

# **2<sup>ème</sup> Révision du SROS Auvergne 2006-2011**

## **Septembre 2008**

### **INTRODUCTION**

Le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire d'Auvergne 2006-2011 publié le 31 mars 2006 a fait l'objet d'une révision par arrêté du 7 février 2007 qui avait porté sur la révision du volet thématique relatif à la prise en charge des urgences et l'articulation avec la permanence des soins et sur la révision des objectifs quantifiés de l'offre de soins pour mettre à jour les implantations d'activités de soins de médecine d'urgence résultant de la nouvelle rédaction du volet thématique. Cette situation avait également été mise à profit pour réviser les objectifs quantifiés relatifs à certaines activités de soins en terme d'implantations et de volumes afin de tenir compte des évolutions intervenues depuis la publication du SROS

**Une 2<sup>ème</sup> révision du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire d'Auvergne 2006-2011 s'avère nécessaire** et porte sur les points suivants :

#### **1) Révision du volet thématique relatif à la prise en charge des personnes atteintes du cancer**

Les décrets n° 2007-388 et 2007-389 du 21 mars 2007 relatifs aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et aux conditions techniques de fonctionnement applicables à cette même activité précisent les modalités d'exercice de cette activité selon les modalités suivantes :

- chirurgie des cancers
- radiothérapie externe
- chimiothérapie
- utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées

Les autorisations d'exercice de ces modalités d'activité qui seront délivrées après la publication de la révision du SROS seront déterminées en fonction de seuils d'activité qui ont été définis par un arrêté ministériel du 29 mars 2007 et par le respect de critères d'agrément déterminés par l'Institut National du Cancer (INCa)

Ces décrets constituent une novation, car auparavant il n'existait pas d'autorisation spécifique pour délivrer des soins aux personnes atteintes du cancer autres que celles liées aux équipements en accélérateurs de particules (pour la radiothérapie) et à des places d'hôpital de jour en médecine pour effectuer des chimiothérapies.

Le volet thématique du Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire d'Auvergne, publié le 31 mars 2006, relatif à la prise en charge des personnes atteintes du cancer est révisé afin d'être en adéquation avec les nouvelles dispositions. La nouvelle rédaction de ce volet

thématique annule et remplace les pages 73 à 78 et 122 et 123 du SROS d'Auvergne 2006-2011 .

## **2) Révision du volet thématique relatif à la prise en charge des personnes âgées**

Les articles 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 et l'article 84 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoient un processus de redéfinition des unités de soins de longue durée et de répartition de leurs capacités d'accueil entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Cette démarche s'inscrit dans le cadre d'une logique d'adéquation de la prise en charge des personnes nécessitant une surveillance médicale continue et des soins importants. Une révision ultérieure, après achèvement des travaux de partition, portera sur les objectifs quantifiés en terme d'implantations et de volumes des unités de soins de longue durée.

Par ailleurs, il est apparu utile de procéder à une relecture des dispositions du volet arrêté en mars 2006 afin de s'assurer qu'il était en cohérence avec les préconisations du Plan Grand Age 2007-2012 dont l'axe 3 propose des mesures permettant aux personnes âgées de pouvoir bénéficier d'un continuum de prises en charge. Ces mesures visent à la structuration territoriale des prises en charge grâce au développement de filières de soins gériatriques dont les principes ont été rappelés par la circulaire DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative aux filières de soins gériatriques

La nouvelle rédaction de ce volet thématique relatif à la prise en charge des personnes âgées annule et remplace les pages 86 à 88 et 127 du SROS d'Auvergne 2006-2011 publié le 31 mars 2006 .

## **3) Complément au volet thématique relatif à la prise en charge des urgences et l'articulation avec la permanence des soins**

La ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative et la ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales ont demandé aux préfets et aux directeurs d'agences régionales d'hospitalisation de mettre en cohérence les schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) avec le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).

