

DIRECTION DE L'OFFRE DE SOINS ET DE L'AUTONOMIE

Pôle animation de la politique régionale de l'offre

Dossier suivi par Dr Martine VIVIER-DARRIGOL

Téléphone: 05.57.01.45.43

Courriel : ARS-NA-DOSA-OFFRE-SOINS@ars.sante.fr



**CAHIER des CHARGES REGIONAL
des SOINS de SUPPORT en Nouvelle-Aquitaine**

APPEL à PROJET

PARCOURS DE SOIN GLOBAL APRES LE TRAITEMENT DU CANCER

Mars 2021

1. Contexte

Les « soins de support » représentent « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques (ou pas) tout au long des maladies graves ».

En 2016, l'INCa a défini un panier avec :

- Quatre soins de support "socle" : douleur , nutrition , prise en charge psychologique, prise en charge sociale, familiale et professionnelle.
- Cinq soins de supports complémentaires : activité physique adaptée, conseils sur l'hygiène de vie, soutien psychologique des proches et des aidants, mise en œuvre de la préservation de la fertilité, troubles de la sexualité.

L'instruction DGOS du 23 février 2017 encourage le recensement et la promotion de l'offre de soins de support en cancérologie, objectif repris dans le Projet Régional de Santé Régional 2018-2023 de l'ARS Nouvelle-Aquitaine dans les termes suivants :

« La qualité de la prise en charge en cancérologie passe également par l'**accompagnement global qui est proposé au patient tout au long de son parcours**, elle implique donc de systématiser l'accompagnement des personnes et l'accès à l'ensemble des soins de support. »

Le plan cancer 2014-2019 cible l'amélioration de la qualité de vie par l'accès aux soins de support. Tout patient atteint de cancer devrait pouvoir avoir accès, dès le diagnostic, tout au long du traitement du cancer et lors de l'après cancer, à des soins de support adaptés à son état et à l'étape de son parcours.

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. Ce parcours comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et/ou des consultations de suivi nutritionnels et psychologiques. Le contenu du parcours est individualisé pour chaque personne en fonction des besoins de celle-ci, identifiés et prescrits par le médecin référent. Il s'agit d'apporter aux patients concernés un accompagnement aussi bien physique que psychologique.

Les textes réglementaires publiés relatifs au parcours de soins global après le traitement d'un cancer visent à structurer l'offre au sein des territoires.¹

Dans le cadre de la stratégie décennale du cancer, la mise en place **d'un parcours de soins global après le traitement d'un cancer** doit être réalisée afin de réduire les risques de séquelles et de prévenir les rechutes.

L'enjeu est dans le cadre d'un repérage précoce des besoins et conformément aux préconisations de l'Institut national du cancer (INCa) de **débuter l'accompagnement vers l'après-cancer au plus tôt**. Il

¹ Décret n° 2020-1665 du 22 décembre 2020 - Arrêté du 24 décembre 2020 relatif au parcours de soins global après le traitement d'un cancer ; INSTRUCTION N° DSS/MCGRM/DGS/SP5/EA3/DGOS/R3/2021/31 du 27 janvier 2021 relative à la mise en œuvre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer.

est aussi d'assurer cette prise en charge au plus près des patients bénéficiaires et de privilégier une prise en charge par une structure de proximité au plus proche du domicile du patient.

L'offre des soins de support de l'après-cancer reste encore hétérogène selon les territoires et les types de soins. Il faut donc désormais, garantir à tous les patients une prise en charge en soins de support jusqu'à 12 mois après la fin de leur traitement actif pour un cancer en tout lieu du territoire de Nouvelle-Aquitaine.

Selon l'étude réalisée par le réseau des registres de cancer, 36 939 nouveaux cas de cancer sont estimés par an (toutes localisations confondues) en Nouvelle-Aquitaine sur la période 2007-2016 avec:

- 3 principales localisations responsables d'un peu plus de la moitié des cas: prostate, poumon et côlon-rectum chez l'homme ; sein, côlon-rectum et poumon chez la femme ;
- 16 219 décès par cancer estimés par an sur la période 2007-2014 ;
- Une prévalence en ALD pour cancer inférieure à la moyenne nationale ;
- Huit des 12 départements de la région présentent une sous-mortalité par cancer par rapport au niveau national. La situation est moins favorable en Charente-Maritime et en Creuse.

