

## APPEL A PROJET 2021

Parcours de soins global après le traitement d'un cancer

## CAHIER DES CHARGES

**Date limite de soumission : le 1<sup>er</sup> octobre 2021**

**Soumission par mail à l'adresse mail suivante :**

[ars-oc-aap-parcours-cancer@ars.sante.fr](mailto:ars-oc-aap-parcours-cancer@ars.sante.fr)

## Objectifs de l'appel à projet

---

Suite au décret n° 2020-1665 du 22 décembre 2020 et à l'instruction du 27 janvier 2021 relatifs au parcours de soins global après le traitement d'un cancer, **l'ARS Occitanie lance un appel à projet afin de sélectionner les structures volontaires pour participer au déploiement de ce parcours visant à réduire les risques de séquelles et à prévenir les rechutes.**

## Contexte

---

Les soins oncologiques de support (SOS) font partie intégrante du parcours de soins en cancérologie. Ils ont pour objectif principal d'améliorer la qualité de vie des patients et de leur entourage. Les SOS ont été définis par la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques lorsqu'il y en a ».

Le Plan cancer 2014-2019 a soutenu le développement des SOS et l'amélioration de la qualité de vie des patients. Deux actions du Plan (actions 7.6 et 7.7) ont visé plus particulièrement à favoriser une orientation adéquate et un accès à des SOS de qualité pour tous les malades. Les SOS sont un élément essentiel à la cancérologie intégrative en associant la médecine conventionnelle et des pratiques complémentaires notamment non médicamenteuses.

Le panier référentiel des SOS est défini dans l'Instruction N° DGOS/R3/INCa/2017/62 du 23 février 2017 relative à l'amélioration de l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer avec quatre soins de support du "socle" de base indispensables et à garantir à tous les patients, cinq soins de supports complémentaires et deux techniques particulières d'analgésie.

Conformément aux préconisations de l'Institut National du Cancer (INCa), **le Gouvernement souhaite débiter l'accompagnement vers l'après-cancer au plus tôt et au plus près des patients bénéficiaires, le plus souvent hors hôpital, et ainsi privilégier le parcours en ville, pour une prise en charge des patients en proximité.**

Pour répondre aux attentes de qualité des parcours en soins de support soulignées dans le rapport d'expertise de l'INCa, l'offre en place doit pouvoir évoluer en prenant tout particulièrement en compte quatre objectifs majeurs (*détaillés en annexe 1*).

- Organiser la lisibilité de l'offre et évaluer son efficacité
- Proposer une coordination des soins
- Adapter le maillage territorial
- Veiller à une gradation des soins pour une prise en charge au plus près du domicile

Malgré la circulaire de février 2005 et les financements alloués dans les différents plans cancer, l'accessibilité et l'offre des soins de support restent insuffisantes et hétérogènes selon les territoires et les types de soins.

La loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 propose la création d'un parcours de soins global après le traitement d'un cancer. **Les structures chargées du déploiement du dit parcours devront être en mesure d'effectuer l'ensemble des bilans et consultations et signeront à cet effet une convention avec l'ARS Occitanie.**

**Ce parcours pourra comprendre un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des consultations de suivi nutritionnel et psychologique.** Le contenu du parcours est individualisé pour chaque personne en fonction des besoins de celle-ci, identifiés par le médecin prescripteur, et sera dispensé dans les douze mois suivant la réalisation du premier bilan.

L'arrêté du 24 décembre 2020 relatif au parcours de soins global après le traitement d'un cancer et l'instruction du 27 janvier 2021 relative à la mise en œuvre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer précisent les modalités de mise en œuvre de ce parcours.

**L'ARS Occitanie a fait le choix de lancer un appel à projet visant à sélectionner les structures qui répondront au mieux à ces orientations et préconisations nationales.**

## **Le parcours**

---

Le parcours de soins global après le traitement d'un cancer est destiné **au patient bénéficiant du dispositif d'affection de longue durée (ALD) en lien avec le cancer** et ce, **à partir de la fin du traitement actif du cancer et au plus tard 1 an après cette échéance.**

Ce parcours, dispensé jusqu'à douze mois après la fin de son traitement actif, est prescrit par l'oncologue, le pédiatre ou le médecin traitant et comportera en fonction des besoins du patient identifiés par le médecin prescripteur :

- Un **bilan fonctionnel et motivationnel d'activité physique** réalisé par un professionnel de l'activité physique adaptée (APA). Les séances d'activité physique adaptée ne sont pas financées dans le cadre de ce parcours.
- Un **bilan et/ou des consultations diététiques**
- Un **bilan et/ou des consultations psychologiques.**

Avec un maximum de **six consultations au total** pour l'ensemble des deux disciplines (diététique et/ou psychologiques), à raison de 22,50 euros maximum pour une consultation d'une demi-heure. Les bilans sont évalués à 45 euros maximum pour une durée d'une heure.

Le professionnel de santé prescripteur pourra donc choisir entre les différents cas de figure optimaux suivants, représentant au maximum un panier de 180 euros :

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

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

**Le parcours proposé au patient devra, à chaque étape, respecter les souhaits exprimés par celui-ci et ne devra pas aboutir à imposer un bilan ou une consultation dans une structure ou par un professionnel libéral sans son acceptation.**

Les frais de déplacement des patients pour accéder au parcours ne sont pas pris en charge.
--

## Structures concernées et éligibles à la subvention

---

La **notion de structure se veut la plus large possible** toutefois, conformément au projet structurant du parcours cancer du PRS Occitanie : « Structurer et rendre accessible l'offre de soins oncologiques de support », **il s'agit d'appuyer le développement de l'offre de soins de support en ville et de privilégier des structures de proximité dans le cadre d'un parcours ambulatoire.**

Les structures potentiellement éligibles à cet appel à projet selon la disponibilité des crédits, sont les suivantes :

- Les Maisons de Santé Pluri-Professionnelles, les centres de santé pluridisciplinaires ou pluri-professionnels, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, dont les projets de santé ont été validés par l'Agence Régionale de Santé.
- Les établissements de santé autorisés en cancérologie.
- Autres établissements de santé (SSR ...).
- Structures associatives.

