

UN PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRÈS TRAITEMENT D'UN CANCER



12 mois



Bilan activité
physique adaptée



Bilan / suivi
nutritionnel



Bilan / suivi
psychologique



*Livret
prescripteur*

Sommaire

LE PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRÈS TRAITEMENT D'UN CANCER EN BREF	3
LE PARCOURS DU PATIENT	4
LE DISPOSITIF	5
LES CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	6
LES DIFFÉRENTS RÔLES	7
LE REPÉRAGE DES BESOINS	9
LE PARTAGE DES DONNÉES	12
LE MODÈLE DE PRESCRIPTION	13

LE PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRÈS TRAITEMENT D'UN CANCER EN BREF

Suite à la parution du décret n° 2020-1665 du 22 décembre 2020 et de l'arrêté du 24 décembre 2020, l'ARS Occitanie soutient la mise en œuvre d'un parcours de soins de support après traitement d'un cancer.

Il s'agit d'un dispositif inédit d'accompagnement pour les patients (enfants et adultes) bénéficiant du dispositif d'affection de longue durée (ALD) en lien avec le cancer qui s'inscrit dans la stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030. L'enjeu de ce parcours est d'améliorer la qualité de vie des patients ayant eu un cancer, de réduire les risques de séquelles et de prévenir les rechutes.

En fonction des besoins de la personne, ce parcours est individualisé et modulable. Il peut comprendre un bilan d'activité physique, qui donne lieu à l'élaboration d'un projet d'activité physique adaptée (APA), un bilan diététique, un bilan psychologique ainsi que des consultations de suivi diététiques et psychologiques.

Ce parcours est indiqué pour les patients en fin de traitement actif du cancer. Il s'adresse donc aux patients en rémission ou guéris, dans l'année qui suit la fin des traitements actifs, hors traitements de maintenance ou adjuvants (type hormonothérapie par exemple). Pour les patients en cours de traitement actif, ces soins de support sont d'ores et déjà accessibles au sein des établissements autorisés à la prise en charge du cancer.

Les textes précisent que ce parcours sera soumis à prescription (par un oncologue, un pédiatre, ou le médecin traitant du patient) dans la limite d'un forfait de 180 euros par an et par patient, sans reste à charge ni avance de frais.

Ces soins de supports post-traitements actifs sont coordonnés sur le territoire par des structures sélectionnées par l'ARS Occitanie regroupant un ensemble de professionnels au plus proche du domicile des patients.

LE PARCOURS DU PATIENT



→ Fin du traitement actif



→ Information sur le parcours de soins global après traitement d'un cancer par le prescripteur et la structure coordinatrice



→ Prescription médicale par le médecin traitant, l'oncologue du patient ou le pédiatre. Suite au repérage des besoins du patient, le professionnel de santé complète le formulaire de prescription mis à disposition ou rédige une prescription en renseignant les éléments essentiels



→ Prescription transmise à la structure coordinatrice selon les besoins du patient (nombre de bilan(s) et répartition des consultations entre suivi diététique et psychologique)

- 1 bilan + 6 consultations
- 2 bilans + 4 consultations
- 3 bilans + 2 consultations
- Variantes intermédiaires possibles : 1 bilan et 4 consultations



→ Orientation vers la structure coordinatrice

- Le prescripteur communique les coordonnées de la structure au patient



→ Mise en relation avec les professionnels conventionnés/salariés de la structure coordinatrice (diététicien, psychologue, professionnels habilités en APA)



→ Réalisation des bilans

- Les professionnels envoient les bilans au prescripteur et au Médecin traitant (MT).
- La structure coordinatrice informe le prescripteur de la mise à disposition des bilans adressés par MSS ou présents sur la plateforme ainsi que les résultats de la grille de repérage



→ Ajustement éventuel des consultations prescrites au regard des bilans



→ Réalisation des consultations

- Les professionnels envoient les comptes rendus (CR) de consultation au prescripteur et au MT. Possibilité de retrouver ces CR sur la plateforme utilisée par la structure coordinatrice.



