

Parcours de soins global après traitement d'un cancer

FOIRE AUX QUESTIONS (FAQ)

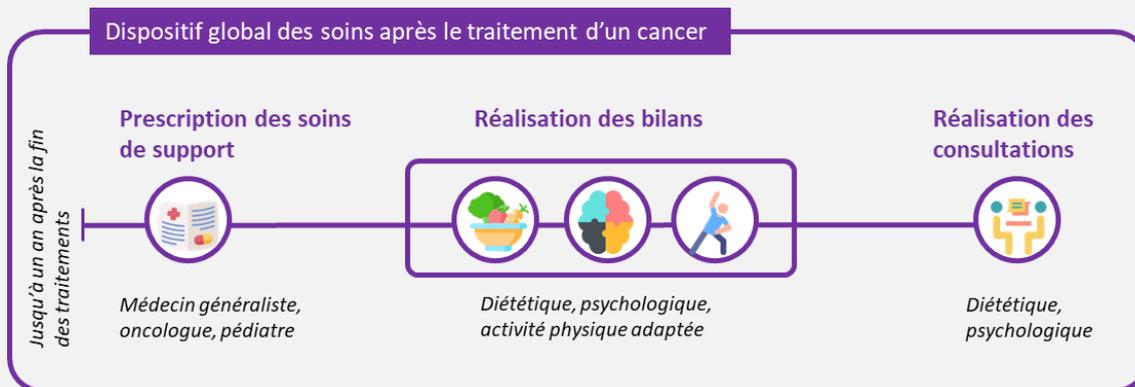
I. Rappel sur l'organisation du parcours de soins global après traitement d'un cancer

Depuis décembre 2020, il est possible de prescrire un **ensemble de bilans et de consultations** aux patients bénéficiant d'une ALD dans le cadre de leur parcours de soins global après le traitement d'un cancer.

Spécifié 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'activité physique adapté (APA), pouvant donner lieu à l'élaboration d'un projet d'activité physique adaptée ;
- un bilan nutritionnel et/ou psychologique ;
- des consultations de suivi nutritionnel et/ou psychologique dédiées. Au maximum, 6 consultations peuvent être prescrites.

Le contenu du parcours peut ne comprendre qu'une partie de ces actions. Il est individualisé pour chaque personne, en fonction des besoins identifiés par le médecin prescripteur.



II. L'organisation de l'évaluation du dispositif

L'évaluation du Parcours global de soins après le traitement du cancer se déroule en deux étapes :

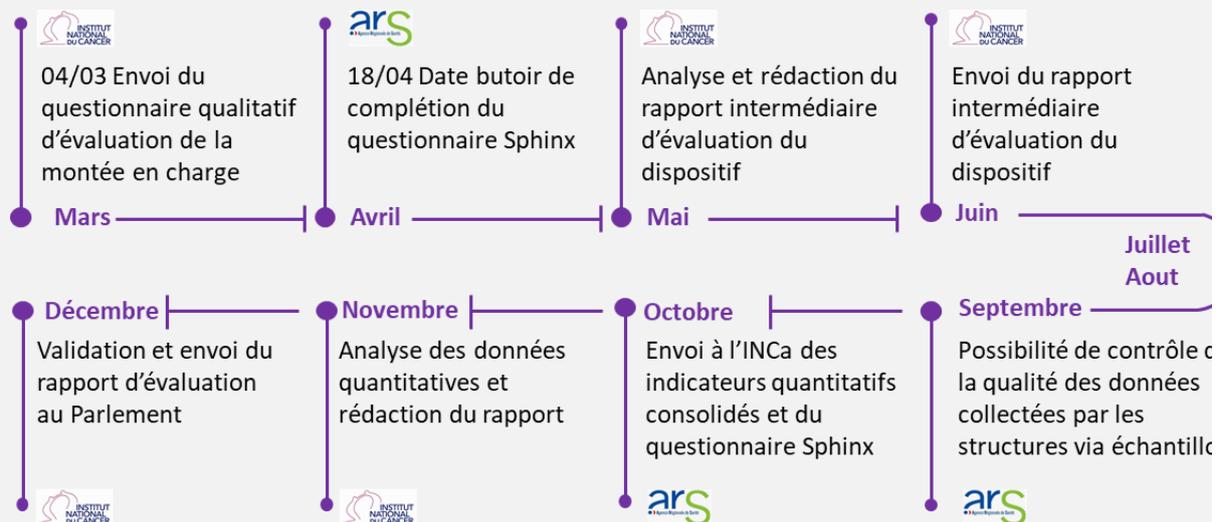
1/ **Une évaluation de la montée en charge des dispositifs** en région qui se conclura par la rédaction d'un rapport d'étape en mai 2022. Les données utilisées pour cette évaluation sont celles du questionnaire « Sphinx » envoyé aux ARS le 4 mars 2022. Ce questionnaire pourra être complété par quelques « focus » qui seront travaillés entre l'INCa et quelques régions.