2. Objet de l'appel à candidature régional

2.1. Le parcours :

Ce parcours de ville mis en œuvre après la fin du traitement actif s'inscrit dans la complémentarité du parcours hospitalier durant lequel le dispositif d'annonce et des soins de support sont mis à la disposition du patient.

Ce parcours, dispensé dans les douze mois après la fin du traitement et suivant la prescription médicale, comporte :

- Un **bilan fonctionnel et motivationnel d'activité physique** réalisé par un professionnel et faisant l'objet d'un projet d'activité physique adaptée, et le cas échéant un **bilan psychologique** et/ou un **bilan diététique** ;
- Des **consultations** de suivi de diététique et/ou psychologique: au **maximum cinq** au total pour l'ensemble des deux disciplines

Le professionnel de santé pourra donc choisir, selon l'état de santé du patient, entre les différents cas de figure (représentants au maximum 180 euros / an / patient) suivants :

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

2.2. La population cible bénéficiaire

La population visée est celle des patients atteints de cancer reconnus en affection de longue durée (ALD) et jusqu'à 12 mois après la fin du traitement.

Ces personnes doivent détenir une prescription médicale réalisée uniquement par un médecin cancérologue, un pédiatre ou un médecin traitant.

Les patients prioritaires et pouvant bénéficier d'une prise en charge initiale gratuite sont (critères non cumulatifs) :

- Pour les adultes :
 - Bénéficiaires de la CMU ou d'une aide médicale gratuite ;
 - Identifiés par la structure comme en grande difficulté socio-économique ;
- Tous les enfants et adolescents relevant des services de pédiatrie;
- Adolescents et jeunes adultes (AJA de 15 à 24 ans) avec prises en charge dispersées dans les services adultes.

Les populations spécifiques sont les suivantes :

- Enfants (moins de 18 ans)

Les structures identifiées qui assureront les soins de support pédiatriques devront être conventionnées avec un établissement de santé autorisé au traitement du cancer pédiatrique (CHU).

- Adolescents et Jeunes adultes (15 à 24 ans)

Les structures qui s'engagent dans les soins de support doivent disposer d'une double compétence spécifique en oncologie et pour les AJA dans la prise en charge de cette population.

Compte tenu de la rareté des pathologies cancéreuses chez les adolescents et jeunes adultes, les structures candidates adaptées pour assurer ces prises en charge seront instruites avec une plus grande souplesse concernant les effectifs cibles.

2.3 Les structures éligibles à cet appel à projet sont les suivantes :

- Les communautés professionnelles territoriales de santé ;
- Les maisons de santé pluridisciplinaires ou pluri-professionnelles, les centres de santé pluridisciplinaires ou pluri-professionnels **dont les projets de santé ont été validés par l'Agence Régionale de Santé ;**
- Les établissements de santé (y compris de proximité) ;
- Toute structure en mesure (Ligue contre le Cancer – structure associative ...) :
 - D'effectuer l'ensemble des bilans et consultations, concernant ces soins de support, par une équipe pluridisciplinaire au sein même de la structure ;
 - De rémunérer les professionnels intervenant sur la base de justificatifs des bilans ou consultations de suivi réalisés ;
 - Et de recueillir les données nécessaires à l'évaluation du dispositif.

2.4 Les engagements de la structure

Chaque structure candidate à l'appel à projet devra signer une convention avec l'ARS et, pour mettre en œuvre le parcours sur un territoire dont il précisera la définition, être en mesure d'organiser:

- le parcours du patient en son sein ou en lien avec les professionnels ou associations tels que les professionnels de l'APA, les diététiciens ou les psychologues libéraux;
- la transmission d'informations couvertes par le secret médical auprès du médecin prescripteur et au médecin traitant, si ce dernier n'est pas le prescripteur.

La structure éligible devra s'engager à prendre en charge les patients atteints de cancer au-delà de sa propre patientèle et aura à contractualiser avec les professionnels de son territoire.

Chaque structure devra préciser notamment :

- le territoire envisagé (en complémentarité d'autres structures éligibles) ;
- le type de patients envisagé (part de ciblage par type de cancer) ;
- l'organisation de l'offre : APA, diététique et psychologue ;
- comment elle envisage de remonter les indicateurs.

Elle devra notamment gérer les financements alloués par l'ARS et les re-distribuer aux différents partenaires concernés.

Par ailleurs, elle devra aussi assurer la transmission des indicateurs de suivi et le bilan des questionnaires qualité de vie des patients à l'ARS pour l'évaluation territoriale et régionale du dispositif.

