

## Etude médico-économique pour le SYNALAM



### **Intérêt des PSAD et des professionnels libéraux par rapport aux autres modes de prise en charge à domicile (HAD, Hospitalisation de jour ...)**

Date 01/11/2011

Auteurs Jean-Marc Aubert

Charlotte Szkorodenszky

Référence

Version 1

Destinataires Synalam

Jalma

Suivi des modifications	Versio n	Date	Pages/paragraphe s modifiés	Nature de la modification	Auteurs
	1	19/08/2011		Création	CS

# Sommaire

<b>1. Objectif du document</b>	<b>3</b>
<b>2. Introduction</b>	<b>3</b>
<b>3. Analyse des différents modes de prise en charge</b>	<b>4</b>
<b>3.1 Description des parcours patient analysés</b>	<b>4</b>
<b>3.2 Une qualité de soin similaire en établissement et à domicile</b>	<b>6</b>
<b>Quelques exemples de prise en charge à l'étranger</b>	<b>5</b>
<b>3.3 Les modes de prise en charge du patient cancéreux actuellement en France</b>	<b>8</b>
<b>3.4 Comparaison des modes de prise en charge</b>	<b>10</b>
<b>3.5 Conclusion.</b>	<b>13</b>
<b>Annexes : Détail des calculs concernant les différents modes de prise en charge</b>	<b>17</b>
<b>A. Détermination du coût en HAD</b>	<b>17</b>
<b>B. Détermination du coût de la prise en charge par les professionnels libéraux et les PSAD</b>	<b>24</b>

## 1. Objectif du document

Ce document s'inscrit dans le cadre de l'élaboration d'une étude médico-économique réalisée pour le compte du SYNALAM.

Il a pour objectif de comparer, d'un point de vue médico économique, les différents modes de prise en charge existant pour des patients ayant besoin de perfusions ou de nutriments parentéraux. Les cas types étudiés sont ceux de patients ayant un cancer qui s'est métastaté et qui est traité par chimiothérapies.

## 2. Introduction

Le vieillissement de la population et le développement fort du nombre de patients atteints de pathologies chroniques, qui double tous les quinze ans, conduisent à une croissance importante de la demande de soins.

Les contraintes financières qui en résultent pour l'assurance maladie française et les contraintes d'organisations qui en résultent pour les établissements conduisent les régulateurs de santé à s'interroger sur les marges d'efficacités existant dans le système de santé. Dans cette perspective, ils s'interrogent sur les rentes potentielles et sur les gains en termes d'efficacité qui pourraient être faits en modifiant l'organisation du système de soins.

Le secteur des soins à domicile apparaît au cœur de cette réflexion. En effet, une source possible de gains d'efficacité constatée dans d'autres pays est le transfert des hôpitaux vers le système ambulatoire de patients pour lesquels l'évolution des techniques et des organisations rendent ce transfert possible. Ceci est d'ailleurs le sens des actions menées depuis plusieurs années pour rééquilibrer médecine de ville et médecine ambulatoire notamment en favorisant le développement de structure de prise en charge en aval de l'hôpital, telles que les structures d'hospitalisation à domicile, les réseaux de soins et les SSIAD. Cette évolution de la prise en charge à domicile vise à réduire les durées de séjour et donc les coûts.

Néanmoins, une autre alternative existe dans notre pays. Les prestataires de santé à domicile, en appui, dans un certain nombre de cas, d'infirmiers libéraux, mettent en oeuvre aujourd'hui de plus en plus des prestations plus techniques et à plus forte valeur ajoutée dans le cadre de prise en charge tels que le traitement de l'insuffisance respiratoire, l'insulinothérapie, les perfusions,... Fort de leur légitimité dans l'intervention auprès des patients, ils se positionnent donc en tant que multi-spécialistes de la santé à domicile.

La question qui se pose alors en termes d'évolution des modes de prise en charge est double : quelle est la réalité du gain d'efficacité entre la ville et l'hôpital, d'une part, et quel mode de prise en charge en ville faut-il privilégier ?

Il n'existe pas d'essai clinique qui permette de donner une réponse à une telle question. Néanmoins, il est possible d'approcher cette réponse à partir d'une modélisation des coûts des différents modes de prise en charge et d'éléments de la littérature scientifique internationale comparant les différents modes de prise en charge.

## 3. Analyse des différents modes de prise en charge

### 3.1 Description des parcours patient analysés

Pour choisir les parcours de soins sur lesquels effectuer l'analyse comparative, plusieurs critères sont rentrés en ligne de compte. Il paraissait important tout d'abord de choisir des parcours de soins pour lesquels la prise en charge à domicile était non seulement possible mais courante aujourd'hui mais non systématique. Il était nécessaire de choisir une pathologie assez fréquente et sur laquelle des études internationales avaient été effectuées afin de disposer de données sur la qualité comparée de la prise en charge en ville et à l'hôpital.

Le cancer était un des cas possibles. En effet, cette pathologie est une des pathologies les plus courantes : la prise en charge du cancer est une priorité de santé publique du fait de son incidence croissante (+12% en 5 ans<sup>1</sup>) et de son impact en termes de morbidité et de mortalité. Par ailleurs, le financement de cette prise en charge est un enjeu important pour l'assurance maladie, puisque le coût annuel dépasse 10 milliards d'euros. La prise en charge peut d'ailleurs être organisée de manière très différente d'un pays à l'autre, en donnant d'ailleurs plus ou moins de place à la prise en charge ambulatoire, comme le montre l'encadré suivant. Par ailleurs, il s'agit d'une des pathologies pour lesquelles la littérature existante sur les comparaisons de prise en charge est suffisamment riche.

L'ensemble des cancers ne se prêtait pas forcément à l'étude du fait du type de traitement mis en place et de la complexité plus ou moins grande des soins à domicile nécessaire.

Notre étude se concentre sur la prise en charge de patients dont le cancer a métastasé et qui nécessite un traitement de chimiothérapie lourde, s'étalant sur plusieurs mois et à un rythme de plusieurs jours de traitement par mois. Il s'agit d'une petite partie des patients cancéreux car dans un grand nombre de cas, les patients bénéficient de chimiothérapie adjuvante, c'est-à-dire en prévention des risques de récives. Ces traitements ont été exclus de cette étude car son objet n'est pas de s'intéresser à l'organisation des soins de chimiothérapie mais à des traitements contraignants mis en place autour de cette chimiothérapie du fait des besoins des patients et qui justifient pleinement que se pose le choix entre différents traitements ambulatoires mais aussi entre un traitement hospitalier et un traitement ambulatoire.

---

<sup>1</sup> Institut National du Cancer, Situation de la chimiothérapie des cancers, 2010

### Quelques exemples de prise en charge à l'étranger

Parmi les nombreux exemples de systèmes d'organisations des soins différents du système français, deux nous apparaissent assez intéressants pour illustrer les potentialités d'évolution : l'exemple canadien et l'exemple australien. Dans ces deux pays, les contraintes géographiques ont grandement facilité les réorganisations nécessaires à l'accroissement de l'efficacité.

