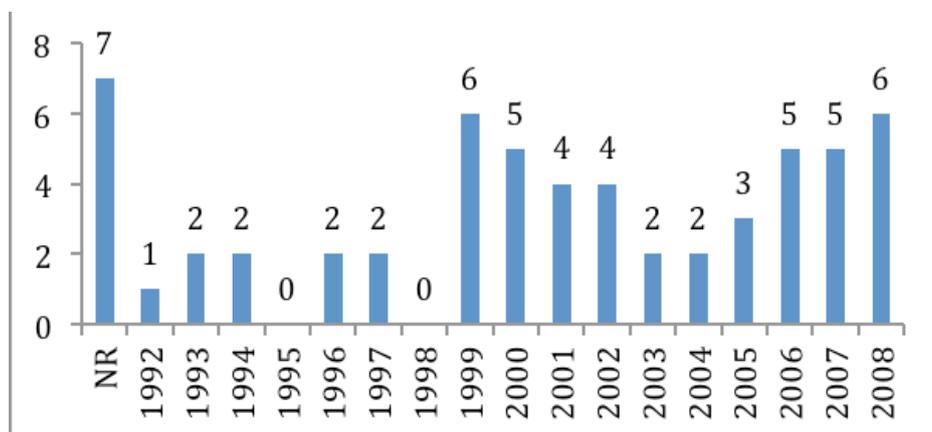


Figure 8 : Année de formation des IDE à la réalisation de chimiothérapie à domicile

3. Avez-vous déjà pris en charge des patients traités par chimiothérapie ?

	NOMBRE	%
Par voie orale	55	75,3%
Injectable	69	94,5%
TOTAL	73	-

4. Avez-vous une pratique régulière des voies d'abord

	NOMBRE	%
Cathéter à site d'injection implantable	66	90,4%
Cathéter veineux central	66	90,4%
NR	1	1,4%
TOTAL	73	-

	NOMBRE	%
Port-à-cath	43	58,9%
PAC	44	60,3%
TOTAL	73	-

5. Accepteriez-vous, lors de l'inclusion d'un de vos patients, de participer à une réunion de mise en place avec les professionnels de santé libéraux impliqués (médecin traitant, pharmacien d'officine) ?

Indemnisation forfaitaire (environ 40€) prévue, par an et par patient.

	NOMBRE	%
OUI	67	91,8%
NON	2	2,7%
NR	4	5,5%
TOTAL	73	100,0%

NOMBRE	%
1	50
1	50

Réponse négative : justification

Peu compatible avec les horaires de travail
En fonction du lieu et des
horaires

6. Seriez-vous disposé à remplir et à transmettre au Réseau une fiche de liaison retraçant vos interventions et les problèmes éventuels ?

	NOMBRE	%
OUI	71	97,3%
NON	0	0,0%
NR	2	2,7%
TOTAL	73	100,0%

7. Dans le cadre de votre collaboration avec le Réseau, seriez-vous intéressé par un programme de formation continue sur les traitements du cancer et leur prise en charge?

	NOMBRE	%
OUI	67	91,8%
NON	0	0,0%
NR	6	8,2%
TOTAL	73	100,0%

NOMBRE	%	THEMES
9	15,0%	La prise en charge psychologique
20	33,3%	Une actualisation des connaissances
12	20,0%	les effets secondaires de la chimiothérapie
11	18,3%	La prise en charge de la douleur
8	13,3%	La maladie (aplasie, hormonothérapie...)
60	100,0%	

8. Concernant le patient, vous souhaiteriez être informé par le Réseau sur

	NOMBRE	%
Les soins dispensés à l'hôpital	70	96%
Le protocole utilisé	73	100%
L'évolution de la maladie	71	97%
La tolérance aux cures précédentes	64	88%
Autres	22	30%
TOTAL	73	-

NOMBRE	%	AUTRES
4	18,2%	projet de soins, suivi du patient
3	13,6%	contexte socio-économique et familial
5	22,7%	traitement de la douleur
4	18,2%	réaction du patient et de sa famille à la maladie
6	27,3%	connaissances du patient et de sa famille sur la maladie
22	100,0%	

VOTRE ACTIVITE

9. Pour une année, à combien évaluez-vous le nombre de vos patients traités pour un cancer ?

ORALE	NOMBRE	%	INJECTABLE	NOMBRE	%
<5	37	50,7%	<5	20	27,4%
5 à 10	10	13,7%	5 à 10	19	26,0%
>10	17	23,3%	>10	31	42,5%
NR	9	12,3%	NR	3	4,1%
TOTAL	73	100,0%	TOTAL	73	100,0%

10. Exercez-vous votre activité au sein d'un cabinet infirmier ?

	NOMBRE	%
OUI	70	95,9%
NON	2	2,7%
NR	1	1,4%
TOTAL	73	100%

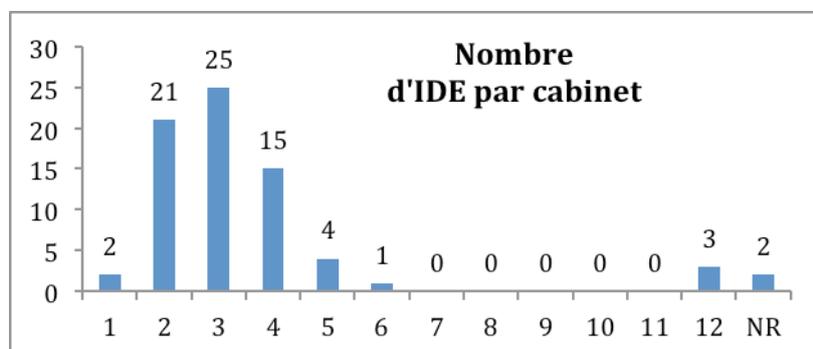


Figure 9 : Répartition des IDE par cabinet

11. Quels sont vos horaires d'exercice pour une journée d'activité moyenne ?

Accueil au cabinet

	NOMBRE	%
Sur RDV	12	16,4%
Pas d'accueil	18	24,7%
Permanence	39	53,3%
- 30 minutes/jour	12	16,4%
- 45 minutes/jour	3	4,1%
- 1 heure/jour	15	20,5%
- 1 heure 30/jour	6	8,2%
- 2 heures/jour	3	4,1%
NR	4	5,5%
TOTAL	73	100%

Visite au domicile des patients

Matin - 1ère visite		
Heures	NOMBRE	%
5H30	4	5,6%
6H	23	31,9%
6H30	25	34,7%
7H	15	20,8%
7H30	4	5,6%
8H	1	1,4%
TOTAL	72	100,0%

Matin - dernière visite		
Heures	NOMBRE	%
11H	1	2,0%
12H	11	22,4%
12H30	6	12,2%
13H	17	34,7%
13H30	7	14,3%
14H	6	12,2%
PLUS DE 14H	1	2,0%
TOTAL	49	100,0%

Après-midi - 1ère visite			Après-midi - dernière visite		
heures	NOMBRE	%	heures	NOMBRE	%
15H30	4	8,3%	Avant 18H	3	4,2%
16H	13	27,1%	19H	8	11,3%
16H30	12	25,0%	19H30	5	7,0%
17H	15	31,3%	20H	35	49,3%
+ DE 17H30	4	8,3%	20H30	8	11,3%
TOTAL	48	100,0%	21H	9	12,7%
			21H30	2	2,8%
			+ DE 22H	1	1,4%
			TOTAL	71	100,0%

