

Place et coûts de l’Hospitalisation A Domicile (HAD) dans l’administration des immunothérapies chez les patients traités pour un cancer en France entre 2021 et 2022

P546454

Anne-Claire Toffart¹, Gaëtan Casanova², Morgane Pierre³, Hervé Lemasson³, Véronique Moreau-Mallet⁴, Nicolas Pagès⁵, Ronan Jolivel⁵, Arnaud Panes⁵, Mélanie Chartier⁶, Maurice Pérol⁷

¹ CHU Grenoble Alpes, 38043 Grenoble Cedex 9, France

² APHP, 75610 Paris Cedex 12, France

³ Bristol Myers Squibb (BMS), département santé publique, 92500 Rueil-Malmaison, France

⁴ Bristol Myers Squibb (BMS), département médical, 92500 Rueil-Malmaison, France

⁵ Heva, département pharmaco-épidémiologie, 69465 Lyon Cedex 06, France

⁶ Bristol Myers Squibb (BMS), département Health Economics and Outcomes Research, 92500 Rueil-Malmaison, France

⁷ Centre de Lutte Contre le Cancer de Léon Bérard 69008 Lyon, France

Introduction

Les immunothérapies ont obtenu une autorisation de mise sur le marché dans les tumeurs solides depuis la fin de l’année 2011 dans de multiples indications et avec une posologie variant selon l’indication.

Elles peuvent être administrées lors d’Hospitalisations De Jour (HDJ) à l’hôpital ou à domicile (HAD). L’HAD offre aux patients la possibilité de recevoir leur traitement dans le confort de leur foyer, réduisant ainsi les contraintes, le stress liés aux transports et leurs coûts associés pour l’assurance maladie.

Le développement de l’HAD est une priorité du gouvernement français énoncée dans sa stratégie « ma santé 2022 » et son objectif de développement du virage ambulatoire. Il a également fait l’objet de recommandations spécifiques sur le rôle de l’HAD dans l’administration de la chimiothérapie anticancéreuse.

L’objectif principal de cette étude était de décrire la place et le coût de l’HAD dans l’administration d’immunothérapie chez les patients traités pour un cancer en France entre 2021 et 2022.

Méthode

Cette étude de cohorte rétrospective observationnelle a été réalisée en France à partir des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d’Information (PMSI) relatives aux activités de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) et de l’HAD.

Tous les patients adultes ayant reçu au moins une administration d’immunothérapie (nivolumab seul ou en bithérapie, ipilimumab, pembrolizumab, atezolizumab et durvalumab) entre le 1er janvier 2021 et le 31 décembre 2022 en MCO ou en HAD, ont été inclus.

Deux cohortes de patients ont été suivies, celle des patients qui ont reçu toutes leurs administrations en HDJ ou hospitalisation complète (« patients MCO ») et celle des patients qui ont reçu au moins une administration en HAD. Un chaînage rétrospectif de l’ensemble des séjours pour administration d’immunothérapie jusqu’en 2016 (« patients HAD ») a été aussi réalisé.

Des analyses descriptives ont permis de décrire par cohorte le nombre de patients ayant bénéficié d’une administration d’immunothérapie et leurs caractéristiques ainsi que de caractériser les centres HAD impliqués et le parcours de soins des « patients HAD ». Le coût d’une administration en HAD a également été calculé selon la perspective assurance maladie. Enfin, ces résultats ont été mis en perspective d’une analyse plus large de l’offre de soins d’HAD en France en 2022 en identifiant les centres avec une activité de chimiothérapie (codification dans le PMSI de séjours avec pour mode de prise en charge principal « chimiothérapie anticancéreuse » (MPP05)).

Résultats

Entre 2021 et 2022, 106 689 patients ont reçu au moins une administration d’immunothérapie. Parmi eux, 652 (0,6%) ont reçu au moins une administration en HAD.

Les deux indications principales étaient le cancer du poumon (53%) et le mélanome (10%) (figure 1).

Le nombre de patients traités par immunothérapie en France a évolué de 16% entre 2021 et 2022. Les indications avec les plus fortes progressions sont le cancer du sein et de l’œsophage (+91% et +71% respectivement).

Sur cette même période, le nombre de patients pris en charge en HAD a diminué de 9% avec notamment une baisse de 17% dans le cancer du poumon et de 10% dans le cancer rénal.