Les schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR), établis par les préfets de département, ont pour objet de dresser l'inventaire des risques de toute nature pour la sécurité des biens et des personnes auxquels doivent faire face les services d'incendie et de secours (SDIS) et d'afficher une ambition de couverture des risques courants et particuliers.

Cette mise en cohérence se concrétise, dans un premier temps, par une convergence des cartographies d'intervention (territoires de santé, implantation des établissements de santé, SAMU et SMUR, zones de permanence des soins et de gardes ambulancières, groupements territoriaux, centres de secours et centres d'intervention des sapeurs-pompiers), incluse dans le volet thématique relatif à la prise en charge des urgences et l'articulation avec la permanence des soins qui avait été révisé le 7 février 2007, le reste des préconisations du volet étant inchangé.

Dans une deuxième phase, les travaux porteront sur les améliorations d'organisation collective liées à la constitution de réseaux urgences / permanence des soins, auxquels adhèrent tous les acteurs, prévus par le SROS. Cette 2<sup>ème</sup> phase sera prise en compte dans une révision ultérieure du schéma régional d'organisation sanitaire.

#### **4) Révision des objectifs quantifiés de l'offre de soins**

La révision des objectifs quantifiés de l'offre de soins figurant dans l'annexe opposable du SROS, est rendue nécessaire pour mettre à jour les implantations d'activités de soins de traitement du cancer résultant de la nouvelle rédaction du volet thématique.

Cette situation est également mise à profit pour réviser les objectifs quantifiés relatifs à certaines activités de soins en terme d'implantations et de volumes afin de tenir compte des évolutions intervenues depuis la publication du SROS : autorisations accordées, transformations d'activités au sein de certains établissements.

Les données issues du Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI) et de la Statistique Annuelle des Etablissements (SAE) pour les années 2006 et 2007 ont été prises en compte pour déterminer l'opportunité de réviser les volumes d'activité pour certaines activités de soins au regard de la fourchette haute définie à l'horizon 2011 des objectifs quantifiés fixés dans la révision intervenue le 7 février 2007.

Les modifications portent sur les activités de soins suivantes :

- Chirurgie (implantations)
- Psychiatrie adulte (implantations, volumes)
- Psychiatrie infanto-juvénile (implantations, volumes)
- Soins de suite (volumes)
- Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle (volumes)
- Soins de longue durée (implantations)
- Hospitalisation à domicile (implantations)
- Traitement insuffisance rénale chronique (implantations)
- Réanimation (implantations USIC, surveillance continue)
- Traitement du cancer (implantations)
- Activités de diagnostic prénatal (implantations)
- Equipements lourds (implantations)

Les tableaux des objectifs quantifiés des 9 territoires de santé figurant dans l'annexe opposable du SROS publié le 31 mars 2006 et qui avaient été révisés en février 2007 sont annulés et remplacés par les tableaux annexés à ce document.

Par ailleurs, les dispositions relatives à chaque territoire de santé, figurant dans l'annexe opposable (3<sup>ème</sup> partie du SROS), décrivant le cadre général, l'offre de soins existante et les principales évolutions prévues sont mises à jour en fonction des évolutions intervenues depuis la mise en œuvre du SROS.

**Afin de conserver toute sa lisibilité au Schéma régional d'organisation sanitaire suite à ces révisions partielles, l'annexe opposable (3<sup>ème</sup> partie du SROS) insérant les modifications évoquées ci-dessus est présentée intégralement dans sa nouvelle rédaction.**

Une nouvelle révision du SROS interviendra au cours de l'année 2009 en raison de la publication des décrets n° 2008-376 et 2008-377 du 14 avril 2008 relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation et pour réviser les objectifs quantifiés de l'offre de soins relatives aux unités de soins de longue durée en raison de la redéfinition de ceux-ci.

# PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER

## Première partie : LA CANCEROLOGIE ADULTE

### • Cadre général

L'organisation de la prise en charge en région Auvergne des personnes atteintes de cancer nécessite:

- ↳ de garantir la qualité et la sécurité des soins apportés par tout établissement autorisé à développer une activité de soins "traitement du cancer" (les autres établissements impliqués dans la prise en charge des personnes atteintes de cancer recevront le qualificatif d'établissements "associés")
- ↳ de poursuivre l'amélioration de la coordination des prises en charge des patients atteints de cancer, quels que soient leur âge et leurs lieux de résidence, notamment par un fonctionnement optimal des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et la mise en place du dispositif d'annonce (consultation d'annonce et soins de supports)
- ↳ de développer une politique d'évaluation de la qualité des prises en charge par la création des centres de coordination en cancérologie (3C)

Toute demande visant à obtenir l'autorisation d'activité de soins "traitement du cancer" devra comporter un engagement à respecter la totalité des dispositions des décrets du 21 mars 2007 relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité, les seuils annuels minimaux tels que fixés par l'arrêté du 29 mars 2007 pour certaines activités, les critères d'agrément arrêtés par l'Institut National du Cancer (InCA).

### CONCERNANT LA CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE

*(articulation avec la thématique chirurgie)*

La pratique de la chirurgie des cancers est soumise en fonction de chaque spécialité d'organe à l'atteinte d'une activité annuelle minimale par site géographique. L'atteinte de ce seuil est exigible à hauteur de 80 % dès le dépôt de la demande d'autorisation et à 100 % à échéance de 18 mois après la date d'autorisation. Toute structure qui n'atteindra pas le seuil ne pourra prétendre exercer l'activité correspondante.

Ces seuils sont les suivants :

- ↳ 30 interventions par structure pour les pathologies mammaires (cancer du sein), digestives (tractus digestifs y compris foie, pancréas et voies biliaires), urologiques, thoraciques,
- ↳ 20 interventions par structure pour les pathologies gynécologiques, oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales.

L'autorisation "activité de chirurgie cancérologique" est soumise par ailleurs au respect de l'ensemble des dispositions réglementaires et des critères d'agrément propres à cette activité.

## **CONCERNANT LA RADIOTHERAPIE**

L'adaptation des pratiques aux évolutions technologiques et thérapeutiques sera encouragée de manière à garantir la délivrance de soins de radiothérapie conformes à l'état de la science.

L'exercice de la radiothérapie externe est soumis à une activité seuil annuelle minimale fixée à 600 patients par site géographique disposant d'au moins deux appareils. L'atteinte de ce seuil est exigible à hauteur de 80 % dès le dépôt de la demande d'autorisation et à 100 % à échéance de 36 mois après la date d'autorisation.

L'autorisation d'activité de traitement du cancer par radiothérapie externe sera délivrée ou renouvelée à condition que le plateau technique comporte sur le même site au moins deux accélérateurs de particules, dont l'un au moins est émetteur de rayonnements d'énergie égale ou supérieure à 15 MeV.

Tout site disposant d'un seul appareil pourra bénéficier d'une autorisation dérogatoire sous réserve de respecter les conditions suivantes :

- ↳ l'appareil émet un rayonnement d'énergie égale ou supérieure à 15 MeV,
- ↳ il est adossé à un site disposant d'au moins deux appareils sous une forme juridique à définir, de préférence de type groupement de coopération sanitaire (GCS),
- ↳ toutes les possibilités de mutualisation de nature à garantir la qualité et la sécurité des soins devront être explorées et formalisées, notamment sur les thèmes suivants : homogénéité du parc des appareils, collaboration des personnels, définition des procédures, démarches d'assurance qualité.

L'évolution du parc des appareils devra permettre la mise en œuvre des nouvelles modalités de traitement, en particulier la dosimétrie in vivo dans l'ensemble des sites, la radiothérapie conformationnelle, la simulation virtuelle, le contrôle balistique par imagerie portale et à terme la radiothérapie à modulation d'intensité.

L'accès au scanner dosimétrique doit être assuré dans des conditions répondant aux besoins des équipes de radiothérapie.