12. Quelle est la durée moyenne d'un acte à domicile, temps de déplacement inclus

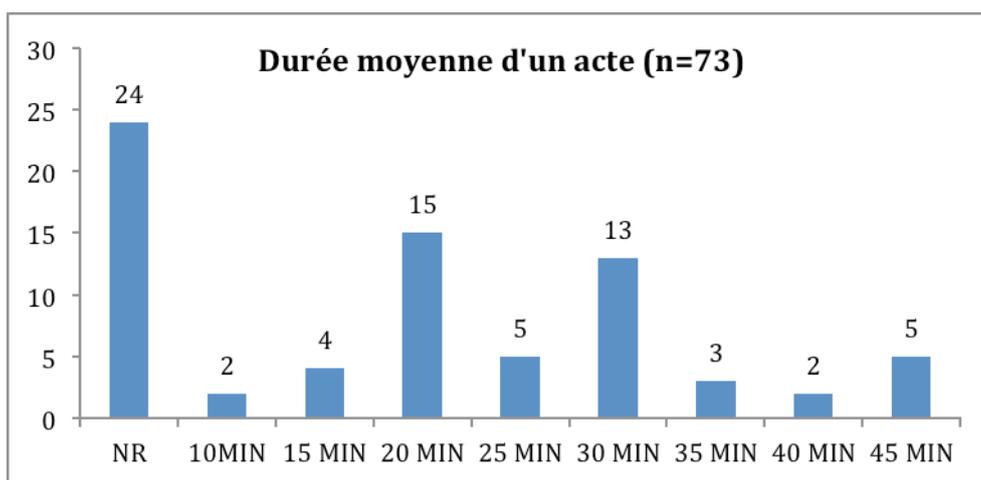


Figure 10 : Durée moyenne d'un acte infirmier

13. Vous déplacez-vous

	NOMBRE	%		NOMBRE
En voiture	66	90,4%	Autres	
Transport pédestre	4	5,5%	Vélo/trottinette	2
Autres*	3	4,1%	Scooter	1
TOTAL	73	100,0%	TOTAL	3

14. Disposez-vous au cabinet médical des équipements suivants

ORDINATEUR	NOMBRE	%	INTERNET	NOMBRE	%
OUI	68	93,2%	OUI	68	93,2%
NON	5	6,8%	NON	5	6,8%
TOTAL	73	100,0%	TOTAL	73	100,0%

MAIL	NOMBRE	%	FAX	NOMBRE	%
OUI	65	89,0%	OUI	34	46,6%
NON	8	11,0%	NON	39	53,4%
TOTAL	73	100,0%	TOTAL	73	100,0%

15. Quel est le meilleur moyen pour vous contacter ?

	NOMBRE	%
Tél. cabinet	33	25,0%
Tél. portable	53	40,2%
Mail	23	17,4%
Fax	6	4,5%
Courrier	17	12,9%
TOTAL	132	-

CONTRÔLE ET ADMINISTRATION DE LA CHIMIOThERAPIE A DOMICILE

16. Dans le cadre de cette organisation, vous souhaiteriez

	NOMBRE	%
Acheminer le colis de l'officine au domicile du patient	0	0,0%
Que le pharmacien achemine le colis chez le patient	44	48,9%
Pouvoir vous adapter en fonction des situations	45	50,0%
NR	1	1,1%
TOTAL	90	-

17. Accepteriez-vous de réaliser des contrôles sur le contenu du colis, notamment

	NBE	%
Contrôler la température du colis lors de la réception	29	32,2%
Contrôler la conformité de la préparation	62	68,9%
Aucun	4	4,4%
NR	8	8,9%
TOTAL	103	-

18. En considérant que la cure de chimiothérapie anticancéreuse injectable doit être administrée en votre présence, combien de temps seriez-vous prêt à consacrer pour cet acte?

Codification de l'acte en AMI 20 selon la NGAP⁴

	NOMBRE	%
< 30 MIN	1	1,4%
30MIN - 1H	13	17,8%
1 à 2H	12	16,4%
>2H	43	58,9%
NR	4	5,5%
TOTAL	73	100%

19. Pensez-vous pouvoir assurer la surveillance post-chimiothérapie et la prise en charge des effets secondaires (vomissements, nausées...) en lien avec le médecin traitant et le Réseau?

	NOMBRE	%
OUI	58	79,5%
PLUTOT OUI	15	20,5%
NON	0	0,0%
PLUTOT NON	0	0,0%
TOTAL	73	1,00

20. Quelles sont les principales difficultés que vous envisagez dans la réalisation d'une cure de chimiothérapie à domicile ?

NOMBRE	%	
16	23,5%	Coordination (hôpital/pharmacien/médecin)
12	17,6%	Disponibilité du médecin
4	5,9%	Problème de matériel
3	4,4%	Locaux inadaptés
9	13,2%	Sentiment d'abandon du malade/famille gérer les proches
8	11,8%	Contraintes horaires
8	11,8%	Manque d'information
3	4,4%	Elimination des déchets
5	7,4%	"Feu vert"
68	100,0%	

COMMENTAIRES, SUGGESTIONS, IDEES

NBE	%	
4	12,5%	Très intéressé
8	25,0%	Nécessite des interlocuteurs disponibles (MT/MR)
7	21,9%	Plus confortable pour le patient
5	15,6%	Véritable travail d'équipe
5	15,6%	Exige une bonne organisation
3	9,4%	Gestion du matériel et des déchets
32	100%	

⁴ Nomenclature générale des actes professionnels

4.2. Discussion

Le taux de participation des IDE est de 48,7% soit près d'un infirmier (IDE) sur deux ; 73 questionnaires sur 150 ont été retournés.

4.2.1. Questions préliminaires

Les 73 IDE ayant répondu à l'enquête sont prêts à participer à la prise en charge avec le réseau : 93% de « oui » et 7% de « plutôt oui » ce qui témoigne de la volonté des IDE libéraux de contribuer à la prise en charge des patients atteints de cancer.

Huit IDE sur dix disposent d'une formation les habilitant à la réalisation de chimiothérapie au domicile du patient. Ceux qui ne sont pas titulaires de cette formation sont prêts à la suivre.

On note tout de même que 16% d'entre eux n'ont pas répondu à cette question, ce qui confirme la nécessité d'une formation. La plupart des infirmiers a déjà participé à la prise en charge de patients traités par chimiothérapie anticancéreuse : 75% des IDE déclarent avoir déjà contribué aux soins d'un patient traité par chimiothérapie par voie orale et 95% par voie injectable. Ils ont également une pratique des différentes voies d'accès central : 90% d'entre eux pour des patients portant un cathéter veineux central (CVC), et 90% à un Port-à-Cath® (PAC).

La plupart des IDE accepte de participer aux réunions de mise en place (92%). Seulement 2 « non » sont enregistrés, justifiés par les contraintes horaires. Les participants (97%) sont disposés à remplir une fiche de liaison retraçant leur intervention et les problèmes éventuels rencontrés.

