

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

**Pôle animation de la politique régionale de l'offre**

Dossier suivi par Docteur Martine VIVIER-DARRIGOL  
et Annabel RIGOU

Téléphone: 05.57.01.45.43

Courriel : [ars-na-offre-de-soins-sse@ars.sante.fr](mailto:ars-na-offre-de-soins-sse@ars.sante.fr)

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

**APPEL à PROJET**

**PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRES LE TRAITEMENT DU CANCER**

**Mai 2022**

## 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.<sup>1</sup>

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

---

<sup>1</sup> 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 des professionnels 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 FRANCIM des registres de cancer, 36 939 nouveaux cas de cancer sont estimés chaque année (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.
- Le cancer est la cause de **28% des décès** dans la région avec un nombre moyen de décès chaque année estimé à 16 219 cas dont 59% chez l'homme et 41% chez la femme.
- Les cancers de **mauvais pronostic** représentent 21,5% des cancers diagnostiqués (22% au niveau national).
- 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.

**Cet appel à projets s'inscrit dans la continuité du premier appel à projets réalisé en avril 2021 pour lequel 23 structures ont déjà été retenues dans les 12 départements (<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/parcours-de-soin-global-apres-le-traitement-du-cancer>). Il vise donc à compléter la couverture géographique sur tous les territoires de Nouvelle-Aquitaine et à proposer une offre plus importante de proximité.**

## **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 proposés au 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 six** au total pour l'ensemble des deux disciplines

Le médecin prescripteur (oncologue, médecin traitant, pédiatre) pourra donc choisir, selon l'état de santé du patient, entre les différents cas de figure suivants :

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

Le médecin prescripteur pourra s'appuyer sur la grille de repérage de 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> niveau des besoins en soins de support après la phase active de traitement, outil du référentiel national de l'INCa pour définir et proposer les soins de support adaptés visant à améliorer la qualité de vie du patient (Annexe 1).

## 2.2 La population cible bénéficiaire

**La population visée est celle des patients atteints de cancer<sup>2</sup> 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 oncologue, 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 (AME);
  - 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 professionnels de santé peuvent s'appuyer sur le référentiel des soins de support de l'AFSOS (fiche de détection de la fragilité sociale – contenu minimum indispensable (INCa 2011) ainsi que le SCORE EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) qui est un indicateur individuel de précarité prenant en compte le caractère multidimensionnel de la précarité (Annexe 2).

**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 (AJA) (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.

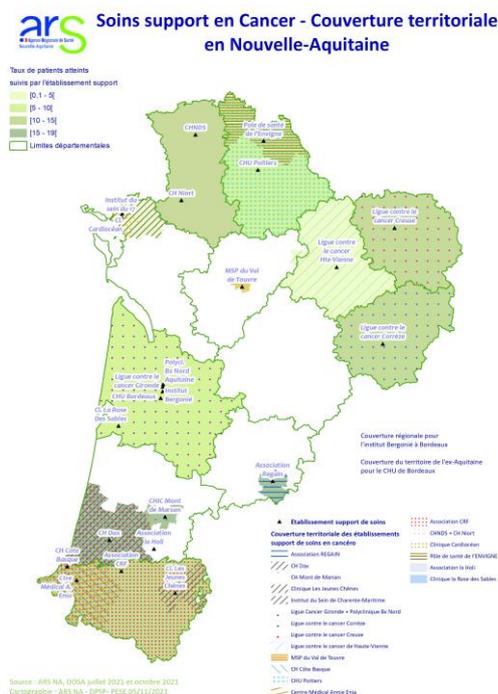
Dans le cadre de cet appel à candidature, il sera évalué l'équilibre régional de l'offre et des articulations avec les professionnels de proximité, en prenant en compte la rareté des pathologies cancéreuses chez les enfants, les adolescents et jeunes adultes.

