RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Institut National du Cancer

OCTOBRE 2025

RECOMMANDATIONS ET RÉFÉRENTIELS

/ Référentiel organisationnel

MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF DE FIN DE TRAITEMENT : PRINCIPES D'ORGANISATION

L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

Le présent document constitue un référentiel de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie pris en application du 2° de l'article L.1415-2 du code de la santé publique et a été soumis à la commission des expertises de l'Institut national du cancer en date du 18/06/2025.

Cette expertise sanitaire a été adoptée par décision du Président de l'Institut N° 2025-37 en date du 07/10/2025, publiée au Registre des actes administratifs de l'Institut[1].

[1] https://www.cancer.fr/registre-des-actes-administratifs

Ce document doit être cité comme suit : © Mise en place d'un dispositif de fin de traitement : principes d'organisation / Référentiel organisationnel, collection « Recommandations et référentiels », Institut national du cancer, xxx 2025.

Ce document est publié par l'Institut national du cancer qui en détient les droits. Les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées dès lors que 1) leur réutilisation entre dans le champ d'application de la loi N°78-753 du 17 juillet 1978, 2) ces informations ne sont pas altérées et leur sens dénaturé et 3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.

Ce document est téléchargeable sur **cancer.fr**

Abréviations

3C : Centre de coordination en cancérologie

AAH : Allocation aux adultes handicapés

ALD : Affection de longue durée

AJA : Adolescents et jeunes adultes

APA : Activité physique adaptée

ARS : Agences régionales de santé

CAF : Caisse d'allocations familiales

CCAS : Centre communal d'action sociale

CPAM : Caisse primaire d'Assurance maladie

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

DAC : Dispositifs d'appui à la coordination

DCC : Dossier communicant de cancérologie

DSRC : Dispositifs spécifiques régionaux du cancer

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETP : Éducation thérapeutique du patient

ERI : Espace de rencontres et d'information

FHF : Fédération hospitalière de France

FHP : Fédération de l'hospitalisation privée

FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires

FNEHAD : Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile

HAD : Hospitalisation à domicile

INCa : Institut national du cancer

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MERM : Manipulateur d'électroradiologie médicale

MSA : Mutualité sociale agricole

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

MSSanté : Messagerie sécurisée de santé

OIR : Organisations hospitalières interrégionales de recours en oncologie pédiatrique

PCH : Prestation de compensation du handicap

PDS : Professionnel de santé

PPAC : Programme personnalisé de l'après-cancer

PPS : Programme personnalisé de soins

TMSC : Traitement médicamenteux systémique du cancer

Unicancer : Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer

UCOG : Unité de coordination en oncogériatrie

INTRODUCTION

À l'issue des traitements spécifiques, le suivi personnalisé des personnes ayant eu un cancer est un enjeu majeur : il vise à anticiper, prévenir, dépister, suivre les effets secondaires des traitements et les séquelles de la maladie. Il vise également à prendre en soin le plus précocement possible les récidives, voire les seconds cancers. Il permet l'accompagnement global de la personne afin d'améliorer sa qualité de vie dans l'après-cancer.

De nombreux acteurs de ville (médecins généralistes, radiothérapeutes libéraux…), du secteur hospitalier (personnels médicaux et paramédicaux), des secteurs sociaux et médicosociaux, de l'autonomie et du handicap sont d'ores et déjà mobilisés sur cette étape du parcours de soins, mais sans structuration nationale.

Cette expertise sanitaire s'inscrit dans l'action II-9.5 de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 « Mettre en place un dispositif de fin de traitement (miroir du dispositif d'annonce) ».

Cette action vise à créer un nouveau dispositif au sein du parcours du patient atteint de cancer, permettant de préparer au mieux les patients aux phases transitoires entre la fin des traitements à visée curative et le suivi post-traitement sur le plus long terme.

Ce dispositif concerne les professionnels exerçant au sein des établissements titulaires d'autorisation (structures hospitalières autorisées aux différentes modalités de traitement du cancer et cabinets libéraux de radiothérapie autorisés), ainsi que les professionnels libéraux, notamment les médecins généralistes qui sont pleinement impliqués dans le suivi du patient dans le cadre du programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC).

Ce référentiel est organisé en quatre parties :

1. le parcours du patient en fin de traitement ;
2. la description du dispositif de fin de traitement ;
3. les spécificités des populations particulières ;
4. l'implication des différents acteurs dans le cadre du déploiement du dispositif de fin de traitement.

SOMMAIRE

1. LE PARCOURS DU PATIENT EN « FIN DE TRAITEMENT » 8
1.1. Le patient ayant terminé le traitement anticancéreux 10
1.2. Le patient sous hormonothérapie adjuvante 10
1.3. Les patients non concernés par le dispositif de fin de traitement 11

2. LE DISPOSITIF DE FIN DE TRAITEMENT 13
2.1. Les principes organisationnels et de fonctionnement 13
2.2. Le temps dédié à la dimension médicale 15
2.3. Le temps dédié à la dimension paramédicale 16
2.4. Le temps dédié à la dimension sociale 18
2.5. Ce dont le patient dispose à la sortie du dispositif de fin de traitement 19

3. LES SPÉCIFICITÉS DES POPULATIONS PARTICULIÈRES 21
3.1. Les enfants/adolescents et jeunes adultes (AJA) 21
3.2. Les personnes âgées 22

4. L'IMPLICATION DES DIFFÉRENTS ACTEURS DANS LE CADRE DU DÉPLOIEMENT DU DISPOSITIF DE FIN DE TRAITEMENT 23
4.1. Le patient 23
4.2. L'établissement titulaire d'autorisations 24
4.3. Le professionnel libéral 24
4.4. La tutelle régionale (ARS) 24
4.5. Les dispositifs de coordination (DSRC, 3C, DAC, UCOG) 25

5. MÉTHODOLOGIE 26

6. GROUPE DE TRAVAIL, CONTRIBUTEURS, COORDINATION ET RELECTEURS 28

7. ANNEXE 1. PARTIES INTERESSÉES PERTINENTES AYANT PARTICIPÉ À LA RELECTURE EXTERNE À TITRE INSTITUTIONNEL 31

8. ANNEXE 2. RELECTEURS (PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET PATIENTS) AYANT PARTICIPÉ À LA RELECTURE NATIONALE À TITRE INDIVIDUEL 32

9. ANNEXE 3. RÉCAPITULATIF DES PRINCIPES ORGANISATIONNELS DU DISPOSITIF DE FIN DE TRAITEMENT 34

PRÉAMBULE

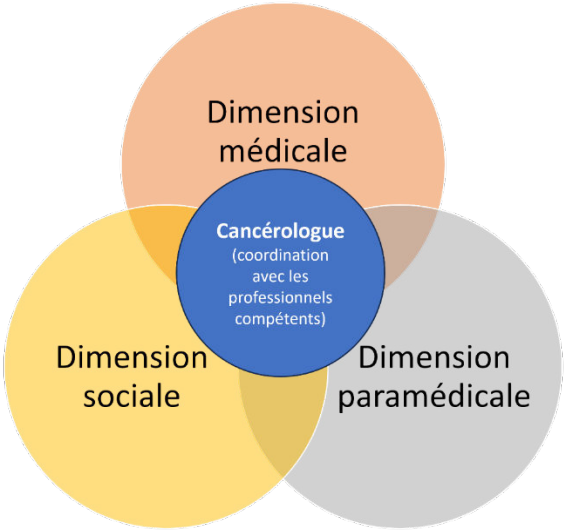
Pourquoi un dispositif de fin de traitement ?

Les patients atteints de cancer ont vécu des épisodes de soins souvent intenses et épuisants. Lorsque les traitements du cancer s'achèvent, les patients se trouvent dans un moment de transition où ils doivent renouer avec le quotidien d'avant la maladie et commencer une vie d'après-cancer intégrant de nouvelles modalités de surveillance et de nouvelles contingences liées à leur état de santé.

Il s'agit de proposer aux patients un accompagnement partagé entre les professionnels de l'équipe ayant assuré le traitement initial du patient et les autres praticiens, dont les spécialistes d'organe et professionnels de ville, afin d'outiller et d'accompagner au mieux le patient dans cette transition.

Un dispositif de fin de traitement, qu'est-ce que c'est ?

En miroir du dispositif d'annonce, c'est un ensemble de temps dédiés permettant d'aborder avec le patient des questions d'ordre médical, paramédical et social relatives à ses besoins spécifiques dans cette phase d'après traitement. Ils peuvent être intégrés dans une consultation du cancérologue et/ou faire l'objet de consultations avec plusieurs professionnels différents de la structure de traitement.



Ces temps dédiés permettent aux professionnels :

- d'évaluer les besoins du patient sur ces trois dimensions à son entrée dans la phase post-traitement ;
- d'informer le patient sur les préconisations concernant sa santé, les dispositifs de soutien ou de réinsertions sociale, scolaire et sociétale existants, ainsi que sur les modalités d'accès aux différents droits et aides adaptés à sa situation ;
- de définir avec le patient son programme personnalisé après son cancer (PPAC) à mettre en œuvre conjointement avec son médecin traitant et/ou d'autres acteurs de santé en ville.

Quels sont les patients concernés ?

- Tous les patients ayant terminé intégralement leurs traitements anticancéreux, quel que soit leur âge.
- Les patients en cours d'hormonothérapie adjuvante.

Le patient peut, selon son choix, refuser d'intégrer ce dispositif de fin de traitement.

Comment cela se passe-t-il ? (quand, où, par qui et comment)

À distance de 3 à 6 mois du dernier acte de traitement anticancéreux (traitements médicamenteux systémiques du cancer TMSC), radiothérapie, chirurgie, une ou plusieurs consultations seront proposées au patient par sa structure assurant son traitement. En cas de consultations successives avec plusieurs professionnels, l'établissement porteur du dispositif prêtera une attention particulière à la coordination et aux enchaînements de l'ensemble des consultations pour que le patient puisse, si possible, rencontrer les professionnels participants du dispositif en une même unité de temps et de lieu.