#### Au Canada<sup>1</sup> :

Le système de soins présente une forme différente de celle que nous connaissons en France : l'hospitalisation à domicile fait partie d'un système intégré de services de soins à domicile.

Le service de soins à domicile évalue le patient, son cadre familial et son environnement, coordonne la prestation des services de soutien médical et social, veille à ce que le patient bénéficie d'un continuum de soins qui évolue avec son état.

En ce qui concerne la chimiothérapie à domicile, il s'agit d'une pratique répandue dans la province de Québec et 36 % des CLSC (Centre Local de Services Communautaires) offrent des services de chimiothérapie intraveineuse. Mais la littérature publiée sur le sujet est quasiment inexistante et il n'existe aucune base de données permettant de connaître le développement de cette technologie.

#### En Australie<sup>1</sup> :

Les soins peuvent être délivrés en différents lieux, allant du " entièrement à domicile ", y compris la livraison des médicaments et autres prescriptions à domicile pour certains programmes, aux programmes qui ne délivrent au domicile que des soins infirmiers, le reste des soins de spécialistes ou d'auxiliaires paramédicaux étant dispensés en consultations hospitalières.

En ce qui concerne la chimiothérapie à domicile, il s'agit de la première cause de recours aux services de SHAD et, si l'on regarde la nature des soins délivrés, elle représentait 6 % des soins cumulés. 18% des soins délivrés à domicile sont des chimiothérapies en intra-veineuse (dit de type IV).

### 3.2 Une qualité de soin similaire en établissement et à domicile

L'analyse de l'efficacité passe par la comparaison de la qualité et des coûts entre les différents modes de prise en charge des patients. Nous avons réalisé la première de ces comparaisons à partir de la littérature scientifique internationale.

La prise en charge de ces patients cancéreux se traduit par un accompagnement global de la maladie. La dimension curative ainsi qu'une démarche palliative font partie intégrante de cette dernière. Lorsque la prise en charge s'effectue à domicile, la qualité de vie du patient ainsi que celle de ses proches se voient positivement impactées, l'environnement familial jouant un rôle bénéfique sur le patient lui-même et les aidants<sup>2</sup>. En effet, le domicile apparaît dans ce cadre comme un environnement familial et rassurant pour les patients. Il est en plus à noter qu'à ce jour, aucune donnée dans la littérature ne permet de présager des équivalences ou des différences de survie et de tolérance (en termes d'événements indésirables graves) entre les prises en charge des chimiothérapies anticancéreuses au domicile et en hospitalisation conventionnelle

La prise en charge à domicile de la chimiothérapie permet un accompagnement médico-social de qualité, sans réduire l'efficacité clinique du traitement. En effet, la prise en charge à domicile a montré à travers diverses études que la qualité des soins prodigués était équivalente à celle des soins effectués en hôpital et que bon nombre des patients et de leur entourage sont satisfaits de ce mode de prise en charge<sup>3</sup>. En termes d'état de santé, la prise en charge en HAD ou dans le cadre d'un réseau conduisait à des résultats équivalents par rapport à l'hospitalisation conventionnelle. Ces travaux n'étaient cependant pas d'un niveau de preuve suffisant pour conclure définitivement sur cette question.

Mais les études étaient plutôt favorables à la prise en charge à domicile en termes de satisfaction des patients, des aidants et des soignants même si certaines difficultés étaient soulignées (mode de rémunération et insuffisance de formation ou d'entraînement pour les professionnels, intensité de la prise en charge et conséquences en termes de revenus pour les aidants)<sup>4</sup>.

En termes d'accompagnement médico-social, ce mode de prise en charge permet de suivre le patient cancéreux selon trois logiques différentes, à la fois curative, psychologique dans la mesure du possible, et palliative. Le fait d'administrer la chimiothérapie à domicile garantit au patient une grande qualité de vie et à son entourage une sécurité psychologique remarquable. L'environnement familial joue un rôle rassurant et permet d'observer un effet psychologique positif sur la personne suivie elle-même<sup>5</sup>. En effet, cet environnement familial rassurerait le patient et permettrait d'augmenter l'observance de son traitement. Une étude prospective randomisée comparant les coûts et les résultats de la chimiothérapie à domicile et en milieu hospitalier met en évidence le fait que les besoins des patients ont été atteints dans les deux cas<sup>6</sup>. La présence d'une équipe pluridisciplinaire, ainsi que les multiples

---

<sup>2</sup> Home care-a safe and attractive alternative to inpatient administration of intensive chemotherapies. Lüthi F et coll, 2011

<sup>3</sup> "Hospice at Home service: the carer's perspective », McLaughlin, 2007

<sup>4</sup> HAS, Analyse comparée de la chimiothérapie anticancéreuse administrée à l'hôpital ou prise en charge à domicile : aspects économiques et organisationnels, juin 2005

<sup>5</sup> Home care-a safe and attractive alternative to inpatient administration of intensive chemotherapies. Lüthi F et coll, 2011

<sup>6</sup> "Home or hospital ? An evaluation of the costs, preferences, and outcomes of domiciliary chemotherapy", King and Co, 2000

facettes des interventions professionnelles intervenant dans la prise en charge du patient au domicile, favorisent la prise en charge structurée et régulière des patients, améliorant alors le processus de soins.

En termes d'efficacité clinique, l'administration d'une chimiothérapie à domicile est réalisable sans que cela constitue un quelconque danger pour le patient. Il est cependant nécessaire d'effectuer une sélection minutieuse des patients et d'évaluer au mieux la faisabilité de la délocalisation des soins de l'hôpital vers le domicile. Pour ce faire, les protocoles utilisés ont été validés pour le domicile, certains actes nécessitant obligatoirement une première étape à l'hôpital en raison de la cytotoxicité des produits manipulés (cas de la chimiothérapie pour laquelle la préparation des produits sous hotte est obligatoire). Un cadre réglementaire a été défini pour encadrer les bonnes pratiques de soins au domicile : la préparation des produits utilisés à domicile se fait en pharmacie hospitalière.

De plus, l'éducation du patient, ainsi que le renforcement du rôle des infirmières dans la prise en charge des malades, conduit à des améliorations positives dans l'évolution de la maladie<sup>7</sup> des patients.

Finalement, en plus d'offrir des soins de qualité égale à ceux dispensés à l'hôpital, la prise en charge à domicile permet d'offrir une meilleure qualité de vie aux patients<sup>8</sup>. Comme le rapporte l'argumentaire de l'ANAES à propos de la chimiothérapie à domicile, ce mode de prise en charge permet notamment d'élargir le champ thérapeutique pour un patient sur le point de subir un lourd traitement. La prise en charge à domicile permet de prendre en compte la psychologie du patient et de son entourage et participe au développement d'une évaluation globale de l'état de santé, aussi bien physique que psychologique, du patient.<sup>9</sup>

À ce jour, il n'existe aucune donnée dans la littérature qui analyse les équivalences ou les différences de survie et de tolérance entre les deux types de prise en charge. Il n'est pas discerné de tendance différente à l'occurrence d'événements indésirables graves<sup>10</sup>.

