

6^e Table ronde régionale

HAD et chimiothérapie IV pour les patients en oncologie et hématologie

Préconisations opérationnelles pour le développement de l'HAD

Florent Bousquié

Président de FHF HAD

Directeur de l'HAD AP-HP



Comité FHF HAD et HAD AP-HP

Une présentation en quelques mots

La FHF officialise le lancement de FHF HAD



Date de publication : 3 Décembre 2024



La Fédération Hospitalière de France (FHF) annonce officiellement la création de FHF HAD (Hospitalisation À Domicile), portant l'ambition du développement et du renforcement de l'offre publique d'HAD.

UN RÔLE CLÉ POUR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

L'hospitalisation à domicile constitue une prise en charge sanitaire performante et répondant aux besoins de santé des patients. Premiers prescripteurs des prises en charge HAD en médecine, chirurgie, obstétrique et dans le champ médico-social, les établissements publics disposent des ressources et des expertises nécessaires à la structuration de parcours de soins cohérents intégrant l'HAD, soutenus par la dynamique positive des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Cette organisation permet une meilleure fluidité dans la prise en charge des patients ainsi que la conception de nouveaux parcours de prise en charge, incluant l'HAD.

Pour soutenir et renforcer cette stratégie, FHF structure FHF HAD : comité composé d'experts et de professionnels de terrain garant du développement et du suivi de l'offre d'HAD publique.

- Création en décembre 2024
- Constat de départ :
 - Développement important de l'HAD en France
 - Faiblesse de la part du public au regard du nombre d'autorisations
- Objectifs :
 - **Etablir des propositions opérationnelles pour développer les HAD publics**
 - **Promouvoir de manière générale le développement de l'hospitalisation à domicile, via de nouveaux parcours de prise en charge.**



22 septembre : « Les Rendez-vous de l'offre de soins FHF » : l'HAD demain.

L'HAD de l'AP-HP : présentation générale



FONCTIONNEMENT

- La 1ère HAD créée en France (1957), et la plus importante HAD publique en France
- 21 unités de soins de proximité (15 adultes, 5 pédiatriques, 1 obstétrique, PALLIDOM)
- Continuité des soins 24/7
- 800 à 850 patients / jour
- L'ensemble des modalités de prise en charge : oncologie, soins palliatifs, gériatrie, pansements complexes, post-chirurgie, traitements intraveineux et infectieux, pédiatrie / néonatal, obstétrique en ante et post-partum, rééducation.
- Un budget de 120 M€... excédentaire

MOYENS

- 800 ETP
- 38 infirmiers de coordination dans les hôpitaux
- Une médicalisation de plus en plus importante
- Des équipes transversales : rééducateurs, psychologues, diététiciens, assistantes sociales.
- Conventionnement avec près de 2000 libéraux : IDE, kinés, sages-femmes, etc.
- Une PUI / centre logistique dédiés
- Près de 500 véhicules

L'HAD de l'AP-HP : activité de chimiothérapie

UN FORT DEVELOPPEMENT DE LA FILIERE

- Forte croissance des chimiothérapies IV
 - En 2024, 26 000 journées de chimio et 17 000 de surveillance post-chimio (15% de notre activité)
 - Soit une croissance **>30%** / 2023.
- Très large panel de molécules prises en charge (62 molécules dont 21 en hématologie et 41 en tumeurs solides, derniers anticorps bispécifiques, etc.)
- Suivi post-greffe (auto et allo) y compris en cours d'aplasie
- Développement de la recherche, en lien avec les services adresseurs.
- ACODOM : offre de suivi des thérapies orales
 - Personnalisation / gestion des complications / réduction des complications et amélioration de l'observance
- → Nous prenons jusqu'à 30% à 40% des chimiothérapies de certains adresseurs (Cochin, Necker, etc.)

