# Développement de la chimiothérapie en Hospitalisation à domicile : quantification de son évolution dans le cancer broncho-pulmonaire à partir des données du PMSI (2016-2021)


AUTEURS

**Mario Pozzar,** Alira Health, Paris, France
mario.pozzar@alirahealth.com

**Anne-Line Couillerot,** Alira Health, Paris, France
anne-line.couillerot@alirahealth.com

**Mathieu Rosé,** Alira Health, Barcelone, Espagne
mathieu.rose@alirahealth.com

**Emmanuelle Préaud,** Alira Health, Paris, France
emmanuelle.preaud@alirahealth.com

**Batourou Sano,** Alira Health, Paris, France
batourou.sano@alirahealth.com

**Nicoleta Petrica,** Alira Health, Paris, France
nicoleta.petrica@alirahealth.com


## OBJECTIFS

> Plusieurs recommandations ont été formulées par la Haute Autorité de Santé (HAS) [1,2] pour développer le recours à l'Hospitalisation à domicile (HAD), notamment pour l'administration de chimiothérapies. Entre 2018 et 2020, le nombre de journées en HAD a augmenté de 7%, dont 20% pour chimiothérapie anticancéreuse [3], hors prise en charge COVID. L'objectif de cette étude est de quantifier l'évolution du développement de l'administration des traitements anticancéreux (TAC) en HAD, comparativement à l'administration en hospitalisation conventionnelle (MCO), chez les patients traités pour un cancer broncho-pulmonaire en France.

## MÉTHODOLOGIE

> L'analyse consiste en une étude à partir des données du PMSI MCO et HAD entre 2015 et 2021. Toutes les hospitalisations d'adultes diagnostiqués avec un cancer broncho-pulmonaire (codes CIM10 : C34) et ayant eu l'administration d'un TAC (chimiothérapie, radiothérapie ou traitements inscrits sur la liste en sus, ces derniers abrégés en LES) entre 2016 et 2021 ont été incluses dans l'étude.

> L'évolution des hospitalisations HAD a été analysée de façon descriptive par année et par région. Les comorbidités identifiées dans les 12 mois avant la première hospitalisation pour chaque patient et les caractéristiques socio-démographiques ont également été analysées.

## RÉSULTATS

> Entre 2015 et 2021, 2 896 789 hospitalisations ont été réalisées dont 2 890 457 en MCO (99,8%) et 6 332 en HAD (0,2%), pour traitement du cancer du poumon, que ces traitements soient inscrits sur la LES ou intégrés au séjour. (Tableau 1)

*Tableau 1* – Caractéristiques *socio-démographiques des patients selon le type de séjour*

| | Séjours MCO | Séjours HAD |
|---|---|---|
| Nombre d'hospitalisations | 2 890 457 | 6 332 |
| Nombre de patients* | 193 002 | 2 006 |
| Age moyen, années (SD)** | 65 (10) | 66 (11) |
| Femme, n** | 941 985 (33%) | 2 680 (42%) |

**Un patient peut être compté à la fois dans le dénombrement MCO et HAD s'il a eu une hospitalisation pour MCO et HAD*
***Calcul effectué à l´échelle des hospitalisations*
*SD : Ecart-type*

> Les patients hospitalisés en HAD avaient davantage de pathologies métastatiques (65% vs 49%), d'insuffisances cardiaques (5% vs 4%), de pathologies cérébrovasculaires (5% vs 4%) et d'hémiplégies (6% vs 3%) que ceux hospitalisés en MCO (Figure 1).