→ Entre 2021 et 2022, le nombre de patients traités par immunothérapie augmente alors que celui des patients pris en charge en HAD baisse.

Tableau 1 : Caractéristiques des patients par cohorte

	Patients HAD (N=652)	Patients MCO (N=106 037)
Âge moyen (+/- STD)	65 ans (+/-13)	66 ans (+/-12)
Nombre de femmes (%)	239 (37%)	36 380 (34%)

STD: Standard Deviation

L’âge moyen des patients entre les cohortes était similaire au total (Tableau 1) et dans la majorité des indications sauf dans le mélanome multiple et le cancer urothélial où les patients HAD étaient relativement plus jeunes que les patients MCO (58 et 64 ans vs 67 et 71 ans respectivement).

Dans toutes les indications et quelle que soit la cohorte, la proportion de femmes était toujours inférieure à celle d’hommes (Tableau 1) .

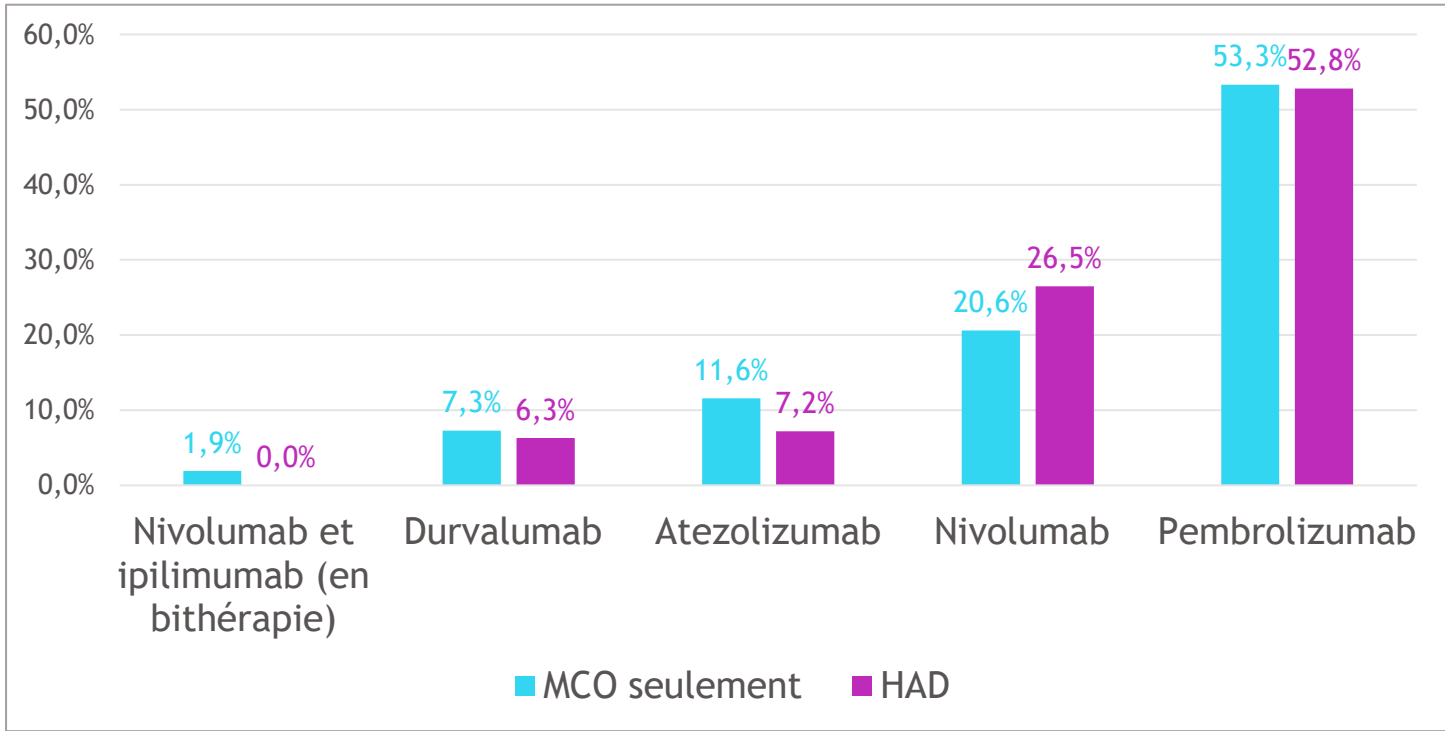


Figure 2 : Répartition des molécules administrées (% patients)