2/ **Une évaluation globale du dispositif** en région et au niveau national au sein d'un rapport d'évaluation attendu en décembre 2022. Les données collectées porteront sur les indicateurs proposés par l'instruction :

- **Une mise à jour de l'évaluation sur la montée en charge** du dispositif dans un nouveau questionnaire « sphinx » courant octobre 2022 ;
- **La remontée des indicateurs quantitatifs** consolidés sur les prises en charges de ce dispositif et comprenant :
 - Le tableur Excel de consolidation des indicateurs ARS
 - La synthèse du questionnaire de satisfaction patient
 - La remontée sur les impacts du dispositif hors satisfaction sera ajoutée

Un outil d'aide aux établissements pour la remontée de données quantitatives de prise en charge vous a été transmis en complément de ces éléments.

Vous trouverez ci-dessous un calendrier schématisé de l'évaluation



QUESTIONS EN LIEN AVEC LE DISPOSITIF

PROFIL DU PATIENT

Q. Qui peut bénéficier de ce dispositif ?

R. 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.



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.

Q. Est-ce qu'une personne ayant un traitement par hormonothérapie peut être incluse ?

R. Oui, à condition qu'il s'agisse d'un traitement adjuvant et non d'un traitement pour maladie métastatique. De façon plus globale, les patients sous traitement adjuvant peuvent être inclus dès lors qu'ils reçoivent une hormonothérapie, une thérapie ciblée (dont l'Herceptin).

A ce stade, la différenciation des traitements « actif / terminé » n'est pas à remonter aux Agences Régionales de Santé (ARS).

Q. Est-ce que les patients sous chimiothérapie par voie orale et immunothérapie peuvent être éligibles ?

R. Non. Ces traitements constituent le cœur du temps actif de traitement, principalement hospitalier. Les patients peuvent alors bénéficier des soins de support mis en place par l'établissement assurant leurs soins. A la fin du traitement, le dispositif peut être débuté, et ce jusqu'à un an après la fin du traitement actif du cancer (article L. 1415-8 et article R. 1415-1-11 du CSP).

Q. Est-ce qu'une personne sous Herceptin peut être intégrée au dispositif ?

R. 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 (cf question ci-dessus).

Q. Est-ce qu'une personne en soins palliatifs peut être incluse au dispositif ?

R. Non. Une personne en soins palliatifs ne peut intégrer ce parcours du seul fait qu'elle bénéficie de ces soins. 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.

Les soins palliatifs prodigués dans le cadre du parcours du cancer ne constituent pas de soins post-traitement.

Prescription et professionnels impliqués

Q. Qui peut prescrire ?

- R.** 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-radiothérapie ;
- 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.

Q. Quel degré de précision doit comporter la prescription de soins de support dans le cadre du forfait global de soins de support ?

- R.** Le prescripteur est invité lors de la prescription du forfait à préciser le nombre de bilan et le nombre de consultations qu'il souhaite prescrire.

(Instruction n° DSS/MCGRM/DGS/SP5/EA3/DGOS/R3/2021/31 du 27 janvier 2021).

Le médecin prescripteur prescrira les éléments du parcours qui lui semblent les plus pertinents tout en veillant à rester dans la limite du panier de 180 euros.

Il pourra donc choisir entre les différents cas de figure optimaux suivants, représentant au maximum 180 euros :

- 1 bilan + 6 consultations ;
- 2 bilans + 4 consultations ;
- 3 bilans + 2 consultations.

Les variantes intermédiaires sont également possibles (ex : 1 bilan et 4 consultations).