Les IDE intéressés par un programme de formation continue (92%) souhaitent en priorité : une actualisation de leurs connaissances (33%), une formation sur les effets secondaires et

leur prise en charge (20%), sur la douleur et sa gestion (18%). La quasi-totalité des IDE souhaite être informée de la totalité du dossier patient, c'est-à-dire l'histoire de sa maladie, les traitements... ».

4.2.2. Votre activité

La majorité des IDE exerce au sein d'un cabinet (96%), regroupant entre deux et quatre IDE : 2 (29%), 3 (34%), 4 (21%).

En ce qui concerne les horaires, les IDE sont organisés pour la plupart en deux tournées (matin et après-midi) avec une permanence au cabinet durant la pause déjeuner.

Près d'un quart des IDE n'assure pas de permanence en cabinet et consacre la journée aux visites à domicile ; 16% reçoivent sur RDV, plus de la moitié (53%) assurent une permanence de durée variable entre 12H00 et 14H.

Il est très difficile d'évaluer la durée moyenne d'un acte : 33% des IDE n'ont pas répondu à la question, la plupart indiquant que cette durée moyenne ne peut être « quantifiable car trop variable ». Néanmoins, à partir des 8 réponses obtenues, nous avons estimé une moyenne de 26,6 minutes par acte temps de déplacement inclus.

D'après l'enquête, 90% des IDE se déplacent en voiture, et 5,5% par transport pédestre.

Globalement le taux d'équipement en matériel informatique des infirmiers semble inférieur à celui des autres professionnels de santé libéraux interrogés. Parmi les participants, 93% disposent d'un poste informatique muni d'un accès à internet, 89% des IDE disposent d'une adresse mail, le fax seul est moins répandu (47%).

Le meilleur moyen pour joindre un IDE est le téléphone portable (40%) puis le téléphone au cabinet (25%) avec, dans la majorité des cas, transfert de l'appel sur le téléphone de l'IDE de garde ou en activité.

4.2.3. Contrôle et administration de la chimiothérapie à domicile

La moitié des IDE (49%) souhaite que le pharmacien assure la livraison de la chimiothérapie au domicile du patient, les 51% restants souhaitant pouvoir s'adapter en fonction du pharmacien et du patient. Il est intéressant de noter que pour la totalité des soignants participant aux questionnaires, l'acheminement de la préparation de l'officine au domicile du patient ne doit pas être systématiquement effectué par l'infirmier.

Seulement 28% des IDE acceptent de contrôler la température de la chimiothérapie au domicile du patient, 60% de vérifier la conformité de la préparation avec le dossier patient et la prescription. Ces réponses ne sont pas concordantes avec la pratique hospitalière et les exigences de qualité mises en avant par les infirmiers. Il est légitime de penser que ces réponses sont dues à un manque de compréhension de la question.

Les IDE acceptent de prendre en charge les effets secondaires liés à la chimiothérapie (80% de « oui », 20% de « plutôt oui »). Pour cette question, il n'y a pas de réponse négative parmi les répondants. Les 73 IDE sont prêts à consacrer du temps pour les patients atteints de cancer, et 59% acceptent de consacrer plus de 2 heures pour la réalisation de la chimiothérapie à domicile.

Les principales difficultés envisagées par les IDE sont la coordination (24%), la disponibilité du médecin pour (18%) ; certains IDE font état d'un sentiment d'abandon ressenti par le patient et sa famille (13%) dans le cadre de la prise en charge à domicile. Le manque d'informations et les contraintes horaires sont signalés (12%).

Sur les 73 participants, 32 s'expriment par un commentaire. Parmi eux 8 insistent sur le besoin de contacter un interlocuteur fiable et disponible à tout moment, 7 indiquent qu'une

telle prise en charge serait plus confortable pour le patient, et 5 estiment que celle-ci exige une bonne coordination de la part de tous les intervenants.

5. DISCUSSION

Cette enquête a été mise en place dans le cadre du projet de réseau de cancérologie des Hospices Civils de Lyon (HCL), dont l'une des missions était la mise en place d'un lien « ville - hôpital » pour les patients atteints de cancer, intégrant la réalisation de cures de chimiothérapie au domicile des patients en lien avec les professionnels de santé libéraux. Le projet n'a pas été poursuivi, et d'autres orientations ont été définies en lien avec le Réseau de Cancérologie Rhône-Alpes. Malgré l'abandon du projet initial, le développement d'une relation ville - hôpital reste un sujet d'actualité.

Cette enquête permet d'identifier les besoins et les attentes des professionnels de santé libéraux pour ce mode de prise en charge encore peu répandu des patients atteints de cancer.

L'enquête a reçu un accueil favorable des professionnels de santé libéraux, avec un taux de participation global de 34,7%. La faible participation des médecins généralistes (16,7%) et la taille de l'échantillon (156 questionnaires sur 450 retournés) ne permettent pas d'établir des conclusions définitives. Ce travail permet néanmoins d'évaluer la motivation des professionnels de santé à s'impliquer dans un projet de prise en charge à domicile des patients atteints de cancer et d'identifier leurs besoins.

Ce travail montre que l'implication des professionnels de santé libéraux dans la prise en charge à domicile des patients atteints de cancer dans le cadre d'un réseau est envisageable, bien que peu d'expérimentations aient abouti.

L'analyse de la littérature montre que :

- **Les patients préfèrent les soins à domicile** : Les études de Remonnay et al. (23) et de Rischin (24) sont en faveur des soins à domicile, les raisons évoquées par les patients

étant l'absence de déplacement et la diminution de l'anxiété. La prise en charge à domicile semble améliorer la qualité de vie des patients et privilégier leur insertion familiale et professionnelle.

- **La chimiothérapie à domicile semble moins onéreuse pour la collectivité :**
L'évaluation médico-économique de la chimiothérapie à domicile menée par Lewden-Bernadac et al. lors d'une première expérience du réseau de cancérologie Onco Pays de la Loire montre que la prise en charge en réseau est moins onéreuse. Ces résultats sont corroborés par le rapport de l'AETMIS (27) publié en 2004 et le rapport de la HAS de 2005 (16). Cependant ces données restent à confirmer par d'autres expériences. Il est en outre légitime de s'interroger sur le sens des économies réalisées du fait de la prise en charge à domicile. Les lits et les places de jour libérés dans les établissements de santé par la prise en charge à domicile des patients permettent d'augmenter la « productivité » de ces établissements.
- **La sécurité et l'efficacité de la chimiothérapie à domicile ne semblent pas remises en cause :** Selon Lowenthal et al. (25) il n'y a aucune raison pour qu'une chimiothérapie soit moins efficace parce qu'elle est administrée au domicile. La sécurité du patient passe par la formation adaptée des professionnels de santé, leur capacité à réagir en cas d'urgence, une sélection des protocoles limitant les risques d'accident et la réalisation du premier cycle en milieu hospitalier, l'éducation thérapeutique sur les signes de gravité, les effets secondaires et la conduite à tenir en cas d'incident.
- **La préparation centralisée des chimiothérapies garantit la qualité de la préparation :** C'est une recommandation du rapport de l'ANAES publié en 2003 sur

les critères d'éligibilité du patient à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile. La préparation centralisée permet de garantir au patient le même niveau de qualité et de sécurité qu'à l'hôpital. Une procédure rigoureuse de transport entre le lieu de préparation et le domicile permet d'assurer la conservation et la stabilité du traitement. L'expérimentation Onco-Pays de la Loire montre un taux de destruction des préparations destinées au traitement à domicile de 1,9%, comparable au taux de 1,5% pour les traitements destinés aux patients pris en charge en hôpital de jour.