Une attention plus particulière est apportée aux patients actifs afin de coconstruire, s'il le souhaite, avec l'assistance de service social, un projet de retour à la vie professionnelle.

De quoi dispose le patient à la sortie du dispositif ?

À l'issue de ces temps dédiés, le patient dispose de :

- son PPAC adapté à sa situation ;
- des indications claires sur les prochains examens de surveillance à réaliser ;
- son plan d'aide personnalisé avec les modalités d'accès ainsi que les contacts des interlocuteurs pour des démarches administratives, le cas échéant ;
- la prescription de bilans psychologique, diététique, ou d'activité physique et de consultations de suivi diététiques et psychologiques dans le cadre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer selon les règles définies par le décret du 22 décembre 2020[1], selon ses besoins ;
- les ordonnances ou courriers de liaison pour l'organisation des soins en dehors du cadre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer (séquelles, kinésithérapie, etc.) ;
- des modalités d'appui à son projet de retour à la vie professionnelle, le cas échéant.

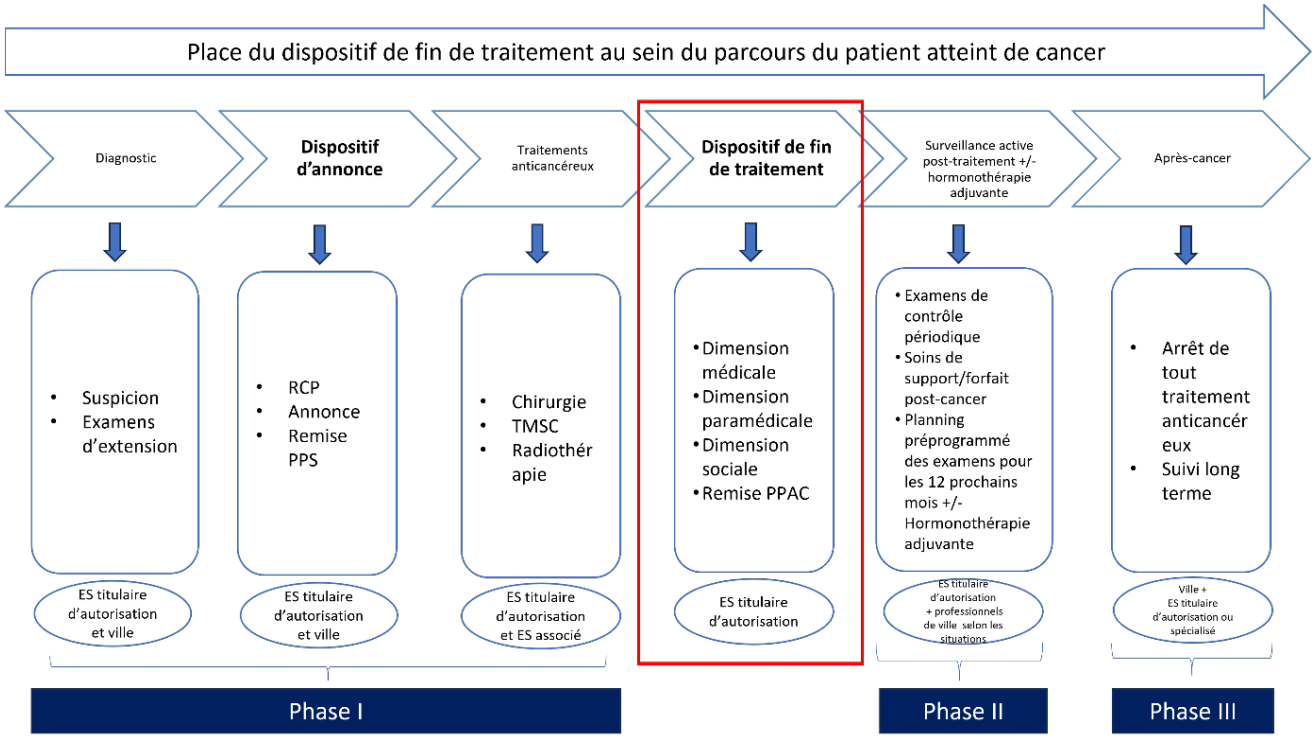
[1] https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042731150

[1] https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Parcours-de-soins-global-apres-les-traitements

1. LE PARCOURS DU PATIENT EN « FIN DE TRAITEMENT »

Comme mentionné dans la Stratégie décennale de lutte contre les cancers[2], la fin de traitement « marque le début d'une phase de surveillance active qui initie aussi un suivi sur le plus long terme ».

Figure 1. Positionnement du dispositif de fin de traitement au sein du parcours de soins du patient atteint de cancer



Le parcours du patient atteint de cancer peut se décomposer en trois phases distinctes :

- **phase I :** le parcours de traitement anticancéreux (TMSC [chimiothérapie anticancéreuse et traitements ciblés dont les immunothérapies] et/ou radiothérapie et/ou chirurgie) ;
- **phase II :** la surveillance post-traitement plus au moins associée à une hormonothérapie adjuvante ;
- **phase III :** l'arrêt de tout traitement et de la surveillance hospitalière prédominante.

La « fin de traitement » représente un moment de transition entre la phase I et la phase II. Ce moment de transition est l'occasion d'informer le patient sur les modalités de surveillance en post-traitement (phase II) et de poursuivre ou d'instaurer des soins de support permettant de l'accompagner dans son rétablissement.

Cette transition n'est pas synonyme d'arrêt de la surveillance des patients.

[2] Action II-9.5 de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.

DÉFINITIONS

Pour la bonne lecture du présent référentiel, une terminologie (cf. ci-dessous) définie par le groupe d'experts a été mise en place afin de décrire le dispositif de fin de traitement et les parcours des patients concernés.

- Par **« structure de traitement »** est entendu « les établissements hospitaliers titulaires d'autorisation au traitement de cancer et les cabinets libéraux de la radiothérapie ».
- Par **« transition »** est entendu « un passage entre la phase I et la phase II du parcours du patient. Ce passage est accompagné et préparé conjointement par l'équipe de la structure de traitement et le patient ».
- Par **« traitement anticancéreux »** est entendu « les traitements anticancéreux suivis à l'hôpital/en centre de radiothérapie (dont les traitements oraux pris à domicile) ou en hospitalisation à domicile (HAD) pour une période déterminée ».
- Par **« fin de traitement »** est entendu « l'arrêt de traitement du cancer par traitements médicamenteux systémiques du cancer (chimiothérapie, immunothérapie, traitements ciblés, etc.), par radiothérapie ou par chirurgie. »
- Par **« surveillance post-traitement »** est entendu « la période suivant la « fin de traitement » comprenant des examens, ainsi que des consultations de surveillance, réalisés de manière régulière pendant une durée déterminée, en fonction de la pathologie et de sa présentation, et en fonction des critères de fragilité du patient. Cette période de surveillance peut être coordonnée par l'équipe de la structure de traitement en lien avec les professionnels de ville ».
- Par **« après-cancer »** est entendu « l'arrêt de tout traitement anticancéreux (y compris l'hormonothérapie), la fin de la période de surveillance coordonnée par l'équipe de la structure de traitement initial et le début d'un suivi à long terme assuré par les spécialistes d'organe ou autres professionnels de ville ».

Le dispositif de « fin de traitement » s'applique dans deux situations.
Les parcours sont détaillés ci-après.

1.1. Le patient ayant terminé le traitement anticancéreux

Il s'agit de patients ayant terminé la dernière séance de radiothérapie, ou ayant reçu la dernière cure de traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC) ou ayant eu une chirurgie oncologique, ainsi que les patients recevant une hormonothérapie adjuvante qui ne sont plus convoqués de façon rapprochée par leur structure de traitement, ou ne sont plus en HAD le cas échéant.

Le patient peut alors être intégré au dispositif de fin de traitement avec la remise d'un programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC) qui prend le relais du programme personnalisé de soins (PPS)[3]. Dans ce cadre, il est informé du plan de surveillance post-traitement tel que prévu dans son PPAC et est accompagné pour préparer ses nouvelles étapes de vie vers l'après-cancer.

Ce PPAC indique :

- la nature et la fréquence des examens de contrôle, ainsi que les consultations devant être réalisées ;
- une préprogrammation des consultations de suivi par les équipes de cancérologie pour les douze mois suivants ;
- les coordonnées des interlocuteurs et le lieu des examens prescrits.

1.2. Le patient sous hormonothérapie adjuvante

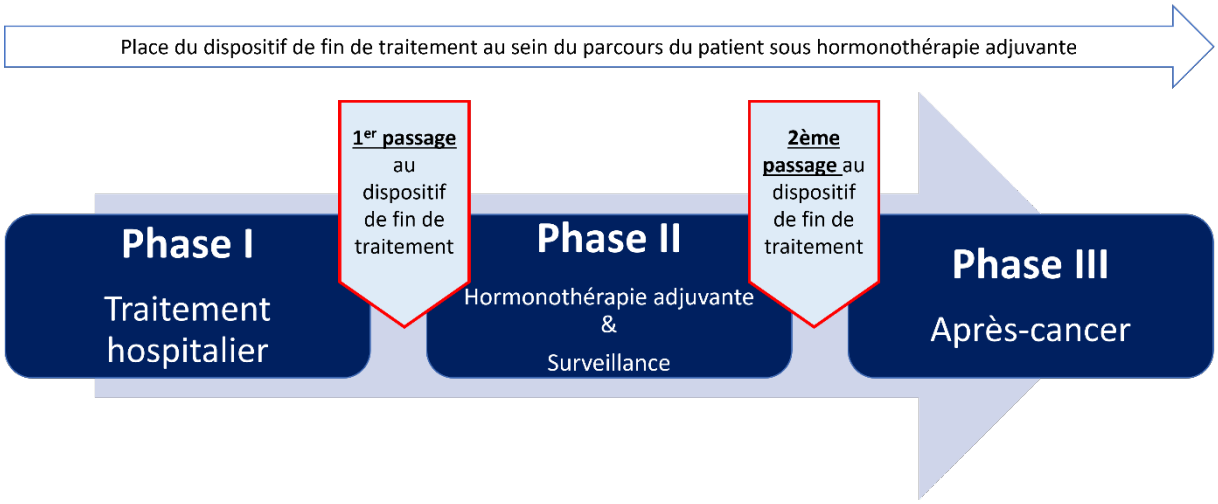
Les patients sous hormonothérapie adjuvante peuvent bénéficier du dispositif de fin de traitement, à deux moments de leur parcours.