Le fonctionnement des sites de radiothérapie existants doit être optimisé en assurant pour chaque site un effectif d'au moins deux radiothérapeutes, d'un nombre suffisant de radio physiciens médicaux et de manipulateurs radio pour garantir la présence dans le centre pendant la durée de l'application des traitements aux patients d'un médecin spécialiste en radiothérapie, d'une personne spécialisée en radio physique médicale, de deux manipulateurs radio au poste de traitement. Les effectifs seront à ajuster au niveau d'activités du site.

L'autorisation "activité de radiothérapie" est soumise par ailleurs au respect de l'ensemble des dispositions réglementaires et des critères d'agrément propres à cette activité.

## CONCERNANT LA CHIMIOThERAPIE

Tous les établissements, autorisés pour l'activité "traitement du cancer par chimiothérapie", doivent disposer d'une préparation centralisée des cytostatiques.

Cette centralisation doit intervenir dans les locaux de la pharmacie à usage intérieur, sous la responsabilité du pharmacien, avec des manipulations assurées par les préparateurs en pharmacie. La préparation des traitements s'appuiera sur des référentiels de bonnes pratiques et des protocoles validés par le réseau ONCAUVERGNE. Le recours à une même unité centralisée de préparation par plusieurs établissements de santé, y compris les établissements dits "associés", sera encouragé.

L'exercice de la pratique thérapeutique "chimiothérapie" du cancer est soumis à un seuil annuel d'activité fixé par structure à 80 patients dont au moins 50 en hospitalisation de jour. L'atteinte de ce seuil est exigible à hauteur de 80 % dès le dépôt de la demande d'autorisation et à 100 % à échéance de 18 mois après la date d'autorisation.

La chimiothérapie cancer peut être administrée dans des unités d'hospitalisation à domicile (HAD) ou à domicile pour les chimiothérapies per os.

L'autorisation "activité de chimiothérapie" est soumise par ailleurs au respect de l'ensemble des dispositions réglementaires et des critères d'agrément propres à cette activité ainsi qu'aux bonnes pratiques de fabrication avec notamment la mise aux normes des isolateurs et hottes.

Les établissements dits "associés" peuvent participer à la prise en charge de proximité des personnes atteintes de cancer aux conditions suivantes :

- ↳ ils sont membres du réseau régional de cancérologie,
- ↳ ils appliquent des traitements de chimiothérapie prescrits par un titulaire de l'autorisation,
- ↳ ils signent une convention de coopération avec un ou plusieurs établissement(s) autorisé(s).

### • **Gradation des soins et organisation territoriale**

#### **a) ce qui relève du niveau régional**

#### **Le réseau ONCAUVERGNE**

La pratique de la cancérologie s'inscrit obligatoirement dans le cadre d'un réseau régional qui doit participer à la coordination des opérateurs de santé et à l'amélioration continue des pratiques.

La convention constitutive du réseau ONCAUVERGNE sera amendée pour répondre au cahier des charges national en vue de sa labellisation par l'InCA. Ses missions sont définies comme suit :

1. contribuer à l'amélioration de la qualité en cancérologie par la diffusion et l'actualisation des référentiels nationaux, l'élaboration, la diffusion et l'actualisation des référentiels

locaux, par la définition de la composition pluridisciplinaire des RCP, par l'adoption des règles de présentation des dossiers,

2. promouvoir des outils de communication communs au sein de la région, en particulier des outils de communication et d'échange sécurisé de données médicales, le dossier communicant en cancérologie, un site internet, des supports pour les visioconférences et tout autre type d'échanges et de communication en lien avec les préconisations de la thématique "systèmes d'informations",
3. informer professionnels et usagers en élaborant un document sur ses objectifs, ses membres, ses partenaires, son fonctionnement ainsi que sur l'organisation de l'offre de soins,
4. aider à la formation continue des professionnels, y compris sous forme d'EPP (évaluation des pratiques professionnelles)
5. assurer le recueil et l'analyse régionale des données relatives à l'activité de soins alimentés notamment par les 3C afin de créer un tableau de bord régional de cancérologie. Il participera au développement du projet sur le registre sentinelle et éventuellement au système de surveillance multisources des cancers que devrait développer l'Institut de Veille Sanitaire (InVS).