→ Fin du forfait

- Information au prescripteur et au MT
- Remontée des données à l'ARS et à l'INCa

LE DISPOSITIF



Prescripteur

Cancérologue du patient, pédiatre, médecin traitant



Bilans et consultations

Parcours individualisé, selon les besoins :

- Bilan fonctionnel et motivationnel d'activité physique
- Bilan diététique
- Bilan psychologique
- Des consultations de suivi diététiques et/ou psychologique

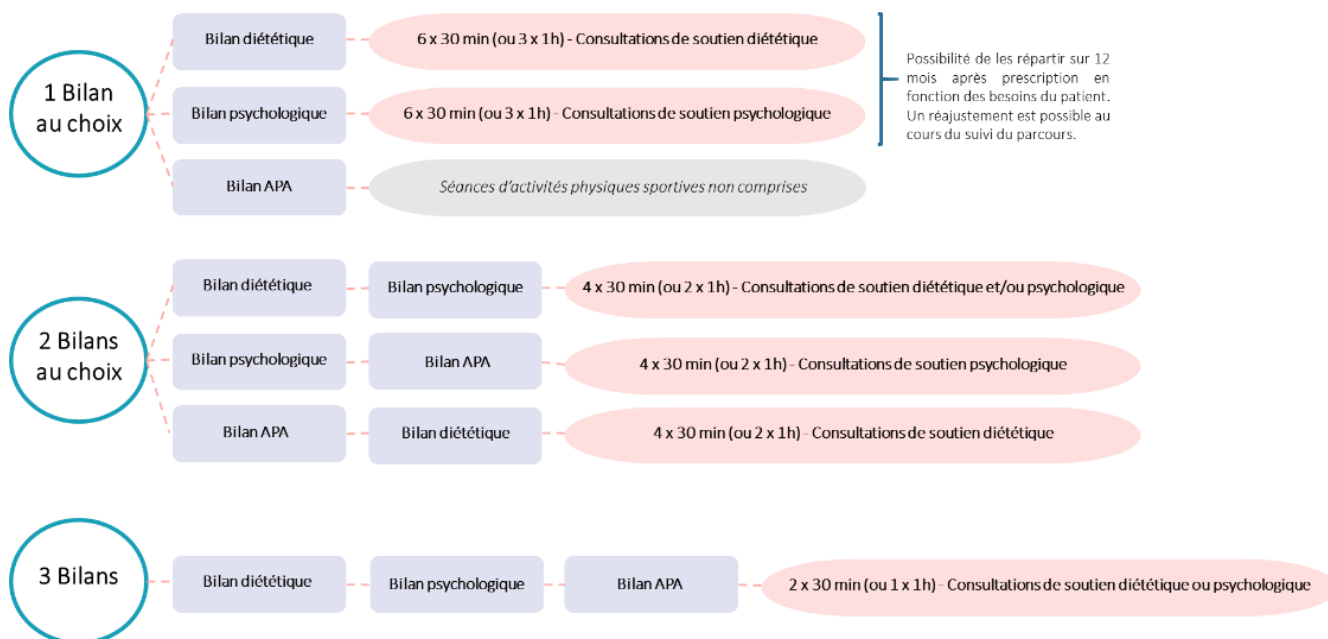
NB : les séances d'APA ne sont pas financées dans le cadre de ce parcours.



Montant du panier : 180€

Par patient et par an, sans avance de frais et reste à charge pour le patient

- Tarif maximal de 45 € pour un bilan d'une heure
- Tarif maximal de 22,50 € pour une consultation de suivi diététique ou psychologique d'une demi-heure (possibilité de combiner 2 séances à la suite -> consultation de 1h)



LES CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Selon les textes (article L. 1415-8 et article R. 1415-1-11 du CSP), le parcours de soins global après le traitement d'un cancer est mis en œuvre pour les patients bénéficiant du dispositif d'affection de longue durée (ALD) en lien avec le cancer et ce, à partir de la fin du traitement actif du cancer et au plus tard un an après cette échéance.



Tous les patients sous traitements adjuvants (thérapies ciblées, thérapies orales et hormonothérapies, etc.) peuvent être inclus dans ce dispositif.

Dans le cas où l'Herceptin est administré en tant que traitement adjuvant (dès la fin des traitements initiaux), les patientes peuvent être incluses dans le dispositif.

Conformément aux orientations nationales, une personne en soins palliatifs ne peut intégrer ce parcours du seul fait qu'elle bénéficie de ces soins.

LES DIFFÉRENTS RÔLES

Le prescripteur



- Informe le patient sur le parcours de soins global après traitement d'un cancer



- Repère les besoins du patient en s'appuyant sur la grille de repérage proposée par l'INCa, et ce pour les volets Nutrition, Activité physique, Fatigue et Psychologie inclus dans le présent parcours.



- Prescrit le bilan et les consultations en fonction des besoins identifiés. Pour cela il peut compléter le formulaire mis à disposition ou par ordonnance en y intégrant les éléments essentiels à l'inclusion du patient à savoir : organe primitivement atteint par le cancer, dernier traitement connu, date de fin de traitement.



- Oriente le patient vers une structure coordinatrice du dispositif en fonction du lieu de vie du patient. Une cartographie est mise à disposition afin d'identifier la couverture territoriale proposée par chacune des structures.



- Donne les coordonnées de la structure coordinatrice au patient et invite le patient à prendre contact avec cette structure pour l'organisation du parcours post traitement.



