



## PARCOURS DE SOINS APRÈS TRAITEMENT D'UN CANCER

**Vous avez terminé votre traitement « actif » de cancer depuis moins d'1 an ?**

Sur prescription médicale, vous pouvez bénéficier gratuitement :



ET/OU



ET/OU



**Un bilan d'activité physique adaptée**  
(séances non incluses)

**Un bilan avec ou sans suivi diÉTÉtique**

**Un bilan avec ou sans suivi PSYCHOLOGIQUE**

### Comment ?

**1** JE PRENDS RENDEZ-VOUS AVEC MON MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU CANCEROLOGUE



POUR OBTENIR MA PRESCRIPTION MÉDICALE  
ACCÉDEZ AU MODÈLE DE PRESCRIPTION EN LIGNE EN SCANNANT LE QR CODE

**2** JE CONTACTE LA LIGUE

LA LIGUE CONTRE LE CANCER DE L'ESSONNE  
DISPOSITIF APRÈS-CANCER  
01.64.90.58.71  
POSTCANCER.CD91@LIGUE-CANCER.NET

**3** JE RÉALISE MON PARCOURS DE SOINS INDIVIDUALISÉ

SANS AVANCE DE FRAIS ET AU PLUS PRÈS DE MON DOMICILE.




## PRESCRIPTION DE SOINS DE SUPPORT APRÈS TRAITEMENT D'UN CANCER

Cette prescription doit être réalisée jusqu'à 12 mois après la fin des traitements actifs ou pour tout patient en cours d'hormonothérapie

COORDONNÉES DU PATIENT	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
Nom, prénom : <input type="text"/>	Dernier traitement reçu : <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Autres, préciser : <input type="text"/>
Adresse postale : <input type="text"/>	Organe touché : <input type="text"/>
Adresse mail : <input type="text"/>	Date de fin de traitement actif : <input type="text"/>
N° téléphone : <input type="text"/>	Date de prescription : <input type="text"/>
Date de naissance : <input type="text"/>	Nom, signature et cachet du médecin prescripteur : <input type="text"/>
Commentaires (limitations physiques, recommandations, ...) <input type="text"/>	

Le médecin traitant ou l'oncologue prescrit au patient un ou plusieurs type(s) de soins en fonction des besoins identifiés

**Cochez la ou les cases correspondantes à votre prescription :**

Activité physique adaptée (Bilan)	Diététique (Bilan avec ou sans suivi)	Psychologie (Bilan avec ou sans suivi)
<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 

**Afin de bénéficier des soins de supports adaptés à ses besoins, le médecin ou le patient devra contacter la cellule de coordination de son département de résidence avec la prescription complétée :**

Département	Adresse	Mail et numéro
Paris (75)	PARIS APRES CANCER - 89 Bd Auguste Blanqui, 75013 PARIS	contact@parisaprescancer.org contact@parisaprescancer.mssante.fr 07 86 55 61 40
Seine-et-Marne (77)	DAC 77 Nord/ DAC 77 Sud - 125 av du Maréchal de Lattre de Tassigny, 77400 LAGNY-SUR-MARNE	aprescancer@dac77.fr 01 83 61 62 00
Yvelines (78)	DAC 78 Sud DACTYS - 18 av Dutartre, 78150 LE CHESNAY ROCQUENCOURT	aprescancer@dac78sud.fr 01 30 24 62 12
Essonne (91)	Ligue contre le cancer - Centre Hospitalier de Bligny, 91640 BRIIS-SOUS-FORGES	postcancer.cd91@ligue-cancer.net 01 64 90 58 71
Hauts-de-Seine (92)	DAC 92 Centre - 14 av du G. Charles de Gaulle, 92150 SURESNES	aprescancer@dac92centre.fr 01 81 80 38 30
Seine-Saint-Denis (93)	DAC 93 Sud - 112 av du G. Charles de Gaulle, 93110 ROSNY-SOUS-BOIS	aprescancer@dac93.fr 01 84 74 15 15
Val-de-Marne (94)	DAC 94 Est et DAC 94 Ouest	aprescancer@dac94.fr 07 62 06 85 72
Val d'Oise (95)	Ligue contre le cancer - 141/145 rue Michel Carré - Immeuble Platon, 95100 ARGENTEUIL	postcancer.cd95@ligue-cancer.net aprescancer-ligue95@medical95.apicrypt.org 01 39 47 16 16

## Critères d'inclusions pour l'entrée dans le Parcours de Soins de Support Après Traitement actif d'un cancer

### RAPPEL DU CADRE JURIDIQUE :

Articles L 1415-8 et R 1415-1-11 du code de la santé publique (issus de la LFSS 2020) prévoient l'accès à un parcours de soins global après le traitement d'un cancer, adapté aux besoins du patient qui peut être débuté jusqu'à un an après la fin du traitement actif du cancer.