À l'initiation de l'hormonothérapie, le dispositif est utile pour accompagner la bonne gestion des effets indésirables potentiels, et pour aider le patient à anticiper son retour à une vie moins centrée sur les soins.

À la fin de l'hormonothérapie, le patient est à nouveau accueilli dans le dispositif pour préparer l'après-cancer.

[3] https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/parcours-de-soins-des-patients/outils-d-evaluation-et-de-coordination

Figure 2. Positionnement du dispositif de fin de traitement au sein du parcours de soins du patient sous hormonothérapie adjuvante



1.3. Les patients non concernés par le dispositif de fin de traitement

Sur la base des différentes thérapies anticancéreuses existantes à ce jour, les situations suivantes ne relèvent pas du dispositif :

- patients recevant un traitement médical du cancer par thérapies orales, thérapies ciblées ou immunothérapies ;
- patients porteurs d'une pathologie maligne nécessitant un traitement chronique au long cours ;
- patients ayant reçu une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques ;
- patients ayant reçu un traitement par CAR-T Cells ;
- patients en situation palliative précoce et terminale / métastatique ;
- patients en situation d'échec thérapeutique ;
- patients ayant des séquelles physiques et/ou psychologiques nécessitant une prise en soins continue.

Ces patients ont déjà un suivi régulier sous la coordination de la structure de traitement. Des évaluations et des réévaluations de leurs besoins en soins oncologiques de support sont menées régulièrement pendant leurs parcours et des prises en soins sont proposées et mises en place. Il n'est donc pas pertinent de les inclure à ce stade dans le dispositif de fin de traitement.

Toutefois, lorsque ces patients n'ont plus aucun traitement ni surveillance rapprochée, ils peuvent tout à fait intégrer le dispositif de fin de traitement selon les conditions citées précédemment.

La situation des patients ayant eu un traitement par CAR-T Cells est particulière : compte tenu du caractère actuellement innovant de cette modalité de traitement, les patients continuent à être étroitement surveillés par l'équipe hospitalière après le traitement. Leur inclusion dans le dispositif de fin de traitement pourra être réévaluée après un recul suffisant.

Chez les patients en situation palliative précoce ou terminale ou en situation d'échec thérapeutique, la décision d'une prise en charge palliative avec l'arrêt ou la limitation des traitements spécifiques du cancer est discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire. Le patient est informé lors d'une consultation dédiée. Tous les professionnels impliqués dans la prise en soins sont informés de cette décision thérapeutique[4].

[4] https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/parcours-de-soins-des-patients/la-reunion-de-concertation-pluridisciplinaire

2. LE DISPOSITIF DE FIN DE TRAITEMENT

2.1. Les principes organisationnels et de fonctionnement

Le responsable du dispositif de fin de traitement

Ce dispositif est porté par un établissement titulaire d'autorisation à l'activité de soins de traitement du cancer, quelle que soit la modalité de traitement autorisée.

Les composantes du dispositif de fin de traitement

Le dispositif repose sur la sanctuarisation de temps dédiés pour échanger avec le patient sur ses besoins relatifs aux trois dimensions médicale, paramédicale et sociale.
Les sujets essentiels à évoquer lors des temps dédiés sont mentionnés dans les parties 2.2 à 2.4.
Il appartiendra à chaque professionnel d'enrichir l'entretien/consultation avec d'autres points supplémentaires et qu'il jugera utile de discuter avec le patient.

Les profils des professionnels réalisant la ou les différentes consultations du dispositif de fin de traitement

- Pour la dimension médicale : l'oncologue médical, l'onco-hématologue, l'onco-radiothérapeute, le chirurgien ou le spécialiste d'organe compétent en cancérologie[5].
- Pour la dimension paramédicale :
  - l'infirmier diplômé d'État (IDE) pour tous les patients. L'infirmier participant au dispositif d'annonce - si l'établissement en dispose - sera le professionnel le plus adapté pour réaliser cet entretien paramédical dans le cadre du dispositif de fin de traitement. Les infirmiers ayant une compétence particulière en coordination ou de parcours (IDEC), ou infirmiers en pratique avancée (IPA) peuvent également assurer ce type d'entretien;
  - le manipulateur d'électroradiologie médicale (MERM) pour les patients ayant reçu un traitement par radiothérapie ou des traitements concomitants (chimio-radiothérapie ou chirurgie-radiothérapie). Les MERM possèdent les compétences nécessaires et communiquent avec les IDE pour assurer conjointement l'entretien paramédical pour ces patients, notamment pour ceux qui ont été traités sur deux sites géographiques différents.
- Pour la dimension sociale :
  - l'assistant de service social si la structure de traitement en dispose ;
  - les professionnels de santé ayant une compétence sur la prise en charge sociale ;
  - s'il n'y a pas de ressources disponibles en interne, l'équipe de la structure de traitement en charge de la coordination avec la ville doit être en capacité de recourir à un accompagnement social en s'appuyant sur les acteurs territoriaux, de coordination ou associatifs tels que les DAC, les CPTS, les MSP, les CCAS ou les associations intervenant dans le champ du cancer.

[5] Il s'agit de spécialiste d'organe titulaire d'une compétence en cancérologie dans sa spécialité (titulaire du DESC de cancérologie option traitements médicaux du cancer ou ayant obtenu la VAE du DESC de cancérologie par voie universitaire ou par voie ordinale ou titulaire de la FST de cancérologie : traitements médicaux des cancers, déclinaison cancérologie de l'adulte

Les modalités d'organisation du dispositif de fin de traitement

Le patient a accès au dispositif de fin de traitement dans les 3 mois et dans un délai maximal de 6 mois suite à son dernier acte de traitement du cancer, sa dernière séance de radiothérapie, de chimiothérapie ou de chirurgie (quand il n'y a que de la chirurgie). Le patient sous hormonothérapie adjuvante bénéficie du dispositif dans les 3 mois qui suivent le début de la mise en place du traitement d'hormonothérapie adjuvante.
Ce délai à distance du dernier acte de traitement du cancer permet au patient de récupérer pleinement des phases intenses de soins et de se préparer à aborder les questions liées à la surveillance et à la vie d'après-cancer.

Il n'y a pas de modèle organisationnel unique pour la mise en place du dispositif de fin de traitement. Dès lors que des temps dédiés aux dimensions médicales, paramédicale et sociale sont prévus, la structure de traitement est libre d'allouer comme elle le souhaite les ressources humaines pour leur mise en œuvre. Il peut s'agir d'une seule consultation avec le cancérologue qui fait le lien avec les professionnels référents pour les dimensions paramédicale et sociale, comme de plusieurs temps d'échanges successifs avec les différents professionnels concernés.

Deux exemples d'organisation possibles :

1. en cas d'une seule consultation assurée par le cancérologue, les sujets relatifs aux dimensions paramédicale et sociale peuvent être investigués par le cancérologue ; au besoin, il sollicite dans la suite de cette consultation le professionnel paramédical et médico-administratif pour développer davantage les sujets respectifs sur ces deux dimensions avec le patient ;
2. en cas de consultations multi-professionnelles qui peuvent être organisées de façon successive sans ordre imposé, les sujets des trois dimensions peuvent être abordés mutuellement par les professionnels éligibles réalisant les différentes consultations (cf. description des profils au point suivant).

Quelle que soit la modalité choisie par la structure de traitement,
les trois dimensions doivent être abordées avec le patient.

Dans la mesure du possible, une organisation dans une même unité de temps
et de lieu est à privilégier.

L'information du patient sur le dispositif de fin de traitement

Préalablement à la réalisation de tout entretien ou consultation, l'équipe de la structure de traitement informe le patient du déroulement du dispositif de fin de traitement. Ces explications lui sont données à l'occasion de la dernière séance de radiothérapie ou chimiothérapie ou en consultation de suivi post-chirurgical. L'équipe de la structure recueille également l'accord du patient concernant l'accès à ses informations personnelles, par les professionnels (hospitaliers et libéraux) participants au dispositif, et par l'assistant de service social.

La transmission des informations dans le cadre du dispositif de fin de traitement

Chaque entretien/consultation fait l'objet d'un compte-rendu qui est intégré au dossier médical du patient.

Ces comptes-rendus ainsi que le PPAC sont déposés dans le dossier communicant de cancérologie (DCC) ou transmis, par les moyens sécurisés par la structure de traitement, au médecin traitant du patient et aux professionnels libéraux de ville le cas échéant. Cette transmission permet notamment d'informer le médecin traitant de la fin du suivi rapproché du patient par la structure de traitement et de favoriser la transition vers une surveillance ambulatoire.

2.2. Le temps dédié à la dimension médicale

Il s'agit d'une consultation programmée et dédiée au dispositif de fin de traitement. Elle ne doit pas se substituer à une consultation de fin de séance de radiothérapie ou de chimiothérapie.

