

## 1. CONTEXTE REGLEMENTAIRE

### STRATEGIE DECENNALE ET FEUILLE DE ROUTE CANCER

- Décret no 2021-119 du 4 février 2021 portant définition de la stratégie décennale de lutte contre le cancer, prévue à l'article L. 1415-21o A du code de la santé publique
- Instruction du 16 juillet 2021 relative à l'élaboration des feuilles de route régionales de la stratégie décennale de lutte contre le cancer.

### AUTORISATIONS TRAITEMENTS DU CANCER

- Décret no 2022-689 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de traitement du cancer
- Décret no 2022-693 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de traitement du cancer
- Arrêté du 26 avril 2022 portant modification de l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer
- INSTRUCTION relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité de traitement du cancer
- Cahier des charges national des TMSC

### SOINS DE SUPPORT

- Instruction du 27 janvier 2021 relative à la mise en œuvre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer
- Décret no 2020-1665 du 22 décembre 2020 relatif au parcours de soins global après le traitement d'un cancer
- Arrêté du 24 décembre 2020 relatif au parcours de soins global après le traitement d'un cancer
- Instruction du 23 février 2017 relative à l'amélioration de l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer

A l'heure où au moins 40 % des cancers sont encore évitables, où 2 personnes sur 3 souffrent de séquelles liées à la maladie ou au traitement, et où des personnes sont terrassées par le cancer après quelques mois de lutte désespérée, **une mobilisation plus forte et plus ambitieuse s'impose à nous pour inverser ces tendances**. L'enjeu est de créer, ensemble, un élan pour refuser la fatalité.

La qualité de la prise en charge en cancérologie passe par l'accompagnement global qui est proposé au patient tout au long de son parcours, et implique donc la proposition de mesures de prévention, de systématiser l'accompagnement des personnes et **l'accès à l'ensemble des soins de support**. Cet accompagnement implique de généraliser le dispositif d'annonce au-delà de l'annonce initiale en l'élargissant à toutes les autres annonces au cours de la maladie (extension, récurrence, survenue d'un handicap, passage en soins palliatifs, etc.) et qu'un temps soignant soit proposé à tous les patients avec **repérage précoce des besoins en soins de support** (notamment de la souffrance psychique, y compris des proches, dès l'annonce).

Ainsi la prise en charge en soins de support s'inscrit dans deux temps forts :

## 2. LES SOINS DE SUPPORT AU DEBUT ET PENDANT LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS

« **Art. R. 6123-91-10.** – I. – L'autorisation ne peut être accordée que si le demandeur dispose d'une organisation, mise en place le cas échéant conjointement avec d'autres titulaires d'une autorisation de traitement du cancer, qui assure à chaque patient tout au long de la maladie et conformément au référentiel de bonnes pratiques défini par l'Institut national du cancer en application du 2o de l'article L. 1415-2 :

- « 1o L'évaluation des besoins et **l'accès aux soins oncologiques de support** nécessaires aux patients, notamment la prise en charge de la douleur, le soutien psychologique, le renforcement de l'accès aux services sociaux et, s'il y a lieu, la démarche palliative ;
- « 2o Le cas échéant, **l'accompagnement et l'orientation du patient au plus près de son lieu de vie auprès de l'offre territoriale de soins de support** en milieu hospitalier, en médecine de ville ou en milieu associatif, concernant, outre les soins de support

mentionnés au 1o , ceux mentionnés dans le référentiel de bonnes pratiques précité défini par l'institut national du cancer en application du 2o de l'article L. 1415-2.

« **Art. D. 6124-131-3.** – En application de l'article R. 6123-91-10, le titulaire de l'autorisation consigne *par écrit l'évaluation des besoins en soins oncologiques de support des patients* et, le cas échéant, l'accompagnement ou l'orientation des patients vers ces soins, pour en assurer la traçabilité.

### 3. DISPOSITIF DES SOS APRES TRAITEMENT DU CANCER

- LA LOI N°2019-1446 DU 24 DECEMBRE 2019 DE LA LFSS POUR 2020 CREE DANS SON ARTICLE 59 UN PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRES LE TRAITEMENT D'UN CANCER, *MIS EN ŒUVRE POUR LES PATIENTS BENEFICIANT DU DISPOSITIF D'AFFECTION DE LONGUE DUREE (ALD) EN LIEN AVEC LE CANCER, ET CE, A PARTIR DE LA FIN DU TRAITEMENT ACTIF DU CANCER ET AU PLUS TARD UN AN APRES CETTE ECHEANCE.*
- *DECRET N° 2020-1665 DU 22 DECEMBRE 2020 RELATIF AU PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRES LE TRAITEMENT D'UN CANCER*
- *ARRETE DU 24 DECEMBRE 2020 RELATIF AU PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRES LE TRAITEMENT D'UN CANCER ;*
- *INSTRUCTION N° DSS/MCGRM/DGS/SP5/EA3/DGOS/R3/2021/31 DU 27 JANVIER 2021 RELATIVE A LA MISE EN ŒUVRE DU PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRES LE TRAITEMENT D'UN CANCER.*
- ARTICLE L. 1415-8 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE ; ARTICLES R. 1415-1-11, R. 1415-1-12, R. **1415-1-13 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE ;**

DANS LE CADRE DE LA STRATEGIE DECENNALE DU CANCER, **LA MISE EN PLACE D'UN PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRES LE TRAITEMENT D'UN CANCER**, DOIT ETRE REALISEE **AFIN DE REDUIRE LES RISQUES DE SEQUELLES** ET DE **PREVENIR LES RECHUTES**.