2.5 Condition d'intervention du professionnel de santé et forfait de rémunération

Un contrat est établi entre le(s) professionnel(s) de santé et **une structure retenue par l'ARS**. Il définit les modalités de collaboration du (des) professionnel(s) au parcours de soins global après le traitement du cancer organisé par la structure. (*Cf. modèle contrat en annexe*)

Le professionnel est rémunéré pour la séquence de prestations qu'il réalise par le versement par la structure d'un forfait après réception des bilans ou de l'évaluation.

La prise en charge par les structures conventionnées avec l'ARS se fera dans la limite d'un plafond de 180 euros par an et par patient à raison de 45 euros maximum pour un bilan d'une heure et 22,50 euros maximum pour une consultation de suivi diététique ou psychologique de 30 minutes.

A noter que :

- Seul le bilan d'activité physique adaptée est rémunéré - les séances d'APA ne sont pas financées dans le cadre de ce parcours ;
- Les transports uniquement dédiés aux soins de support ne sont pas indemnisés ;
- Aucun montant relatif à la coordination n'est envisagé dans ce financement et les structures devront s'appuyer sur leur savoir-faire dans le cadre de leurs missions habituelles.

Ce forfait s'élève à :

- **Montant maximum du forfait : 180 euros**
- Tarif Bilan : 45 euros
- Tarif séance : 22 € 50

3.Éléments du dossier attendus

Le dossier de la structure dédiée aux soins de support devra impérativement comprendre l'ensemble des éléments suivants :

- Le dossier de candidature rempli conformément à la trame proposée;
- Le dossier signé par le représentant légal de la structure;
- Les diplômes, certificats ou titres de formation des professionnels avec qui la structure envisage de conventionner si elle est retenue par l'ARS.

En outre, il est fortement recommandé que si le projet est présenté par un établissement, il devra bénéficier d'un portage institutionnel. Une validation institutionnelle du projet constitue une garantie pour sa mise en œuvre.

L'instruction du dossier prendra systématiquement en considération l'offre existante en soins de support dans les établissements de santé autorisés au traitement du cancer qui bénéficient déjà d'une MIG AQTC.

Le dossier devra présenter (cf. annexe 2) :

- Le porteur du projet et les pilotes de la démarche ;
- La description du parcours ;
- Les missions des professionnels intervenant dans le parcours (rédaction des comptes rendus de bilans et de séances, les conditions de retour d'information au médecin prescripteur et au médecin traitant, ...) avec les titres de formation et les justifications d'expérience des professionnels ;
- Les critères d'évaluation du parcours et des indicateurs 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 d'activité et de financement envisagée dans le cadre de cet appel à projets.

A ce dossier seront jointes les pièces suivantes :

- La couverture géographique de l'offre en soins de support pour favoriser la proximité des domiciles des patients;
- L'engagement au 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 contractualisations entre les structures concernées hospitalières et extrahospitalières nécessaires à la mise en place de ce parcours ;
- Un engagement de la structure et des professionnels à participer à une **websession** d'information sur les soins oncologiques de support (SOS) organisée par le réseau régional de cancérologie Onco Nouvelle-Aquitaine.

La structure devra déposer son dossier selon le format du dossier type régional à l'ARS Nouvelle-Aquitaine **au plus tard le 18 juin 2021**.

4. Critères de sélection

Les points d'attention seront les suivants :

- la rigueur du projet et la cohérence du parcours territorial proposé;
- la taille du bassin de population couvert par le projet ;
- la qualité des organisations envisagées ;
- la faisabilité technique du projet, en particulier l'estimation du nombre de patients susceptibles d'être concernés.

Concernant les patients, une attention particulière sera également portée :

- aux prises en charge de proximité afin de garantir l'accessibilité géographique de tous les patients ;
- à l'inclusion des bénéficiaires de la protection universelle maladie (PUMA) et/ou de la complémentaire santé solidaire ;
- à l'inclusion des enfants et des adolescents et jeunes adultes (AJA).

5. Financements et versements des subventions

Le financement octroyé par l'ARS est un accompagnement financier sur le Fond d'Intervention Régional (FIR). Il permettra de prendre en charge les bilans ou séances des professionnels en soins de support sollicités dans le cadre de cet appel à candidature pour une durée de 3 ans, dans la limite de 180 € par patient et par an et d'un objectif quantifié annuel de forfait déterminé avec la structure. Cet objectif pourra être réévalué annuellement.