Les structures de proximités éligibles pour mettre en œuvre le parcours doivent être en mesure :

- **D'effectuer l'ensemble des bilans et consultations**, concernant les soins de support inclus dans le parcours précédemment décrit, par une équipe pluridisciplinaire en son sein ou en lien avec les professionnels ou associations, tels que les professionnels de l'activité physique adaptée (APA), les diététiciens ou les psychologues ;
- De rémunérer les professionnels intervenant sur la base de justificatifs des bilans ou consultations de suivi réalisés ;
- Et de recueillir et transmettre les données nécessaires à l'évaluation du dispositif (incluant des informations couvertes par le secret médical).

La structure doit pouvoir débiter son activité dès la signature d'une convention entre l'ARS et le porteur sélectionné.

## Condition d'intervention et forfait de rémunération

---

La **structure sélectionnée** par l'ARS **devra coordonner l'ensemble du parcours et les liens avec les professionnels de santé et/ou les associations.**

Pour les professionnels non-salariés intervenant pour le compte des structures, un **contrat de prestation** doit être établi entre le professionnel et la structure désignée par l'ARS. Il définit les modalités de collaboration du professionnel au parcours de soins global après le traitement du cancer organisé par la structure (*Cf. modèle de contrat type prévu figurant en annexe 2 du présent appel à projet*).

Les associations sont liées par une **convention à la structure.**

Les professionnels intervenant dans le cadre du parcours de soin global après traitement d'un cancer, sous la responsabilité des structures, sont :

- Les diététiciens, qui doivent justifier de l'un des diplômes mentionnés aux articles L. 4371-2 et D. 4371-1 du CSP ou l'autorisation d'exercer prévue à l'article L. 4371-4 ;
- Les professionnels de l'activité physique adaptée, mentionnés à l'article D. 1172-2 du CSP, qui doivent justifier des diplômes, certificats ou titres énumérés au même article et exercer dans les conditions d'intervention définies à l'article D. 1172-3 du CSP ;
- Les psychologues, justifiant d'une inscription sur le registre ADELI, d'un diplôme de psychologie avec un parcours dominante psychologie clinique ou psychopathologie ou d'un diplôme de psychologie avec une expérience professionnelle de plus de 5 ans dans l'un au moins de ces champs disciplinaires.

Les professionnels intervenant dans le cadre de ce parcours sous la responsabilité des structures **s'engagent à respecter les bonnes pratiques professionnelles** pour les prestations prévues et listées en annexe 3.

Le **professionnel libéral est rémunéré pour la séquence de prestations qu'il réalise par le paiement par la structure d'un forfait versé par étapes** : après réception du bilan ou de l'évaluation et à minima tous les trois mois après réception du compte-rendu de bilan ou d'intervention du professionnel.

Le montant maximal global par patient et par an accordé aux structures par l'Agence Régionale de Santé s'élève à 180 euros. Le tarif maximal spécifique des bilans et des consultations du parcours de soins global après le traitement d'un cancer délivrés par les professionnels et payés par les structures est respectivement de 45 euros (bilan d'une durée d'une heure) et de 22,50 euros (consultation de suivi diététique et/ou psychologique d'une durée d'une demie heure).

## **Composition du dossier de candidature**

---

Le dossier de candidature devra notamment comporter :

- Une présentation du porteur de projet et des pilotes de la démarche ;
- Une description du parcours ;
- Les missions des spécialistes intervenant dans le parcours (projets de convention comprenant la rédaction des comptes rendus de bilans et de séances, les conditions de retour d'information au médecin prescripteur et au médecin traitant, ...) ;
- Les critères d'évaluation du parcours et les indicateurs (incidence du cancer sur le territoire, ...) à remonter annuellement à l'ARS, avec notamment le nombre de patients inclus et le mode de calcul ;
- Les modalités de financement du parcours, précisant la part de financement sollicitée dans le cadre de cet appel à projets ;
- Le périmètre territorial couvert.

A ce dossier seront jointes les pièces suivantes :

- L'engagement du respect des bonnes pratiques professionnelles intégrant la rédaction de protocoles au plus tard à la date de mise en œuvre du projet ;
- Les documents d'information au patient ;
- Les diplômes, certificats ou titres de formation et les justificatifs d'expérience (CV) des professionnels salariés de la structure ou avec qui la structure envisage de conventionner si elle est retenue par l'ARS ;
- Les conventions formalisées entre les structures concernées hospitalières et extra hospitalières nécessaires à la mise en place de ce parcours. Ces conventions devront être très précises sur les aspects pratiques de prises en charges et d'échanges et devront faire l'objet d'un bilan à minima annuel qui devra être joint au bilan transmis à l'ARS.

## Dépôt et date limite des candidatures

---

Les dossiers de candidature pourront être adressés jusqu'au vendredi 1<sup>er</sup> octobre 2021 inclus, par mail à l'adresse mail suivante : [ars-oc-aap-parcours-cancer@ars.sante.fr](mailto:ars-oc-aap-parcours-cancer@ars.sante.fr)

## Critères de sélection

---

Les critères de sélection sont présentés en page 10.