De notre enquête, nous relevons les points forts suivants :

- **L'intérêt et la motivation des professionnels de santé libéraux :** Sur les 156 participants, seulement 4 ne souhaitent pas participer à ce type de prise de charge, les 4 refus sont opposés par des médecins évoquant le manque de temps comme justification. Le faible taux de participation ne permet néanmoins pas d'exclure un biais méthodologique de notre enquête : il est effectivement légitime de penser que les professionnels de santé libéraux qui ont répondu à l'enquête sont de fait motivés et favorables à ce type de collaboration, expliquant le taux important de professionnels intéressés par le projet. Les motifs de non-réponse peuvent être nombreux et multiples (manque de temps, manque d'intérêt, appréhension, incompréhension...). En tenant compte de ce paramètre, près d'un professionnel de santé libéral sur trois est intéressé par ce mode de prise en charge et prêt à collaborer avec les autres membres du réseau. Les hôpitaux pourront s'appuyer sur ces professionnels pour développer la chimiothérapie à domicile.
- **La demande de formation :** Comme attendu, les professionnels de santé libéraux sont intéressés par un programme de formation. Cette formation doit être adaptée

selon les besoins de chaque profession (médecin, pharmacien d'officine, infirmier libéral). Les thèmes de formation les plus fréquemment évoqués sont : les molécules et les protocoles de chimiothérapie utilisés, la gestion des effets secondaires et de la douleur, les aspects psychologiques de la prise en charge, et enfin la formation au matériel d'injection. La formation continue des professionnels de santé fait partie des missions des réseaux régionaux de cancérologie définies par le Plan Cancer de 2003-2007 et la circulaire DHOS/CNAMTS/Inca/2007/357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie. Des expériences ont été menées avec succès dans ce contexte. C'est le cas du réseau Onco-Pays de la Loire, dont le programme de formation prend appui sur des soirées thématiques, des diaporamas sur le site internet du réseau et des formations pratiques au sein des établissements hospitaliers (Lewden-Bernadac & Al, Bull cancer 2008).

- **Les professionnels de santé libéraux sont équipés pour travailler en réseau :** Notre étude montre que le taux d'équipement en ordinateur, et de connexion internet est très élevé (> 92%), ce qui facilite la transmission d'informations entre les différents membres.
- **La nécessité d'un Dossier Communicant en Cancérologie (DCC) :** Cet outil apparaît comme essentiel pour une prise en charge de qualité et le partage de l'information entre les professionnels de santé libéraux et hospitaliers. L'outil doit permettre de tracer l'ensemble des données cliniques du patient ainsi que les actes réalisés dans un objectif de partage des données. La réalisation et le déploiement du DCC relèvent des missions du réseau régional de cancérologie.
- **Une coordination entre les intervenants :** Comme souligné par la plupart des professionnels de santé libéraux la coordination des intervenants est indispensable

pour la réussite d'un tel projet. De nombreux professionnels de santé libéraux ont insisté sur ce point. Elle passe par la constitution d'une cellule dédiée et constituée de professionnels disponibles et capables de répondre à toute éventualité.

L'enquête met en évidence certaines limites, et la nécessité de mettre en place un programme de formation et des outils de communication auprès des professionnels de santé libéraux. La principale difficulté relevée reste la coordination des différents intervenants. Une coordination adaptée des acteurs sera indispensable pour le bon fonctionnement d'une telle prise en charge. La mise en place de procédures d'Assurance-Qualité, ainsi qu'une définition claire des missions des intervenants devraient limiter les problèmes de coordination. Le manque de temps est évoqué par un certain nombre de participants, notamment par les médecins. Ce mode de prise en charge devra être en priorité développé avec les cabinets regroupant plusieurs professionnels, qui disposent de plus de flexibilité. Enfin, un mode de rémunération adéquat devra être mis en place pour la prestation de l'ensemble des intervenants.

Notre étude confirme les expériences publiées en termes de motivation et d'implication des professionnels de santé, de besoin de formation, et d'une nécessaire coordination efficiente. Néanmoins, dans notre enquête, le manque de disponibilité est un élément qui va à l'encontre de l'équivalence des systèmes de prise en charge hospitalière et à domicile sur des critères de qualité et de sécurité pourtant documentés par des auteurs (25).

Il serait intéressant d'élargir cette enquête aux patients dans le cadre d'une étude de préférence afin de proposer une organisation la plus adaptée à leurs attentes.

CONCLUSIONS

THESE SOUTENUE PAR : M ELKASSIR ISMAIL

Cette enquête menée aux Hospices Civils de Lyon auprès de 450 professionnels de santé libéraux permet d'identifier leurs besoins et leurs attentes pour la réalisation de la chimiothérapie injectable à domicile dans le cadre d'un réseau de santé « ville - hôpital ». Les professionnels de santé libéraux sont demandeurs de formation sur les anticancéreux et les protocoles de chimiothérapie utilisés, les effets secondaires médicamenteux et leur prise en charge, ainsi que sur l'abord psychologique du patient. Ces formations relèvent des missions des réseaux régionaux de cancérologie, comme initié par le premier Plan Cancer 2003-2007. Un outil de communication ouvert et polyvalent est décrit comme essentiel pour une bonne coopération entre les différents acteurs. Le Dossier Communicant en Cancérologie permettrait de répondre à cette attente, sous réserve de son déploiement exhaustif, en facilitant les échanges entre professionnels et en renforçant le lien ville-hôpital. La grande motivation des professionnels de santé libéraux pour ce mode de prise en charge est à souligner. L'étude a reçu un accueil particulièrement favorable de la part des infirmiers libéraux et des pharmaciens d'officine. Les freins au développement de cette prise en charge restent le manque de financement pérenne, ainsi que le manque de disponibilité des acteurs. Pour autant cette enquête montre que les professionnels libéraux souhaitent s'impliquer dans la prise en charge à domicile des patients atteints de cancer, et cela malgré les contraintes organisationnelles. Leurs préoccupations en termes de formation et d'outils

témoignent de leur engagement dans une démarche de qualité au service des patients. Cette analyse conforte la littérature et les retours d'expérience qui montrent que la chimiothérapie à domicile peut être réalisée dans des conditions de sécurité optimales en respectant des critères d'éligibilité, prérequis indispensable à ce mode de prise en charge encore peu répandu mais qui semble recueillir la préférence de la majorité des patients.