- Remet la prescription papier au patient et la transmet éventuellement par MSS à la structure coordinatrice sélectionnée.



- Réceptionne par MSS les comptes rendus des bilans prescrits – possibilité de les obtenir également via l'outil SI utilisé par les structures



- Analyse les bilans et ajuste si besoin la 1^{ière} prescription – nouveau bilan et répartition des consultations en fonction des besoins du patient.



- Transmet la prescription nouvelle/réajustée à la structure coordinatrice par MSS si besoin ainsi qu'au patient (il n'est pas nécessaire de prévoir une consultation dédiée)












- Réceptionne par MSS les comptes rendus des consultations prescrites – possibilité de les obtenir également via l'outil SI utilisé par les structures



- Est informé par MSS de la fin du parcours global après traitement

La structure coordinatrice

-  • Informe le patient sur le parcours et sur le recueil des données – complétude de questionnaires qui serviront à l'évaluation de ce parcours/expérimentation
-  • Crée le profil du patient et y intègre la prescription médicale
-  • Repère les professionnels les plus proches du domicile du patient
-  • Communique les coordonnées des professionnels ayant conventionné au patient
-  • Informe le patient sur la plateforme de coordination mise en place
-  • Adresse le questionnaire de repérage des besoins au patient
-  • Organise les bilans - prise de rendez-vous par le patient ou par la structure si délégation de tâche
-  • Coordonne le parcours du patient en le soutenant et le motivant à suivre le parcours post-traitement
-  • Informe le prescripteur et le MT de la mise à disposition des bilans et résultats de la grille de repérage par MSS – possibilité de les obtenir également via l'outil SI utilisé par les structures
-  • Vérifie si la prescription a été ajustée par le prescripteur au regard des éléments des bilans
-  • Organise les séances de soutien diététique et/ou psychologique - prise de rendez-vous par le patient ou par la structure si délégation de tâche
-  • Oriente le patient vers des structures proposant des activités physiques adaptées
-  • Assure le suivi du parcours global après traitement – facilitateur et soutien motivationnel
-  • Informe le médecin traitant, l'oncologue et le pédiatre de la fin du parcours et partage les CR de prise en charge par MSS et via la plateforme utilisée par la structure.
-  • Fournit les données anonymisées à l'ARS en vue d'un retour à l'INCa.

LE REPÉRAGE DES BESOINS

La réévaluation des besoins doit en outre être effectuée tout au long du parcours du patient, que ce soit pendant ou après la phase active des traitements. Elle est ainsi indispensable à l'occasion des différentes séquences de soins (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie), à la fin du traitement actif et également à distance de ce traitement (phase de l'après cancer).



Le Référentiel organisationnel national Soins oncologiques de support des patients adultes atteints de cancer (cf. lien ci-dessous) propose des grilles de repérage et d'évaluation des besoins en soins de support destinés aux patients et aux professionnels de santé.

L'utilisation de ces grilles permet de repérer, d'anticiper et d'identifier les points de vigilance pour éviter une perte de chance aux patients.

Ce référentiel intègre un guide méthodologique mis à la disposition des professionnels de santé réalisant le repérage et l'évaluation des besoins en soins de support. Il permet d'explicitier les divers items des grilles et les points de vigilance sur lesquels le professionnel doit porter son attention.

https://www.ecancer.fr/content/download/333178/4755860/file/RefOrg_PatientsCancers_WEB.pdf

<https://www.ecancer.fr/content/download/333232/4756652/file/Questionnaire%20pro%20de%20sant%C3%A9%20niveaux%201%20et%202%20-%20apr%C3%A8s%20cancer.pdf>

Vous trouverez ci-dessous les items correspondant aux repérages des besoins relatifs au parcours de soins global après traitement d'un cancer.

Ces grilles sont mises à disposition sur le site internet de l'ARS en tant que support d'aide à la prescription.



Psychologie

Êtes-vous triste ?

- Souvent Parfois Rarement Jamais

Vous sentez-vous angoissé(e) ou anxieux(se) ?

- Souvent Parfois Rarement Jamais

Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ou anxieux(se) au cours de votre vie ?

- Oui Non

Si oui, avez-vous eu ou avez-vous un suivi par un professionnel pour vos difficultés psychiques ?

- Oui Non

Prenez-vous un traitement (anxiolytique ou antidépresseur) en ce moment ?

- Oui Non

Vous arrivez à la fin de vos traitements actifs, est-ce que vous vous sentez fragilisé(e) sur le plan psychologique ?