### Article R1415-1-11 Création Décret n°2020-1665 du 22 décembre 2020 - art. 1

Le cancérologue, pédiatre ou médecin traitant de toute personne bénéficiant du dispositif prévu au 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale et ayant reçu un traitement contre le cancer peut lui prescrire, jusqu'à douze mois après la fin de son traitement, tout ou partie des prestations prévues à l'article L. 1415-8, qui composent son parcours de soins global après le traitement d'un cancer.

Ce parcours, individualisé en fonction des besoins de la personne, comprend, le cas échéant, un bilan d'activité physique, qui donne lieu à l'élaboration d'un projet d'activité physique adaptée, un bilan diététique, un bilan psychologique ainsi que des consultations de suivi diététiques et psychologiques dans la limite du nombre fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Il est dispensé dans les douze mois suivant la réalisation du premier bilan.

### INSTRUCTION du 27 janvier 2021 relative à la mise en œuvre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer.

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

### Adulte

#### Hématologie :

- LA : Patients en rémission complète et en fin de traitement d'entretien.
- LNH B : Patients en rémission complète après traitement et à l'issue du traitement anti-CD20
- LMC : Rémission complète vérifiée par biologie moléculaire
- Autres hémopathies : Patients en rémission complète à la fin du traitement actif.

#### Tumeurs solides :

- Patients en rémission complète n'ayant plus de traitement en rapport avec leur pathologie tumorale, quel que soit le traitement réalisé et ayant comporté le cas échéant de la chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie ;
- Patient en rémission complète avec arrêt des traitements actifs et ayant un traitement par voie orale de prévention de la rechute ;

*Exclusion des patients en soins palliatifs et en rechute métastatique, des patients n'ayant eu aucun traitement et en abstention thérapeutique*

### Pédiatrie

- Pour les LAM et les lymphomes : dès le retrait du dispositif de voie veineuse centrale
- Pour les LAL : lors de la mise en place du traitement d'entretien et du retrait de la voie veineuse centrale
- Pour les patients allogreffes : lors du retrait de la voie veineuse centrale
- Pour les RMS : lors de la mise en place du traitement d'entretien
- Pour les neuroblastomes HR : en fin de traitement (après l'immunothérapie)
- Pour les autres pathologies oncologiques : en fin de traitement

*Les patients en soins palliatifs ne peuvent pas bénéficier de ce parcours de soins.*

## Grille de repérage des besoins du patient dans le cadre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer pour les 3 soins de supports : Activité physique adaptée, prise en charge diététique et psychologique.

Ce parcours de soins vise à proposer à des patients ayant terminé leur traitement de cancer (moins de 12 mois), d'effectuer un **bilan fonctionnel et motivationnel d'Activité Physique Adaptée**, ainsi qu'un **bilan et des consultations de suivi diététique et psychologique**, au plus près de leur domicile.