Le Président de la thèse,

Vu et permis d'imprimer, Lyon, le

Nom :

Vu, la Directrice de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Faculté de Pharmacie

Signature :

Pour le Président de l'Université Claude Bernard Lyon 1,

Professeure C. VINCIGUERRA

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution du nombre de place d'HAD en France métropolitaine - source : www.ecosante.fr données : DREES, SAE (6)	22
Figure 2 : Circuit mis en place par le réseau Onco Pays de la Loire (Lewden-Bernadac & Al, Bull Cancer 2008)	29
Figure 3 : Répartition des réseaux de santé en cancérologie en 2010 (Source : Rapport d'activité du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins de Ville (FIQCS) 2010)	32
Figure 4 : Résultats de l'essai de Rischin D & Al, 2000 (24) – Preferred location for chemotherapy treatments, by randomisation arm (first chemotherapy treatment given at hospital vs first treatment at home). Values are number of patients	40
Figure 5 : Coût d'une chimiothérapie réalisée en hôpital de jour versus domicile. Lewden-Bernadac & Al, 2008 (17)	43
Figure 6 : Détails des coûts pour une chimiothérapie réalisée à domicile	43
Figure 7 : Coût moyen et coût marginal pour une séance de chimiothérapie en fonction du lieu d'administration, Remmonay & Al, 2002	44
Figure 8 : Année de formation des IDE à la réalisation de chimiothérapie à domicile	71
Figure 9 : Répartition des IDE par cabinet	74
Figure 10 : Durée moyenne d'un acte infirmier	75

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DRESS). N°697. Chaleix M, Valdière H. Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006
2. Décret du 2 octobre 1992 n°92-1101 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation et décret n°92-1102 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation (J.O. 8 octobre 1992)
3. Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile (FNEHAD) <http://www.fnehad.fr/had/histoire>, consulté le 25 septembre 2010
4. Hospitalisations et soins à domicile, http://www.e-cancer.fr/v1/index2.php?option=com_redactiongdo_pdf=1&id+261&lavy=1&vers=1 , consulté le 25 septembre 2010
5. Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile (FNEHAD) <http://www.fnehad.fr> - rapport d'activité 2009
6. Ecosanté – base de données en santé, <http://www.ecosante.fr> , consulté le 25 septembre 2009
7. ANAES définition de « réseau de santé », <http://www.orsas.fr/activites/divers/respes.htm>, consulté le 25 septembre 2010
8. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (J.O. 5 mars 2002)
9. décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé (J.O. 18 décembre 2002)
10. Circulaire DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé à destination des ARH et des URCAM
11. Union Nationale des Réseaux de santé, UNR.santé, <http://www.unrsante.fr/> , consulté le 25 septembre 2010
12. Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer. Plan cancer : 2003-2007. Mars 2003
13. Circulaire DHOS/CNAMTS/INCA/2007/357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie

14. Réseau Régional de Cancérologie Rhône-Alpes. Rapport d'activité 2009, <http://www.rrc-ra.fr/doc/rapport-activite-rrc-ra-2009.pdf> , consulté le 25 septembre 2010
15. circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie
16. Haute Autorité de Santé (HAS). Analyse comparée de la chimiothérapie anticancéreuse administrée à l'hôpital ou prise en charge à domicile : Aspects économiques et organisationnels. Juin 2005
17. Lewden-Bernadac B, Courant-Menanteau M, Perrocheau G, Barbarot V, Thomaré P. Chimiothérapie à domicile et réseau ville-hôpital : expérience du réseau Onco Pays-de-la-Loire. Bull Cancer 2008 ; 95 (5) : 543-9
18. Lewden-Bernadac B, Hubert C, Courant-Menanteau M, Barbarot V, Thomaré P. Evaluation de la formation des professionnels de santé partenaires d'un réseau de cancérologie : Exemple du pharmacien d'officine. Hopipharm 2007
19. Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (J.O. 16 mai 2007)
20. Assurance Maladie. Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) – Rapport d'activité 2008, 24 septembre 2009
21. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile, Argumentaire. Septembre 2003
22. Lacroix H, Ganem G. Contributions pour le nouvel élan du plan cancer : Les soins à domicile et le lien « établissement-domicile » autour des réseaux territoriaux. Réseau Régional de Cancérologie Onco Pays de la Loire. 19 janvier 2009
23. Remonnay R, Devaux Y, Chauvin F, Dubost E, Carrere MO. Economic evaluation of antineoplastic chemotherapy administered at home or in hospitals. Int J Technol Assess Health Care 2002; 18(3):508-19.
24. Rischin D, White MA, Matthews JP, Toner GC, Watty K, Sulkowski AJ, et al. A randomised crossover trial of chemotherapy in the home: patient preferences and cost analysis. Med J Aust 2000;173(3):125-7.
25. Lowenthal RM, Piaszczyk A, Arthur GE, O'Malley S. Home chemotherapy for cancer patients: costanalysis and safety. Med J Aust 1996;165(4):184-7.
26. Ron IG, Lotan A, Inbar MJ, Chaitchik S. Advanced colorectal carcinoma: redefining the role of oral ftorafur. Anticancer Drugs 1996;7(6):649-54.
27. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). La chimiothérapie basée au domicile : les enjeux pour les patients, les soignants et le réseau de santé. Rapport préparé par Lucy Boothroyd et Pascale Lehoux. Montreal : AETMIS, 2004, 92p.

28. Almaric F. Analyse économique des coûts du cancer en France : Impact sur la qualité de vie, prévention, dépistage, soins, recherche. Institut National du Cancer. Mars 2007
29. V. Barbarot, H. Lacroix, P. Bergerot. Chimiothérapie à domicile Réseau territorial de Saint Nazaire (OCLE) : Evaluation à 3 ans Avril 2004-Juin 2007, septembre 2007
30. Plan cancer 2009-2013, http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_cancer_2009-2013.pdf , consulté le 25 septembre 2010
31. Circulaire DHOS/E4/DGS/SD.7B/DPPR n°2006-58 du 13 février 2006 relative à l'élimination des déchets générés par les traitements anticancéreux.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Index de Karnofsky.....	94
Annexe 2 : Enquête "Chimiothérapie à domicile" - Médecin	95
Annexe 3 : Enquête "Chimiothérapie à domicile" - Pharmacien	97
Annexe 4 : Enquête " Chimiothérapie à domicile" - Infirmier.....	99
Annexe 5 : Lettre jointe aux questionnaires	101
Annexe 6 : Schéma du fonctionnement de la prise en charge en réseau.....	102

INDEX DE KARNOFSKY

Définition	%	Critères
Capable de mener une activité normale et de travailler ; pas besoin de soins particuliers	100	Normal ; pas de plaintes ; pas d'évidence de maladie
	90	Capable d'une activité normale ; signes ou symptômes mineurs en relation avec la maladie
	80	Activité normale avec effort ; signes ou symptômes de la maladie
Incapable de travailler ; capable de vivre à domicile et de subvenir à la plupart de ses besoins	70	Capacité de subvenir à ses besoins ; incapable d'avoir une activité normale et professionnelle active
	60	Requiert une assistance occasionnelle mais est capable de subvenir à la plupart de ses besoins
	50	Requiert une assistance et des soins médicaux fréquents
Incapable de subvenir à ses besoins ; requiert un équivalent de soins institutionnels ou hospitaliers	40	Invalide ; requiert des soins et une assistance importants
	30	Sévèrement invalide ; hospitalisation indiquée bien que le décès ne soit pas imminent
	20	Extrêmement malade ; hospitalisation nécessaire ; traitement actif de soutien nécessaire
	10	Mourant ; mort imminente
	0	Décédé