L'ARS veillera au maillage territorial de la région et à la mise en place d'une offre harmonieuse sur les différentes zones d'implantation. **Le début de mise en œuvre du projet doit avoir lieu dès la signature de la convention.**

Dans la limite de l'enveloppe financière annuelle disponible, le comité de sélection étudiera les projets selon les critères suivants :

- Respect des critères réglementaires, portant notamment sur la capacité du candidat à proposer l'ensemble des prestations (bilans et consultations), à débiter son activité dès la signature de la convention, la qualification des intervenants et l'existence d'un lien juridique avec la structure (contrat de travail ou contrat de prestation) ;
- Capacité de la structure à mettre en œuvre une prise en charge de proximité et à assurer la continuité de l'activité ;
- Expérience de la structure et des intervenants proposés, plus particulièrement dans l'accompagnement des personnes atteintes de cancer ;
- Qualité des organisations envisagées et des partenariats établis pour construire et mettre en œuvre le projet ;
- Les caractéristiques du bassin de population couvert par le projet ;
- Faisabilité technique du projet, en particulier l'estimation du nombre de patients concernés - file active de patients pressentie (méthodologie) et adéquation avec le projet.

### **Une attention particulière sera également portée :**

- Aux prises en charge de proximité afin de garantir l'accessibilité géographique de tous les patients aux soins oncologiques de support
- Aux projets en faveur des publics précaires

**En raison des spécificités de la prise en charge des AJA et des enfants, des structures spécialisées dans la prise en charge de cette population sont invitées à déposer des dossiers spécifiques ciblant ces classes d'âge.**

## **Processus de sélection**

---

Sur la base des dossiers déposés complets et éligibles au 1<sup>er</sup> octobre 2021, l'ARS-Occitanie procédera à l'instruction des dossiers à l'issue de l'appel à projet.

Les dossiers seront instruits et sélectionnés par un comité médico-administratif de l'ARS selon les critères d'éligibilité jusqu'à la première quinzaine de novembre 2021.

A l'issue du processus de sélection régionale, le Directeur Général de l'ARS informera les promoteurs de projets, soit de l'acceptation et du montant de la subvention allouée soit du rejet de leur dossier.

## **Modalités de versements des subventions**

---

Le financement octroyé par l'ARS-Occitanie est un accompagnement financier sur le Fond d'Intervention Régional (FIR) dans la limite de l'enveloppe attribuée nationalement. Il permettra de prendre en charge les bilans ou consultations des professionnels en soins de support sollicités dans le cadre de cet appel à candidature **dans la limite de 180 € par patient et par an et d'un objectif quantifié annuel de forfait après validation de la base des éléments fournis par la structure**. Cet objectif pourra être réévalué annuellement.

Le nombre de structures éligibles est défini sur la base d'un minimum de patients à prendre en charge pour leur parcours. La prise en charge financière des patients par territoire ne pourra excéder, sauf exception départementale, le nombre de forfaits calculé ci-dessous en fonction du nombre de patients bénéficiant d'une ALD dans le cadre d'un cancer.

Département	Nb de patients en ALD-30*	%	Nb de forfaits de 180€/patient	Nb de structures financées (sur la base de 100 patients par structure)
Ariège	5385	3,81%	180	2
Aude	10148	7,18%	339	3
Aveyron	9975	7,05%	333	3
Gard	16778	11,86%	560	6
Haute Garonne	21443	15,16%	716	7
Gers	6111	4,32%	204	2
Hérault	25522	18,05%	852	9
Lot	5384	3,81%	180	2
Lozère	3097	2,19%	103	1
Hautes Pyrénées	6185	4,37%	207	2
Pyrénées Orientales	13323	9,42%	445	4
Tarn	11693	8,27%	390	4
Tarn et Garonne	6377	4,51%	213	2

\* Par souci de proximité, les ALD-30 retenues pour définir le nombre de structure concernent les patients hors métropoles

Les crédits seront versés par arrêté du DG ARS, après signature d'un avenant aux CPOM pour les établissements de santé autorisés ou après signature d'une convention avec les réseaux ou structures qui seront appelés à dispenser des soins oncologiques de support. Ces documents contractuels préciseront les modalités d'utilisation et éventuellement de remboursement à l'ARS-Occitanie des crédits alloués avec la production d'un bilan financier spécifique et sur la base de la qualité des indicateurs d'activités remontés à l'ARS.

La structure conservera toutes les factures adressées par les professionnels avec lesquels elle a conventionné et les tiendra à la disposition de l'Agence Régionale de Santé en cas de contrôle sur site ou sur pièce des justificatifs comptables.

Par ailleurs, l'Agence Régionale de Santé se réserve la possibilité de vérifier la mise en œuvre effective du projet. A défaut, elle est susceptible de récupérer les crédits versés.

S'agissant des établissements de santé, il est précisé que cette enveloppe ne peut faire doublon avec les financements dont ils disposent déjà via les Actions Qualité Transversales en Cancérologie. Si tel était le cas, les établissements s'engageraient à rembourser les montants en cause auprès de l'ARS. Il est rappelé que ces crédits doivent être utilisés strictement pour le développement des soins oncologiques de support en ville.