L'ENJEU EST DANS LE CADRE D'UN REPERAGE PRECOCE ET CONFORMEMENT AUX PRECONISATIONS DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER (INCA) :

- DE DEBUTER L'ACCOMPAGNEMENT VERS L'APRES-CANCER AU PLUS TOT ;

- ASSURER CETTE PRISE EN CHARGE AU PLUS PRES DES PATIENTS BENEFICIAIRES;
- PRIVILEGIER LE PARCOURS EN VILLE POUR UNE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PAR UNE STRUCTURE DE PROXIMITE AU PLUS PROCHE DU DOMICILE DU PATIENT.

DEPUIS DECEMBRE 2020, IL EST POSSIBLE DE PRESCRIRE UN ENSEMBLE DE BILANS ET DE CONSULTATIONS AUX PATIENTS BENEFICIANT D'UNE ALD DANS LE CADRE DE LEUR PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRES LE TRAITEMENT D'UN CANCER. SPECIFIE DANS L'INSTRUCTION DSS/MCGRM/DGS/SP5/EA3/DGOS/R3/2021/31 DU 27 JANVIER 2021, CE PARCOURS COMPREND :

- *UN BILAN FONCTIONNEL ET MOTIVATIONNEL D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTE (APA), POUVANT DONNER LIEU A L'ELABORATION D'UN PROJET D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE ;*
- *UN BILAN NUTRITIONNEL ET/OU PSYCHOLOGIQUE ;*
- *DES CONSULTATIONS DE SUIVI NUTRITIONNEL ET/OU PSYCHOLOGIQUE DEDIEES. AU MAXIMUM, 6 CONSULTATIONS PEUVENT ETRE PRESCRITES. LE CONTENU DU PARCOURS PEUT NE COMPRENDRE QU'UNE PARTIE DE CES ACTIONS. IL EST INDIVIDUALISE POUR CHAQUE PERSONNE, EN FONCTION DES BESOINS IDENTIFIES PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR*

Conformément aux 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. Le médecin prescripteur a donc une année après la fin du traitement actif pour enclencher la prescription. La période globale de déroulé des bilans et des consultations du dispositif débute donc à ce moment-là

Ces bilans et consultations peuvent être prescrits par le médecin traitant, le pédiatre ou le cancérologue du patient, jusqu'à 12 mois après la fin du traitement, dans la limite d'un montant maximal de 180 euros par an (article R. 1415-1-11 du CSP).

Le terme « cancérologue » étant polysémique et à prendre au sens large, il convient de préciser qu'il peut s'agir :

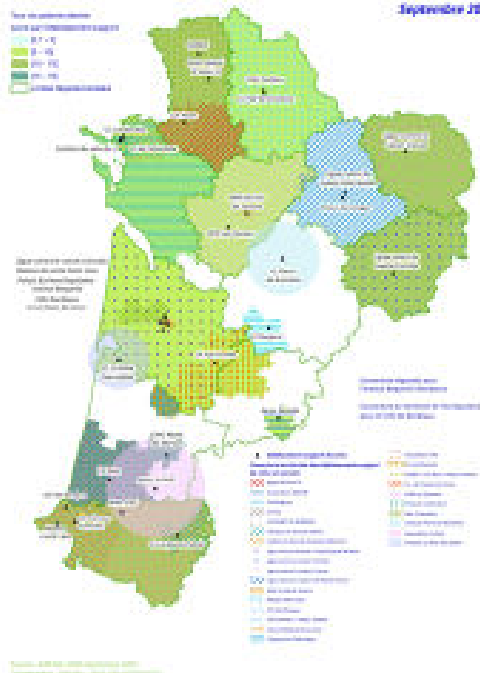
- D'un médecin spécialisé en oncologie médicale ou en oncologie;
- D'un médecin qualifié spécialiste titulaire d'un droit d'exercice complémentaire dans une spécialité non qualifiante en cancérologie (i.e. par exemples, les pneumologues, hématologues, etc.) ;
- D'un chirurgien spécialisé dans la chirurgie des cancers (c'est-à-dire s'il justifie d'une activité cancérologique régulière dans ce domaine). Il est cependant maintenu que les infirmiers en pratique avancée (IPA) ne peuvent prescrire ces soins de support.

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.

Il est organisé par des structures en mesure d'effectuer l'ensemble des bilans et consultations et ayant conclu une convention avec le directeur général de l'ARS.