Ces observations s'inscrivent notamment dans le contexte des années 2009-2010, marquées par le progrès de l'organisation, de la qualité et de la sécurité des soins. Les préoccupations se sont portées sur la coordination du parcours de soins, afin d'aboutir notamment à une plus grande continuité de la prise en charge de l'hôpital à la ville, sur l'équité dans l'accès aux traitements et sur l'innovation. Par ailleurs, la logique politique actuelle de développement de solutions alternatives à la dimension hospitalière est favorable à une meilleure coordination entre la ville, l'hôpital et le domicile.

En termes de satisfaction témoignée des patients, des aidants et des soignants, les études sont plutôt favorables à la prise en charge à domicile, bien que quelques difficultés demeurent, comme le manque de formation ou d'entraînement pour les professionnels, ou comme l'asymétrie entre intensité de la prise en charge et montant des revenus accordés aux aidants<sup>11</sup>.

---

<sup>7</sup> "Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings", Renders and Co, 2001

<sup>8</sup> "Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. I: three month follow up of health outcomes", Shepperd and Co, 1998

<sup>9</sup> ANAES, Argumentaire des critères d'éligibilité des patients pour une chimiothérapie anticancéreuse à domicile, septembre 2003

<sup>10</sup> Critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile, septembre 2003

<sup>11</sup> HAS, Analyse comparée de la chimiothérapie anticancéreuse administrée à l'hôpital ou prise en charge à domicile : aspects économiques et organisationnels, juin 2005

### 3.3 Les modes de prise en charge du patient cancéreux actuellement en France

#### ➤ Hospitalisation conventionnelle

La chimiothérapie est le plus souvent réalisée dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle soit à temps plein, soit de jour. La prise en charge des patients atteints de cancer se fait dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires très institutionnalisées (oncologues, radiothérapeutes, chirurgiens, hématologues, spécialistes d'organes). Elle peut être réalisée en hospitalisation publique ou privée (établissements participant au service public hospitalier ou cliniques).

Dans le cas de la chimiothérapie en hospitalisation conventionnelle ou en hospitalisation de jour, il existe 4 GHS (groupes homogènes de séjours depuis le 1er janvier 2004) spécifiques à la chimiothérapie dont 1 correspondant aux séances réalisées en ambulatoire<sup>12</sup>.

Dans ces 4 GHS, certains patients ne semblent pas éligibles à la chimiothérapie à domicile. En effet, en raison de la gravité de leur état et de l'intensité des soins nécessaires, il ne semble pas recommandable de prendre en charge ces patients à domicile (telles que les chimiothérapies pour leucémie aiguë et les chimiothérapies pour autre tumeur avec complication majeure associée)<sup>13</sup>.

Par ailleurs, l'ANAES considérait que « *ni la gravité, la sévérité ou l'évolution 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* »<sup>14</sup>. La prise en charge à domicile peut évoluer, à terme, vers des cas nécessitant des soins plus intenses.

83% des séjours hospitaliers (soit 720 700) ont été réalisés, pour 2012, en hospitalisation de jour. Près de 50 % ont été faits en clinique privée et 25 % dans certains Centre Hospitalier (CH) (ceux qui réalisent plus de 16 000 séjours par an). En revanche, les chimiothérapies en hospitalisation complète sont réalisées dans les CHR/U pour 40 % d'entre elles et 27 % dans les CH réalisant plus de 16 000 séjours par an.

#### ➤ HAD et chimiothérapie

Le rapport de la commission d'orientation sur le cancer avait relevé que l'activité de cancérologie, incluant les soins palliatifs, représentait 57 % de l'activité globale des structures d'HAD. Concernant la chimiothérapie, en 1998, d'après une enquête de la DHOS sur 795 séjours toutes pathologies réalisée dans 3 services d'HAD (APHP Paris, CHU de Grenoble, Soins et Santé à Lyon), 29 % des séjours concernaient la chimiothérapie. De même dans l'enquête Credes sur 29 services d'HAD, 138 patients sur les 644 de l'enquête soit 21 % avaient été pris en charge en HAD pour une chimiothérapie. Plusieurs structures et/ou professionnels peuvent être mobilisés dans le cadre de la prise en charge à domicile.

Par ailleurs, l'hospitalisation à domicile (HAD) a connu un essor croissant depuis 2004, date à laquelle les mesures permettant de développer des structures de HAD ont été assouplies. En effet, on comptait 1,5 million de journées de prise en charge en HAD en 2000 alors qu'aujourd'hui elles atteignent 4 millions<sup>15</sup>.

---

<sup>12</sup> Agence technique de l'information sur l'information. Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique. Applicable au 1er janvier 2002. <[www.atih.sante.fr/openfile.php?id=839](http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=839)>

<sup>13</sup> Montagne C, Duran B. La chimiothérapie ambulatoire en hématologie. Un défi... Soins 1996;(608):62-8.

<sup>14</sup> Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile. Consensus formalisé de professionnels. Saint-Denis: Anaes; 2003.

<sup>15</sup> Inspection générale des affaires sociales, Hospitalisation à domicile, 2010



## ➤ Réseaux de santé

La typologie des réseaux de cancérologie réalisée par la mission interministérielle pour la lutte contre le cancer (MILC) distingue<sup>16</sup>:

- le réseau ville-hôpital, structuré le plus souvent autour d'un seul établissement pour une pratique bien spécifique comme le soin à domicile, ou réunissant différents établissements et la médecine de ville pour organiser la pluridisciplinarité ;
- le réseau entre établissements privés et/ou publics à l'échelle d'un secteur, d'un territoire de santé ou d'une région, principalement pour la rédaction de guides de bonnes pratiques cliniques et pour formaliser la pluridisciplinarité entre les secteurs publics et privés ;
- le réseau fédérant des réseaux thématiques et/ou territoriaux. Ce mode d'organisation répond le mieux aux exigences de la mesure 29 du Plan cancer « 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 » qui concerne les réseaux régionaux de cancérologie. Selon cette classification, la chimiothérapie à domicile, dans le cadre d'un réseau de santé, relèverait donc plus de la forme organisationnelle ville-hôpital. La prise en charge s'effectue dans le cadre d'une collaboration hôpital/médecins libéraux conjointement avec des infirmières libérales qualifiées. Cependant à l'intérieur des réseaux ville/hôpital, il peut exister des collaborations entre des professionnels de santé libéraux, des établissements de santé (y compris des établissements d'hospitalisation à domicile), des institutions sociales et médico-sociales, des organisations à vocation sanitaire, sociale ou des représentants des usagers.

La forme juridique la plus courante des réseaux de cancérologie est l'association loi 1901, mais ils peuvent également prendre la forme d'une simple convention entre les partenaires ou d'un groupement d'intérêt public (GIP)<sup>17</sup>. Le personnel intervenant au sein du réseau conserve son statut mais le coordonnateur peut être salarié du réseau. La coordination hospitalière est assurée par une infirmière ou un médecin en collaboration avec un médecin hospitalier spécialiste, le médecin généraliste, les infirmières libérales, des pharmacies hospitalières ou d'officine et des sociétés prestataires de services spécialisées dans la maintenance matérielle<sup>17</sup>.