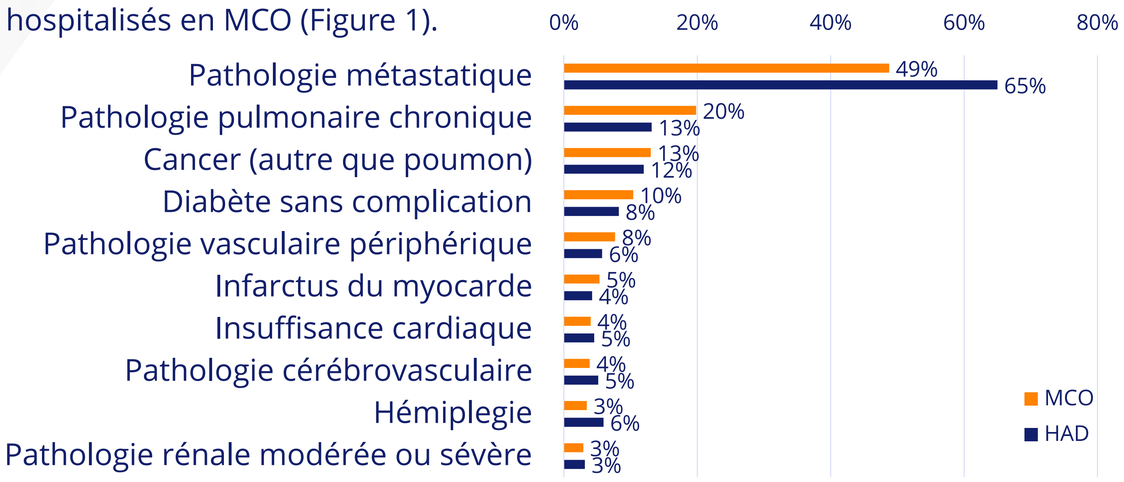


*Figure 1 – Comorbidités associées des patients selon le type de séjour*

> L'évolution du nombre d'hospitalisations au cours du temps et par traitement est présentée en MCO Figure 2.1 et en HAD Figure 2.2.

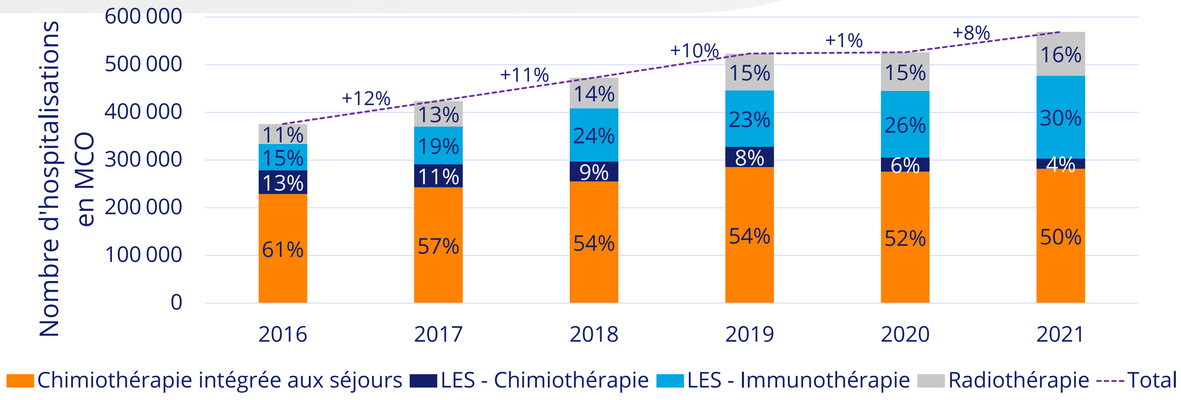


*Figure 2.1 – Répartition des TAC* dans les hospitalisations en MCO pour cancer du poumon au cours du temps*

**Les thérapies ciblées, seulement dispensées en MCO, n'apparaissent pas sur le graphe du fait d'une très faible utilisation.*

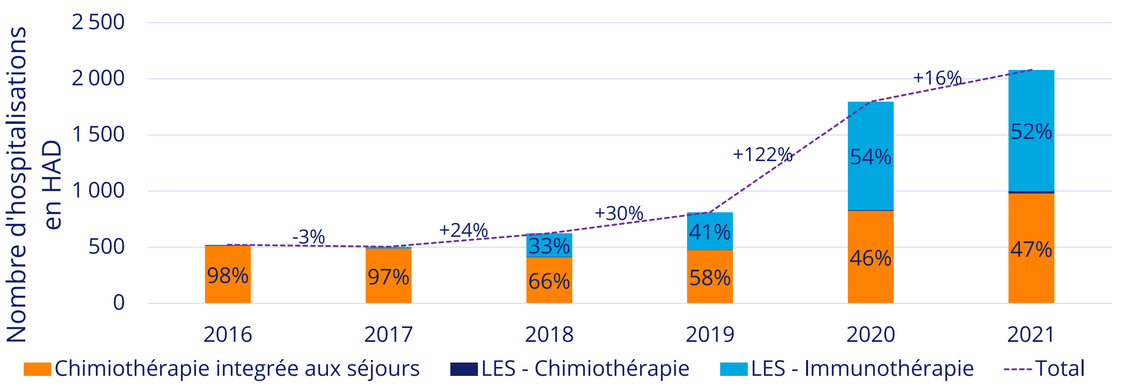


*Figure 2.2 – Répartition des TAC dans les hospitalisations en HAD pour cancer du poumon au cours du temps*

> L'augmentation du nombre d'hospitalisations en MCO a été progressive, mais moins rapide qu'en HAD, avec une augmentation annuelle comprise entre 8% et 12% par an sauf entre 2019 et 2020 où une faible augmentation est observée (+1%).