Pour assurer la coordination régionale opérationnelle, ONCAUVERGNE doit développer les articulations avec les 3C, les autres réseaux (gériatrie, douleur, soins palliatifs, réseaux de proximité). L'oncopédiatrie et l'oncohématologie font partie du réseau ONCAUVERGNE.

### **Le pôle régional de référence et de recours en cancérologie**

La constitution du pôle régional de recours en cancérologie entre les sites clermontois vise à organiser l'accès aux soins de cancérologie complexes, hyperspécialisés et aux techniques innovantes. Ce pôle régional est constitué par les établissements de santé qui exercent, en sus de leurs activités de soins standards, des missions régionales hyperspécialisées, de recours et d'expertise, de recherche clinique et d'innovation.

Les structures universitaires assurent l'enseignement de la cancérologie dans le cadre des deuxième et troisième cycles des études médicales. Les actions d'enseignement post-universitaires et de formation professionnelle continue en cancérologie doivent être coordonnées entre les acteurs du pôle régional et avec les actions du réseau Oncauvergne.

Le pôle régional doit promouvoir la recherche clinique et l'innovation en s'appuyant sur les structures existantes des établissements et en intégrant les axes prioritaires du cancéropôle CLARA.

Le pôle régional de cancérologie se définit comme une organisation ; il ne constitue en aucun cas un nouvel outil d'administration hospitalière. Il ne dispose pas d'instances propres de décision autres que celles que les établissements définiront eux mêmes dans le cadre de leurs coopérations.

Les établissements constituant ce pôle signent une convention et élaborent une charte d'accès au recours rendant lisible l'accès aux ressources du pôle. Cette convention précise les critères

qui justifient le recours régional ; elle décrit les modalités d'accès, selon le cas, à un avis spécialisé, à un second avis ou encore à une équipe ou un plateau technique spécifique, à un essai clinique ou à des thérapeutiques innovantes par équipement, type d'activité ou pathologie.

### **b) ce qui relève des territoires de santé**

#### **Les réunions de concertation pluridisciplinaire**

Tout établissement autorisé doit mettre en place des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) dont la composition en fonction des pathologies cancéreuses et la fréquence de réunion seront préétablies. Les modalités d'examen des dossiers seront conformes aux règles définies par le réseau Oncauvergne.

#### **Les centres de coordination en cancérologie (3 C)**

Les centres de coordination en cancérologie (3 C) sont des cellules qualité opérationnelles des établissements autorisés « traitement du cancer ». Les 3 C ont pour mission de s'assurer des points suivants :

- ↳ la pluridisciplinarité est effectivement mise en œuvre et tous les malades de l'établissement bénéficient d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) conforme à la charte des RCP du réseau Oncauvergne,
- ↳ la consultation d'annonce est mise en place,
- ↳ chaque patient dispose de son programme personnalisé de soins (PPS),
- ↳ l'accès et la coordination des soins de support sont organisés pour chaque patient,
- ↳ les thérapeutiques innovantes et les essais cliniques sont accessibles à tous les patients.

Chaque établissement autorisé doit se doter d'un 3 C, sachant que plusieurs établissements d'un même territoire peuvent mettre en place un 3 C commun dans une logique de regroupement et de mutualisation.

A terme, ils contribueront à la constitution et à l'actualisation du tableau de bord régional de cancérologie tenu par ONCAUVERGNE ; ils pourront conduire des auto-évaluations et des audits.

Chaque centre de coordination en cancérologie formalise ses liens avec le réseau ONCAUVERGNE par voie de convention.

#### **Les relations ville-hôpital**

Les établissements autorisés doivent organiser leur relation avec la médecine de ville et les associations de patients, notamment pour garantir la continuité des soins, l'accès aux soins de support, ainsi que la surveillance partagée des thérapeutiques, et notamment des thérapeutiques anti-cancéreuses par voie orale.