Les éléments abordés lors du temps médical sont listés ci-après. Ils permettent d'effectuer une synthèse de la situation du patient sur le plan clinique, d'élaborer le suivi post traitement (PPAC) et d'orienter le patient vers les professionnels ou services compétents selon ses besoins ou sa situation spécifique.

Les éléments cliniques et relatifs au suivi post-traitement du patient, à aborder avec l'ensemble des patients sont :

- le résumé du traitement anticancéreux reçu. Cet échange sur l'histoire de la maladie et le vécu des traitements par le patient est l'occasion de l'informer sur le repérage et la gestion des toxicités et des séquelles pouvant survenir tardivement ;
- les conclusions de l'examen clinique éventuellement pratiqué lors de cette consultation ;
- l'éducation du patient sur le bon usage de l'automédication. À la fin du parcours du patient atteint de cancer, il est important d'informer et réinformer le patient sur le risque éventuel de la prise des médicaments hors prescription médicale dans la phase de surveillance post-traitement, le cas échéant. En cas de repérage des patients à risque ou de besoins exprimés par les patients, le médecin réalisant la consultation médicale oriente le patient vers les programmes d'ETP adaptés ;
- les modalités générales du suivi post-traitement et la préprogrammation des examens de surveillance. Le médecin réalisant la consultation médicale explique au patient le principe et les modalités générales du plan de suivi post-traitement ainsi que la prescription des différents examens à réaliser et leur périodicité ;
- les interactions avec les acteurs de ville. Il est essentiel de rappeler le rôle du médecin traitant et/ou d'autres spécialistes dans la période de l'après-cancer et dans le traitement éventuel des séquelles. Selon les modalités de suivi inscrites dans le PPAC du patient, certains examens pourront être prescrits (notamment par le médecin traitant) et effectués en ville.

Les éléments complémentaires à aborder selon les spécificités du patient sont :

- la conciliation médicamenteuse à l'hôpital : certains patients ont reçu un suivi pharmaceutique au début de leur traitement anticancéreux, parfois accompagné d'un bilan de médication. Il appartient au médecin réalisant la consultation médicale de repérer les patients pour lesquels une conciliation médicamenteuse serait nécessaire en fin de traitements anticancéreux (les critères de repérage peuvent avoir été discutés, voire définis en amont, avec les pharmaciens hospitaliers, au sein de chaque équipe).
  Il serait alors utile de prévoir la mise à jour de ces informations lors de la consultation médicale, en lien avec le pharmacien hospitalier, et de partager les informations avec les médecins de ville ;
- les informations concernant les actes de la reconstruction[6]. La reconstruction représente un aspect majeur du vécu de l'après-cancer[7]. Des informations claires sur la nature et l'accès aux reconstructions doivent être communiquées au patient afin de lui permettre une décision éclairée[8] ;
- le conseil génétique, en cas de syndrome de prédisposition génétique au cancer suspecté ou avéré.

2.3. Le temps dédié à la dimension paramédicale

Ce temps dédié permet de réévaluer les besoins en accompagnement des patients dans cette phase de l'après-traitement, dans la continuité des précédentes évaluations effectuées au cours de son parcours de soins.

Il s'agit d'orienter le patient vers des ressources et un soutien adéquat pour gérer les conséquences physiques et psychologiques du cancer et de ses traitements, dans une approche de prévention tertiaire.

Les éléments de prévention tertiaire à aborder avec les patients sont :

- l'identification et la prévention des séquelles. La prise en charge des séquelles est un enjeu fort annoncé dans la Stratégie décennale de lutte contre les cancers[9]. Selon l'étude VICAN5, « deux personnes sur trois souffrent de séquelles 5 ans après un diagnostic de cancer, dues à la maladie ou aux traitements » (INCa 2018)[10]. L'entretien paramédical est l'occasion d'évoquer le sujet et de procéder à l'identification et la prévention des séquelles[11] sur les plans physique et psychique ;
  - l'état émotionnel et psychologique (anxiété, syndrome dépressif…) du patient. Après avoir traversé une période intense sur le plan thérapeutique, les patients peuvent à l'arrêt des traitements anticancéreux se sentir désorientés. Il est essentiel de renforcer leur accompagnement pendant cette période de transition. L'analyse de leurs besoins permet de les orienter vers des dispositifs d'accompagnement et de soutien adaptés, de les préparer aux étapes post-traitement, et à la réintégration dans un quotidien moins en contact avec la structure de traitement ;
  - les informations relatives à l'hygiène de vie et à la prévention de seconds cancers. Selon les résultats d'évaluations du patient, les informations relatives à la prise en charge des addictions ainsi que des conseils nutritionnels et de pratique d'activité physique[12]

[6] Action II-5 de la Stratégie décennale de lutte contre le cancer
[7] Action II-1 de la Stratégie décennale de lutte contre le cancer
[8] https://www.has-sante.fr/jcms/p_3351382/fr/reconstruction-mammaire-de-la-reflexion-a-la-decision
[9] Axe II de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.
[10] Chiffres clés tirés de l'étude VICAN (« La vie cinq ans après un diagnostic de cancer » – INCa, juin 2018).
[11] Action II-7.6 de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.
[12] https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels

pourront être données au patient. Le patient est de plus invité à revoir son calendrier vaccinal avec son médecin traitant.

Les ressources vers lesquelles orienter les patients en fonction de leurs besoins sont :

- les besoins en soins oncologiques de support. Bien que les besoins en soins de support doivent être évalués tout au long du parcours du patient[13] [14], ils sont dans les faits insuffisamment évalués en fin de parcours hospitalier[15].Cette réévaluation des besoins définis dans le panier de soins de support de l'INCa[16] s'avère nécessaire pour préparer le patient à entrer dans la phase post-traitement. Selon les résultats, le patient bénéficiera de soins proposés par sa structure de traitement, les associations ou les prestataires de ville ;
- les besoins en éducation thérapeutique du patient (ETP) et son orientation le cas échéant. Savoir prévenir et gérer les effets indésirables provoqués par certains traitements adjuvants est nécessaire pour les patients. Des programmes d'ETP traitant ce sujet[17] ont pour but de sensibiliser et d'aider les patients à mieux repérer et gérer ces effets indésirables et à avoir une bonne hygiène de vie[18]. L'évaluation des besoins du patient et son orientation vers des programmes d'ETP adaptés contribuent à l'amélioration de sa qualité de vie. L'identification d'éventuelles séquelles au cours de l'entretien pourra notamment justifier une orientation vers des programmes d'ETP ou des prises en charge spécifiques adaptées.

Pour aborder les sujets et/ou réaliser les évaluations citées ci-dessus, plusieurs questionnaires d'évaluation validés au niveau national ou international sont à disposition des professionnels comme les questionnaires les plus couramment utilisés EQ-5D, SF-36, SF-12[19] [20] afin d'évaluer la qualité de vie, valables pour toute pathologie cancéreuse. Les questionnaires d'évaluation et d'autoévaluation en soins de support produits par l'INCa sont également accessibles et faciles à utiliser[21] [22].

Si le patient a été bénéficiaire d'une ou plusieurs évaluations au cours de son parcours, l'évaluation en fin de traitement pourrait permettre d'ajuster les nouveaux besoins.

[13] https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/referentiel-organisationnel-national-soins-oncologiques-de-support-des-patients-adultes-atteints-de-cancer
[14] Art. R. 6123-91-10 du code de la santé publique
[15] D'après le troisième baromètre de l'Association francophone pour les soins oncologiques de support, seulement 17 % des patients bénéficient d'une évaluation des besoins en soins de support à l'arrêt de traitements. https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2024/07/DP-AFSOS-Barometre-SOS.pdf
[16] https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/parcours-de-soins-des-patients/soins-de-support
[17] Tous les programmes d'ETP sont déclarés à l'Agence régionale de santé dépendante
[18] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_ksein_vd.pdf
[19] https://euroqol.org/information-and-support/euroqol-instruments/eq-5d-5l/
[20] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-04/iqss_guide_proms_general_2021.pdf
[21] https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/referentiel-organisationnel-national-soins-oncologiques-de-support-des-patients-adultes-atteints-de-cancer
[22] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil__echelle_had.pdf

2.4. Le temps dédié à la dimension sociale

L'objectif de ce temps dédié est d'accompagner et/ou d'orienter au mieux le patient vers des ressources et un soutien adéquat pour gérer des conséquences sociales du cancer et de ses traitements, dans la continuité des actions déjà entreprises au cours de son parcours.

Il s'agit selon la situation du patient de proposer des orientations concrètes vers les différents dispositifs réglementaires existants et de faciliter l'accès aux droits. En cas de projet de reprise d'activité professionnelle, les étapes essentielles visant à assurer cette reprise dans les meilleures conditions seront évoquées avec le patient et des premières démarches en appui de ce projet pourront être effectuées.

Les besoins identifiés sur le versant social seront pris en compte par les professionnels compétents de l'établissement en lien avec les travailleurs sociaux de ville, avec le médecin traitant du patient et son médecin du travail le cas échéant.

Les éléments constitutifs de l'évaluation des besoins d'accès à des dispositifs réglementaires de soutien sont :

- l'évaluation et l'analyse des besoins en termes de prise en charge sociale. Cette évaluation globale sur la situation sociale du patient comporte plusieurs aspects[23] : milieu professionnel, financier, environnement personnel, logement, accès aux soins, vie quotidienne, etc. Le résultat de cette évaluation permet d'identifier plus précisément les prises en charge sociales correspondant aux besoins des patients ;
- le droit d'accès aux aides et allocations pour les patients présentant des séquelles physiques. Les séquelles physiques, la perte d'autonomie voire les handicaps éventuellement induits par le cancer et les traitements anticancéreux peuvent dans certains cas avoir des conséquences sociales et financières importantes. Les droits d'accès aux différentes aides et/ou dispositifs réglementaires existants sont à évoquer avec le patient lors de cet échange le cas échéant.