---

<sup>2</sup> Le parcours de soins global après le traitement d'un cancer ne s'adresse pas aux patients pris en charge durant la période active du traitement, dont la période peut durer, selon le type de cancer et sa gravité, plusieurs mois ou plusieurs années. La trajectoire post cancer se définit à partir du moment où, si on mettait en place une consultation de fin de traitement du cancer, on pourrait dire au patient que le traitement de son cancer est terminé. A partir de ce moment-là, une surveillance est mise en place et des soins de support peuvent être proposés au patient. Durant cette trajectoire post cancer, il peut y avoir des traitements au long court qui ne font plus parti de la phase active du traitement. Il s'agit notamment des thérapies ciblées, thérapies orales, hormonothérapies, etc.

## 2.3 Les structures éligibles à cet appel à projets sont les suivantes

La cartographie de l'état de lieux réalisé à l'issue du premier appel à candidature met en exergue l'existence de zones blanches dans des territoires non couverts ou insuffisamment couverts.



Les priorisations d'habilitation de nouvelles structures se feront sur la base des constats suivants :

- Absence de structure en **Dordogne**.
- Nombre de structures insuffisantes au regard des files actives proposées lors du 1<sup>er</sup> appel à projets dans les départements suivants : **Charente, Charente-Maritime, Gironde, Lot-et-Garonne, Vienne, Haute-Vienne**.
- Accessibilité de tous les patients atteints de cancers notamment en zone rurale.
- Zones territoriales à renforcer au regard de la mortalité par cancer (Creuse, Haute Vienne, Vienne, Deux-Sèvres, Charente Maritime, Gironde, Landes, Pyrénées-Atlantiques).

### Les structures éligibles sont les suivantes :

- Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).
- 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**.

### Peuvent être aussi candidates, les structures ci-dessous dès lors qu'elles assurent une couverture complémentaire satisfaisante :

- 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.
- Les établissements de santé (y compris de proximité).

## **CONDITION PRINCIPALE et OBLIGATOIRE :**

- *Toute structure ou groupement de structure devra impérativement définir un territoire sur une zone blanche et s'assurer en concertation avec les autres structures habilités sur le département et ceux limitrophes, qu'elle s'inscrit en proximité et en complémentarité des structures déjà existantes pour la prise en charge des patients.*
- *Pour garantir une qualité et sécurité de prise en charge des patients atteints de cancer, il sera demandé la réalisation d'un minimum de **60 forfaits/an dans un délai de 2 ans** correspondant à la prise en charge annuelle d'un minimum de 60 nouveaux patients à compter de la date de signature de la convention avec l'ARS. L'enjeu est d'éviter la multiplication de petites structures et de faciliter la coordination des différents acteurs du parcours cancer sur le territoire.*
- *Toute structure déjà préalablement habilitée devra respecter ce volume d'activité sous réserve de perdre son habilitation et de rendre caduque la convention qui le lie à l'Agence Régionale de Santé. Si une structure déjà habilitée en 2021 n'atteint pas le seuil minimal de 60 patients/an, elle devra s'associer à une ou plusieurs CPTS voisine afin de développer son activité. Les CPTS pourront s'associer sur un territoire en groupement dont un seul coordonnera cette activité pour proposer des filières de prises en charge des patients atteints de cancer un an après la fin du traitement.*

### **2.4 Les engagements de la structure**

Chaque structure candidate à l'appel à projet devra signer une convention avec l'ARS pour mettre en œuvre le parcours sur un territoire dont il précisera la définition. Elle devra 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.

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 chaque semestre à l'ARS pour l'évaluation territoriale et régionale du dispositif (Annexes 3 et 4).

## 2.5 Condition d'intervention du professionnel en soins de support et forfait de rémunération

Un contrat est établi entre le(s) professionnel(s) de soins de support 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 (Annexe 5).