Karnofsky D. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. Columbia University Press, New-York 1949 :191-205



onco69



Hospices de Lyon

ENQUETE « CHIMIOTHERAPIE A DOMICILE » - MEDECIN

A retourner par courrier dans l'enveloppe ci-jointe ou par fax au : 04 72 11 51 12

QUESTIONS PRELIMINAIRES

1. Accepteriez-vous de participer à la prise en charge à domicile de patients atteints de cancers en partenariat avec le Réseau Territorial de Cancérologie ONCO69 ?
 Oui Plutôt oui Plutôt non Non
2. Accepteriez-vous, lors de l'inclusion d'un de vos patients de participer à une réunion de mise en place avec les professionnels de santé libéraux impliqués (pharmacien d'officine, IDEL) ?
Indemnisation forfaitaire prévue (environ 40€), par an et par patient.
 Oui Non, pour quelle raison ?
3. Dans le cadre de votre collaboration avec le Réseau, seriez-vous intéressé par un programme de formation continue sur les traitements du cancer et leur prise en charge ?
 Oui Non
↳ Sur quels thèmes

VOTRE ACTIVITE

4. Pour une année, à combien évaluez-vous le nombre de vos patients traités pour un cancer ?
 - Par chimiothérapie orale
 Moins de 5
 Entre 5 et 10
 Plus de 10
 - Par chimiothérapie injectable
 Moins de 5
 Entre 5 et 10
 Plus de 10
5. Exercez-vous votre activité au sein d'un cabinet médical ?
 Oui Combien y a-t-il de praticiens au sein du cabinet ?
 Non
6. Quels sont vos horaires d'exercice pour une journée d'activité moyenne ?
 - Au cabinet médical
 - En déplacement
7. Disposez-vous au cabinet médical des équipements suivants :

Un poste informatique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Un accès à Internet ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Une adresse e-mail ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Un fax ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
8. Quel est le meilleur moyen pour vous contacter ?
 Téléphone du cabinet médical
 Téléphone portable
 Par e-mail
 Fax
 Courrier




Tournez SVP

LA CURE DE CHIMIOThERAPIE A DOMICILE

La prescription initiale sera réalisée par un médecin oncologue hospitalier.
La première cure, a minima, sera administrée en milieu hospitalier.

9. Pour un patient pris en charge à son domicile, accepteriez-vous de reconduire les cures de chimiothérapie suivantes en fonction de son état général, de ses données biologiques et en accord avec le protocole défini par le médecin oncologue hospitalier et le Réseau ?

- Oui Plutôt oui Plutôt non Non

10. Seriez-vous disposé à faire cette consultation au domicile du patient ?

- Oui Non

11. Pensez-vous, dans ce contexte, pouvoir accompagner le patient dans sa surveillance post-chimiothérapie et prendre en charge les effets secondaires (nausées, mucites) en lien avec l'infirmière libérale et le Réseau ?

- Oui Plutôt oui Plutôt non Non

12. Pour un de vos patients, pris en charge par le Réseau, vous seriez prêt à être joignable :

- aux heures d'ouverture du cabinet
 la nuit
 le week-end

13. Accepteriez-vous d'être joignable par l'IDEL durant toute la durée d'administration de la chimiothérapie à domicile ?

- Oui Plutôt oui Plutôt non Non

14. Accepteriez-vous de vous déplacer à domicile en cas de survenue d'un effet indésirable au cours d'une séance de chimiothérapie ?

- Oui Plutôt oui Plutôt non Non

↳ Quel pourrait être le délai moyen d'intervention ?.....
le délai maximal d'intervention ?

15. Quelles sont les principales difficultés que vous envisagez dans la réalisation d'une cure de chimiothérapie à domicile ?

.....
.....
.....

16. Quels services supplémentaires, proposés par le Réseau, répondraient aux besoins ou aux attentes de vos patients ?

- Consultation diététique
 Consultation psychologique
 Aide sociale
 Autres :

COMMENTAIRES, SUGGESTIONS, IDEES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Merci de votre participation



onco69



Hôpitaux de Lyon

ENQUETE « CHIMIOTHERAPIE A DOMICILE » - PHARMACIEN

A retourner par courrier, dans l'enveloppe ci-jointe, ou par fax au : 04 72 11 51 12

QUESTIONS PRELIMINAIRES

1. Accepteriez-vous de participer à la prise en charge à domicile de patients atteints de cancer en partenariat avec le Réseau Territorial de Cancérologie ONCO69 ?
 Oui Plutôt oui Plutôt non Non
2. Accepteriez-vous, lors de l'inclusion d'un de vos patients, de participer à une réunion de mise en place avec les professionnels de santé libéraux impliqués (médecin traitant, IDEL) ?
Indemnisation forfaitaire prévue (environ 40€), par an et par patient.
 Oui Non, pour quelle raison
3. Seriez-vous disposé à remplir et à transmettre au Réseau une fiche de liaison retraçant vos interventions et les problèmes éventuels rencontrés ?
Indemnisation forfaitaire prévue (environ 20€) pour chaque cure de chimiothérapie.
 Oui Non, pour quelle raison ?
4. Dans le cadre de votre collaboration avec le Réseau, seriez-vous intéressé par un programme de formation continue sur les traitements du cancer et leur prise en charge ?
 Oui Non
↳ Sur quels thèmes
5. Concernant le patient, vous souhaiteriez être informé par le Réseau sur :
 Les soins dispensés à l'hôpital (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie....)
 Le protocole de chimiothérapie utilisé (principe, principaux effets indésirables....)
 L'évolution de la maladie
 La tolérance aux cures précédentes
 Autres :

VOTRE ACTIVITE

6. Nombre de pharmaciens dans l'officine : 1 2 3 ou +
7. Nombre de préparateurs dans l'officine : 1 2 3 ou +
8. Horaires d'ouverture :
 - Précisez vos horaires d'ouverture quotidiens
 - Précisez vos jours de fermeture hebdomadaires
 - Horaires modifiés durant les mois de juillet-août
 Oui, précisez les horaires de fermeture et d'ouverture
 - Non
 - Fermeture pour congés annuels ?
 Oui, précisez la(les) période(s) approximative(s)
 - Non



→
Tournez SVP

9. Pour une année, à combien évaluez-vous le nombre de patients de votre officine traités pour un cancer ?

• Par chimiothérapie orale

- Moins de 5
- Entre 5 et 10
- Plus de 10

• Par chimiothérapie injectable

- Moins de 5
- Entre 5 et 10
- Plus de 10

10. Disposez-vous à l'officine des équipements suivants :

Un poste informatique muni de port USB ?

OUI

NON

Un accès à Internet ?

OUI

NON

Une adresse e-mail ?

OUI

NON

LIVRAISONS ET CONTROLES DES PREPARATIONS DE CHIMIOTHEAPIES

11. Pour un de vos patients, pris en charge par le Réseau, accepteriez-vous que la préparation de chimiothérapie, préparée aux HCL, soit livrée à votre officine ?

- Oui Non, pour quelle raison ?