Les réseaux de santé en oncologie identifiés auprès des ARH, d'Internet ou du rapport de la MILC ont été interrogés sur la pratique de la chimiothérapie à domicile. Au 1er février 2005, sur les 58 réseaux qui ont reçu un courrier, 37 ont répondu, soit un taux de réponse de 64 %.

Sur ces 37 réseaux, 32 ont déclaré ne pas coordonner d'activité de chimiothérapie à domicile. Toutefois, 2 réseaux sur 32 sont en cours d'élaboration d'un tel projet ou de signature d'une convention sur la chimiothérapie à domicile et 2 réseaux ont déclaré ne pas coordonner d'activité de chimiothérapie à domicile mais faire cependant des chimiothérapies par voie orale à domicile.

Eu égard à la faible activité des réseaux sur les traitements étudiés, ce mode de prise en charge a été écarté de l'étude.

---

<sup>16</sup> Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, Bergerot P. La dynamique du Plan cancer. Un an d'actions et de résultats. Enquêtes annexées : rapport sur l'état des lieux des réseaux de cancérologie à la fin de l'année 2003. Paris: MILC; 2004.

<sup>17</sup> Turlure P, Durand-Zaleski I. *Approche organisationnelle et économique en France du traitement ambulatoire des neutropénies fébriles*. Presse Méd 2004;33(5):338-42.

### ➤ Prestataires de santé à domicile et professionnels libéraux

Les prestataires de santé à domicile interviennent dans la prise en charge des patients cancéreux lourds en coopération avec les professionnels libéraux et particulièrement les infirmiers. S'ils ne réalisent pas les chimiothérapies courtes et l'initiation des chimiothérapies longues, ils accomplissent de nombreux actes notamment de perfusion et de nutrition assistée.

### 3.4 Comparaison des modes de prise en charge

L'étude retient ainsi trois modes de prise en charge : l'hospitalisation, l'hospitalisation à domicile, et la prise en charge par des infirmiers libéraux et des prestataires de santé à domicile. La prise en charge par un réseau a été écartée du fait du nombre trop insuffisant de réseaux orientés sur la chimiothérapie et donc du caractère faiblement significatif de leur tarification.

Afin d'approcher le mieux les situations réelles, l'étude se concentre sur des chimiothérapies longues et des traitements prolongés sur des cancers métastatiques. En effet, les prestataires à domicile ne peuvent pas intervenir en France sur des chimiothérapies de quelques heures qui sont en général réalisées au cours de séances hospitalières.

Les parcours patients ont été retenus à partir de propositions d'experts. L'objectif était de définir des parcours pour lesquels il existe aujourd'hui des propositions de prise en charge émanant des prestataires de santé à domicile et des professionnels de santé libéraux.

6 parcours patients ont été examinés. Ils correspondent par exemple à des traitements de cancer métastaté de la prostate. Ces parcours sont regroupés en deux catégories. 3 correspondant à un patient bénéficiant au cours de 6 mois, d'une chimiothérapie de 2 jours toutes les 2 semaines et 3 correspondant à un patient bénéficiant au cours de 6 mois d'une chimiothérapie de 5 jours toutes les 3 semaines. Pour chaque catégorie de parcours patients, les 3 parcours correspondent à des traitements associés différents : 3 mois de traitement de perfusion, 3 mois de traitement de nutrition parentérale, les deux traitements associés.

#### La prise en charge en hospitalisation complète

Dans le cadre de l'hospitalisation en établissement, un GHS de niveau 3 a été choisi, car il reflète au mieux les différents protocoles pris en compte par les deux parcours patients étudiés.

Pendant les trois premiers mois, un séjour hospitalier est prévu pour chaque cycle de traitement. Les trois mois suivants sont couverts par un seul séjour.

Pour le calcul du coût d'un séjour hospitalier en chimiothérapie, ont été additionnés :

- le prix d'un aller-retour à l'hôpital (40km) soumis à la tarification VSL
- le prix GHS de niveau 3 de la chimiothérapie dont la borne haute est de 21 jours à 4 789,70€
- la borne EXH déterminant le coût des jours restants (un jour au-delà de la borne haute est facturé 159,45€ par jour).

#### La prise en charge en hospitalisation à domicile

En ce qui concerne la détermination du coût de la HAD, chaque journée est pondérée par quatre variables. Trois d'entre elles décrivent la situation clinique du patient et sont évaluées à une fréquence hebdomadaire. Il s'agit du mode de prise en charge principal (MP), du mode de prise en charge associé

(MA) et de l'indépendance de l'indice de Karnofsky. La dernière variable est quant à elle dégressive. Il s'agit de la durée de prise en charge.

A partir de tous ces éléments, un indice de pondération intermédiaire (IPI) est déterminé. Cet indice correspond au produit des coefficients appliqués aux modes de prise en charge principal et associé ainsi qu'à l'indice de Karnofsky. A chaque valeur d'IPI correspond un groupe homogène de prise en charge (GHPC, allant de 0001 à 1895).

A partir du numéro de GHPC, un indice de pondération total (IPT) est calculé. Il correspond au produit de l'IPI par le coefficient appliqué à la durée de séjour (du fait de la dégressivité de la durée de séjour pour chaque tranche, un nouvel IPT doit être déterminé).

Pour finir, un groupe homogène de traitement (GHT, au nombre de 31) est mis en évidence, car à chacune des valeurs d'IPT correspond un GHT. En fonction du GHT déterminé un coefficient sera donné. Ce dernier servira à calculer le tarif applicable pour la prestation puisque le tarif correspond au produit de ce coefficient par le coût de base journalier (76€ pour les HAD publiques et 86€ pour les HAD privées).

Nous avons posé les hypothèses suivantes pour l'étude des coûts effectuée afin d'élaborer les parcours patients et les conditions de prise en charge reflétant le plus possible la généralité de l'ensemble des cas rencontrés:

- La durée de la prise en charge par nutrition parentérale a été estimée aux 3 derniers mois du traitement. Il a en effet été considéré que pendant les 3 premiers mois du suivi, le patient réagit suffisamment bien aux effets secondaires de la chimiothérapie pour ne pas avoir besoin de ce protocole pour se nourrir
- L'indice de Karnofsky a été établi à 70-80% : les chimiothérapies légitimant la prise en charge à domicile (via les PSAD ou non) sont celles se déroulant sur plusieurs jours laissant supposer que l'état du patient est dégradé du fait du stade avancé de son cancer pouvant nécessiter le déroulé de plusieurs protocoles associés

Situation clinique	Indice de Karnofsky
Le patient ne présente aucun signe ou symptôme de maladie	100%
Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne, symptômes ou signes mineurs de la maladie	90%
Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne avec effort, quelques symptômes ou signes mineurs	80%
Le patient est capable de se prendre en charge, mais est incapable de mener une vie normale ou de travailler	70%
Le patient nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart des soins personnels	60%
Le patient nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents	50%
Le patient est handicapé et nécessite une aide et des soins particuliers	40%
Le patient est sévèrement handicapé	30%
Le patient, très malade, nécessite un traitement de soutien actif	20%
Le patient est moribond, le processus fatal progressant rapidement	10%

Référence :

Version : 1

Date :

---

---

## La prise en charge ambulatoire

La prise en charge ambulatoire est une combinaison de l'action de plusieurs offreurs de soins.