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

## 3. Organisation complémentaire de l'AAP dans le droit commun

### 3.1. Continuité de la prise en charge Psychologique

Dans la continuité des séances de prise en charge psychologique en post cancer, et à partir d'avril 2022, le dispositif « MonPsy », porté conjointement par le ministère des Solidarités et de la santé et l'Assurance Maladie, va permettre aux patients de plus de 3 ans (enfants, adolescents et adultes) en souffrance psychique d'intensité légère à modérée de **bénéficier d'une prise en charge par un psychologue remboursée par l'Assurance Maladie**.

En fonction de l'état de santé du patient, et en accord avec lui, les médecins pourront lui proposer de suivre des séances d'accompagnement psychologique avec un psychologue conventionné. Ce dispositif pourra notamment bénéficier aux publics qui ne pouvaient pas auparavant bénéficier de l'accompagnement psychologique pour des raisons financières.

Le nombre de séances réalisé sera adapté aux besoins du patient, dans la limite de 8 séances. Les tarifs seront de :

- 40 euros pour une première séance permettant la réalisation du bilan initial
- 30 euros pour les séances de suivi (sept au maximum).

Seules les séances réalisées dans le cadre du dispositif national (c'est-à-dire, sur adressage d'un médecin et réalisées par un psychologue conventionné avec l'Assurance maladie) feront l'objet d'un remboursement. Ces séances ne pourront pas faire l'objet de dépassement d'honoraires.

### 3.2. Continuité de la prise en charge en activité physique adaptée

Tout professionnel ayant réalisé un contrat avec la structure habilitée par l'ARS, devra orienter à la fin des séances vers un dispositif territorial d'activité physique adaptée permettant la continuité de prises en charge les moins onéreuses quand elles s'avèrent nécessaire (CAMI – Dispositif PEPS ...).

#### **4. Promouvoir l'usage de la téléconsultation de suivi des patients**

La téléconsultation a bénéficié de la pandémie liée à la Covid-19 pour s'intégrer dans la pratique quotidienne médicale et en santé et, a fortiori, en oncologie.

Dans le cadre des prises en charge paramédicales en soins de support, la téléconsultation peut aussi être un outil. Elle est un moyen, pour tous les patients, d'accéder aux bons soins, aux bons spécialistes, aux bonnes expertises, au bon moment ... Leur réalisation pourra être prise en compte dans le cadre d'une procédure décrite dans le projet scientifiquement validée et dès lors que la première séance individuelle de soins de support aura été réalisée en présentiel.

#### **5. Eléments 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 (Annexe 6).
- Le dossier signé par le représentant légal de la structure.

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 :

- 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.
- 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 projet.

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 (Annexe 7).
- Les documents d'information au patient.
- Les contractualisations entre les structures concernées hospitalières et extrahospitalières nécessaires à la mise en place de ce parcours.
- Les diplômes, certificats ou titres de formation des professionnels en soins de support salariés de la structure ou bien avec qui la structure envisage de conventionner si elle est retenue par l'ARS.

- 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 30 juin 2022**.

## **6. 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).

## **7. 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 sur la base d'un objectif quantifié annuel de forfaits déterminé avec la structure (file active de nouveaux patients) avec un minimum de 60 nouveaux patients à prendre en charge dans un délai de 2 ans**. Cet objectif pourra être réévalué annuellement.

Un forfait « Coordination » à destination des structures, non inclus en 2021, mais qui le sera à compter de 2022, est prévu en fonction des files actives et sur la base suivante :

- pour garantir la qualité des prises en charge sur les territoires, le seuil minimum attendu pour une structure est de 60 forfaits/an
- seules les structures qui atteindront le seuil minimum pourront bénéficier d'un budget de coordination :
  - FA 60 à 80 forfaits : 800 euros
  - FA jusqu'à 100 forfaits : 1 000 euros
  - FA jusqu'à 150 forfaits : 1 500 euros
  - FA jusqu'à 200 forfaits : 1 500 euros
  - FA à 201 forfaits ou plus : 2 500 euros

L'ensemble de ces dispositions est formalisé dans la convention passée avec les structures retenues. Les crédits seront versés annuellement par arrêté du DG ARS.