Q. Que se passe-t-il lorsque le patient a utilisé l'ensemble de l'enveloppe de soins de support ?

- R.** L'enveloppe allouée à ce dispositif est plafonnée à 180 euros par an et par patient. *La structure coordinatrice a en charge l'équilibre global de l'utilisation de ce forfait.*

Ce parcours peut comprendre en fonction des besoins du patient et identifiés par le médecin prescripteur :

- Un bilan fonctionnel et motivationnel d'activité physique, qui donne lieu à l'élaboration d'un projet d'activité physique adaptée réalisé par un professionnel de l'activité physique adaptée (APA) ;
- Un bilan et/ou des consultations diététiques ;
- Un bilan et/ou des consultations psychologiques.

Seules 6 consultations maximum pourront être financées dans ce parcours (Instruction n° DSS/MCGRM/DGS/SP5/EA3/DGOS/R3/2021/31 du 27 janvier 2021).

Le professionnel de santé prescripteur pourra choisir entre les différents cas de figure suivants, le plus pertinent pour le patient, représentant au maximum 180euros :

- 1 bilan + 6 consultations ;
- 2 bilans + 4 consultations ;
- 3 bilans + 2 consultations.

Les variantes intermédiaires sont également possibles.

Q. Un système a-t-il été mis en place pour s'assurer qu'un patient ne bénéficie pas deux fois du forfait ?

R. Le point 4) de l'instruction N°DSS/ MCGRM/DGS/SP5/EA3/DGOS/R3/2021/31 du 27 janvier 2021 relative à la mise en œuvre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer dispose que les structures chargées du déploiement du parcours de soins global – sélectionnées à la suite d'un appel à candidatures – et l'Agence Régionale de Santé (ARS) concluent une convention, qui déterminent les obligations leur incombant respectivement. La convention doit notamment fixer les modalités selon lesquelles la structure transmet annuellement à l'ARS les données nécessaires au suivi du dispositif. Au titre de ces informations figure notamment le renseignement des indicateurs annexés à l'arrêtés du 24 décembre 2020. Au titre de ces indicateurs figurent le nombre de patients bénéficiaires. Il appartient au structures de garantir, avant anonymisation des données, qu'un patient ne bénéficie pas deux fois de suite du dispositif.

Q. Est-ce que les frais de déplacement des patients pour accéder au parcours sont pris en charge ?

R. Non. Comme l'indique le point 1 « Principes généraux du parcours » de la page 3 de l'instruction n° DSS/MCGRM/DGS/SP5/EA3/DGOS/R3/2021/31 du 27 janvier 2021, les frais de déplacement ne sont pas pris en charge dans le forfait.

Q. Est-il possible que le bilan APA soit réalisé par un masseur kinésithérapeute ?

R. Le bilan APA est prescrit par le médecin et peut être réalisé par l'un des professionnels de l'activité physique adaptée mentionnés à l'article D. 1172-2 du CSP qui doivent justifier des diplômes, certificats ou titres énumérés au même article. Ainsi, les masseurs-kinésithérapeutes tout comme les ergothérapeutes ou les psychomotriciens font partie de la liste des professionnels autorisés à réaliser le bilan APA.

NB : à titre d'information (et sans lien avec le parcours de soins global après le traitement d'un cancer), la loi du 2 mars 2002 visant à démocratiser le sport en France a élargi le périmètre des bénéficiaires d'une prescription d'APA aux personnes souffrant de pathologies chroniques, présentant des facteurs de risques ou en situation de perte d'autonomie. Le décret fixant précisément le périmètre des bénéficiaires est en cours d'élaboration.

Coordination

Q. L'arrêté fixe un forfait de 180 euros avec des tarifs spécifiques pour les bilans et consultations. Existe-t-il un financement pour la coordination ?

R. Non. Le dispositif ne prévoit pas de financement dédié à la coordination. En revanche les ARS peuvent dédier une enveloppe financière supplémentaire (autonomie de gestion du FIR) à la coordination des projets portés par les structures retenues.

Q. Les consultations diététiques et psychologiques peuvent-elles être réalisées par voie télématique ?

R. Oui. Rien n'interdit dans les textes que ces consultations diététiques et psychologiques puissent être réalisées via la télémédecine. A noter, il n'y a pas de financement supplémentaire pour les téléconsultations.