Chaque chimiothérapie est initiée à l'hôpital et poursuivie à domicile grâce aux prestataires de santé à domicile et aux infirmiers libéraux. Pour les traitements associés, ces mêmes acteurs interviennent au quotidien. Par ailleurs, le patient est suivi par son médecin traitant et au moins un spécialiste. De plus, des bilans biologiques réguliers sont nécessaires. Enfin, pour les traitements associés, l'achat des produits est prévu en pharmacie.

Dans nos parcours patients, en plus de la prise en charge par les prestataires et les infirmières, nous avons retenu :

- Des séances d'initiation hospitalières (avec transport associé)
- Une consultation hospitalière par cycle de traitement (avec transport associé)
- Une visite hebdomadaire du médecin traitant
- Un bilan biologique tous les 15 jours
- Des consommations de produits de nutrition et d'analgésique.

## Le cas des produits de chimiothérapie

L'achat des produits de chimiothérapie a été exclu de l'évaluation des coûts des différents modes de prises en charge. En effet, ces produits sont facturés en sus des GHS et des séances de chimiothérapie, dans des conditions relativement semblables. Leur intégration n'aurait donc pas modifié les comparaisons effectuées dans l'étude mais elle aurait nécessité un choix de produits qui n'a pas d'utilité.

### 3.5 Conclusion.

#### Une prise en charge par les prestataires de santé à domicile et les professionnels libéraux plus économiques

Dans l'ensemble des exemples étudiés, on constate des différences de coûts importantes entre les différents modes de traitement. Les traitements réalisés par les infirmiers libéraux et les prestataires de santé à domicile restent les plus économiques, même si dans un cas, la différence est relativement faible par rapport à l'hospitalisation à domicile : le cas d'un patient ayant une chimiothérapie sur 5 jours toutes les 3 semaines et deux traitements quotidiens associés : perfusion et nutrition parentérale.

#### COUTS DES DIFFERENTS MODES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS CANCEREUX

Traitements associés	Hôpital	HAD	Prestataire à domicile et professionnels libéraux
<b>Parcours 1 : 2 jours de chimiothérapie toutes les 2 semaines</b>			
Traitement antidouleur	43 573 €	25 781 €	16 197 €
Nutrition parentérale	43 573 €	26 735 €	19 503 €
Deux traitements associés	43 573 €	29 384 €	26 278 €
<b>Parcours 2 : 5 jours de chimiothérapie toutes les 3 semaines</b>			
Traitement antidouleur	33 994 €	25 444 €	14 923 €
Nutrition parentérale	33 994 €	26 255 €	17 933 €
Deux traitements associés	33 994 €	28 507 €	23 956 €

Note : le coût des produits de chimiothérapie est exclu car facturé en sus dans tous les cas.

Il apparaît aussi clairement que les différences de coûts sont inférieures quand plusieurs traitements sont associés. Cette relation est liée aux différences de modes de tarification : assez forfaitaire dans le cas de l'hospitalisation à domicile et en établissements, à l'activité dans le cas de la prise en charge par des prestataires.

La question se pose quand à la reproductibilité de ces résultats sur d'autres cas de patients.

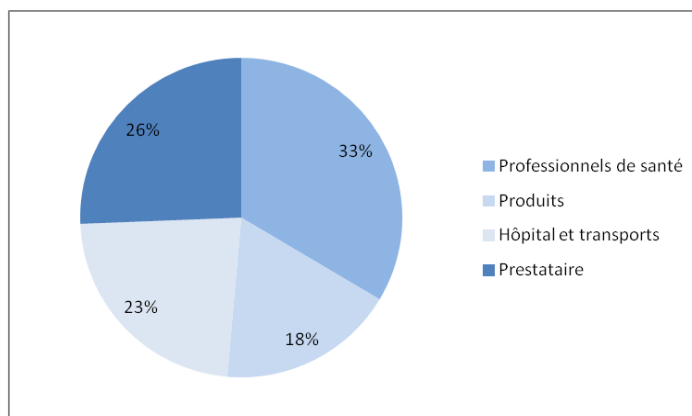
Il faut tout d'abord noter que les hypothèses sont plutôt en faveur des modes hospitaliers. En effet,

- les tarifs journaliers apparaissent faibles par rapport aux moyennes constatés (par exemple 200€ environ en HAD, soit 36 000 € sur 6 mois) Cela peut s'expliquer, pour l'HAD, en raison des hypothèses de l'analyse : fort indice de Karnofsky et longueur des séjours. Pour l'hôpital, cette faiblesse est liée à l'hypothèse d'un unique et très long séjour dont le coût sera faible du fait du prix de journée pour les patients ayant un séjour supérieur à la durée maximale ; une hypothèse de successions de séjour plus court aurait entraîné un coût supérieur.
- le coût de la prise en charge à domicile est alourdi par la partie hospitalière du coût des chimiothérapies. Celles-ci sont toutes initiées au cours de séances d'hospitalisation, ce qui représente une partie significative du coût final.

**Le coût des prestations fournis par les PSAD représentent environ un tiers du coût de la prise en charge à domicile**

Le coût de la prise en charge à domicile se répartit entre les PSAD, les professionnels de santé libéraux, les établissements (avec les coûts de transport associés) et l'achat des produits. Ce dernier est surtout important dans le cas de traitement de nutrition parentérale, puisqu'il atteint alors 50 € par jour de nutrition. Les coûts hospitaliers apparaissent assez importants dans les parcours de soins choisis du fait de l'initiation des traitements de chimiothérapie.

#### Exemple : Répartition des dépenses dans le parcours 2 avec un traitement de nutrition parentérale associé



Ainsi, le coût de la prise en charge des prestataires de santé à domicile intervient à peu près pour un tiers dans le coût de la prise en charge à domicile. Cette part est plus faible dans le cas de la nutrition parentérale à cause du coût des produits et plus forte en ce qui concerne la prise en charge de la douleur du fait d'une hypothèse d'utilisation d'une pompe ambulatoire

#### Part des PSAD dans le coût de la prise en charge à domicile

Parcours 1			Parcours 2		
Lutte contre la douleur	Nutrition parentérale	Double protocole	Lutte contre la douleur	Nutrition parentérale	Double protocole
37,0 %	20,9 %	32,3 %	41,7 %	25,6 %	35,6 %

Une analyse concentrée sur les seuls traitements associés aboutit à des conclusions similaires sauf dans les cas de traitement les plus lourds

Afin de concentrer l'analyse sur les seuls traitements associés, on limite l'évaluation des coûts à la deuxième moitié des traitements, soit les 12 semaines, pendant lesquelles un traitement est associé.