L'ARS a organisé deux appels à candidature et une 3<sup>ème</sup> et dernier AAP sera publié d'ici la fin du mois de Mai 2023 et 33 structures sont déjà habilitées en Nouvelle Aquitaine.

Publication des résultats sur le site de l'ARS : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/parcours-de-soin-global-apres-le-traitement-du-cancer>



## Cartographie régionale

### Points positifs du 2<sup>nd</sup> AAC:

- Couverture en Dordogne antérieurement inexistante
- Développement de coopérations territoriales et de relais grâce au premier AAC
- Acteurs territoriaux plus et mieux sensibilisés grâce aux communications et aux formations réalisées
- Développement des CPTS qui sont plus impliquées dans les parcours

### Constats :

- + Insuffisance de candidature (à cibler pour 3<sup>ème</sup> AAC) pour couvrir :
  - o Le Centre et l'Est de la Dordogne
  - o La Charente-Maritime (notamment sud-est), Lot-et-Garonne, Nord des Landes et compléter la Charente
- + Couverture du Libournais non réalisée ainsi que celle du secteur Wallerstein (Ariès-33)
- + Intérêt d'un rapprochement CPTS du Pays châtelleraudais avec les structures habilitées (en relais du pôle de santé de l'Envine)

### Place et rôle de l'ARS

- Transmettre la liste de diffusion des coordonnateurs du Parcours, identifiés dans le fichier « Référents Parcours global après cancer »
- Etre destinataire de la synthèse des travaux menés et faire le lien avec l'INCa
- Gérer la synthèse des évaluations du dispositif réalisées
- Développer des outils de communication régionale sur les soins de support
- Organiser des webinaires de communication aux acteurs régionaux et territoriaux
- Promouvoir les référentiels sur le site de l'AFSOS: <https://www.afsos.org/referentiels-recommandations/decouvrir-tous-les-referentiels/>

## **Place et rôle du DSRC ONCO Nouvelle Aquitaine**

- Valoriser sur son site internet les travaux du GT réalisés: <https://onco-nouvelle-aquitaine.fr/prises-en-charge/outils-soins-de-support-pour-les-professionnels-de-sante/>
- Promouvoir l'annuaire géo localisé des ressources en SOS dont ceux après traitement du cancer au sein d'un territoire ou d'un établissement autorisé à traiter le cancer (avec mise à jour annuelle) avec :
  - Les soins de support « socle » devant être accessibles et garantis à tous les patients qui le nécessitent
  - Les soins de support complémentaires ayant prouvé leur efficacité en termes de qualité de vie ou de survie
  - D'autres soins de support et thérapies complémentaires proposés aux patients par les établissements
- Tester auprès des oncologues médicaux et spécialistes les outils proposés par le GT

## **NOUVELLES ACTIONS OPERATIONNELLES du 3<sup>ème</sup> AAC régional**

1. **Elargissement de la population cible** en veillant à l'utilisation d'une grille de vulnérabilité pour prioriser
2. Intégrer en priorité les **Hôpitaux de proximité** pour la finalisation de la couverture géographique des territoires
3. Demander aux structures de construire un **outil généralisé de communication anticipée pour tout type de cancer** avec une action d'information de toutes les spécialités (avec l'aide du réseau ONCO NA)

4. Intégrer des associations partenaires prenant en charge des personnes précaires pour promouvoir le dispositif auprès de ces populations

### **PREMIERS CONSTATS**

- Atouts pour les patients à ne pas revenir vers les établissements de santé et de trouver des ressources en ambulatoire;
- Trouver des leviers et arguments pour sensibiliser les médecins de ville : fiche aide à la pratique – guide prescripteurs ....;
- Développer une communication explicite sur la différence entre soins de support et éducation thérapeutique du patient;
- Élargir, aux hommes et aux femmes, et à d'autres spécialités oncologiques les prises en charge pour les soins de support après traitement d'un cancer
- Communiquer sur les bonnes pratiques:
  - Recenser les outils réalisés en région NA et par les autres régions
  - Mutualiser les outils existants ou les améliorer : documents, flyer, vidéo ....
  - Evaluer l'impact des outils auprès des professionnels de santé

### **A NOTER ++ :**

Tous les patients sous **traitements adjuvants** (thérapies ciblées, thérapies orales et hormonothérapies, etc.) peuvent être inclus dans ce dispositif. A ce stade, la différenciation des traitements « actif / terminé » n'est pas à remonter aux Agences Régionales de Santé (ARS).

L'intégration d'une **personne sous Herceptin** au dispositif dépend du contexte médical :



- Dans le cas où Herceptin est administré en tant que traitement actif, les patientes ne peuvent pas bénéficier de ce dispositif
- Dans le cas Herceptin est administré en tant que traitement adjuvant (dès la fin des traitements initiaux), les patientes peuvent être incluses dans le dispositif.

Le dispositif national ne prévoit pas de financement dédié à la coordination. En revanche l'ARS NA dédie une enveloppe financière supplémentaire (autonomie de gestion du FIR) à la coordination des projets portés par les structures retenues.