Coûts des administrations d’immunothérapie en HAD

Tableau 2 : Coût moyen d’une sous séquence MPP05 d’administration d’immunothérapie par région

	Nb de patients	Nb de sous séquences	Coût moyen (€)	STD
Auvergne-Rhône-Alpes	153	1 051	372	1 226
Nouvelle-Aquitaine	107	995	326	684
Occitanie	37	126	298	209
Ile-de-France	133	977	296	170
Hauts-de-France	28	156	264	21
Autres régions	N<11	-	-	-
Total	478	3 430	331	785

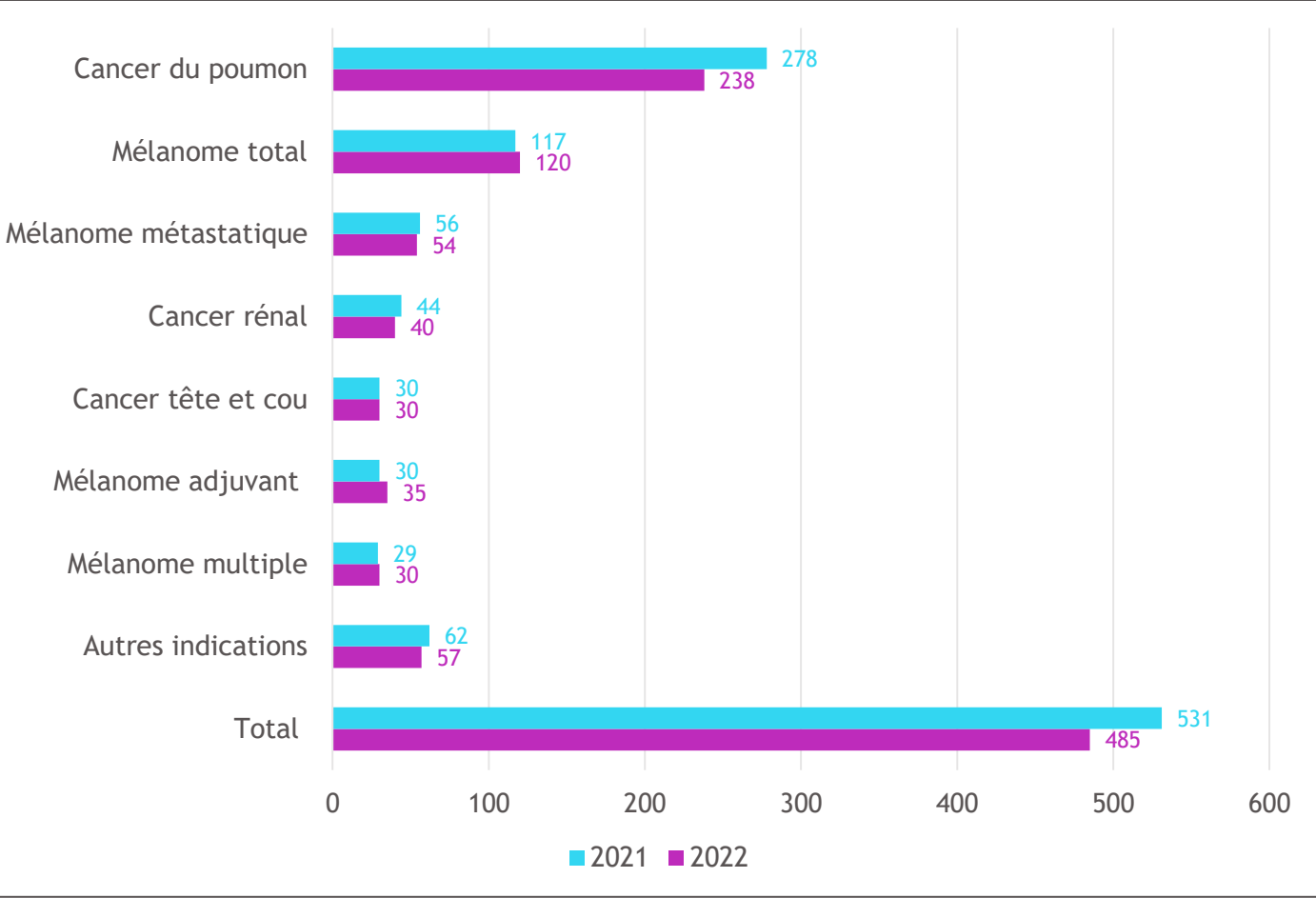


Figure 1 : Nombre de patients traités en HAD en France par indication et par année

NB : Les indications avec des effectifs <11 ne sont pas représentées et un patient peut être pris en charge en HAD en 2021 et en 2022 (le total des deux années ne fait donc pas 652).