Le projet de retour à l'emploi :

- pour les patients actifs, une attention particulière est portée aux besoins d'accompagnement et plan d'action pour préparer le retour au travail, afin que le patient retrouve sereinement une reprise d'activité professionnelle. Le patient reçoit des informations quant aux différents dispositifs existants concernant le maintien ou le retour à l'emploi auxquels il peut accéder selon sa situation (temps partiel thérapeutique, temps complet, rééducation professionnelle, reclassement professionnel, autres). La nécessaire implication du médecin de travail est évoquée avec le patient dans le cas de séquelles post-traitement impactant la reprise du travail[24]. La visite de préreprise est encouragée en vue de mener les aménagements éventuels du poste de travail du patient et d'anticiper le risque désinsertion professionnelle[25] ;
- pour les patients qui le souhaitent, le professionnel réalisant l'entretien social peut initier le premier contact avec le médecin traitant et/ou l'employeur du patient les informant la situation du celui-ci ainsi que son projet de la reprise du travail ;

[23] https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2016/12/Enjeux-dune-PEC-sociale-des-patients-atteints-de-cancer_AFSOS_2021.pdf

[24] https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/maintien-et-retour-a-l-emploi-pendant-et-apres-un-cancer

[25] https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/maintien-et-retour-a-l-emploi-pendant-et-apres-un-cancer

2.5. Ce dont le patient dispose à la sortie du dispositif de fin de traitement

Le PPAC

À la sortie du dispositif de fin de traitement, un PPAC est remis au patient, accompagné de différents éléments et informations utiles adaptés à sa situation.

Le PPAC contient les items minimaux proposés par l'INCa[26] : une information au patient sur la mise en place du suivi après traitement, un volet de surveillance médicale avec notamment un plan personnalisé de surveillance, un volet relatif à la qualité de vie et à l'accès aux soins de support, un volet relatif à l'accompagnement social et un volet contacts des interlocuteurs clés du patient, y compris associatifs.

Le PPAC est remis au patient à l'issue de la consultation médicale. Une copie du PPAC est intégrée dans le DCC également accessible aux professionnels de ville impliqués dans la prise en soins du patient.

Ce PPAC peut être alimenté par les professionnels des structures de traitement et de ville tout au long du parcours de l'après-cancer du patient.

Les autres éléments remis au patient en fin de dispositif

En complément du PPAC à la sortie du dispositif de fin de traitement, le patient dispose également, dépendamment de ses souhaits et besoins, des informations utiles ou orientations concrètes autour des trois volets : médical, paramédical et social.

Volet médical :

- une prescription nécessaire et le courrier d'adressage vers les services ou les professionnels compétents si le patient a besoin d'une prise en charge des séquelles potentielles en lien avec son cancer à proximité de son domicile ;
- un bilan de médication ou un plan pharmaceutique personnalisé faisant suite à une expertise pharmaceutique clinique en lien avec la conciliation médicamenteuse éventuellement pratiquée par le pharmacien hospitalier après concertation avec le cancérologue ;
- un courrier d'adressage vers le service et/ou les professionnels compétents en cas de souhait du patient de reconstruction post-chirurgie oncologique.

Volet paramédical :

- la prise de contact avec les services de soins de support internes ou l'adressage du patient vers les offreurs de soins oncologiques de support en ville ;
- la prescription par un médecin habilité d'un ensemble de bilans et de consultations dans le cadre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer selon les règles définies par le décret du 22 décembre 2020 selon le souhait du patient ;
- l'inscription aux programmes d'ETP existants sur la gestion des effets indésirables voire les séquelles si le patient exprime ses besoins au regard de sa situation.

[26] https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/parcours-de-soins-des-patients/outils-d-evaluation-et-de-coordination

Volet social :

- le plan d'aide personnalisé dans lequel figurent les différentes démarches administratives à effectuer pour l'accès aux droits et/ou aides adaptés à la situation du patient ;
- selon les besoins identifiés et le plan d'aide personnalisé :
  - un courrier d'adressage vers les interlocuteurs de proximité pour accompagner le patient dans ses démarches relatives aux prestations d'allocation[27] :
  - vers la CPAM et autres caisses selon le régime du patient concernant les allocations de protection sociale ;
  - vers la Caf concernant les aides à la vie quotidienne
  - vers la MDPH en vue d'obtention des allocations spécifiques relatives à la perte d'autonomie (PCH) ou des allocations relatives aux adultes handicapés (AAH) ;
  - les modalités d'accès au droit à l'oubli si le patient envisage un accès à la propriété ;
  - un résumé des prises de contact avec les médecins traitants et/ou employeur du patient éventuellement réalisé par le professionnel réalisant l'entretien social ;
  - un projet de retour à l'emploi pour les patients actifs selon le régime d'origine du patient (général, agricole, fonction publique ou profession libérale).

Le patient est libre de partager toutes ces informations (PPAC et éléments associés) avec le ou les professionnels de santé qu'il souhaite.

[27] https://www.cancer.fr/personnes-malades/vivre-avec-un-cancer/droits-et-demarches/demarches-administratives-et-sociales/interlocuteurs-administratifs

3. LES SPÉCIFICITÉS DES POPULATIONS PARTICULIÈRES

Certains patients présentent des besoins spécifiques en fonction de leur âge ou de leur situation personnelle ou clinique particulière. Des éléments liés aux besoins spécifiques de ces patients sont à discuter avec le patient et ses proches au cours des différents entretiens/consultations du dispositif de fin de traitement. Ils font l'objet d'un résumé dans le dossier du patient informatisé et partageable, après recueil du consentement du patient, avec les professionnels de santé (hospitaliers et libéraux) et les professionnels exerçant dans les structures médico-sociales ainsi que les structures de coordination impliquées dans la prise en soins du patient.

3.1. Les enfants/adolescents et jeunes adultes (AJA)

Plus de 2 260 enfants de 0 à 17 ans sont touchés par un nouveau cancer en France chaque année selon les registres nationaux et 2300 AJA de 18 à 24 ans[28]. La survie des enfants et adolescents atteints d'un cancer a augmenté de manière très significative et dépasse aujourd'hui 80 %, tous cancers confondus[29].

Néanmoins, ces populations présentent des besoins différents en termes de suivi post-traitement par rapport aux patients adultes atteints de cancer.

Pour leur dispositif de fin de traitement il est conseillé de prendre en considération les éléments suivants :

- l'évaluation des besoins d'accompagnement de la famille - notamment des parents/proches aidants et de la fratrie des enfants malades en phase post-traitement - et l'organisation de l'accès aux services ou ressources compétents ;
- l'information sur l'importance du suivi de long terme, notamment en matière de prévention et/ou de diagnostic des séquelles et de risque de second cancer ;
- l'organisation des rappels vaccinaux, si nécessaire, et la planification de la reprise du calendrier vaccinal de la population générale.

Pour les patients AJA, il est conseillé de prendre également en considération des éléments spécifiques suivants :

- l'organisation des actions d'accompagnement pour la réinsertion scolaire, universitaire ou formation professionnelle[30], et d'accompagnement social et psychologique, notamment dans une perspective d'autonomisation progressive s'agissant des AJA ;
- la préparation de la transition enfant/adulte dans l'organisation de l'après-cancer en lien avec le dispositif du suivi à long terme des personnes guéries d'un cancer durant l'enfance, l'adolescence ou la période de jeunes adultes[31] [32];
- l'organisation de la conciliation médicamenteuse pour les patients le nécessitant, particulièrement pour les adolescents dont la présence des parents est requise. Au-delà de

[28] https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/la-lutte-contre-les-cancers-pediatriques-en-france-enjeux-actions-et-perspectives
[29] https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/le-suivi-a-long-terme-des-adultes-gueris-d-un-cancer-traites-durant-l-enfance-l-adolescence-ou-la-periode-de-jeunes-adultes
[30] Axe II-14 de la Stratégie décennale de lutte contre le cancer
[31] https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/le-suivi-a-long-terme-des-adultes-gueris-d-un-cancer-traites-durant-l-enfance-l-adolescence-ou-la-periode-de-jeunes-adultes
[32] Action IV-2.11 de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030

la conciliation médicamenteuse, l'initiation de la phase d'entretien/maintenance propre à certains protocoles d'oncohématologie pédiatrique doit inciter à la réalisation d'entretiens de sortie d'hospitalisation avec les patients en présence des parents si les enfants ou adolescents le souhaitent, et en lien avec la pharmacie d'officine a minima ;
- le rappel des modalités mises en place concernant, s'il y a lieu, les techniques de préservation de la fertilité[33], ainsi qu'une offre d'accompagnement relative à la santé sexuelle, notamment pour les AJA.

3.2. Les personnes âgées

Le suivi des patients âgés de 75 ans et plus et atteints de cancer peut présenter des spécificités liées aux comorbidités quasi-constantes, à la polymédication et à la fragilité nécessitant une approche multidisciplinaire et pluriprofessionnelle[34]. Ces populations présentent des besoins différents en termes de suivi post-traitement par rapport à d'autres patients adultes atteints de cancer. Il est conseillé de prendre en considération les éléments suivants dans le cadre du dispositif de fin de traitement :

- l'organisation du retour à domicile en lien avec les professionnels libéraux ou en établissement d'accueil comme un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)[35] ;
  - dans le cas d'un maintien à domicile et selon ses besoins, le patient âgé pourra être accompagné dans les démarches pour bénéficier d'allocation personnalisée d'autonomie (APA). L'utilisation de la grille AGGIR pourra alors permettre d'évaluer le niveau de perte d'autonomie du patient. Cette grille pourrait être utilisée par le praticien réalisant la consultation médicale ou par l'équipe médico-sociale[36] ;
- l'évaluation des besoins renforcés en soins de support[37] et de la fragilité[38], ainsi que de l'observance thérapeutique pour les patients le nécessitant ;
- l'organisation de la conciliation médicamenteuse pour le patient le nécessitant ainsi que la transmission sécurisée d'informations nécessaire au pharmacien d'officine du patient, en y associant si applicable l'ensemble des éléments cliniques issues d'une évaluation oncogériatrique ;
- l'organisation du lien avec les spécialistes de ville, selon les évaluations des séquelles et la prise en charge des pathologies chroniques hors cancer, le cas échéant. Cette organisation pourra s'appuyer sur les unités de coordination en oncogériatrie (UCOG)[39], les équipes mobiles de gériatrie ou les DAC pouvant aider à trouver les spécialistes en ville ayant une compétence en gériatrie.