### **c) ce qui relève de la proximité**

**Les établissements associés et structures de soins à domicile impliqués dans la prise en charge** (*articulation avec les thématiques médecine, soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile*)

Les établissements dits « associés » et structures de soins à domicile participent à la prise en charge de proximité des patients atteints de cancer. Il peut s'agir d'établissements de santé dans le cadre de leur activité de médecine polyvalente, de soins de suite et de réadaptation ou de soins de longue durée, d'hôpitaux locaux, de structures d'hospitalisation à domicile (HAD), en lien avec les professionnels libéraux.

## Deuxième partie : LA CANCEROLOGIE PEDIATRIQUE

### • **Cadre général**

L'organisation de la prise en charge en région Auvergne des enfants atteints de cancer nécessite d'améliorer encore le fonctionnement de la coordination des acteurs régionaux et interrégionaux, d'oncopédiatrie constitués par :

- ↳ le centre régional de cancérologie pédiatrique
- ↳ les services de pédiatrie des centres hospitaliers
- ↳ le C.H.U. de Limoges et les services de pédiatrie des centres hospitaliers du Limousin.

Il convient de veiller, dans la perspective de la constitution d'un véritable maillage, à obtenir dans les territoires de santé dépourvus de service hospitalier pédiatrique (Thiers-Ambert, Issoire-Brioude et Saint-Flour) la désignation d'un pédiatre et/ou d'un médecin traitant.

L'autorisation d'activité "traitement du cancer de l'enfant" est subordonnée à la participation à une organisation interrégionale assurant le fonctionnement d'une RCP de recours.

### • **Gradation des soins et organisation territoriale**

#### **a) ce qui relève du niveau interrégional**

#### **La coordination interrégionale d'oncopédiatrie**

Cette coordination fédère le centre régional de cancérologie pédiatrique, les services de pédiatrie des centres hospitaliers, le C.H.U. de Limoges et les services de pédiatrie des centres hospitaliers du Limousin. Elle devra s'étendre à une coopération avec la région Rhône-Alpes.

#### **b) ce qui relève du niveau régional**

#### **Le centre régional de cancérologie pédiatrique**

Le service d'oncopédiatrie du C.H.U. de Clermont-Ferrand constitue le centre régional de référence. Ce centre est le référent pour les services de pédiatrie de rattachement des territoires de santé.

### **c) ce qui relève des territoires de santé**

Les territoires de santé pédiatriques sont définis sur la base de l'existence d'un service de pédiatrie de rattachement. Il en existe six : Moulins, Montluçon, Vichy, Aurillac-Mauriac, Le Puy, Clermont englobant les territoires de Thiers-Ambert, Issoire-Brioude, Saint-Flour

## **Troisième partie : LES SOINS DE SUPPORT**

L'expression "soins de support" recouvre un grand nombre de soins d'accompagnement. Ne sont évoqués ici que quelques grands thèmes. Les soins palliatifs sont traités dans le volet thématique qui leur est consacré.

### **A. LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR**

#### **• Cadre général**

Au sein de chaque établissement de santé, la mise en place d'un comité de lutte contre la douleur ou CLUD doit être encouragée, avec pour missions :

- ↳ de proposer les orientations les mieux adaptées à la situation locale pour améliorer la prise en charge de la douleur ; ces orientations devront figurer dans le projet d'établissement et/ou de territoire,
- ↳ de coordonner au niveau de l'ensemble des services toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur, quels qu'en soient le type (aigu ou chronique), l'origine maligne ou non, le contexte (âges extrêmes de la vie, handicap, maladies mentales, phase terminale de la vie, douleurs provoquées par les gestes invasifs, ...)
- ↳ d'aider au développement de la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux de l'établissement,
- ↳ de susciter le développement de plans d'amélioration du traitement de la douleur.

Ce dispositif sera mis au service des intervenants du territoire, quels que soient leur qualité, mode ou lieu d'exercice. Les territoires de santé qui ne pourraient être en mesure de créer ce dispositif devront, dans le projet médical de territoire, préciser les modalités d'accès aux CLUD existants.