Pour l'année 2021, compte tenu de la date de mise en place du dispositif, le financement octroyé sera effectué sur la base de la file active pressentie par les structures retenues et validée par l'ARS. Elle sera versée à la signature de la convention.

Pour les années suivantes, le montant des crédits délégués sera versé chaque semestre (février et juillet). Ces financements tiendront compte de l'activité prévisionnelle envisagée par la structure et validée par l'ARS et de l'activité réalisée sur les mois précédents.

Le nombre de structures éligible est défini sur la base d'un minimum de patients à prendre en charge pour son parcours. La prise en charge financière des patients par territoire ne pourra excéder le nombre de forfaits calculé ci-dessous en fonction de l'incidence des cancers (toute spécialité confondue).

DEPARTEMENTS	INCIDENCE MOYENNE DES CANCERS EN NA	POPULATION PAR DEPARTEMENT (INSEE 2018)	TAUX D'INCIDENCE DES CANCERS (POUR 1000)	NOMBRE DE FORFAITS DE 180€	NB STRUCTURES MAXI (SUR LA BASE DE 150 PATIENTS / AN)
CHARENTE	2 179	351 778	6,2	323	2
CHARENTE-MARITIME	4 461	646 932	6,9	661	4
CORREZE	1 646	240 583	6,8	244	2
CREUSE	898	117 503	7,6	133	1 (exception geo)
DORDOGNE	2 871	413 418	6,9	425	2
GIRONDE	8 411	1 601 845	5,3	1 246	8
LANDES	2 770	410 355	6,8	410	3
LOT ET GARONNE	2 152	3 31 970	6,5	319	2
PYRENEES-ATLANTIQUES	4 150	679 810	6,1	615	4
DEUX-SEVRES	2 401	374 799	6,4	356	2
VIENNE	2 484	437 586	5,7	368	2
HAUTE-VIENNE	2 488	373 199	6,7	368	2
TOTAL NA	36 911	5 979 778	6,2	5 467	34

Au total, **5 467 patients** pourraient bénéficier d'un forfait de soins de support de 180 € / an , ce qui représenterait environ 15% de la population des nouveaux patients atteints de cancer.

L'évaluation de la population cible prioritaire par département au regard des CMUistes recensés en 2020 permettra d'évaluer la part de population de la file active qui a pu avoir recours à cette offre en priorité.

Cette enveloppe attribuée pour les soins de support permettra de contribuer au financement des forfaits ou séances des professionnels en soins de support sollicités dans le cadre de cet appel à projets pour une durée de trois ans sous réserve de conformité lors des évaluations intermédiaires.

Les crédits seront versés chaque semestre 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 structures éligibles.

Cette délégation sera adressée aux structures retenues au plus tard en septembre 2021.

6. Indicateurs de suivi des activités de soins de support

Les indicateurs (annexe 3) seront à minima à produire à l'ARS *trimestriellement* ainsi qu'un rapport d'activité annuel au plus tard le 30 mars de l'année n+1.

7. Calendrier Récapitulatif

- Proposition du cahier des charges de l'appel à candidature au COPIL du 2 avril 2021 ;
- Publication AAC et lancement entre le 15 avril et le 30 avril 2021 ;
- Date limite et dépôt de dossiers au plus tard le 18 juin 2021;
- Instruction des dossiers avant la mi-Juillet 2021 ;
- Démarrage du dispositif au plus tard entre le 1er septembre et le 1er octobre 2021.

Les dossiers sont à adresser à ars-na-dosa-offre-soins@ars.sante.fr et au Dr Martine VIVIER-DARRIGOL – Direction Offre de soins et autonomie : martine.vivier-darrigol@ars.sante.fr.

ANNEXES :

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

- 2 *RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES*

- 3 *LISTE D'INDICATEURS A REMONTER TRIMESTRIELLEMENT A L'ARS PAR LES STRUCTURES*

- 4 *AAP PARCOURS SOINS DE SUPPORT – DOSSIER TYPE DE REPONSE*

- 5 *QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DES PATIENTS A J0 ET FIN DE PARCOURS*

ANNEXE 1 - CONTRAT-TYPE ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

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

CDC SOS 2021 - ARS NA

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 comptes-rendus 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 demie 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 2 - 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 (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)