#### COÛTS DES DIFFÉRENTS MODES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS CANCÉREUX DANS LE CAS DE PARCOURS LIMITÉS À 3 MOIS

Traitements associés	HAD	Prestataire à domicile et professionnels libéraux
<b>Parcours 1 bis : 2 jours de chimiothérapie toutes les 2 semaines pendant 3 mois</b>		
Traitement antidouleur	15 094 €	11 227 €
Nutrition parentérale	16 048 €	14 533 €
<b>Deux traitements associés</b>	<b>18 697 €</b>	<b>21 308€</b>
<b>Parcours 2 bis : 5 jours de chimiothérapie toutes les 3 semaines pendant 3 mois</b>		
Traitement antidouleur	14 487 €	10 213 €
Nutrition parentérale	15 298 €	13 224 €
<b>Deux traitements associés</b>	<b>17 549 €</b>	<b>19 246 €</b>

Note : le coût des produits de chimiothérapie est exclu car facturé en sus dans tous les cas.

Le coût de la prise en charge par les prestataires et les professionnels libéraux reste plus faible que celui de la prise en charge par l'HAD, sauf dans les cas des traitements les plus complexes. Dans ce dernier cas, l'hospitalisation à domicile a un coût très semblable. Néanmoins, cela est très dépendant du classement du patient. Si le patient avait un IK de 60%, le coût de l'HAD serait de 17 % plus élevé, soit respectivement 21 900 € et 20545 €, ce qui serait supérieur au prix de la prise en charge

ambulatoire même en ajoutant 500 € par mois de prestation médico sociale (ce qui est la moyenne des plans d'aide pour les personnes âgées dépendantes bénéficiant de l'APA).

Dans ces conditions, il apparaît particulièrement important si l'on souhaite maximiser l'efficacité globale du système de soins de bien déterminer les champs de compétences des différents modes de prise en charge et d'éviter la substitution d'un mode par un autre au seul prétexte d'un présumé en termes de qualité et de statut de la structure. Le développement des prestataires de santé à domicile et des infirmiers libéraux sur un certain nombre de prise en charge pourra apporter de réels gains d'efficacité au système de soins.



## Annexes : Détail des calculs concernant les différents modes de prise en charge

### A. Détermination du coût en HAD

Pour évaluer le coût des traitements, les périodes sont divisés en cycles.

Dans le cas du parcours patient 1, la durée du cycle est de 2 semaines. Dans le cas du parcours patient 2, elle est de 3 semaines

#### *Détermination du coût de prise en charge en HAD pour le cas du parcours patient 1*

#### *Détermination du coût sur 6 mois de prise en charge en HAD pour le cas d'une chimiothérapie de 2 jours toutes les 2 semaines*

#### Evaluation du coût de la prise en charge : de J1 à J2

Les coefficients sont :

- chimiothérapie en MP : 1,77
- aucun acte associé : 1
- l'IK 70-80% : 1,23

Soit un coefficient de 2,18.

Ce coefficient doit être multiplié avec le cout forfaitaire de 86 euros à multiplier par 2 du fait des 2 jours de prise en charge. La prise en charge des 2 premiers jours s'élève donc à 374,5 €

#### Prise en compte des protocoles associés : de J3 à J6

A cours des 3 premiers mois, on fait l'hypothèse qu'il n'y a pas de traitements associés

- coefficient de prise en charge de suivi post-chimiothérapie : 1.3521

- IK 70-80% : 1,23

Soit un coefficient global de 1.66 à multiplier par le montant forfaitaire de 86 € à décompter pour 4 jours : 572€

Prise en compte des protocoles associés : de J7 à J11

- coefficient de prise en charge de suivi post-chimiothérapie : 1.3521
- IK 70-80% : 1,23
- dégressivité : 0.7613

Soit un coefficient global de 1.27 à multiplier par le montant forfaitaire de 86 € à décompter pour 5 jours : 544.4 €

Prise en compte des protocoles associés : de J12 à J14

- coefficient de prise en charge de suivi post-chimiothérapie : 1.3521
- IK 70-80% : 1,23
- dégressivité : 0.6765

Soit un coefficient global de 1.125 à multiplier par le montant forfaitaire de 86 € à décompter pour 3 jours : 290,3 €

Soit un total de 1781,3 € pour 1 cycle de protocole de prise en charge des protocoles associés à la chimiothérapie. D'après les hypothèses initialement posées sur 3 mois 6 cycles sont effectués, ce qui fait un coût global sur 3 mois de 10 687,54 €.

A ces coûts sont à ajouter les coûts de prise en charge de la nutrition parentérale ou de la douleur qui s'effectue sur les 3 derniers mois en plus de la chimiothérapie.

**Nutrition parentérale**

Prise en compte des protocoles associés : de J3 à J6

- coefficient de prise en charge de nutrition parentérale (MP) : 1.9
- coefficient de prise en charge de suivi post-chimiothérapie (MA) : 1.1636
- IK 70-80% : 1,23

Soit un coefficient global de 2.72 à multiplier par le montant forfaitaire de 86 € à décompter pour 4 jours : 935,5 €

Prise en compte des protocoles associés : de J7 à J11

- coefficient de prise en charge de nutrition parentérale (MP) : 1.9

---

Référence :

Version : 1

Date :

- coefficient de prise en charge de suivi post-chimiothérapie (MA) : 1.1636
- IK 70-80% : 1,23
- dégressivité : 0.7613

Soit un coefficient global de 2.07 à multiplier par le montant forfaitaire de 86 € à décompter pour 5 jours : 890.4 €

#### Prise en compte des protocoles associés : de J12 à J14

- coefficient de prise en charge de nutrition parentérale (MP) : 1.9
- coefficient de prise en charge de suivi post-chimiothérapie (MA) : 1.1636
- IK 70-80% : 1,23
- dégressivité : 0.6765

Soit un coefficient de 1.84 à multiplier par le montant forfaitaire de 86 € à décompter pour 3 jours : 474.6 €

Soit un total de 2 858,18 € pour 1 cycle de nutrition parentérale associé à la chimiothérapie. 6 cycles de nutrition sont à prendre en compte pour les 3 derniers mois de prise en charge.

Finalement, la prise en charge sur 6 mois du patient à raison d'une cure de 2 jours toutes les 2 semaines supplémentée de 3 mois de nutrition parentérale s'élève à : 27 836,6 €.

#### Prise en charge de la douleur

Le même schéma de détermination des coûts est appliqué lorsque la nutrition parentérale est remplacée par la prise en charge de la douleur : 12 cures de chimiothérapies et 6 cycles de prise en charge de la douleur (soit sur les 3 derniers mois). Il est à noter que la morphine orale est la pièce maîtresse du traitement de la douleur du cancer. Cependant, quand celle-ci s'avère « inefficace » la morphine en IV se voit alors prendre le relais. Nous nous intéresserons ici à l'administration de morphine par IV, avec un traitement avec des antalgiques de type 2 sur 10 jours et enfin de type 3 sur 3 mois.