## Contacts

---

Vous pouvez nous contacter pour toute information

**Maud HABCHI CERRUTI**

Chargée de projets transverses

Direction du Premier Recours | Pôle soins primaires

04 67 07 21 72 | [ars-oc-aap-parcours-cancer@ars.sante.fr](mailto:ars-oc-aap-parcours-cancer@ars.sante.fr)

**Daniel APODE**

Chargé de mission cancérologie

Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie | Pôle soins hospitaliers

04 67 07 21 59 | [ars-oc-aap-parcours-cancer@ars.sante.fr](mailto:ars-oc-aap-parcours-cancer@ars.sante.fr)

**Jordan GUERITAT**

Chargé d'évaluation – Pilotage des politiques de santé

Co-coordonnateur du Portefeuille Cancer

Direction des Projets | PRS et CPOM

04 67 07 22 78 | [ars-oc-aap-parcours-cancer@ars.sante.fr](mailto:ars-oc-aap-parcours-cancer@ars.sante.fr)

<b>CRITERES DE SELECTION DES DOSSIERS</b>	<b>OUI/NON</b>
Eligibilité du dossier	
Présentation de la structure et du projet	
Description du parcours proposé pour les patients - organisation des bilans et des consultations de suivi	
Présentation succincte du périmètre géographique couvert	
Estimation de la file active pressentie de patients en adéquation avec le projet et les modalités de calcul.	
Profil social (en particulier la part des patients avec des critères de précarité PUMa et complémentaire santé solidaire) et origine géographique de la file active du parcours (code postal) si possible	
Présentation des Professionnels ou associations intervenant sous la responsabilité de la structure - Noms, spécialités et implantation géographique des professionnels engagés	
Présentation de l'organisation pour coordonner le parcours (temps administratif, secrétariat...) et/ou mobilisation des dispositifs de coordination spécifiques au cancer	
Description des modalités de transmission d'informations couvertes par le secret médical auprès du médecin prescripteur et au médecin traitant, si ce dernier n'est pas le prescripteur	
Volet numérique du projet / description des systèmes d'information utilisés pour la bonne réalisation de ce parcours	
Partenariats établis entre les acteurs hospitaliers et les acteurs du premier recours et/ou convention entre structures	
Estimation du budget prévisionnel en lien avec la file active estimée	
Calendrier de mise en œuvre du projet présenté	

<b>CRITERES ANNUELS D'EVALUATION</b> <b>Rapport annuel d'activité à fournir chaque année en janvier N+1 à l'ARS</b>	<b>OUI/NON</b>
Calendrier de suivi du projet	
<p>Le rapport annuel d'activité transmis à l'ARS devra mentionner les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre et profil (diplômes, formations) de professionnels/type de soins de support</li> <li>- Délais entre prescription/bilan/1ère consultation (délai d'attente)</li> <li>- Nombre de bilans effectués (catégorisé en activité physique, psychologue ou diététicien) au total et nombre moyen par patient</li> <li>- Nombre de consultations /prises en charge effectuées après un bilan (diététicien, psychologue) et nombre moyen par patient</li> <li>- Nombre de patients bénéficiaires total, par population (adulte/enfant/adolescents et jeunes adultes) et par type de soins de support</li> <li>- Profil des bénéficiaires (sexe, âge médian, type de cancer et de traitement, part des bénéficiaires PUMa et complémentaire santé solidaire)</li> <li>- Questionnaire satisfaction des patients bénéficiaires du forfait</li> <li>- Questionnaire de qualité de vie des bénéficiaires du forfait (cf annexe 3)</li> </ul>	

**Objectifs du parcours d'accompagnement :**

➔ **Objectifs généraux :** Pour répondre aux attentes de qualité des parcours en soins de support soulignées dans le rapport d'expertise de l'INCa (octobre 2016), l'offre actuelle doit nécessairement évoluer, et ce, de manière significative en prenant tout particulièrement en compte quatre objectifs majeurs :

1. Organiser la lisibilité de l'offre et évaluer son efficience : Pour garantir l'orientation adéquate des patients et leur accès effectif aux soins, l'offre **en soins de support doit être rendue lisible au plan régional, être portée à la connaissance des professionnels hospitaliers et libéraux ainsi que des patients et s'implémenter autant que de besoin dans leurs programmes de soins.** Le réseau régional de cancérologie Onco-Occitanie pourra assurer la diffusion des informations auprès des professionnels, hospitaliers et de l'ambulatoire, ainsi que des patients. D'autres partenaires pourront être mobilisés pour permettre de participer à une évaluation de l'offre de parcours.
2. Adapter le maillage territorial : En vue d'intégrer la réponse à de nouveaux besoins, **l'offre en soins de support devra dans les années à venir, gagner en efficience tout en réduisant les inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins. Le but est aussi de clarifier les filières de soins pour l'accès à des soins complexes et de tendre vers une équité entre les territoires.** Il s'agit de proposer et suivre un travail de collaboration entre les structures prenant en charge les soins oncologiques de support. Selon la phase de leur parcours, les patients pourront bénéficier d'une prise en charge psychologique, nutritionnelle et/ou d'activité physique adaptée dans des structures en proximité de leur lieu de vie.
3. Proposer une coordination des soins : **La réponse aux situations complexes en soins de support doit être améliorée par la qualité de l'information.** Cette complexité peut découler de la combinaison de problématiques médicales, sociales et médico-sociales et pourra dans ce cas requérir la mobilisation des dispositifs de coordination ou spécifiques au cancer (infirmiers de coordination en cancérologie). **Il s'agit aussi de créer du lien et d'assurer par des procédures effectives la communication entre les acteurs des soins permettant la bonne organisation des parcours concernés.**
4. Veiller à une gradation des soins pour une prise en charge au plus près du domicile : Les acteurs du premier recours dont les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé participent à la mise en place au plus près du patient des soins de support. Les établissements de santé dans les domaines où l'offre de premier recours est insuffisante par rapport aux besoins ou pose des difficultés d'accessibilité, proposeront une offre en soins de support en appui aux acteurs de ville. Il est important d'évaluer les besoins des patients. Les partenariats établis entre les acteurs hospitaliers et les acteurs du premier recours favoriseront les parcours des patients et l'accès aux soins de support en proximité de leur lieu de vie. Cette coopération facilite un parcours de soins fluide pouvant aller jusqu'à l'élaboration d'une équipe territoriale de soins oncologiques de support.