[33] Art. R. 6123-91-8. du code de la santé publique
[34] https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatrie/Parcours-de-soins-des-patients-ages
[35] https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/l-organisation-de-l-offre-de-soins/oncogeriatrie/parcours-de-soins-des-patients-ages
[36] https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-fonctionne-la-grille-aggir
[37] https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatrie/Parcours-de-soins-des-patients-ages
[38] Art. D. 6124-131-4 du code de la santé publique
[39] https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatrie/Les-unites-de-coordination-et-antennes-d-oncogeriatrie#toc-missions-des-unit-s-de-coordination-en-oncog-riatrie

4. L'IMPLICATION DES DIFFÉRENTS ACTEURS DANS LE CADRE DU DÉPLOIEMENT DU DISPOSITIF DE FIN DE TRAITEMENT

Différents acteurs sont impliqués dans la mise en place du dispositif de fin de traitement pour les patients atteints de cancer.

Il est important de clarifier, dans ce référentiel, l'implication attendue de chacun dès le démarrage du dispositif.

4.1. Le patient

Le patient bénéficiaire du dispositif de fin de traitement doit être informé de celui-ci par la structure de traitement le prenant en charge et disposer d'un temps suffisant pour préparer ses consultations et entretiens. Il doit avoir la possibilité, s'il le souhaite, d'être accompagné par un proche de son choix pendant les différents entretiens/consultations du dispositif. Il a également la possibilité de refuser d'intégrer le dispositif et doit, dans ce cas, être informé des conséquences de ce choix.

Avant les consultations, il est expliqué et conseillé au patient de préparer ses consultations. Pour cela, il est souhaitable :

- qu'il remplisse le questionnaire d'évaluation de la qualité de vie[40]. Il pourra obtenir, au besoin, des informations complémentaires sur son cancer et/ou les traitements reçus ;
- qu'il liste ses questions, ses besoins et ses préoccupations personnelles sur la phase de surveillance post-traitement et de l'après-cancer ;
- qu'il prépare en amont de la consultation les ordonnances dont il dispose pour d'autres pathologies, le cas échéant.

Pendant les consultations, le patient :

- informe les professionnels de santé des événements survenus depuis leur dernier rendez-vous (hospitalisations, consultations, examens, changement de traitements…) ;
- fournit, le cas échéant, les coordonnées de ses professionnels habituels de ville (médecin généraliste, pharmacien, infirmier libéral, kinésithérapeute…) à l'équipe hospitalière/centre de radiothérapie pour que cette dernière puisse inscrire ces informations dans le PPAC. Ces informations constituent un répertoire des intervenants en phase de surveillance post-traitement et de l'après-cancer du patient et facilitent la communication entre eux.

Il informe également son médecin traitant à l'occasion d'une consultation ordinaire, de son passage dans la phase de surveillance d'après cancer et partage, s'il le souhaite, son PPAC avec lui.

[40] Cf. les références des questionnaires en note de bas de page de la partie 2.3 – Le temps dédié à la dimension paramédicale

4.2. L'établissement titulaire d'autorisations

Les principales missions de l'établissement mettant en place le dispositif sont de :

- allouer les ressources nécessaires pour la mise en place du dispositif de fin de traitement. L'implication de la direction de l'établissement est primordiale pour faciliter la mise en place d'une nouvelle organisation impliquant plusieurs profils de professionnels de santé ;
- établir une communication stable et régulière proposée aux professionnels de ville en s'appuyant sur les outils de communication sécurisés déjà existants (messagerie sécurisée de santé [MSSanté], DCC…) ;
- donner accès aux professionnels de ville sur les formations qu'il organise sur le repérage et la gestion des séquelles et des toxicités tardives liées aux traitements anticancéreux ;
- mettre en place des programmes ETP lors que cela est possible ;
- communiquer sur la mise en place du dispositif de fin de traitement à la fois auprès des patients et auprès des professionnels de santé de son établissement. Cette communication doit être accompagnée de l'information sur l'existence et sur l'utilisation du PPAC ;
- assurer la formation des patients aux outils digitaux, pour ceux sous hormonothérapie adjuvante auxquels un dispositif de télésurveillance est proposé.

4.3. Le professionnel libéral

Les missions du professionnel libéral sont de :

- mettre en œuvre, conjointement avec la structure de traitement, le PPAC ou la surveillance alternée du patient le cas échéant ;
- assurer le relais avec la structure de traitement en cas de besoin ;
- pour le médecin généraliste ou le pédiatre, ils peuvent, selon les besoins ou le souhait du patient, prescrire un ensemble de bilans et de consultations dans le cadre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer selon les règles définies par le décret du 22 décembre 2020[41] [42] ;
- faire remonter régulièrement les informations au cours du suivi du patient vers la structure de traitement notamment en cas de surveillance alternée à l'aide des moyens de communication déjà existants ou des outils mis en place par la structure de traitement ;
- organiser une visite de préreprise pour les patients actifs (pourrait être initiée par le médecin généraliste) dans l'objectif de prévoir les aménagements adaptés au poste de travail du patient ;
- participer, s'ils en ont la possibilité, aux formations proposées par la structure de traitement sur le repérage et la gestion des séquelles et toxicités tardives liées aux traitements anticancéreux.

4.4. La tutelle régionale (ARS)

Les ARS accompagnent le déploiement du dispositif dans leur région. Elles veillent à l'échelle régionale à la mise en place du dispositif de fin de traitement dans les établissements titulaires d'autorisation avec les DSRC et accompagnent sa mise en œuvre.

[41] https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042731150

[42] https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/parcours-de-soins-des-patients/l-apres-cancer/parcours-de-soins-global-apres-les-traitements

4.5. Les dispositifs de coordination (DSRC, 3C, DAC, UCOG)

Ces dispositifs peuvent accompagner le déploiement du dispositif via des actions relevant de leurs champs respectifs.

- DSRC :
  - ils recensent l'offre en soins de support (dont la prise en charge sociale) de leur région et mettent à disposition ces informations dans des annuaires dédiés ;
  - ils recensent et diffusent les bonnes pratiques organisationnelles et professionnelles auprès des acteurs hospitaliers et de ville de leur région dans un but d'harmonisation ;
  - ils facilitent l'usage numérique et le déploiement des outils existants pour la transmission sécurisée d'informations du patient entre les professionnels de santé (hospitaliers et libéraux) ;

- 3C :
  - ils promeuvent et accompagnent les professionnels de santé dans le déploiement du PPAC ;
  - ils facilitent la communication entre la structure de traitement et le professionnel libéral dans le cadre de la mise en place du dispositif, notamment en cas de difficultés rencontrées par les acteurs concernés ;

- DAC[43] :
  - ils peuvent être sollicités en appui notamment sur le volet social pour identifier un assistant de service social afin de réaliser l'entretien dédié, ainsi que pour la mise en place de l'accompagnement social ; ou également pour identifier des spécialistes non cancérologues pour la prise en soins des patients complexes.

- UCOG :
  - elles peuvent être sollicitées pour identifier les spécialistes en ville ayant une compétence dans la prise en soins des patients âgés.

Des travaux complémentaires relatifs au suivi du déploiement de ce dispositif seront envisagés par la suite.

[43] https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/article/tout-comprendre-des-dispositifs-d-appui-a-la-coordination

5. MÉTHODOLOGIE

La production de l'expertise s'est déroulée en 4 grandes étapes.

1. **Travail préparatoire de l'expertise à partir des données existantes relatives aux modalités d'organisation de fin de traitement actif**

- Revue et analyse de la bibliographie

En parallèle de l'état des lieux mené par le groupe BVA, des recherches bibliographiques ont été faites sur Pubmed® et LiSSa entre le 10 et 28 avril 2023 avec les mots clés « antineoplastic agent » ; « end treatment » ; « programme » ; « intervention » ; « hôpitaux » ; « fin de traitement ». La sélection a été principalement réalisée sur les titres et articles d'auteurs français et anglais rédigés en langues française et anglaise, et publiés entre janvier 2013 et mars 2023.

Les résultats d'analyse de la littérature s'avèrent peu satisfaisants. S'agissant d'un nouveau dispositif hospitalier à mettre en place dans les établissements prenant en soins des patients atteints de cancer, peu de données contenues dans les bases Pubmed ou LiSSa permettent d'alimenter directement les travaux. L'état des lieux, cité ci-dessous, confirme l'absence de formalisme sur la fin de traitement actif du patient, ce qui explique l'absence d'exploitation ou de description de cette partie du parcours patient dans la littérature.

Des recherches complémentaires ont été menées sur les sites web institutionnels[44] aux États-Unis, Japon et Pays-Bas. La production de données fut insuffisante également.

- Etat des lieux sur la fin des traitements anticancéreux

L'Institut national du cancer a réalisé un état des lieux sur la fin des traitements anticancéreux. Cette étude avait pour but de recueillir des données quantitatives et qualitatives sur le vécu, au moment de la fin du traitement, des patients et des professionnels de santé.