#### **• Gradation des soins et organisation territoriale**

##### **a) ce qui relève du niveau régional**

Le CETD (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur) est conforté en lui confiant un rôle d'animation régionale. Ses missions sont :

- ↳ la coordination des actions du réseau au travers de l'enseignement, de la formation continue, la recherche, l'élaboration (ou le relais) et la diffusion de protocoles et de recommandations de bonnes pratiques,
- ↳ la communication, notamment en assurant le lien avec les autres réseaux régionaux (ONCAUVERGNE, réseau périnatalité, ...) ou départementaux (soins palliatifs).

### **b) ce qui relève des territoires de santé**

Un maillage territorial des structures de lutte contre la douleur est à mettre en place en créant ou renforçant au niveau des territoires de santé les consultations antidouleur dont le fonctionnement doit s'appuyer sur du temps infirmier (personnel titulaire d'un DIU "douleur"), du temps psychologue (personnel titulaire DIU "douleur"), du temps secrétariat et du temps médical de praticien(s) titulaire(s) de la capacité d'évaluation et de traitement de la douleur pouvant s'appuyer en tant que de besoin sur des intervenants médicaux complémentaires (psychiatre, neurologue, anesthésiste).

## **B. LES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION**

### **• Cadre général**

Les établissements comportant des lits SSR prenant en charge des patients cancéreux, assurent les missions suivantes :

- ↳ suivi médical des traitements spécifiques (chimiothérapie/radiothérapie) pendant l'intercure : effets secondaires, complications aiguës, initiation des soins de support
- ↳ administration des traitements prescrits par l'oncologue référent, surveillance des dispositifs d'administration continue de cytostatiques initiés par le centre référent
- ↳ dépistage, prévention et traitement de la dénutrition
- ↳ re-autonomisation du patient
- ↳ prise en charge psychosociale du patient et de sa famille, en favorisant l'intégration de la famille dans la structure
- ↳ accompagnement des patients en fin de vie.

Les établissements devront adhérer au réseau ONCAUVERGNE et signer une convention avec les établissements d'amont (partage du dossier médical, intervention du médecin SSR dans les services de court séjour, conditions du recours au médecin spécialiste ou référent du patient)

### **• Gradation des soins et organisation territoriale**

#### **a) ce qui relève des territoires de santé**

Il convient d'orienter l'activité d'établissements ou de lits de soins de suite ou de réadaptation (SSR) vers la prise en charge des patients atteints de cancer dans chacun des 9 territoires de santé.

## **C. ONCOPSYCHOLOGIE**

### **• Cadre général**

Il est nécessaire de faire bénéficier les patients de meilleures conditions d'annonce de la maladie et de mettre en place une offre d'accompagnement psychologique à laquelle patient, entourage et personnel auront accès en tant que de besoin. La création des postes d'onco-psychologues dans les établissements ou sites autorisés sera soumise au respect d'une double condition :

- ↳ participation des professionnels au groupe d'onco-psychologues du réseau Oncauvergne
- ↳ accès possible à un référent psychiatre au sein de l'établissement ou site autorisé

### **• Gradation des soins et organisation territoriale**

#### **a) ce qui relève des territoires de santé**

Sur tout territoire de santé devront être mis en place un dispositif d'annonce selon le ou les modèles arrêté(s) au niveau national et une offre d'accompagnement psychologique, en propre ou par voie de convention

## **D. EDUCATION DU PATIENT**

### **• Cadre général**

Tout projet médical d'établissement autorisé doit comporter des préconisations relatives à l'éducation pour la santé (facteurs de risques et prévention primaire des cancers, éducation du patient, éducation thérapeutique) et à la nutrition (composition et objectifs du comité de liaison alimentation-nutrition, intervention de diététicien (ne))

### **• Gradation des soins et organisation territoriale**

#### **a) ce qui relève des territoires de santé**

Tout territoire de santé doit pouvoir individualiser au sein de son projet d'organisation des soins un volet « éducation pour la santé » comportant la thématique « maladie cancéreuse » conformément aux orientations du plan régional de santé publique.