Pembrolizumab était la molécule la plus administrée, avec une proportion d’administration égale entre MCO et HAD (Figure 2).

Nivolumab était proportionnellement plus administré en HAD qu’en MCO.

A noter qu’aucune bi-thérapie de checkpoint inhibiteur n’a été administrée sur cette période en HAD (Figure 2).

La répartition des molécules par indication était similaire entre HAD et MCO, excepté dans le mélanome avec une proportion plus importante de patients traités par nivolumab.

Le coût moyen d’une sous-séquence MPP05 lié à une administration d’immunothérapie était de 331€.

Il variait entre régions avec un coût moyen de 264€ dans les Hauts-de-France à 372€ en Auvergne-Rhône-Alpes (Tableau 2) .

La part des sous séquences avec une durée d’une journée est de 80%.

→ Le coût moyen des administrations d’immunothérapie en HAD est hétérogène entre les régions

Prise en charge en HAD

La durée moyenne entre la première administration d’immunothérapie en MCO et la première administration en HAD était de 10 mois (302 jours). Elle variait fortement en fonction des régions et des indications. Dans le cancer du poumon, les patients en Occitanie étaient en moyenne traités 2 ans en MCO avant de passer en HAD contre 1 an en Ile-de-France et 7 mois en Auvergne-Rhône-Alpes.

La durée moyenne entre la première et dernière administration d’immunothérapie en HAD était en moyenne de 8 mois avec une variabilité entre indications. Dans le cancer du poumon, les patients étaient traités entre 8 et 9 mois en HAD contre 6 mois dans le mélanome adjuvant et 1 an dans le mélanome métastatique.

L’indice moyen de Karnofsky était très différent entre régions pour une même indication. Dans le cancer du poumon, il variait de 55 en Occitanie à 74 en Auvergne-Rhône-Alpes suggérant une sévérité de la maladie différente des patients traités en HAD dans ces deux régions.

Les durées moyennes de séjours ne semblaient en revanche pas corrélées avec l’indice de Karnofsky des patients.

→ Les durées pré et post première administration d’immunothérapie en HAD apparaissent différentes entre les régions et selon les indications (Figure 3).