Pour ce faire, entre mars et mai 2023, les professionnels de santé hospitaliers et libéraux, ainsi que les patients et leurs proches ont été interrogés dans le cadre d'entretiens et d'enquêtes en ligne. Au total :

- sur le volet quantitatif : 401 patients, 404 aidants et 80 oncologues ont répondu à l'enquête en ligne ;
- sur le volet qualitatif : 13 patients, 7 proches de patients et 24 professionnels de santé (médecins généralistes, infirmiers diplômés d'état et oncologues) ont été interrogés dans le cadre d'entretiens individuels et d'entretiens en groupe.

Cet état des lieux, en phase avec les travaux de la recherche bibliographique menés en parallèle, confirme qu'une formalisation de l'annonce de fin de traitement, ainsi que la préparation des patients à la phase du suivi post-traitement sont attendues. Les résultats montrent aussi que la mise en place d'un tel dispositif implique un renforcement des relais ville-hôpital.

[44] Principalement les sites de ASCO (American Society of Clinical Oncology,), de NCI (National Cancer Institute), de NCC (National Cancer Center Institute for Cancer Control),de DKFZ (Deutsches Krebsforschungszentrum).

Les enseignements issus de cet état des lieux ont servi à enrichir le cadrage du projet de référentiel organisationnel défini par l'équipe INCa.

2. Consultation des parties intéressées pertinentes

En amont de la préparation des travaux, l'Institut national du cancer a organisé une consultation préalable des parties intéressées pendant le premier semestre 2023, afin de recueillir leurs attentes, leurs besoins et leurs points de vigilance. Les retours ont permis de structurer les grands axes de réflexion et les thématiques à discuter avec le groupe de travail.

Les parties intéressées ayant fait un retour sont :

- les Agences régionales de santé : Auvergne-Rhône-Alpes, Corse, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
- les fédérations hospitalières : Fédération hospitalière de France (FHF), Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personnes privés solidaires (FEHAP), Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD), Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (Unicancer) ;
- les dispositifs spécifiques régionaux en cancérologie (DSRC) : Bourgogne Franche-Comté, Grand-Est, Guadeloupe, Hauts-de-France, Ile-de-France, Normandie, Nouvelle Aquitaine, Pays de la Loire, Paca-Corse.

3. Constitution d'un groupe d'experts

Les travaux d'expertise s'appuient également sur un groupe d'experts qui a été constitué sur les recommandations des fédérations hospitalières et des sociétés savantes.
Le groupe d'experts est composé de profils variés : directeurs d'établissement, chefs de service de soins de support, praticiens hospitaliers et libéraux, infirmiers hospitaliers et libéraux, pharmacien, cadre de santé, représentant du ministère en charge de la santé.
Chaque membre du groupe a contribué aux travaux de l'expertise avec ses propres expériences professionnelles.

4. Relecture externe et nationale

Afin d'évaluer le niveau de compréhension, d'acceptabilité et la clarté du référentiel par les acteurs impliqués dans le dispositif, l'Institut national du cancer a organisé deux campagnes de relecture auprès des parties intéressées pertinentes, des professionnels de santé et des patients.
Elles se sont déroulées entre le 17/09/2024 et le 15/10/2024 à l'aide du logiciel du sondage en ligne Sphinx®.
Deux auditions ont eu lieu le 4 avril et 11 avril 2025 avec les professionnels du Centre Oscar Lambret et l'Institut de cancérologie de l'Ouest (cf. annexe 3 – liste des contributeurs suite à audition). Les auditions visaient à approfondir les aspects de la dimension sociale du dispositif de fin de traitement.
Les retours de la relecture ont permis d'ajuster le référentiel afin que celui-ci soit le plus opérationnel possible pour les établissements recevant les patients atteints de cancer, au bénéfice des patients.

6. GROUPE DE TRAVAIL, CONTRIBUTEURS, COORDINATION ET RELECTEURS

Ont été sollicitées pour proposer des experts et/ou relecteurs invités à participer à titre individuel :
- Société française d'oncologie médicale (SoFOM)
- Association française des infirmier(e)s de cancérologie (AFIC)
- Société française de radiothérapie oncologique (SFRO)
- Société française d'hématologie (SFH)
- Association francophone de soins oncologiques de support (Afsos)
- Société francophone d'onco-gériatrie (SoFOG)
- Société française de lutte contre les cancers et les leucémies de l'enfant et de l'adolescent (SFCE)
- Société française de pharmacie clinique (SFPC)
- Société française de pharmacie oncologique (SFPO)
- Conseil national professionnel d'oncologie (CNP d'oncologie)
- Conseil national professionnel d'hématologie (CNP d'hématologie)
- Conseil national professionnel de la pharmacie (CNP Pharmacie)
- Conseil national professionnel infirmier (CNP Infirmier)
- Conseil national professionnel manipulateurs d'électroradiologie médicale (CNP MEM)
- Collège de la médecine générale (CMG)
- Fédération hospitalière de France (FHF)
- Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)
- Unicancer
- Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)
- Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (Fehap)
- Agences régionale de santé (ARS)
- Association des dispositifs spécifiques régionaux du cancer (ADIRESCA)
- Le comité de démocratie sanitaire de l'INCa

Le ministère en charge de la santé a été sollicité pour proposer un représentant de la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) pour le groupe de travail.

GROUPE DE TRAVAIL

CHARBONNIER Aude, hématologue, Institut Paoli-Calmettes, Marseille

DECONINCK Eric, hématologue, CHU Besançon, Besançon

DINET Emile, directeur d'établissement, Groupe SENY, Sarcelles

DUCTEIL Angélique, radiothérapeute, Centre d'oncologie du Pays Basque, Bayonne

GALVIN Marie-Pierre, directrice des soins et des parcours, Fondation Alia, Bonneville

GUASTELLA Virginie, algologue, cheffe de service du centre de soins palliatifs et coordinatrice des soins de support, CHU Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand

HERMENIER Karelle, directrice adjointe, CH Pays de Morlaix, Quimper

LARTIGAU Eric, directeur d'établissement, radiothérapeute, Centre Oscar Lambret, Lille

LEMANSKI Claire, radiothérapeute, Institut Cancérologie Montpellier, Montpellier

LOGNOS Béatrice, médecin généraliste, Saint-Georges-d'Orques

MARLIERE Sandrine, directrice d'établissement, Hôpital de Forcilles, Férolles-Attilly

MULLET Sandra, cadre du pôle cancérologie, Clinique Saint-Pierre, Perpignan

ROUGÉ-BUGAT Marie-Eve, médecin généraliste, Toulouse

RUETSCH Marcel, médecin généraliste, Dessenheim

SLIMANO Florian, pharmacien hospitalier, CHU Reims, Reims

SULTAN-AMAR Valentine, oncologue médical, Hôpital privé Armand Brillard, Nogent-sur-Marne

YASSINE Laïla, infirmière en pratique avancée, Gustave Roussy, Villejuif

Chaque expert a participé *intuitu personae* et ne représentait pas son organisme d'appartenance.
L'Institut a sélectionné les experts en s'appuyant notamment sur l'analyse de leur curriculum vitae, de leurs productions scientifiques, de leur déclaration d'intérêts (DPI) et, le cas échéant, des informations les concernant disponibles dans la base Transparence - Santé[45].
Des experts ont déclaré des liens d'intérêts avec une ou plusieurs des 9 industries de santé membres fondateurs de l'association FIAC[46].
Au regard des points traités dans l'expertise, pour chaque membre du groupe de travail, préalablement à leur nomination et tout au long des travaux, l'Institut a considéré que les liens d'intérêts déclarés et les informations de la base Transparence – Santé ne faisaient pas obstacle à sa participation aux travaux de la présente expertise.

Les DPI des membres du groupe de travail sont consultables sur le site unique DPI-SANTÉ[47].

CONTRIBUTEURS AUDITIONNÉS

CERSPY Karine, responsable projet et organisation, Institut de cancérologie de l'Ouest, Angers/Nantes
CHABRE-CLAVEL Béatrice, directrice des soins, Institut de cancérologie de l'Ouest, Angers/Nantes
CLARET Céline, assistante de service social, Centre Oscar Lambret, Lille
LE BLANC Magali, oncologue radiothérapeute, Institut de cancérologie de l'Ouest, Angers/Nantes
VANLEMMENS Laurence, oncologue médicale, Centre Oscar Lambret, Lille

REPRÉSENTANT INSTITUTIONNEL DU GROUPE DE TRAVAIL et COORDINATION ET REDACTION

CORMEROIS Audrey, représentant DGOS, ministère en charge de la santé, Paris

COORDINATION ET RÉDACTION

LIN Jingyuan (coordinatrice), cheffe de projets, département Organisation et Parcours de soins
DUVIARD Anne, responsable du département, département Organisation et Parcours de Soins
LINASSIER Claude, directeur du pôle Prévention et Organisation et Parcours de soins

[45] La base de données publique Transparence - Santé rend accessible les informations concernant les conventions, les rémunérations et les avantages liant les entreprises et les acteurs du secteur de la santé : https://www.transparence.sante.gouv.fr/pages/accueil/
[46] https://www.cancer.fr/l-institut-national-du-cancer/s-engager-a-nos-cotes/filiere-intelligence-artificielle-et-cancers
[47] https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/recherche/declarant

RELECTURE

Relecture externe

Ont été invitées à la relecture externe les parties intéressées pertinentes :
- Société française d'oncologie médicale (SoFOM)
- Société française de radiothérapie oncologique (SFRO)
- Société française d'hématologie (SFH)
- Association francophone de soins oncologiques de support (Afsos)
- Société francophone d'onco-gériatrie (SoFOG)
- Société française de lutte contre les cancers et les leucémies de l'enfant et de l'adolescent (SFCE)
- Société française de pharmacie oncologique (SFPO)
- Conseil national professionnel d'oncologie (CNP d'oncologie)
- Conseil national professionnel d'hématologie (CNP d'hématologie)
- Conseil national professionnel de la pharmacie (CNP Pharmacie)
- Conseil national professionnel infirmier (CNP Infirmier)
- Conseil national professionnel manipulateurs d'électroradiologie médicale (CNP MEM)
- Collège de la médecine générale (CMG)
- Fédération hospitalière de France (FHF)
- Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)
- Unicancer
- Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)
- Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (Fehap)
- Agences régionale de santé (ARS)
- Association des dispositifs spécifiques régionaux du cancer (ADIRESCA)

La liste des organismes qui ont fait part de leur relecture se trouve dans l'annexe 1.