DES MOYENS DEDIES

- Une ULC (unité de liaison chimios), dépendant de notre PUI et située sur un site de production hospitalière de poches.
- Des référents médicaux (oncologie / hématologie) et en pharmacie clinique oncologie.
- Des équipes transversales : rééducateurs, psychologues, diététiciens, assistantes sociales, soins de support, soins palliatifs.
- 2 IPA dédiés à la filière (arrivée dans les prochaines semaines)

L'HAD de l'AP-HP : activité de chimiothérapie (poster ASH 2024)

REDUCING INFECTION RISKS OF ANTI-BCMA BISPECIFIC ANTIBODIES IN MULTIPLE MYELOMA: IN-HOSPITAL VS. HOSPITAL-AT-HOME TREATMENT

Romain Winer, Clement Leclaire, David Avran, Cecile Chauvin, Arnaud Soullignac, Arsene Zogo, Maya Gutierrez, Frederique Mouffe, Jeremie Zerbit

Greater Paris University Hospitals (AP-HP), Hospital at Home



INTRODUCTION

Bispecific antibodies (BsAbs) targeting B cell maturation antigen (BCMA) offer durable responses in multiple myeloma (MM) but carry a high infection risk. The Hospital at Home (HaH) model, providing acute-level care within patients' homes, has gained traction as a safe, patient-centered alternative to inpatient care.

OBJECTIVES

This study evaluates the effectiveness and safety of anti-BCMA BsAbs therapy in HaH versus traditional inpatient settings.

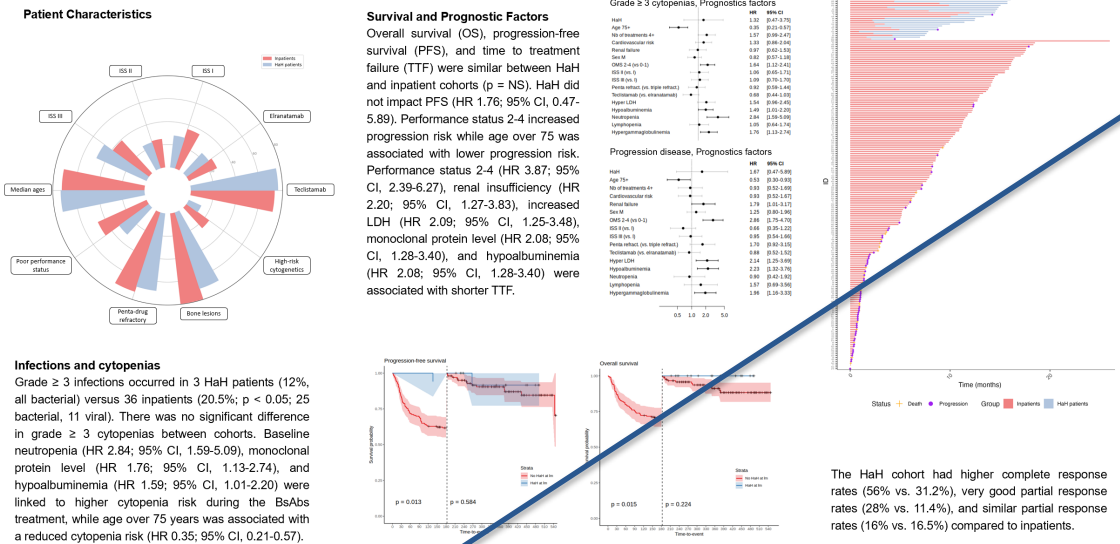
METHOD

This study included all MM patients treated with teclistamab or elranatamab across Greater Paris University Hospitals (AP-HP) from July 2022 to January 2024, with data obtained from the AP-HP Clinical Data Warehouse. Patients receiving AP-HP HaH care were compared with inpatients, using a 180-day landmark from BsAbs initiation. Selection for HaH or inpatient care was based on clinical criteria and patient preference. The primary endpoints were grade ≥3 infections.

HOSPITAL AT HOME SETTINGS

HaH patients received the first BsAb cycle in the hospital before transitioning to home care. Prior to each home administration, HaH physicians and pharmacists reviewed biological results and clinical data. At-home monitoring included clinical and biological assessments at 24 and 48 hours. Referring hematologists were alerted to any issues following an established algorithm.