➔ **Objectifs spécifiques :** Les soins de support font partie intégrante du parcours en cancérologie. Ils s'inscrivent dans un parcours de vie marqué par le cancer, maladie potentiellement évolutive.

1. Évaluation des besoins en soins de support des patients : **Lors de la prise en charge initiale, l'évaluation est réalisée par les professionnels hospitaliers** publics ou privés, le plus souvent l'oncologue ou le spécialiste d'organe, ou un infirmier (d'annonce ou de coordination). **Elle devra être faite en lien avec le médecin traitant du patient.** Dans les phases ultérieures de prise en charge et de suivi, l'évaluation des besoins peut être réalisée en **milieu médicalisé mais également dans des structures extra hospitalières intégrées, telles que les Maisons de Santé Pluri professionnelles.** La programmation des soins oncologiques de support à l'issue de l'évaluation doit être intégrée dans le Programme Personnalisé de Soins (ou de l'Après Cancer) et mise à jour lors des réévaluations périodiques, en associant le médecin traitant et les autres professionnels impliqués dans les soins oncologiques de support procurés au patient.
2. Mutualiser les ressources en soins de support : Afin d'éviter les inégalités d'accès en soins oncologiques de support, notamment dans les territoires dépourvus d'une offre complète hospitalière ou de ville, une **mutualisation des ressources, par exemple par conventionnement entre structures, pourrait être envisagée afin de rendre l'offre en soins oncologiques de support disponible dans tous les territoires de santé.**
3. Développer la pratique d'Activité physique adaptée (APA) et les conseils en nutrition : La prévention des cancers est prioritaire et constitue un réel enjeu de santé publique. Elle nécessite d'informer et de conseiller précocement les patients dès la phase active des traitements, mobilisant du temps parmi les personnels constituant les équipes en soins oncologiques de support (oncologues, IDEC, diététiciens, professionnels de l'activité physique, ...). L'activité physique doit être adaptée à d'éventuelles comorbidités ou besoins personnalisés des individus, en particulier en cas de maladie chronique. L'activité physique adaptée (APA) est ainsi définie selon l'article L. 1172-1 du décret n°2016 - 1990 du 30 décembre 2016 comme la pratique dans un contexte du quotidien de loisir ou de sport, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, prenant en compte les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. Les données disponibles dans la littérature rapportent un impact bénéfique de l'activité physique adaptée sur la diminution de la mortalité, en particulier pour le cancer du sein mais également pour les cancers de la prostate et le cancer colorectal. De plus les effets de l'activité physique adaptée sur la Qualité de Vie se déclinent en effets bénéfiques sur la fatigue liée au cancer, sur l'anxiété, sur l'image corporelle et sur la dépression. L'excès de poids étant un facteur de risque, l'APA et les conseils en nutrition ont toute leur place dans le parcours du patient.
4. Renforcer le soutien psychologique : Rencontrer un(e) psychiatre ou un(e) psychologue permet au patient de mieux communiquer, d'exprimer ses angoisses, de poser des questions et de réfléchir. Cette rencontre peut avoir lieu à la demande du patient ou être proposée par l'équipe soignante, dès la consultation d'annonce. Le travail est avant tout fondé sur l'écoute pour aider les patients. Selon leur formation, Ils peuvent avoir recours à diverses modalités de prise en charge. Le soutien psychologique a lieu le plus souvent sous forme d'entretiens individuels, ponctuels ou suivis sur une courte période ou sur une plus longue durée selon les personnes et les attentes. L'accompagnement psychologique peut être proposé lors de la consultation d'annonce ou suite à la demande du patient.

**ANNEXE 2 : CONTRAT-TYPE ENTRE LES PROFESSIONNELS MENTIONNÉS AUX ARTICLES L. 4371-1 ET D. 4371-1 (DIÉTÉTICIENS), LES PROFESSIONNELS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE MENTIONNÉS À L'ARTICLE D. 1172-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET LES PSYCHOLOGUES ET LA STRUCTURE DÉSIGNÉE PAR L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRÈS LE TRAITEMENT D'UN CANCER**

DANS LE DÉPARTEMENT DE... (TERRITOIRE...)

Numéro de contrat :

Entre d'une part : M./Mme

Exerçant la profession de diététicien/professionnel de l'activité physique adaptée (APA)/psychologue

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

N° ADELI :

N° SIRET :

Ci-après désigné « le professionnel »

Et d'autre part :

[Nom de la structure] en tant que structure chargée de la mise en œuvre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer, désignée par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS). Adresse :

Téléphone :

Courriel :

N° FINESS :

Ci-après désigné « la structure »

Il a été convenu ce qui suit :

### 1. Objet

Le présent contrat a pour objet de fixer les modalités de collaboration du professionnel au parcours de soins global après le traitement d'un cancer organisé par la structure. Les conditions d'application du parcours sont précisées au chapitre V-1 du titre Ier du livre IV de la première partie du code de la santé publique (articles R. 1415-1-10 à - 12). Les prestations visées par le présent contrat sont :

- pour les diététiciens : bilan diététique (d'une durée d'une heure) et consultations de suivi (d'une durée d'une demi-heure), en fonction des besoins identifiés ;
- pour les professionnels de l'activité physique adaptée (APA) : bilan fonctionnel et motivationnel de l'activité physique, qui donne lieu à l'élaboration d'un projet d'activité physique adaptée (d'une durée d'une heure) ;
- pour les psychologues : bilan psychologique (d'une durée d'une heure) et consultations de suivi (d'une durée d'une demi-heure), en fonction des besoins identifiés.