- Oui Non Non concerné(e)

La maladie ou ses traitements ont-ils eu un impact sur :

- Votre confiance en soi
 Votre image corporelle
 Votre mémoire/concentration
 Autre, lequel ?
 Non concerné(e)

Avez-vous besoin d'un soutien psychologique ?

- Oui Non

Question de repérage de 2^e niveau

Réaliser une évaluation en utilisant l'échelle de l'HADs « Hospital Anxiety and Depression scale » (*Annexe 4a*). Le score obtenu permettra d'orienter le patient vers le médecin, des pratiques psychocorporelles, ou le psychiatre et le psychologue.

Tout score ≥ 8 à l'échelle HADs nécessite d'orienter vers une consultation médicale (médecin traitant ou psychiatre) ou vers un psychologue.

Questions de repérage de 2^e niveau

Séquelles cognitives : questionnaire FACT-Cog (*Annexe 4b*)

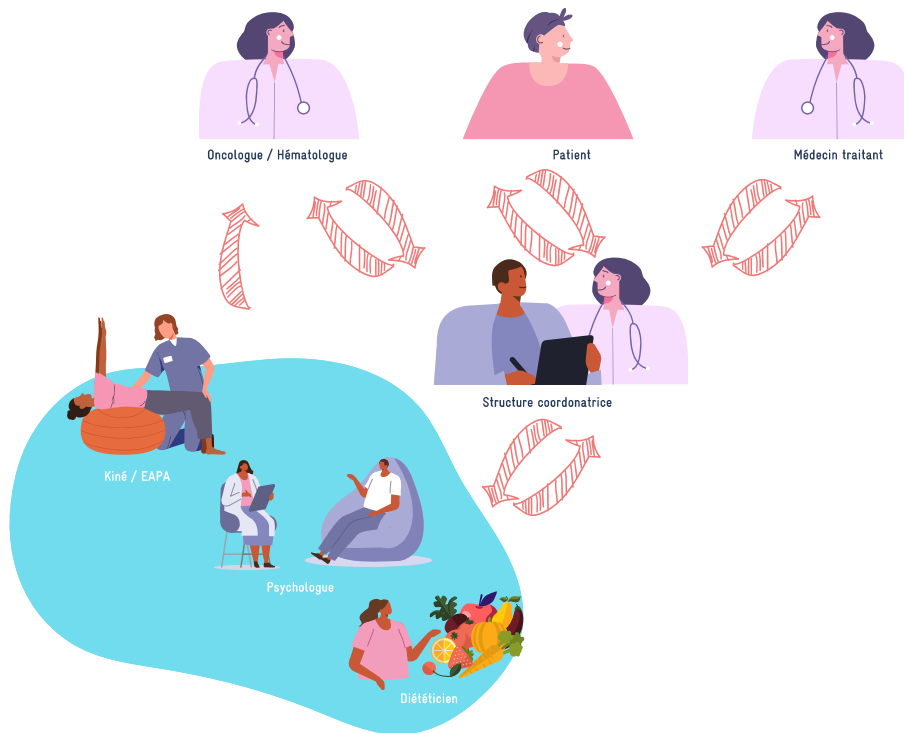
LE PARTAGE DES DONNÉES

Chaque structure de coordination a le choix de sa solution SI pour partager les informations et les données entre les différents acteurs du parcours global de soins après traitement d'un cancer.

Vous pouvez transmettre à la structure coordinatrice la prescription par MSS ou directement en vous connectant à la plateforme utilisée par la structure. Il est également possible de donner la prescription au patient.

Les comptes rendus des bilans et des consultations vous seront adressés par MSS ou pourront être directement accessibles sur les outils SI des structures coordinatrices qui vous communiqueront un lien avec vos identifiants.

Certaines plateformes SI vous permettront également de suivre le parcours coordonné du patient.



Parmi les outils SI utilisés en région Occitanie, on peut citer (liste non exhaustive) :

SPICO
Système de Partage d'Informations
et de Coordination en Occitanie



LE MODÈLE DE PRESCRIPTION

Prescription parcours de soins global après traitement d'un cancer

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :

Prénom :

Profil :

Adresse d'exercice :

RPPS :

Etablissement de rattachement :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de naissance :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Organe primitivement atteint par le cancer :

Dernier traitement connu :

Date de fin de traitement :

Date de prescription du parcours après cancer :

ORIENTATION

Bilan diététique et/ou consultations de suivi (nombre de séances : ___)


Bilan psychologique et/ou consultations de suivi (nombre de séances : ___)

Bilan d'activité physique adaptée

Nom de la structure coordinatrice sélectionnée :

Coordonnées de la structure :

Signature du prescripteur



- 1 bilan + 6 consultations
- 2 bilans + 4 consultations
- 3 bilans + 2 consultations
Variantes intermédiaires :
1 bilan et 4 consultations



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