Identification du patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

	ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE	PRISE EN CHARGE DIETETIQUE	PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE
<p><b>BENEFITS DES SOINS DE SUPPORT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Amélioration de la qualité de vie</li> <li>Amélioration de la capacité physique (respiratoire, musculaire)</li> <li>Possible diminution du risque de récurrence (pour certains cancers)</li> <li>Diminution de la fatigue</li> </ul>	<p>Depuis l'annonce de la maladie, êtes-vous moins actif(ve) physiquement ?  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>En ce moment, avez-vous des difficultés à être actif(ve) au quotidien entre 0 (aucune difficulté) et 10 (difficultés extrême)  <b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b></p> <p>En ce, moment, vous sentez-vous capable de poursuivre, reprendre ou débuter une activité physique régulière seule ?  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Lors d'une journée ordinaire, en ce moment, passez-vous en moyenne :  <input type="checkbox"/> Plus de 7h assis(e) <input type="checkbox"/> Moins de 7h assis(e)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amélioration de l'état nutritionnel du patient</li> <li>Diminution de la fatigue</li> <li>Réduction des effets secondaires des traitements (troubles digestifs)</li> <li>Gestion de l'évolution du poids (perte ou prise de poids)</li> </ul> <p>Avez-vous observé des changements dans vos habitudes alimentaires depuis la fin des traitements ? : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Avez-vous des <b>effets secondaires</b> qui perdurent depuis la fin des traitements (nausées, vomissements, troubles digestifs ...) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, le(s)quel(s) :            .....            .....</p> <p>Votre poids a-t-il évolué depuis la fin des traitements ?  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, comment ?  <input type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Prise de poids</p> <p>Avez-vous la sensation d'avoir perdu de la force et d'être plus fatigué ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amélioration du fonctionnement psychique du patient dans son environnement</li> </ul> <p>Etes-vous triste ?  <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais</p> <p>Eprenez-vous de l'anxiété ou de l'inquiétude ?  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Est-ce que vous sentez fragilisé sur le plan psychologique depuis la fin des traitements ?  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>La maladie ou ses traitements ont-ils eu un impact sur :  <input type="checkbox"/> Votre confiance en soi  <input type="checkbox"/> Votre image corporelle  <input type="checkbox"/> Votre mémoire/concentration  <input type="checkbox"/> Vos relations avec les autres  <input type="checkbox"/> Autre, lequel ? .....  <input type="checkbox"/> Non concerné</p>
<b>CONCLUSION</b>			
<p><b>QUEL(S) BESOIN(S) POUR LE PATIENT ?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 1 soin de support  <input type="checkbox"/> 2 soins de support  <input type="checkbox"/> 3 soins de support</p>		
<p>Se référer à la prescription de soins de support pour sélectionner <b>1 parcours de soins</b> et indiquez le nombre de consultation(s) en fonction des besoins du patient, sachant que le forfait maximum est de <b>180€</b></p>			

Je soussigné(e) :

Déclare avoir examiné ce jour :

Né(e) le :

Et avoir constaté un intérêt thérapeutique de la pratique d'une activité physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive.

## PRÉCONISATIONS D'ACTIVITÉ PHYSIQUE :

Type d'activité :

- Endurance :  continue  fractionnée
- Renforcement musculaire
- Se relever, équilibre
- Souplesse, étirements
- Coordination
- Activité en décharge/portée (vélo/natation)

Intensité d'activité :

- Légère : *possibilité de parler normalement*
- Modérée : *respiration accélérée; possibilité de parler avec des petites phrases → Recommandations OMS*
- Élevée : *respiration bruyante; difficulté à prononcer quelques mots*

Autre activité :

Exemple :  
Tennis-santé : 2x/semaine  
Marche : 30min quotidienne...

## PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES :

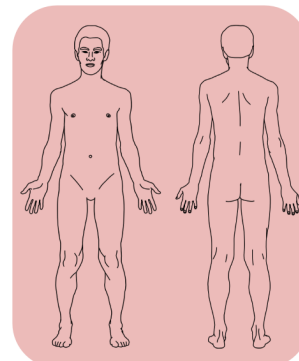
Type de vigilance sur :

- Appareil locomoteur
- Cardiovasculaire
- Respiratoire
- Métabolisme
- Cutané & infectieux
- Autre :

Actions à effectuer avec vigilance :

- Marcher
- Courir
- Sauter
- Lancer
- Port de charge
- Autre :
- S'allonger au sol
- Se relever du sol
- Équilibre
- Milieu aquatique
- Chocs

Vigilance par zones :



**RECOMMANDATIONS :** Adaptations thérapeutiques, signes cliniques à repérer amenant à consulter de nouveau :

## ORIENTATION :

Je confie le bilan éducatif personnalisé et l'orientation. Je renseigne, imprime ce document et le remet au patient en main propre.

J'indique au patient d'appeler :

La plateforme régionale Prescri'Forme car je ne sais pas quelles sont celles de mon département : 09.75.23.71.60

OU

La Maison Sport-Santé locale :

Téléphone :

J'informe le patient que je suis disposé à suivre l'évolution de sa pratique d'activité physique

J'informe le patient que les séances d'activité physique ne sont pas remboursées par l'assurance maladie

Fait à :

Le :

Signature du médecin :