Les professionnels produisent à la structure les diplômes, certificats ou titres de formation conformément à l'article 3 du présent arrêté.

### 2. Cadre de l'intervention

Les prestations sont dispensées dans le cadre de la prescription médicale délivrée par le cancérologue, le pédiatre ou le médecin traitant. Elles se déroulent sous la responsabilité de la structure.

### 3. Modalités d'exercice du professionnel

Le professionnel s'engage à respecter les recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé (HAS), l'Institut national du cancer (INCa) et les sociétés savantes (cf. annexe) ainsi que les principes généraux exposés au L. 1111-2 du code de la santé publique.

Il s'engage également à l'utilisation des outils recommandés par la HAS ou validés scientifiquement et étalonnés. Une liste non exhaustive est, à titre indicatif, établie en annexe de ce contrat. Cette liste sera amenée à être réactualisée périodiquement en fonction de l'évolution des recommandations et des outils et plus généralement de l'évolution des connaissances scientifiques.

Le professionnel transmet le compte-rendu d'évaluation ou de bilan à la structure et au médecin prescripteur. Il transmet, au moins une fois tous les trois mois, les compte-rendu quantitatifs et qualitatifs des interventions qu'il réalise, à la structure, au médecin prescripteur et au médecin traitant, si ce dernier n'est pas le prescripteur.

En cas de congé ou d'empêchement, le professionnel s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires à la poursuite du bilan et des interventions pour éviter toute rupture dans le parcours. L'activité du professionnel de santé, de celui de l'activité physique adaptée et du psychologue dans le cadre du présent contrat est couverte par son ou ses contrat(s) d'assurance professionnelle personnelle (responsabilité civile notamment concernant les actes de soins, véhicule et trajets domicile-travail, etc.). Une copie des polices d'assurance nécessaires devra être remise à la structure dans les quinze jours de la signature du présent contrat et actualisée chaque année.

Le professionnel veille au respect de ses obligations déontologiques notamment en matière d'information du patient.

#### 4. L'utilisation et la protection des données personnelles des patients pris en charge par la structure

Toutes les données devront être numérisées, sécurisées et recueillies en conformité avec le règlement général de protection des données (RGPD). Ainsi, les informations collectées doivent répondre à des finalités déterminées, explicites et légitimes nécessaires à la prise en charge du parcours. Les données collectées doivent également être adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire à la prise en charge. Les informations ainsi collectées peuvent être échangées entre professionnels aux conditions cumulatives qu'elles concernent le même patient et que les professionnels fassent partie de la structure, tout en veillant au respect du secret médical ou du secret professionnel pour les professionnels de l'activité physique adaptée lorsqu'ils ne sont pas professionnels de santé.

La structure désigne le délégué à la protection des données qui aura comme rôle de faire respecter les obligations énoncées ci-dessus par les professionnels de la structure et de veiller à ce que le responsable de traitement informe, d'une façon concise, transparente, compréhensible et aisément accessible, les personnes concernées par le traitement.

Les données personnelles recueillies auprès des usagers de la structure font l'objet de la protection légale.

#### 5. Le rôle de la structure vis-à-vis du professionnel

Les évolutions et les progrès dans l'accompagnement ainsi que les difficultés identifiées par le professionnel sont transmises par la structure au médecin prescripteur.

#### 6. Rémunération des prestations

Le professionnel non salarié est rémunéré pour la séquence de prestations qu'il réalise par le versement par la structure d'un forfait versé par étapes : après réception du bilan ou de l'évaluation, et tous les trois mois après réception du compte-rendu d'intervention du professionnel.

Le montant maximal global par patient et par an accordé aux structures par l'agence régionale de santé s'élève à 180 euros.

Le tarif maximal spécifique des bilans et des consultations du parcours de soins global après le traitement d'un cancer délivrés par les professionnels visés au R. 1415-1-13 du code de la santé publique et payés par les structures est de :

Tarif maximal pour un bilan d'une durée d'une heure : 45 euros.

Tarif maximal pour une séance (consultation de suivi diététique et/ou psychologique) d'une durée d'une demi-heure : 22,50 euros.

#### 7. Modalités de paiement

La structure rémunère le professionnel en un ou plusieurs versements faisant suite à la réception des comptes rendus de bilans et de consultations de suivi correspondant au paiement.

## 8. Suspension/arrêt

Le professionnel libéral s'engage à ne pas prendre de décision unilatérale de suspension des séances sans concertation préalable avec la structure et l'accord éclairé du patient.

Le professionnel s'engage également à signaler à la structure toute absence non justifiée par le patient à deux séances consécutives programmées. Dans ce cas, la structure s'engage à contacter elle-même le patient. En cas de sortie du parcours à l'initiative du patient, le professionnel s'assure des raisons de cet arrêt, vérifie s'il est cohérent avec l'évolution du patient, en informe sans délai la structure pour qu'elle organise, le cas échéant, les suites de ce parcours. Il lui remet une note de fin de prise en charge.