> Le recours à l'HAD a quant à lui fortement augmenté entre 2017 et 2021 (Figure 1), avec une forte accélération entre 2019 et 2020. Cette augmentation est portée par le développement des immunothérapies inscrites sur la liste en sus (+189% entre 2019 et 2020) mais aussi probablement par la mise en œuvre des expérimentations de nouveaux parcours de soins de suivi à domicile parfois forcées dans le contexte du COVID.

> Toutes années confondues, quatre régions se démarquent quant à l'activité en HAD (Nouvelle-Aquitaine : 28,6 / Auvergne-Rhône-Alpes : 18,2 / Bretagne : 16,4 / Île-de-France : 9,8) qui ne semble pas liée à la prévalence de la maladie observée à l'hôpital (Figure 3). La dynamique du recours à l'HAD observée d'une année à l'autre est également très hétérogène entre les régions.

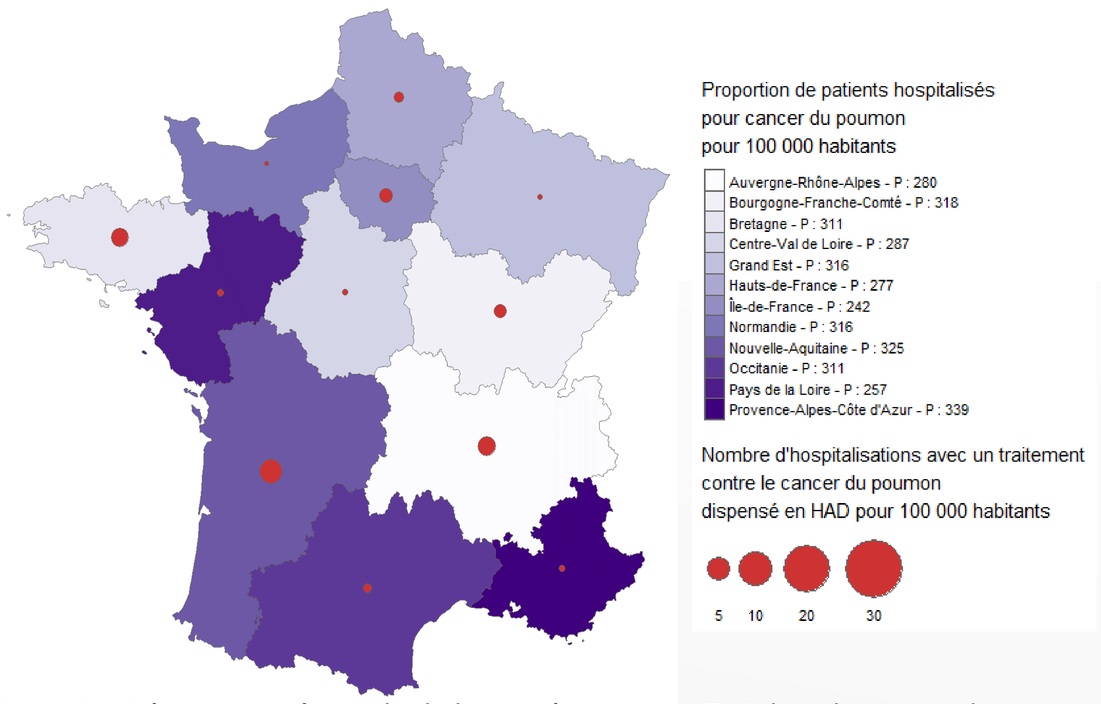


*Figure 3 – Répartition régionale de l'activité HAD pour TAC dans le cancer du poumon toutes années confondues*

## CONCLUSION

✓ La nette accélération à partir de 2020 du développement de l'HAD dans le traitement du cancer du poumon ne s'est pas faite de manière uniformisée et diffère selon la région d'hospitalisation, le type de traitement et le profil des patients.

✓ Ces tendances, si elles se confirment dans les années post-COVID, sont des facteurs à considérer dans l'orientation des politiques de santé publique pour développer l'HAD en France.

## RÉFÉRENCES


> [1] HAS. Analyse comparée de la chimiothérapie anticancéreuse administrée à l'hôpital ou prise en charge à domicile : aspects économiques et organisationnels. 2005; Available from: https://has-sante.fr/jcms/c_269393/fr/analyse-comparee-de-la-chimiotherapie-anticancereuse-administree-a-l-hopital-ou-prise-en-charge-a-domicile-aspects-economiques-et-organisationnels-synthese.

> [2] HAS. Conditions du développement de la chimiothérapie en Hospitalisation à Domicile : analyse économique et organisationnelle. Janvier 2015; Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2018411/fr/conditions-du-developpement-de-la-chimiotherapie-en-hospitalisation-a-domicile-synthese-et-recommandations

> [3] ATIH. Analyse de l'activité hospitalière, 2020 HAD https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4144/aah_2020_analyse_had.pdf