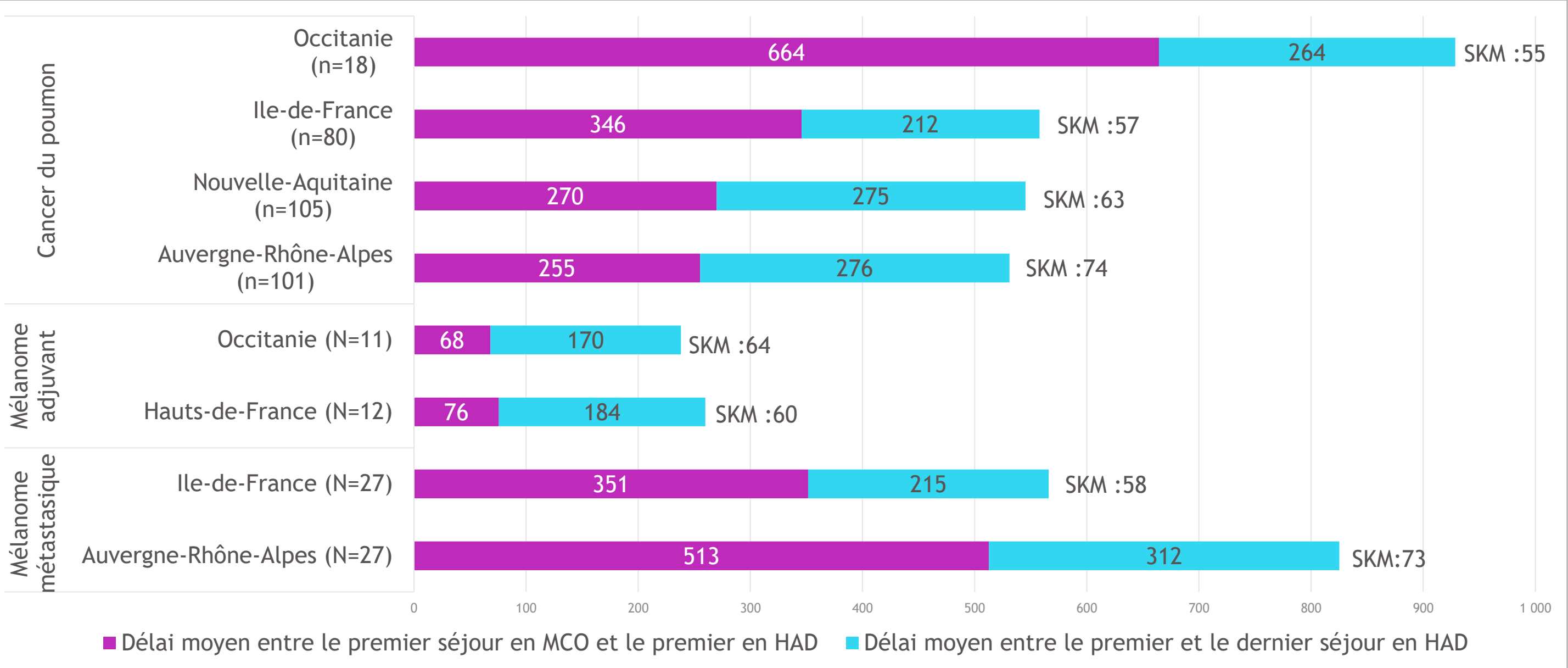


Figure 3 : Durée moyenne (en jours) pré et post première administration d’immunothérapie en HAD par région et par indication sur la période d’étude.

SKM : Score de Karnofsky moyen
NB : Les régions avec des effectifs <11 ne sont pas représentées