#### Prise en compte des protocoles associés : de J3 à J6

- coefficient de prise en charge de la douleur (MP) : 1.7686
- coefficient de prise en charge de suivi post-chimiothérapie (MA) : 1.1636
- IK 70-80% : 1,23

Soit un coefficient global de 2.53 à multiplier par le montant forfaitaire de 86 € à décompter pour 4 jours : 870,8 €

#### Prise en compte des protocoles associés : de J7 à J11

- coefficient de prise en charge de nutrition parentérale (MP) : 1.7686

- coefficient de prise en charge de suivi post-chimiothérapie (MA) : 1.1636
- IK 70-80% : 1,23
- dégressivité : 0.7613

Soit un coefficient global de 1.93 à multiplier par le montant forfaitaire de 86 € à décompter pour 5 jours : 828,6 €

#### Prise en compte des protocoles associés : de J12 à J14

- coefficient de prise en charge de la douleur (MP) : 1.7686
- coefficient de prise en charge de suivi post-chimiothérapie (MA) : 1.1636
- IK 70-80% : 1,23
- dégressivité : 0.6765

Soit un coefficient global de 1.71 à multiplier par le montant forfaitaire de 86 € à décompter pour 3 jours : 441,8 €

Soit un total de 2 515,65 € pour 1 cycle de prise en charge de la douleur associé à la chimiothérapie. 6 cycles de nutrition sont à prendre en compte pour les 3 derniers mois de prise en charge.

Finalement, la prise en charge sur 6 mois du patient à raison d'une cure de 2 jours toutes les 2 semaines supplémentée de 3 mois de prise en charge de la douleur s'élève à **25 781 €**

#### Nutrition parentérale et prise en charge de la douleur

Les mêmes raisonnements sont appliqués pour la détermination des coûts de prise en charge d'un patient avec de la nutrition parentérale sur 3 mois et la prise en charge de la douleur sur 3 mois également, la prise en charge de la douleur étant le mode de prise en charge principal et la nutrition étant le mode de prise en charge associé.

#### *Détermination du coût de prise en charge en HAD pour le cas du parcours patient 2*

##### Evaluation du coût de la prise en charge : de J1 à J4

Les coefficients sont :

- chimiothérapie en MP : 1,77
- aucun acte associé : 1
- IK 70-80% : 1,23

Soit un coefficient global de 2,18.

Ce coefficient doit être multiplié avec le coût forfaitaire de 86 euros à multiplier par 4 du fait des 4 jours de prise en charge. La prise en charge d'une séance de 4 jours de chimiothérapie s'élève donc à 748,9 €

#### Evaluation du coût de la prise en charge : J5

Les coefficients sont:

- chimiothérapie en MP : 1,77
- aucun acte associé : 1
- IK 70-80% : 1,23
- prise en compte de la dégressivité : 0,7616

Soit un coefficient global de 1,66 à multiplier par le coût forfaitaire de 86€ soit 142,5 euros.

#### Prise en compte des protocoles associés : de J6 à J9

Pendant les 3 premiers mois, il n'y a pas de protocole associé, juste le suivi de la chimiothérapie.

Les coefficients sont :

- coefficient de prise en charge de suivi post-chimiothérapie : 1.3521
- IK 70-80% : 1,23

Soit un coefficient global de 1.66 à multiplier par le montant forfaitaire de 86 € à décompter pour 4 jours : 572.1€

#### Prise en compte des protocoles associés : de J10 à J14

Les coefficients sont :

- coefficient de prise en charge de suivi post-chimiothérapie : 1.3521
- IK 70-80% : 1,23
- dégressivité : 0.7613

Soit un coefficient global de 1.27 à multiplier par le montant forfaitaire de 86 € à décompter pour 5 jours : 544.4 €

#### Prise en compte des protocoles associés : de J15 à J21

- coefficient de prise en charge de suivi post-chimiothérapie : 1.3521

---

Référence :

Version : 1

Date :

- IK 70-80% : 1,23
- dégressivité : 0.6765

Soit un coefficient global de 1.13 à multiplier par le montant forfaitaire de 86 € à décompter pour 7 jours : 677.3 €

Soit un total de 2 739,3 € pour 1 cycle de protocole de prise en charge des protocoles associés à la chimiothérapie. D'après les hypothèses initialement posées sur 3 mois, 4 cycles sont effectués. On multiplie donc par 4 les coûts de prise en charge déterminés ci-dessus soit **10 957,2 €**

A ces coûts sont à ajouter les coûts de prise en charge des quatre cycles suivants.

### Nutrition Parentérale

Au début du cycle, la chimiothérapie se calcule comme ci-dessus avec un coefficient pour un acte associé de nutrition parentérale de 1,4899, soit un coût pour 5 jours de 1328,2 €

#### Prise en compte des protocoles associés : de J6 à J9

- coefficient de prise en charge de nutrition parentérale (MP) : 1.9
- coefficient de prise en charge de suivi post-chimiothérapie (MA) : 1.1636
- IK 70-80% : 1,23

Soit un coefficient global de 2.72 à multiplier par le montant forfaitaire de 86 € à décompter pour 4 jours : 935.5 €

#### Prise en compte des protocoles associés : de J10 à J14

- coefficient de prise en charge de nutrition parentérale (MP) : 1.9
- coefficient de prise en charge de suivi post-chimiothérapie (MA) : 1.1636
- IK 70-80% : 1,23
- dégressivité : 0.7613

Soit un coefficient de 2.07 à multiplier par le montant forfaitaire de 86 € à décompter pour 5 jours : 890.2 €

#### Prise en compte des protocoles associés : de J15 à J21

- coefficient de prise en charge de nutrition parentérale (MP) : 1.9
- coefficient de prise en charge de suivi post-chimiothérapie (MA) : 1.1636
- IK 70-80% : 1,23
- dégressivité : 0.6765

Soit un coefficient de 1.84 à multiplier par le montant forfaitaire de 86 € à décompter pour 7 jours : 1 107,7 €

Soit un total de 3 824,57 € pour 1 cycle de nutrition parentérale associé à la chimiothérapie. 4 cycles de nutrition sont à prendre en compte pour les 3 derniers mois de prise en charge : 15 298,3 €

Finalement, la prise en charge sur 6 mois du patient à raison d'une cure de 5 jours toutes les 3 semaines supplémentée de 3 mois de nutrition parentérale s'élève à 28 002

### Prise en charge de la douleur

Le même schéma de détermination des coûts est appliqué lorsque la nutrition parentérale est remplacée par la prise en charge de la douleur : 4 cycles de chimiothérapies et 4 cycles de chimiothérapie avec prise en charge de la douleur (soit sur les 3 derniers mois). Il est à noter que la morphine orale est la pièce maîtresse du traitement de la douleur du cancer. Cependant, quand celle-ci s'avère « inefficace » la morphine en IV se voit alors prendre le relais. Nous nous intéresserons ici à l'administration de morphine par IV.