RESULTS



CONCLUSIONS

This study demonstrates that BsAb treatment in Hospital at Home is a safe and effective alternative for multiple myeloma patients, showing a lower risk of grade ≥ 3 infections compared to inpatient care.

CONCLUSIONS

This study demonstrates that BsAb treatment in Hospital at Home is a safe and effective alternative for multiple myeloma patients, showing a lower risk of grade ≥ 3 infections compared to inpatient care.

REFERENCES

Moreau P et al. Teclistamab in Relapsed or Refractory Multiple Myeloma. *N Engl J Med* 2022 Aug 11; 387:495-505.
Lesokhin AM et al. Elranatamab in relapsed or refractory multiple myeloma: phase 2 MagnetisMM-3 trial results. *Not Med* 2023; 29:2259-2267

CONTACT INFORMATION

For any questions or further discussions regarding this work, please feel free to reach out:
Dr Jeremie Zerbit
jeremie.zerbit@aphp.fr



Développer l'HAD : le rôle... de l'HAD

Dans la qualité et la technicité des prises en charge

LES BESOINS DES PRESCRIPTEURS

- La confiance dans les process HAD
 - **Protocolisation** ex ante
 - Connaissance mutuelle des professionnels (médecins, pharmaciens, IDE)
 - Conciliation médicamenteuse à l'entrée
- Le panel de molécules prises en charge
 - Périmètre
 - Capacité à intégrer les innovations / nouvelles molécules
 - Une limite : la durée d'administration de la poche à domicile = temps de mobilisation de l'IDE HAD.
- Le capacitaire et la réactivité de l'HAD (éternel sujet)
 - Ce n'est en réalité pas un problème à chaque fois que les patients sont programmés, et c'est le cas pour les chimios.
- Capacité HAD à intégrer les protocoles de recherche

LES BESOINS DES PATIENTS

- Sécurité des pratiques
 - Formations régulières (chimios, pompes, etc.)
 - Protocolisation avec le service prescripteur et application de ce protocole.
 - Formalisation d'un parcours avec étapes domicile et étapes HDJ, formalisation du recours en cas d'urgence, etc.
- Limitation de « l'envahissement » du domicile
 - Nombre de passages (livraison, administration, reprise du matériel, etc.) à réduire au minimum (enjeu logistique pas simple)
 - Encombrement du domicile (en fonction : lit, cartons, pied à perfusion, etc.)
- Proposition complète : soins de support, soins palliatifs, etc.
- L'HAD reste un confort indéniable... et les études existantes montrent par ailleurs les effets en termes d'évènements indésirables évités à domicile !

LES RESSOURCES HUMAINES

- Médecins HAD référents de la filière
 - Assurer la qualité du suivi et le lien médical avec les prescripteurs. Le prescripteur reste le référent du patient au long de son parcours.
- Pharmaciens référents
 - Lorsque cela est possible en fonction de la taille de l'HAD
- IDE / IDE libéraux aux soins
 - Importance des formations régulières pour ces prises en charge
 - Pour les libéraux : entretenir un vivier de partenaires ayant la compétence, et leur proposer les mêmes formations / mises à jour de compétences.
- IDE de liaison **dans** les services MCO
 - Repérage des patients / programmation HAD / suivi des patients lors de leur retour en HDJ
 - Rôle majeur dans le lien quotidien entre équipes MCO et HAD.
- IPA
 - Métier nouveau dont le rôle peut être une vraie plus-value : consultation, prescription propre, formation des IDE et IDEL, etc.
 - Formation spécifique en onco-hémato.

LE SUPPORT TECHNIQUE

- Production / préparation / envoi des poches. En fonction de la taille de l'HAD :
 - Lien avec une PUI productrice
 - Unité de liaison chimios
 - Sécurisation de la conservation et du transport
 - Possibilité de délégation du OK chimio en fonction du protocole construit entre HAD et prescripteur
- Interface logiciels (DPI, logiciel pharma / chimios)
 - Dans la grande majorité des cas, c'est un point de difficulté (pas d'interfaçage).
 - Lorsque cette interface existe, facteur de confiance très important (notamment côté pharmaceutique).
 - Ex. APHP : Passerelle CHIMIO et interface DPI Orbis (synthèse médico-soignante HAD quotidienne automatique dans le dossier patient)
- Développement de la télésurveillance

Développer l'HAD : le rôle... des prescripteurs

Quel intérêt à agir ?