Dans ces cas, le forfait dû au professionnel est proratisé en fonction du taux de réalisation du parcours prescrit.

## 9. Durée et résiliation

Le présent contrat est conclu pour une période allant du... au..., renouvelable par tacite reconduction à la date anniversaire du contrat, sauf dénonciation expresse par l'une des parties, par une lettre recommandée avec accusé de réception, avec un préavis de deux mois minimum.

En cas de difficultés dans l'application du contrat, une rencontre a lieu dans les plus brefs délais pour examiner la situation et trouver une solution.

Le contrat peut être résilié par la structure en cas de non-respect des différents articles du présent contrat ou de pratiques non conformes aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Dans ce cas, la structure adresse par voie de courrier recommandé avec accusé de réception, une mise en demeure au professionnel de se conformer aux recommandations ou, à défaut, de faire part de ses observations. Si le différend perdure, la structure résilie le contrat.

Dès lors que le contrat est dénoncé, les interventions qui étaient prévues et non réalisées ne feront pas l'objet de facturation ni de remboursement par la structure.

**ANNEXE 3 : RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES Repérage et traitement précoce de la souffrance psychique des patients atteints de cancer – INCa-2018.**

Critères d'orientation: qui, quand et pourquoi orienter vers les psychologues / psychiatres? - Référentiels interrégionaux en soins de support – SFPO et AFSOS-2015. Activité physique et cancer-Référentiels interrégionaux en soins de support-AFSOS-2018. Activité physique adaptée chez les enfants et les adolescents jeunes adultes (AJA)-Référentiels interrégionaux en soins de support-AFSOS-2017. Activité Physique et Nutrition dans la prise en charge du cancer Colorectal-Référentiels interrégionaux en soins de support-AFSOS-2015. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer – Référentiels interrégionaux en soins de support – SFNEP, réseau NACRE et AFSOS-2013. Dénutrition et réalimentation dans les cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures (VADS)-Référentiels interrégionaux en soins de support-AFSOS-2017. Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer. Des connaissances scientifiques aux repères pratiques – INCa-Mars 2017. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes-HAS, septembre 2018-et référentiel de prescription d'activité physique et sportive pour les cancers: sein, colorectal, prostate-HAS, juillet 2019. 1er janvier 2021 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 34 sur 136



## ANNEXE 4 : INDICATEURS

Les intervenants transmettent les informations nécessaires sur les bilans et les consultations concernant leur domaine d'intervention au prescripteur et au médecin traitant. Ces informations sont transmises avec l'accord du patient et sont couvertes par le secret médical (ou le secret professionnel pour les professionnels de l'activité physique adaptée lorsqu'ils ne sont pas professionnels de santé).

Concernant les informations transmises à l'ARS, ces dernières doivent relever uniquement de la structure et porter sur des indicateurs globaux de suivi tels que prévus en annexe. Les structures transmettent aux ARS les informations nécessaires à l'évaluation territoriale du dispositif. A cette fin, un rapport dressant un bilan du parcours de soins global après le traitement d'un cancer prévu à l'article L. 1415-8 du CSP est prévu par la loi. Ce rapport évalue notamment, en concertation avec tous les acteurs impliqués, « l'utilisation des ressources publiques, l'impact sur les patients et les pistes d'amélioration du dispositif ».

Ce rapport dressant un bilan du parcours de soins global après le traitement d'un cancer prévu à l'article L. 1415-8 du CSP sera rédigé par l'Institut national du cancer (INCa). Les ARS seront en charge de transmettre les indicateurs renseignés par les différentes structures de leur région à l'INCa le 30 janvier 2022 au plus tard.

Les indicateurs ci-après, destinés à l'élaboration du rapport sont annexés à l'arrêté du 24 décembre 2020 :

- l'utilisation des ressources publiques : l'évaluation portera notamment sur le déploiement du parcours par les ARS et la consommation de celui-ci par les offreurs de soins, le nombre de contractualisations/nombre de structures bénéficiaires dans la région concernée et le nombre de patients bénéficiaires du parcours.

- l'impact sur les patients : étant donné le faible recul entre la mise en œuvre du parcours et la date prévue pour son évaluation initiale (à 1 an), l'estimation de l'impact sur les bénéficiaires se centrera initialement sur la satisfaction et la qualité de vie des patients à court terme.

- les pistes d'amélioration du dispositif : elles pourront concerner de manière non limitative, les modalités d'organisation et l'accès à ces soins et à ce parcours, l'utilisation et la priorisation des ressources, en se fondant notamment sur l'état d'avancement et une analyse des freins et leviers constatés dans chaque région par l'ARS. Des entretiens pourront ainsi être réalisés auprès des ARS, des structures effectrices et des professionnels de santé afin d'identifier des leviers d'amélioration.

### LISTE D'INDICATEURS À REMONTER ANNUELLEMENT AUX ARS PAR LES STRUCTURES

	Catégorie	Indicateurs	Sources de données	Niveau de données
1 <sup>ère</sup> évaluation	Utilisation des ressources publiques	Nombre et profil (diplômes, formations) de professionnels/type de soins de support	Structures	Par structure, puis régional puis national
		Délais entre prescription/bilan/1 <sup>ère</sup> consultation (Délai d'attente)	Structures	Régional et national
		Nombre de bilans effectués (catégorisé en activité physique, psy ou diét) au total et nombre moyen par patient	Structures	Régional et national
		Nombre de consultations /prises en charge effectuées après un bilan (Diet, psy) et nombre moyen par patient	Structures	Par structure, puis régional puis national
		Nombre de patients bénéficiaires total, par population (adulte/enfant/Adolescent ou jeune adulte) et par type de soins de support	Structures	Régional et national
		Profil des bénéficiaires (sexe, âge médian, type de cancer et de traitement, part des bénéficiaires CMU/CMU-C )	Structures	Régional et national
	Impact sur les patients bénéficiaires	Satisfaction des patients bénéficiaires du parcours (à T0, T1)	Structures	Régional et national
		Questionnaire de qualité de vie des bénéficiaires du parcours (à T0, T1)	Structures	Régional et national