12. Selon vous le prestataire chargé du transport de la préparation des HCL à votre officine doit être :

- Un grossiste répartiteur
- Un transporteur spécialisé dans le domaine pharmaceutique
- Un transporteur classique
- Sans préférence particulière

13. Vous souhaiteriez être livré de préférence :

- Avant 12H
- A la réouverture de l'officine l'après-midi

14. Seriez-vous prêt à réceptionner un colis entre 12 H et 14 H, même si l'officine est fermée ?

- Oui Non

15. Accepteriez-vous de réaliser des contrôles sur le contenu du colis, notamment :

- Contrôle de la température durant le transport
- Conformité de la préparation avec la fiche de liaison (ville – hôpitaux)
- Aucun

16. Concernant le transport de la chimiothérapie jusqu'au domicile du patient, vous souhaiteriez :

- Acheminer le colis au domicile du patient et vous entretenir avec lui sur son traitement
- Que l'infirmier(e) libéral(e) vienne chercher le colis à l'officine et l'achemine chez le patient
- Pouvoir vous adapter en fonction du patient et en concertation avec l'infirmier libéral

17. Concernant le matériel médical nécessaire à l'IDEL pour l'administration, vous souhaiteriez :

- Vous occuper de l'approvisionnement du matériel médical nécessaire à la réalisation de la perfusion (set de perfusion, location de pompe, etc.)
- Que le Réseau s'occupe de la gestion du matériel médical

COMMENTAIRES, SUGGESTIONS, IDEES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Merci de votre participation



onco69



Hôpitaux de Lyon

ENQUETE « CHIMIOThERAPIE A DOMICILE » - INFIRMIER

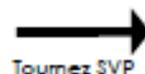
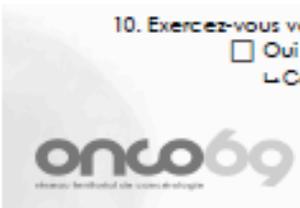
A retourner par courrier dans l'enveloppe ci-jointe ou par fax au : 04 72 11 51 12

QUESTIONS PRELIMINAIRES

1. Accepteriez-vous de participer à la prise en charge à domicile de patients atteints de cancer en partenariat avec le Réseau Territorial de Cancérologie ONCO69 ?
 Oui Plutôt oui Plutôt non Non
2. Si votre Diplôme d'Etat est antérieur à 1992, avez-vous suivi une formation vous habilitant à la réalisation des chimiothérapies à domicile ?
 Oui En quelle année ?
 Non Envisageriez-vous de la passer ? Oui Non
3. Avez-vous déjà pris en charge des patients traités par chimiothérapie ?
 Chimiothérapies orales Chimiothérapies injectables
4. Avez-vous une pratique régulière des voies d'abord ?
 Cathéter à site d'injection implantable (Port-à-cath® PAC)
 Cathéter veineux central
5. Accepteriez-vous, lors de l'inclusion d'un de vos patients, de participer à une réunion de mise en place avec les professionnels de santé libéraux impliqués (médecin traitant, pharmacien d'officine) ? Indemnisation forfaitaire prévue (environ 40€), par an et par patient.
 Oui Non, pour quelle raison ?.....
6. Seriez-vous disposé à remplir et à transmettre au Réseau une fiche de liaison retraçant vos interventions et les problèmes éventuels ?
 Oui Non
7. Dans le cadre de votre collaboration avec le Réseau, seriez-vous intéressé par un programme de formation continue sur les traitements du cancer et leur prise en charge ?
 Oui Non
↳ Sur quels thèmes :
8. Concernant le patient, vous souhaiteriez être informé par le Réseau sur :
 Les soins dispensés à l'hôpital (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie....)
 Le protocole de chimiothérapie utilisé (principe, principaux effets indésirables....)
 L'évolution de la maladie
 La tolérance aux cures précédentes
 Autres :

VOTRE ACTIVITE

9. Pour une année, à combien évaluez-vous le nombre de vos patients traités pour un cancer ?
 - Par chimiothérapie orale
 Moins de 5
 Entre 5 et 10
 Plus de 10
 - Par chimiothérapie injectable
 Moins de 5
 Entre 5 et 10
 Plus de 10
10. Exercez-vous votre activité au sein d'un cabinet infirmier ?
 Oui Non
↳ Combien y a-t-il d'infirmiers au sein du cabinet ?.....



Tournez SVP

11. Quels sont vos horaires d'exercice pour une journée d'activité moyenne ?
- Au cabinet infirmier
 - En déplacement
12. Quelle est la durée moyenne d'un acte à domicile, temps de déplacement inclus :
13. Vous déplacez-vous :
- En voiture
 - A pied
 - Autre, précisez :
14. Disposez-vous au cabinet médical des équipements suivants :
- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Un poste informatique muni de port USB ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Un accès à Internet ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Une adresse e-mail ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Un fax ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
15. Quel est le meilleur moyen pour vous contacter ?
- Téléphone du cabinet infirmier
 - Téléphone portable
 - Par e-Mail
 - Fax
 - Courrier

CONTRÔLES ET ADMINISTRATIONS DE LA CHIMIOThERAPIE A DOMICILE

16. Dans le cadre de cette organisation, vous souhaiteriez :
- Acheminer le colis de la pharmacie au domicile du patient
 - Que le pharmacien achemine le colis chez le patient
 - Pouvoir vous adapter en fonction du patient en concertation avec le pharmacien
17. Accepteriez-vous de réaliser des contrôles sur le contenu du colis, notamment :
- Contrôler la température de la préparation à la réception du colis
 - Contrôler la conformité de la préparation grâce au Dossier Patient
 - Aucun
18. En considérant que la cure de chimiothérapie anticancéreuse injectable doit être administrée en votre présence, combien de temps seriez-vous prêt à consacrer pour cet acte ?
- Codification de l'aote en AMI 20 selon la NGAP
- < ½ h de ½ h à 1h de 1 à 2h > 2h en cas de nécessité
19. Pensez-vous pouvoir accompagner le patient dans sa surveillance post-chimiothérapie et prendre en charge les effets secondaires (nausées, mucites...) en lien avec le médecin traitant et le Réseau ?
- Oui Plutôt oui Plutôt non Non
20. Quelles sont les principales difficultés que vous envisagez dans la réalisation d'une cure de chimiothérapie à domicile ?
-
-
-

COMMENTAIRES, SUGGESTIONS, IDEES

.....

.....

.....



Merci de votre participation

Lyon, le 10 septembre 2009

Objet : Enquête sur la mise en place des traitements par chimiothérapie injectable au domicile du patient

Madame, Monsieur,

Comme vous le savez le Réseau Territorial de Cancérologie **Onco69** se met en place.

Ce Réseau couvre les trois bassins hospitaliers de l'agglomération lyonnaise et celui de Villefranche soit un territoire de 2 millions d'habitants. Chaque année nos établissements assurent la prise en charge de plus de 20 000 patients atteints de cancer. Une des principales missions du Réseau est de développer les **chimiothérapies à domicile** afin d'améliorer la qualité de vie de nos patients. **Dans cet objectif la participation de tous les intervenants libéraux est essentielle afin de garantir une prise en charge globale des patients.**

Afin de mieux connaître les problématiques liées à votre profession nous avons mis en place une enquête qui a pour objectif de définir l'implication et les attentes des médecins libéraux dans le cadre de la mise en place des traitements par chimiothérapie injectable à domicile.