Relecture nationale

Le référentiel a été adressé à 152 professionnels de santé et patients. La liste des relecteurs se trouve dans l'annexe 2.

7. ANNEXE 1. PARTIES INTERESSÉES PERTINENTES AYANT PARTICIPÉ À LA RELECTURE EXTERNE À TITRE INSTITUTIONNEL

- 3C Béarn et Soule
- 3C de la Vienne, Nord Deux-Sèvres
- Agence régionale de santé - Auvergne Rhône Alpes
- Agence régionale de santé - Corse
- Agence régionale de santé - Occitanie
- Association des dispositifs spécifiques régionaux du cancer (ADIRESCA)
- Association française des infirmier(e)s de cancérologie (AFIC)
- Conseil national professionnel Infirmier
- Association française des infirmier(e)s de thérapie cellulaire hématologie oncologie et radiothérapie (AFITCH-OR)
- Association française du personnel paramédical d'électroradiologie (AFPPE)
- Association francophone de soins oncologiques de support (Afsos)
- Association de patients
- Centre de coordination en cancérologie (3C)
- Centre de coordination en cancérologie (3C) du CHU de Bordeaux
- Collège de la médecine générale (CMG)
- Dispositifs spécifiques régionaux du cancer (DSRC) - Auvergne Rhône Alpes
- Dispositifs spécifiques régionaux du cancer (DSRC) - Nouvelle Aquitaine
- Dispositifs spécifiques régionaux du cancer (DSRC) - OncoNormandie
- Dispositifs spécifiques régionaux du cancer (DSRC) - OncoPaca-Corse
- Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (FEHAP)
- InterCLAN des centres de lutte contre le cancer
- Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG)
- Société française de lutte contre les cancers et les leucémies de l'enfant et de l'adolescent (SFCE)
- Société française de pharmacie oncologique (SFPO)
- Unicancer

8. ANNEXE 2. RELECTEURS (PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET PATIENTS) AYANT PARTICIPÉ À LA RELECTURE NATIONALE À TITRE INDIVIDUEL

Nom et prénom	Profession	Lieu d'exercice
ABDLER Stéphanie	Assistante sociale	Maison de santé Mathagon
ADES Lionel	Professeur Hématologie	Hôpital Saint-Louis
BARREAUX Micheline	Responsable Financière et budgétaire	CHU Dijon
BEASSE Axel	Formateur école MEM	CH Sud Francilien
BECERRO HALLARD Maité	Médecin	CH Mont-de-Marsan 3C
BELLESOEUR Audrey	Oncologue médicale	Institut Curie
BERTHOZAT Claudine	Oncologue médical	CHU Grenoble Alpes Site Nord et Voiron
BERTRAND Amandine	Oncologue pédiatre	Centre Léon Bérard
BETTLER GORY Véronique	Cadre de santé	Hôpital Saint-Joseph
BILLARD David	Médecin soins de support	Institut Curie
BRUNET Maxime	Oncologue médical	Institut Bergonié
CHARRA Clément	Médecine généraliste	Ladoix-Serrigny
CLAUSTRES BONNET Lucienne	Infirmière - formatrice	L'Isle-sur-la-Sorgue
COCHEREAU Delphine	Oncologue médicale	Hôpital Saint-Louis
DILHUYDY Marie-Sarah	Hématologue	CHU Bordeaux
FAIVRE Sandrine	Oncologue Médical	Hôpital Saint-Louis
FONTENEAU Gloria	Manipulatrice en radiothérapie	CHU Henri Mondor
FRELAUT Maxime	Oncologue médical	Gustave Roussy
FRENEL Jean-Sébastien	Oncologue médical (PUPH)	ICO Saint-Herblain
HADJAB Nassima	Manipulatrice en radiothérapie	Centre Léon Bérard
HUILLARD Olivier	Oncologue Médical	Hôpital Cochin Port-Royal
HURE-PAPAICONOMOU Florent	Médecin-coordonnateur 3C	Limoges
ILENKO Anna	Chirurgien sénologue	Hôpital privé Geoffroy Saint-Hilaire / Gustave Roussy
JAMELOT Mathieu	Oncologue médical	Hôpital Tenon
JORON Caroline	Manipulatrice en radiothérapie	Centre Leon BÉRARD
LAMBERT Tiphaine	Oncologue médicale	Hôpital Saint-Louis
LAMURAGLIA Michele	Oncologue médicale	Hôpital Privé de la Seine-Saint-Denis
LANTHEAUME	Chirurgien gynécologue	Hôpital Privé Drôme Ardèche
LARAMAS Mathieu	Oncologue médical	CHU Grenoble Alpes
LAUNE Valérie	Infirmière coordinatrice	Hôpital Foch
LAVAUD Pernelle	Oncologue médical	Gustave Roussy
LE CALVEZ Catherine	Infirmière	CHUGA
LEGEAY Karine	Cadre de santé oncologie et soins de support	Hôpital Foch
LEMOINE Nathalie	Oncologue médicale	Cambrai
MAILLIEZ Audrey	Oncologue médicale	Centre Oscar Lambret

MARQUISE Claire	Infirmière	CHU Grenoble
MICHON Claire	Stomathérapeute	HPSM Chalon-sur-Saône
MIELNITCHENKO Julie		CHU Estaing
MONDINAT Bénédicte	Manipulatrice en radiothérapie	Centre Léon Bérard
PENEL Nicolas	Oncologue Médical	Université de Lille / Centre Oscar Lambret / CHU Lille
PIKETTY Anne Catherine	Oncologue PH	GH Paris Centre
POETSCH Laura	Oncologue médical	Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine
POISSON-GERVAIS Laurence	Membre Comité de démocratie sanitaire de l'INCa	
PRULHIERE Karine	Oncologue médical	BEZANNES
ROUSSEAU Agnès	Bénévole du Comité Ligue contre le cancer du Val D'Oise	
SAKWA Sophie	Infirmière coordinatrice	3C des Landes Centre hospitalier de DAX
SAMAILLE Thomas	Oncologue médical	Hôpital Saint-Antoine
SAULTIER Paul	Hématologue	Hôpital d'Enfants de la Timone
VANLEMMENS Laurence	Oncologue médicale	Centre Oscar Lambret

9. ANNEXE 3. RÉCAPITULATIF DES PRINCIPES ORGANISATIONNELS DU DISPOSITIF DE FIN DE TRAITEMENT

Questions	Réponses
Qui est concerné par le dispositif de fin de traitement ?	- Patients ayant terminé leurs traitements anticancéreux - Patients sous hormonothérapie adjuvante
Qui met en place le dispositif de fin de traitement ?	- Établissement titulaire d'autorisation de traitement du cancer
Qui sont les intervenants du dispositif de fin de traitement ?	- Professionnels de santé (IDE, oncologues, hématologues, radiothérapeutes, spécialistes d'organe, pharmaciens, MERM) - Assistants de service social ou professionnels compétents en prise en charge sociale - Professionnels de santé libéraux (généralistes, infirmiers libéraux, pharmaciens, etc.) - Professionnels de soins de support (hospitaliers et libéraux)
Quand ont lieu la ou les consultations ?	- 0 à 6 mois suivant la dernière séance de la radiothérapie ou chimiothérapie ou acte chirurgical - 0 à 3 mois suivant la mise en place du traitement d'hormonothérapie adjuvante
Quels sont les sujets à aborder lors du temps dédié à la dimension médicale ?	- Le résumé du traitement anticancéreux reçu - Les conclusions de l'examen clinique éventuellement pratiqué lors de cette consultation - L'éducation du patient sur le bon usage de l''automédication - Les modalités générales du suivi post-traitement et la préprogrammation des examens de contrôle - Les informations relatives aux interactions avec les acteurs de ville - La conciliation médicamenteuse à l'hôpital le cas échéant et le bilan de médication - Les informations relatives à la reconstruction, le cas échéant
Quels sont les sujets à aborder lors du temps dédié à la dimension paramédicale ?	- Les séquelles - Les ressentis du patient - Les informations relatives à l'hygiène de vie et de la prévention du second cancer - Les besoins en soins de support - Les besoins en ETP et l'orientation vers les programmes d'ETP
Quels sont les sujets à aborder lors du temps dédié à la dimension sociale ?	- Les évaluations des besoins en accompagnement social - Les informations liées au droit d'accès aux différents aides et allocations pour les patients présentant des séquelles physiques - Le plan d'aide personnalisé - Les besoins d'accompagnement pour le retour au travail
Qui sont les autres acteurs potentiellement impliqués dans le dispositif de fin de traitement ?	- ARS - DSRC - Structures médico-sociales - EHPAD - 3C - UCOG - DAC - CPTS

Édité par l'Institut national du cancer
Tous droits réservés - Siren 185 512 777
Conception : INCa
ISBN : 978-2-38559-152-6
ISBN net : 978-2-38559-153-3

DÉPÔT LÉGAL OCTOBRE 2025

RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Institut National
du Cancer

Pour plus d'informations
cancer.fr

Institut national du cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tél. : +33 (1) 41 10 50 00
diffusion@institutcancer.fr

REFFINTRAIT25

cancer.fr