Q. Est-il possible d'offrir des séances d'une heure ?

R. Non. L'instruction fixe des tarifs et des durées pour les bilans et les consultations. Il n'est pas possible de déroger à ces règles. En revanche, il est possible d'enchaîner deux consultations de 30 minutes pour un tarif de 2 x 22,50 euros dans la limite des 180 euros annuels dédiés au parcours.

Q. Qu'en est-il des financements existants pour les soins de support type FIR AQTC ?

R. Le financement du parcours de l'après-cancer ne vient pas en substitution des financements préexistants dédiés aux soins de support. Il s'agit de deux enveloppes séparées.

Q. Est-il possible de faire des prises en charge collective de l'APA ?

R. Le parcours ne prévoit pas de prise en charge financière de séances d'APA mais simplement la prise en charge du coût d'un bilan fonctionnel et motivationnel d'activité physique, qui donne lieu à l'élaboration d'un projet d'activité physique adaptée. Le bilan ne peut donc pas être collectif. En revanche les séances d'APA (non prises en charge dans le cadre du parcours) peuvent prendre la forme de séances collectives (dans la structure, dans les maisons sport-santé, etc.).

Q. Concernant le tarif des prestations proposées dans le cadre du dispositif, est-il possible de prévoir un cadre différentiel en fonction de la situation du territoire en matière de démographie médicale ?

R. Les tarifs des bilans et consultations est le même sur l'ensemble du territoire (45€ pour un bilan et 22,50€ pour une séance de suivi diététique ou psychologique). Il n'est pas possible de déroger à ces tarifs. En revanche, dans le cadre de l'autonomie de gestion du FIR, un financement supplémentaire lié à la coordination ou à la gestion administrative par la structure peut être versé en sus par l'ARS.

QUESTIONS EN LIEN AVEC L'EVALUATION DU DISPOSITIF

Calendrier et étapes

Q. Quel est le calendrier de l'évaluation ?

R. L'évaluation du Parcours global des soins après le traitement d'un cancer se déroule en 2 étapes :

1/ **Une évaluation de la montée en charge des dispositifs** en région qui se conclura par la rédaction d'un rapport d'étape en mai 2022. Les données utilisées pour cette évaluation sont celles du questionnaire « Sphinx » envoyé aux ARS le 4 mars 2022. Ce questionnaire pourra être complété par quelques « focus » qui seront travaillés entre l'INCa et quelques régions.

2/ **Une évaluation globale du dispositif** en région et au niveau national au sein d'un rapport d'évaluation attendu en décembre 2022. Les données collectées porteront sur les indicateurs proposés par l'instruction.

Outils mis à disposition

Q. Quels sont les outils à disposition des régions ?

R. Trois outils sont mis à disposition des ARS :

- Un outil Excel de consolidation des indicateurs
- Un outil Excel de collecte des données pseudonymisées à l'attention des structures (ce dernier n'est pas à remonter à l'INCa)
- Un questionnaire de satisfaction patient

Q. Est-ce que l'évaluation prend en compte les consultations d'activité physique adaptée (APA) ?

R. Non. Ce dispositif concerne les bilans en diététique, psychologie et activité physique adaptée mais prend en charge uniquement les consultations de diététique et de psychologie. Ainsi, l'évaluation se chargera d'observer le nombre de bilan APA.

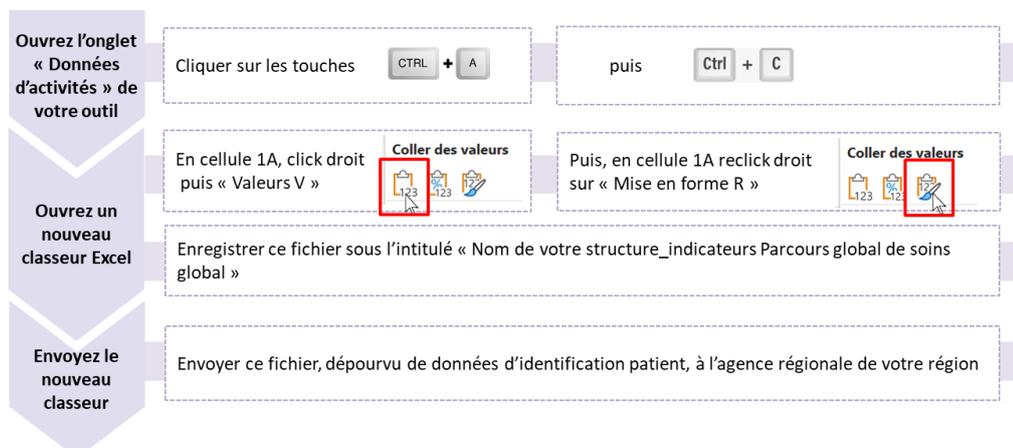
Suite à l'évaluation, en fonction des données collectées le rapport pourra comporter des recommandations d'évolution du dispositif.