Les informations obtenues nous permettront de mieux connaître vos souhaits et vos contraintes et de les intégrer au projet de structuration de cette nouvelle offre de soin.

Vous trouverez ci-joint un schéma retraçant le rôle et la place de chaque professionnel de santé (hospitaliers et libéraux) dans le circuit de prise en charge globale du patient.

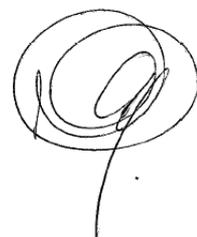
Pour toutes questions concernant la mise en place de ce projet

Vous pouvez contacter Céline Magdinier au 04 72 11 51 89.

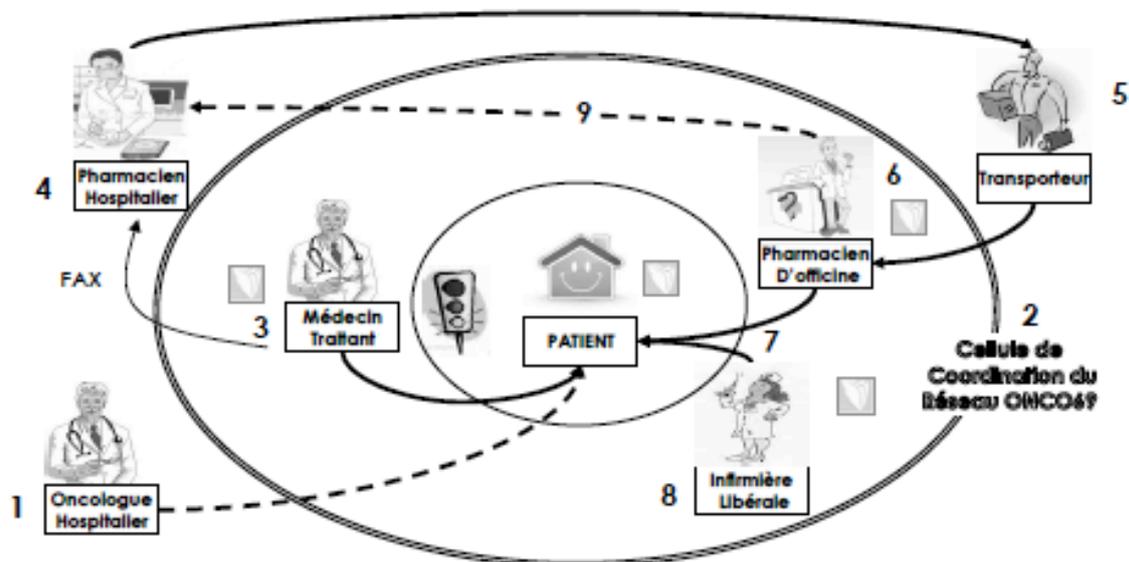
Vous remerciant par avance de votre collaboration, nous vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, nos plus cordiales salutations.

Nicola CAUTELA

Directeur



ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PAR LE RESEAU ONCO69



 Dossier Patient

- 1 suite à la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, le médecin oncologue hospitalier initie le traitement. **La première cure a lieu à l'hôpital.**
- 2 Parallèlement à l'instauration du traitement, le Réseau met en place la **Cellule de Coordination** intégrant les intervenants libéraux (médecin traitant, pharmacien d'officine, IDEL). Une réunion de mise en place est organisée afin que chacun reçoive le **Dossier Patient** comprenant, entre autres, le programme personnalisé de soin, un descriptif du protocole de chimiothérapie et les coordonnées de tous les intervenants.
- 3 La veille de la cure, le médecin traitant donne le « **FEU VERT** » en fonction de l'état général du patient, de son bilan biologique et en accord avec les modalités de reconduction de cures définies par le médecin oncologue. Il **faxe** la prescription à la Pharmacie Hospitalière ;
- 4 La préparation est réalisée à l'hôpital par une unité pharmaceutique de préparation des chimiothérapies anticancéreuses ;
- 5 La préparation est remise au transporteur qui la livre au pharmacien d'officine ;
- 6 Le pharmacien vérifie :
 - La température de transport grâce à un enregistreur de températures
 - La conformité de la préparation grâce au Dossier Patient
- 7 La préparation de chimiothérapie est acheminée au domicile du patient soit par l'infirmière, soit par le pharmacien ;
- 8 L'infirmière libérale administre la chimiothérapie au domicile et reste présente pendant toute la durée de l'administration.
- 9 Le pharmacien retourne les documents de transport et l'enregistreur de température au pharmacien hospitalier.

CURES SUIVANTES AU DOMICILE

L'ISPB - Faculté de Pharmacie de Lyon et l'Université Claude Bernard Lyon 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

ELKASSIR Ismail

CHIMIOThERAPIE A DOMICILE : QUELLE PLACE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX DANS LE CADRE D'UN RESEAU DE SANTE ?

Th. D. Pharm., Lyon 1, 2012, 104 p.

RESUME

Dans la perspective d'élargir l'offre de soins à domicile, pour le patient atteint de cancer et traité par chimiothérapie injectable, nous avons réalisé une enquête auprès de 450 professionnels de santé libéraux visant à identifier leurs attentes, besoins et contraintes, et à mesurer leur intérêt pour ce type de prise en charge dans le cadre d'un partenariat « ville-hôpital ».

La première partie de ce travail dresse un état des lieux de la chimiothérapie à domicile ainsi que ses points forts et ses limites. La seconde présente notre enquête menée aux Hospices Civils de Lyon auprès de médecins généralistes, pharmaciens d'officine et infirmiers diplômés d'Etat libéraux.

Nos résultats montrent que les professionnels de santé libéraux sont demandeurs de formation sur les anticancéreux et les protocoles de chimiothérapie utilisés, les effets secondaires médicamenteux et leur prise en charge, ainsi que sur l'abord psychologique du patient. Un outil de communication ouvert et polyvalent est décrit comme essentiel pour une bonne coopération entre les différents acteurs. La grande motivation des professionnels de santé libéraux pour ce mode de prise en charge est à souligner.

Les freins au développement de cette prise en charge sont le manque de financement pérenne, ainsi que le manque de disponibilité des acteurs.

Notre analyse conforte la littérature et les retours d'expérience qui montrent que la chimiothérapie à domicile peut être réalisée dans des conditions de sécurité optimales en respectant des critères d'éligibilité, prérequis indispensable à ce mode de prise en charge encore peu répandu mais qui semble recueillir la préférence de la majorité des patients.

MOTS CLES

Chimiothérapie
Réseau de santé
Hospitalisation à domicile
Patients
Domicile

JURY

Mme BRIANCON Stéphanie, Professeur
Mme RIOUFOL Catherine, Praticien Hospitalier - Maître de Conférences
Mme SCHWIERTZ Vérane, Praticien Hospitalier
Mme LABROSSE Hélène, Docteur en Pharmacie
M. CAUTELA Nicola, Hospices Civils de Lyon

DATE DE SOUTENANCE

Mercredi 28 novembre 2012

ADRESSE DE L'AUTEUR

36, Rue Youri Gagarine – 69500 Bron