ANNEXE 3 - LISTE D'INDICATEURS A REMONTER TRIMESTRIELLEMENT A L'ARS PAR LES STRUCTURES

Nombre et profil (formation, diplômes) professionnels / type de soins de support	par structure et régional ²
Délais entre prescription / bilan / 1ere consultation (délais d'attente)	Régional ²
Nombre de bilans effectués (catégorisé en activité physique – psy- diet) au total et nombre moyen par patient	par structure et régional ²
Nombre de consultations prises en charge effectuées après un bilan et nombre moyen par patient (diet et psy)	par structure
Nombre de patients bénéficiaires total et par population (adultes/enfants/adolescents et jeunes adultes)) et par soins de support	par structure et régional ²
Profils des bénéficiaires (sexe – âge – médian – type de cancer et de traitement – part des bénéficiaires CMU – CMU-C	Régional ²
Satisfaction des patients bénéficiaires à T0 et T1	Régional ²
Questionnaire de qualité de vie des patients des bénéficiaires du forfait à T0 et T1	Régional ²

² La structure renseigne les informations et l'ARS collige celles-ci au niveau départemental et régional afin de les remonter au niveau national.

**ANNEXE 4 - AAP PARCOURS SOINS DE SUPPORT –
DOSSIER TYPE DE REPONSE.**

Auteur de la demande (Raison sociale, représentant légal, n° Finess, adresse) + référent du dossier (mail et téléphone)
Coordonnateur de la structure (Nom/prénom – téléphone – mail) Organisation de la continuité en jours ouvrables
Présentation succincte de la structure porteuse du projet (si besoin joindre des documents en annexe)
Description du parcours proposé pour les patients - organisation des bilans et des consultations de suivi
Le forfait prévoit la réalisation d'un bilan APA permettant l'élaboration d'un plan personnalisé. Quelles suites pensez-vous proposer aux bénéficiaires pour mettre en œuvre ce plan. ? Quels partenaires avez-vous identifiés ? S'agit-il d'offres APA gratuites ou payantes pour les participants ?
Présentation succincte du périmètre géographique couvert (si besoin joindre des documents en annexe)
Estimation de la file active pressentie de patients en adéquation avec le projet et modalités de calcul. Préciser, si adapté, le nombre de patients déjà pris en charge pour un cancer en lien avec la structure
Profil social (en particulier la part des patients avec des critères de précarité PUMa et complémentaire santé solidaire) et/ou d'âge et origine géographique de la file active du parcours (code postal) si possible
Professionnels ou associations intervenant sous la responsabilité de la structure - Noms, spécialités et implantation géographique des professionnels engagés Obligatoire : Joindre en annexe les diplômes, certificats ou titres de formation et les justificatifs d'expérience des professionnels mentionnés dans ce dossier comme décrits dans l'article 3 de l'arrêté du 24 décembre 2020 ; notamment dans le domaine de l'oncologie.

Présentation de l'organisation pour coordonner le parcours (temps administratif, secrétariat...) et/ou mobilisation des dispositifs de coordination spécifiques au cancer

Présentation des missions des professionnels 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, ...)
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

Décrire les principaux besoins identifiés sur le volet numérique du projet dans le cas où le système d'information aurait déjà été retenu, le décrire avec en particulier les modalités mises en œuvre en termes de sécurité (identification professionnels, patients, hébergement, RGPD...), d'interopérabilité (référentiels, fonctions socles...) au sens de la feuille de route nationale eSanté.

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 (si besoin joindre un tableau de synthèse en annexe) / Détail du nombre de séances, des forfaits ainsi que le caractère individuel ou collectif et leur durée

Calendrier de mise en œuvre du projet présenté

A fournir en annexe : engagement de la structure et des professionnels à participer à une websession d'information sur les soins oncologiques de support (SOS) organisée par le réseau régional de cancérologie « Onco Nouvelle-Aquitaine ».

**Date et Signature du représentant
légal de l'établissement**

ANNEXE 4 - QUESTIONNAIRE QUALITE DE VIE

A remplir dès le début de la prise en charge (question 1 à 8) puis à la fin du parcours (question 9 et 10)

1. Age du bénéficiaire, sexe :
2. Statut de bénéficiaire ou nom de la complémentaire santé solidaire :
3. Organe primitivement atteint par le cancer :
4. Stade : localisé / métastatique :
5. Taille en cm, poids en kg :
6. Traitements reçus (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, thérapie ciblée, hormonothérapie, immunothérapie) :
7. Prise en charge dans le cadre du parcours :
 - Date de la prescription
 - Bilans prescrits
 - Séances prescrites
8. 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.
9. 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.

10. « Recommanderiez-vous ce programme de soins de support en oncologie à un autre patient ?
» oui / non