#### Prise en compte des protocoles associés : de J6 à J9

- du coefficient de prise en charge de la douleur (MP) : 1.7686
- du coefficient de prise en charge de suivi post-chimiothérapie (MA) : 1.1636
- de l'IK 70-80% : 1,23

Soit un coefficient de 2.53 à multiplier par le montant forfaitaire de 86 € à décompter pour 4 jours : 870.8 €

#### Prise en compte des protocoles associés : de J10 à J15

- du coefficient de prise en charge de la douleur (MP) : 1.7686
- du coefficient de prise en charge de suivi post-chimiothérapie (MA) : 1.1636
- de l'IK 70-80% : 1,23
- de la dégressivité : 0.7613

Soit un coefficient de 1.93 à multiplier par le montant forfaitaire de 86 € à décompter pour 5 jours : 829.9 €

#### Prise en compte des protocoles associés : de J16 à J21

- du coefficient de prise en charge de la douleur (MP) : 1.7686
- du coefficient de prise en charge de suivi post-chimiothérapie (MA) : 1.1636
- de l'IK 70-80% : 1,23
- de la dégressivité : 0.6765

Soit un coefficient de 1.71 à multiplier par le montant forfaitaire de 86 € à décompter pour 7 jours :  
1 030.8 €

Soit un total de 3632,7 € pour 1 cycle de prise en charge de la douleur associé à la chimiothérapie. 4 cycles gestion de la douleur sont à prendre en compte pour les 3 derniers mois de prise en charge :  
14 486,9 €

Finalement, la prise en charge sur 6 mois du patient à raison d'une cure de 5 jours toutes les 3 semaines supplémenté de 3 mois de prise en charge de la douleur s'élève à : **25 444 €**

### Nutrition parentérale et prise en charge de la douleur

La combinaison des traitements associés se fait de la même manière, avec une prise en charge de la douleur en motif principal (coefficient de 1,77) et la nutrition parentérale en motif associé (coefficient de 1,4899)

## **B. Détermination du coût de la prise en charge par les professionnels libéraux et les PSAD**

### Location de matériel pour la chimiothérapie:

Les coûts de locations sont les suivants

	Tarif	Coût journalier
location journalière de la pompe (ambulatoire)	9,2 €	9,2 €
Accessoires liés à la pompe	36 €	36 €
2 kits de branchement/débranchement par jour	8,1 €	16,2 €
Forfait de mise à disposition du système actif	83 €	Suivant utilisation

La location de matériel pour la prise en charge de la chimiothérapie s'élève à 2 720 € pour 6 mois.

### Location de matériel pour la nutrition parentérale :

A lieu entre chaque cure de chimiothérapie.

	Tarif	Coût journalier
location journalière de la pompe	4,6	4,6

Référence :

Version : 1

Date :



achat accessoires quotidiens liés à la pompe (Tubulure + seringue ...)	11	11
2 kits de branchement/débranchement par jour	8,1	16,2
Location hebdomadaire du pied à sérum	1,22	0,2
Forfait de mise à disposition du système actif	83	2,8

A cela s'ajoute le coût des poches de nutrition parentérale qui s'élève à 50€ par poche.

#### **Location de matériel pour la douleur :**

A lieu entre chaque cure de chimiothérapie. Les coûts sont semblables à ceux de la chimiothérapie.

A cela s'ajoute le coût des produits : dans le cadre de notre étude nous avons pris une dose moyenne quotidienne de 80mg de morphine IV)

#### **Initiation de la chimiothérapie**

L'initiation de la chimiothérapie a lieu à l'hôpital. Une séance est facturée. A cela s'ajoute le coût du transport, soit au global un coût de 433,2€ par initiation.

#### **Coûts infirmiers:**

La tarification des coûts des IDE est contractuelle : il existe des tarifs conventionnels ainsi qu'une nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour la facturation des soins dispensés.

La NGAP définit les lettres-clés propres à chaque profession. Elles sont la base du codage des actes.

Pour les infirmiers, ces lettres-clés sont actuellement au nombre de 3 :

- AMI (Acte Médico-Infirmier) : coefficient de 3,15 (majoré pour les DOM-TOM)
- AIS (Acte de Soins Infirmiers) : coefficient de 2,65 (majoré pour les DOM-TOM)
- DI (Démarche de Soins Infirmiers) : coefficient de 10 (majoré pour les DOM-TOM)

Ces lettres-clé servent donc à donner un code à chaque acte, afin de respecter le secret professionnel des praticiens. Ainsi, lors des facturations, l'acte lui-même n'est pas cité, seule sa cotation l'est.

Il est important de noter que :

- les perfusions sur cathéter central ou chambre implantable relèvent de soins spécialisés c'est-à-dire qu'elles demandent une actualisation des compétences (pour la chimiothérapie), un protocole thérapeutique particulier (nature et quantités du produit à injecter, durée de traitement, nombre de séance envisagées, gestes éventuels associés, les modalités de mise en

œuvre du traitement ...) ainsi que l'élaboration et la tenue d'un dossier de soins et la transmission des informations au médecin traitant

- la cotation des perfusions concerne :
  - préparation, remplissage, programmation du matériel : AMI3
  - pose ou changement d'un dispositif intraveineux : AMI3
  - changement de flacon ou branchement sur dispositif en place : AMI2

### **Coûts infirmiers de prise en charge de la chimiothérapie :**

Dans le cas du parcours 1 :

- J1 : AMI 4 (forfait de surveillance et de coordination) + frais de déplacement
- J2 : AMI 5 (arrêt et retrait du dispositif)

Dans le cas du parcours 2 :

- J1 : AMI 4 (forfait de surveillance et de coordination) + frais de déplacement
- J2 : AMI 4 (forfait de surveillance et de coordination) + frais de déplacement
- J3 : AMI 4 (forfait de surveillance et de coordination) + frais de déplacement
- J4 : AMI 4 (forfait de surveillance et de coordination) + frais de déplacement
- J5 : AMI 5 (arrêt et retrait du dispositif) + frais de déplacement

Les frais de déplacement ont été évalués à 4,05 € par séance (soit un forfait de 2,3 € et 5 IK de plaine).

A cela se rajoute des frais de surveillance postérieurement aux cures

### **Coûts infirmiers de prise en charge de la nutrition parentérale :**

- Un forfait journalier de prise en charge de AMI 15 et deux déplacements, soit 55,45 € par jour.

### **Coûts visites médicale du médecin traitant**

Pour notre étude on suppose qu'une visite de médecin s'effectue chaque semaine, ce qui est relativement fréquent.

Le prix de la consultation est de 23 € auxquels une majoration de 10 € s'applique, soit un coût hebdomadaire de 33 €.

### **Coûts des consultations médicales à l'hôpital**

---

Référence :

Version : 1

Date :

Pour notre étude, on suppose une consultation médicale à l'hôpital par cycle de chimiothérapie, en plus de l'initiation de traitement, soit un coût de 92€ par cycle.

**Coûts des analyses médicales**

Le coût des analyses médicales est estimé forfaitairement à 78,8 € par mois.