NB : pour permettre le suivi et l'évaluation du dispositif, il est nécessaire que les structures recueillent des données quantitatives globales sur l'activité de la structure. Ainsi chaque structure bénéficiaire devra transmettre à l'ARS :

- Nombre et profil (diplômes, formations) de professionnels inclus dans le dispositif ;
- Type de soins de support proposés ;
- Nombre et profils de prescripteurs.

Des données quantitatives et qualitatives sur les bénéficiaires devront être recueillies par le biais d'un questionnaire d'évaluation (exemple : disponible en annexe).

Les données seront enregistrées à raison d'une ligne par bénéficiaire, identifié de façon anonyme par un code d'identification unique construit comme suit : deux derniers chiffres de l'année de naissance, deux chiffres du mois de naissance, trois premières lettres du nom de jeune fille (s'il y a lieu) ou du nom, deux premières lettres du prénom.

Les données devant être stockées et transmises à des tiers non en charge de leur recueil, les structures bénéficiaires s'assureront de la conformité avec les lois et règlements en vigueur ainsi que de l'information adaptée des patients concernant l'usage des données selon le règlement général sur la protection des données (RGPD).

		Catégorie	Indicateurs	Sources de données	Niveau de données
<b>2<sup>ème</sup> évaluation</b>	<b>Impact sur les bénéficiaires</b>	<b>Satisfaction et qualité de vie</b>	Satisfaction des patients bénéficiaires du parcours (à T0, T1, T5) et comparaison avec VICAN 5	Structures	Régional et national
			Questionnaire de qualité de vie des bénéficiaires du parcours (à T0, T1, T5) et comparaison avec VICAN 5	Structures	Régional et national
		<b>Changements des comportements</b>	Changements d'alimentation	Structures	National
			Activité physique	Structures	National
			Consommation de tabac et d'alcool	Structures	National
		<b>Impact sur la santé physique et mentale</b>	Image de soi	Structures	National
		<b>Impact sur les patients bénéficiaires</b>	Fatigue	Structures	National
			Douleur	Structures	National
			Santé mentale	Structures	National
			Séquelles physiques spécifiques de certains cancers (sein, poumon...)	Structures	National
			Hypertension et maladies cardio-vasculaires	Structures	National
			Autonomie/dépendance	Structures	National
			Survie à 5 ans	Structures	National
		Nombre de récurrences ou de second cancer	Structures	National	

**ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE D'EVALUATION**

***A remplir dès le début de la prise en charge (question 1 à 8)***

<b>1</b>	Age du bénéficiaire, sexe :		
<b>2</b>	Statut de bénéficiaire ou non de la complémentaire santé solidaire :		
<b>3</b>	Organe primitivement atteint par le cancer :		
<b>4</b>	Stade : localisé / métastatique :		
<b>5</b>	Taille en cm, poids en kg :		
<b>6</b>	Traitements reçus (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, thérapie ciblée, hormonothérapie, immunothérapie) :		
<b>7</b>	Prise en charge dans le cadre du parcours : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Date de la prescription</li> <li>• Bilans prescrits</li> <li>• Séances prescrites</li> </ul>		
<b>8</b>	Qualité de vie / état de santé initiaux (lors des bilans) : par EVA ou cotation numérique si difficulté pour l'EVA	Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI. Cette échelle est numérotée de 0 à 10. 10 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer. 0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer. Maintenant, veuillez noter le chiffre décrivant votre état de santé.	
		Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre qualité de vie est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI. Cette échelle est numérotée de 0 à 10. 10 correspond à la meilleure qualité de vie que vous puissiez imaginer. 0 correspond à la pire que vous puissiez imaginer. Maintenant, veuillez noter le chiffre décrivant votre qualité de vie.	
		Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre état mental est bon ou mauvais AUJOURD'HUI. Cette échelle est numérotée de 0 à 10. 10 correspond au meilleur état mental (parfaite santé psychique) que vous puissiez imaginer. 0 correspond à la souffrance morale la pire que vous puissiez imaginer. Maintenant, veuillez noter le chiffre décrivant votre qualité de vie.	

## A remplir à la fin du parcours (question 9 et 10)

<b>9</b>	Qualité de vie/ état de santé à 1 an :	Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI. Cette échelle est numérotée de 0 à 10. 10 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer. 0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer. Maintenant, veuillez noter le chiffre décrivant votre état de santé.	
		Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre qualité de vie est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI. Cette échelle est numérotée de 0 à 10. 10 correspond à la meilleure qualité de vie que vous puissiez imaginer. 0 correspond à la pire que vous puissiez imaginer. Maintenant, veuillez noter le chiffre décrivant votre qualité de vie.	
		Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre état mental est bon ou mauvais AUJOURD'HUI. Cette échelle est numérotée de 0 à 10. 10 correspond au meilleur état mental (parfaite santé psychique) que vous puissiez imaginer. 0 correspond à la souffrance morale la pire que vous puissiez imaginer. Maintenant, veuillez noter le chiffre décrivant votre qualité de vie.	
<b>10</b>	Recommanderiez-vous ce programme de soins de support à un autre patient ?		