Q. A quoi serviront les indicateurs de délais ?

R. Les indicateurs de délais renseignent sur une tendance globale de la durée entre les bilans et les consultations ainsi qu'entre les consultations. Lors de l'évaluation, ces données seront analysées en parallèle des données qualitatives qui permettront de rendre compte de situations régionales (ex : patients ne souhaitent pas poursuivre le parcours ou bien préfèrent des dates de consultations plus éloignées, etc.). Ils permettront d'appuyer d'éventuelles évolutions du dispositif.

Q. Est-ce que la collecte des données en région respecte les mesures RGPD ?

R. Oui. Les ARS comme l'INCa ne recevront pas de données patients. Les structures complètent l'outil mis à leur disposition et envoient, selon la procédure ci-dessous d'aide, un fichier contenant les indicateurs consolidés.



Q. Existe-t-il une grille ou un formulaire d'évaluation permettant de définir objectivement la vulnérabilité ?

R. Aucune grille ou formulaire d'évaluation de la vulnérabilité n'ont à ce jour été élaborés à l'échelle nationale dans le cadre du dispositif.

Pour les personnes atteintes de cancers âgées de 75 ans et plus, l'outil de dépistage gériatrique score G8 peut permettre de dépister une vulnérabilité ou une fragilité gériatrique.

L'annexe 2 à l'arrêté du 24 décembre 2020 relatif au parcours de soins global après le traitement d'un cancer renvoie cependant à un certain nombre de recommandations et de bonnes pratiques, qui sont de nature à orienter l'ensemble des acteurs et parties prenantes impliqués dans la mise en œuvre du dispositif (prescripteurs, structures habilitées et professionnels mobilisés en leur sein, ARS, etc...). Il ressort du référentiel de compétences et d'activités pour la fonction de référent de parcours de santé complexe au sein d'un dispositif d'appui à la coordination (DAC), élaboré par la Fédération nationale des dispositifs de ressources et d'appui à la coordination des parcours en santé (FACS) sous l'égide de la DGOS, que les référents auront notamment pour fonction de réaliser, une évaluation multidimensionnelle, lui permettant d'identifier les problématiques de santé de la personne et d'analyser globalement la situation de la personne. On peut déduire de ce référentiel que les DAC seront amenées à développer des outils d'évaluation de la vulnérabilité.

Questionnaire de satisfaction patient

Q. Quels sont les délais à respecter concernant le recueil de la satisfaction patient ?

R. Selon l'instruction, les différents temps sont les suivants :

- T0 : Date du premier des bilans, comme évoqué aux articles R. 1415-1-11 CSP. *Le rationnel est le suivant : le début du parcours débute lors de la prescription du dispositif au patient, cependant cette donnée ne peut aisément être remontée par des indicateurs quantitatifs. La date du 1er bilan étant plus aisément collectée sur le terrain, cette donnée a été préférée.*
- T1 : Après une année au sein du parcours.
- T5 : Cinq années après la fin du parcours (*modification de la durée du T5 en cours de discussion*).



Q. Est-ce que ce questionnaire peut-il être renseigné en ligne / par téléphone ?

R. Oui. Ce questionnaire de la satisfaction patient peut être renseigné en ligne ou via un appel téléphonique.
Chaque région est libre d'organisation la collecte des données de satisfaction patient (plateforme régionale / relai par les professionnels / etc.).

Q. Est- ce que les outils d'évaluation évolueront ?

R. Oui. Les outils d'évaluation pourront être modifiés suite à l'évaluation du parcours global fin 2022.