LE FORFAIT TMSC : UN LEVIER SUFFISANT ?

- Un très bon incitatif pour initier des discussions.
 - Mais : 147 dossiers déposés au niveau national seulement, pour 170 potentiels lauréats (10 par région ayant lancé un AMI)
- Notre expérience (représentative?) :
 - Le taux d'occupation de l'HDJ est un (le?) critère majeur.
 - Couplé aux files actives potentielles sur les places libérées par l'adressage en HAD.

→ quelle incitation réelle trouver lorsqu'un HDJ n'est pas plein?

L'INTERET DES PATIENTS

- Les prescripteurs sont attentifs aux retours des patients :
 - Eloignement géographique vs proximité de l'HDJ
 - Qualité de la prestation et des soins assurés par les HAD
 - Facilité pour les proches et aidants, qui sont un acteur très important dans la prise en charge.
 - Assurance pour le patient que la prise en charge en HAD est bien articulée avec celle dans le service.

Quels leviers?

IL FAUT D'ABORD... LE VOULOIR

- La vision du chef de service et de l'équipe est un prérequis :
 - Vouloir proposer une alternative aux patients
 - Accepter de revenir parfois sur d'anciens préconçus sur l'HAD / accepter de tester lorsque l'on ne connaît pas ou peu.
 - Faire appliquer ce changement dans la durée, pour qu'il s'inscrive dans les habitudes du service.
- L'accord de la PUI
- Le soutien de la direction
 - Pour soutenir et développer l'offre d'HAD lorsqu'elle existe dans l'établissement (ou le GHT)
 - Pour impulser l'adressage en HAD.
 - Pour donner les moyens matériels lorsque c'est possible (interfaces SI, bureaux, etc.)

MOYENS A METTRE EN ŒUVRE

- Construire un protocole
- Faciliter l'intégration des ressources mises en place par l'HAD
 - Poste de travail dans le service pour l'IDE de liaison
 - Rencontres régulières entre médecins et pharmaciens
- Avoir le « réflexe HAD »
 - Intégration régulière de nouvelles molécules
 - Protocoles de recherche / recherche décentralisée.
- Et... c'est tout.

Développer l'HAD : prendre en charge
ensemble une file active à toutes les étapes
de son **parcours**

Vers une symbiose?

CHANGER DE PARADIGME

- En finir avec un service MCO qui se détermine en fonction de la taille de son parc de lits et places, et une HAD qui se conçoit par sa capacité à absorber « l'aval ».
- Nous suivons des **files actives** de patients, dans une spécialité, et pour une indication. Ces patients s'engagent dans un **parcours de santé**, où, ils seront :
 - Parfois chez eux (HAD, mais aussi télésurveillance, SAD, EHPAD, etc.)
 - Parfois à l'hôpital, en cas de besoin de recours au plateau technique ou de surveillance renforcée
 - Idéalement toujours sous la supervision d'une même équipe commune.
 - Avec le minimum de ruptures ressenties.

CONSEQUENCES PRATIQUES

Dans une vision de moyen/long terme...

- Postes partagés médicaux (H et HU) comme soignants
 - C'est une équipe qui suit le patient et lui propose les modalités les plus adaptées à chaque étape.
 - Les acteurs se connaissent et travaillent autour du même projet
 - Intérêt professionnel (diversification des pratiques, etc.)
 - Formations communes
 - En formation initiale : place du domicile dans les études de médecine / IFISI / etc.?
 - En formation continue
 - Intégration logicielle
- Une équipe qui suit un patient dans tout son parcours onco/hémato et a à disposition tous les outils pour le faire :
- Plateau technique
 - Force d'intervention à domicile / télésurveillance
 - **Unités HC / HDJ d'interface hôpital / domicile cogérées avec médecins HAD?**

Merci pour votre attention