Offre de soins en HAD en France

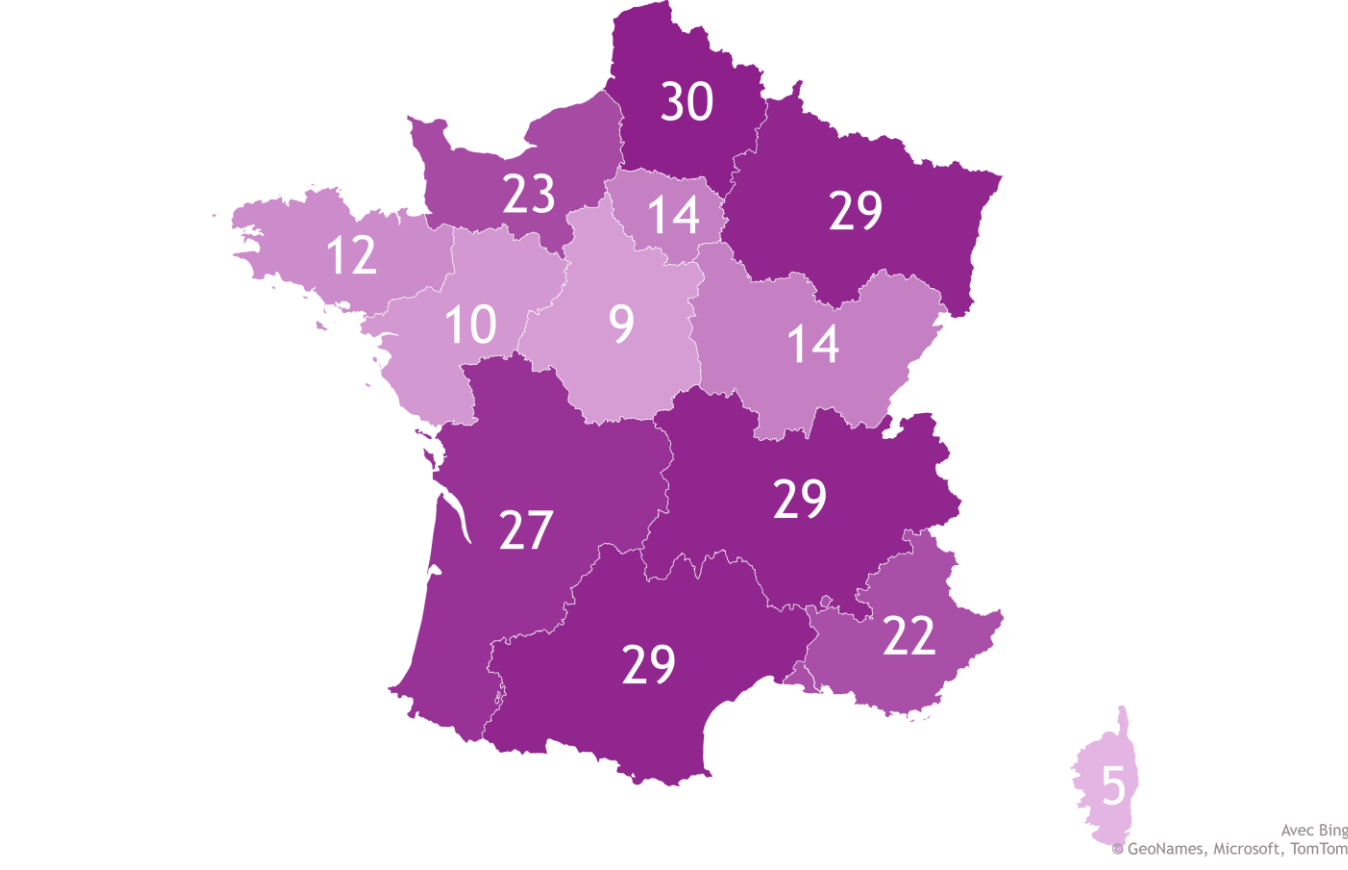


Figure 4 : Nombre de centres HAD par région en France en 2022

142 centres HAD étaient des établissements privés et 136 publics dont respectivement 73% et 74% avec une activité de chimiothérapie.

Tous les centres d’HAD identifiés en 2022 pour l’administration d’ICI étaient des établissements publics.

L’administration d’immunothérapie représentait pour 83% de ces HAD moins de 20% de leur activité de séances de chimiothérapie, pour 13% entre 20 et 39%, et pour 4% entre 40 et 59%.

Tableau 3 : Volume d’activité des centres en fonction de leur type d’activité

	Centres HAD avec activité de chimiothérapie uniquement		Centres HAD avec une activité de chimiothérapie et d’immunothérapie						Tous les centres HAD	
Proportion de séjours avec une administration d’immunothérapie / nombre de séjours MPP05	0%		<20%		20%-39%		40%-59%		Total	
Libellé des séjours	MPP 05	Total MPP	MPP 05	Total MPP	MPP 05	Total MPP	MPP 05	Total MPP	MPP 05	Total MPP
Nb de patients	2 197	97 255	5 691	32 830	168	877	47	454	8 103	131 416
Nb moyen de patients (STD)/ type de centre	12 (±20)	540 (±459)	285 (±613)	1 642 (±3 129)	56 (±27)	292 (±127)	47 (±0)	454 (±0)	40 (±209)	644 (±1 120)

STD: Standard Deviation
MPP05: chimiothérapie anticancéreuse

Le volume d’activité était très disparate entre les différents types de centre. Ceux qui administraient uniquement des chimiothérapies prenaient en charge en moyenne 540 patients/centre/an contre 1 642 patients/centre/an pour ceux administrant au maximum 20% d’immunothérapies (Tableau 3) .

Majoritairement, les centres HAD administrant des immunothérapies sont des centres avec une activité importante, tous MPP confondus, et une file active de patients traités par chimiothérapie anticancéreuse importante.

Conclusion

L’HAD a une place limitée dans la prise en charge des patients traités par immunothérapie pour un cancer, avec une diminution du nombre d’administrations entre 2021 et 2022. Des opportunités de développement de cette activité existent au sein des services d’HAD qui ont une activité de chimiothérapie mais qui ne réalisent peu ou pas d’administrations d’immunothérapie. L’évolution des modalités de financement de l’activité HAD pourrait être un des facteurs favorable à l’élargissement de la prise en charge de patients éligibles.

References

- Ma santé 2022, site internet, <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/>
- https://www.ftcancer.fr/wpcontent/uploads/2020/12/FTC_Recommandations_immunotherapies_a_domicile.pdf

Remerciements

- This study was funded by Bristol Myers Squibb. SB, FC, AP and AE are employed by Bristol Myers Squibb. MS and RS are employed by Putnam who has received funding from Bristol Myers Squibb for the conduct of this study. CT and GdP were compensated by Bristol Myers Squibb for their contribution to this study; CT received additional funding from laboratories producing CAR T-cells.
- All authors contributed to and approved this poster.