Les financements délégués tiendront compte de l'activité prévisionnelle envisagée par la structure et validée par l'ARS et de l'activité réalisée transmise sur les mois précédents.

Pour l'année 2022, compte tenu de la date de démarrage du dispositif pour les nouvelles structures retenues, le financement octroyé sera calculé au prorata du nombre de mois de l'année couverts et sur la base de la file active annuelle sollicitée par les structures retenues et validée par l'ARS par la signature d'une convention.

Cette délégation sera adressée aux structures retenues courant 2022.

Le nombre de structures éligible est défini sur la base d'un minimum de patients à prendre en charge pour son parcours (60 patients /an). 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€	NOMBRE MAXIMUM DE STRUCTURES ELIGIBLES (60 PATIENTS/AN)
CHARENTE	2 179	351 778	6,2	323	5
CHARENTE-MARITIME	4 461	646 932	6,9	661	11
CORREZE	1 646	240 583	6,8	244	4
CREUSE	898	117 503	7,6	133	2
DORDOGNE	2 871	413 418	6,9	425	7
GIRONDE	8 411	1 601 845	5,3	1 246	20
LANDES	2 770	410 355	6,8	410	7
LOT-ET-GARONNE	2 152	3 31 970	6,5	319	5
PYRENEES-ATLANTIQUES	4 150	679 810	6,1	615	10
DEUX-SEVRES	2 401	374 799	6,4	356	6
VIENNE	2 484	437 586	5,7	368	6
HAUTE-VIENNE	2 488	373 199	6,7	368	6
<b>TOTAL NA</b>	<b>36 911</b>	<b>5 647 808</b>	<b>6,5</b>	<b>5 468</b>	<b>89</b>

Au total, **5 468 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 (les structures devront systématiquement recueillir cet indicateur).

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.

## 8. Indicateurs de suivi des activités de soins de support

Les indicateurs (Annexe 3 et 4) seront à minima à produire à l'ARS *semestriellement* ainsi qu'un rapport d'activité annuel au plus tard le 30 mars de l'année n+1.

## 9. Calendrier Récapitulatif

- Proposition du cahier des charges de l'appel à candidature au COPIL du 7 février 2022
- Publication AAC et lancement entre le 1<sup>er</sup> mai et le 30 mai 2022
- Date limite et dépôt de dossiers au plus tard le 30 juin 2022
- Instruction des dossiers avant le 31 juillet 2022
- Envoi des conventions en septembre 2022
- Démarrage du dispositif pour les nouvelles structures au plus tard entre le 1<sup>er</sup> septembre et le 1<sup>er</sup> octobre 2022.

Les dossiers sont à adresser au secrétariat du Pôle Soins de ville et hospitaliers : [ars-na-offre-de-soins-sse@ars.sante.fr](mailto:ars-na-offre-de-soins-sse@ars.sante.fr)

Les référents ARS sont Dr Martine VIVIER-DARRIGOL : [martine.vivier-darrigol@ars.sante.fr](mailto:martine.vivier-darrigol@ars.sante.fr) et Mme Annabel RIGOU - [annabel.rigou@ars.sante.fr](mailto:annabel.rigou@ars.sante.fr) – Pôle Soins de ville et hospitaliers, Direction de l'offre de soins - Direction déléguée à l'Offre de soins et aux situations sanitaires exceptionnelles

## **ANNEXES :**

- 1 *GRILLE DE REPERAGE DE 1<sup>ER</sup> ET 2<sup>EME</sup> NIVEAU DES BESOINS EN SOINS DE SUPPORT APRES LA PHASE ACTIVE DE TRAITEMENT*
- 2 *FICHE DE DETECTION DE LA FRAGILITE SOCIALE – SCORE EPICES (EVALUATION DE LA PRECARITE ET DES INEGALITES DE SANTE DANS LES CENTRES D'EXAMENS DE SANTE)*
- 3 *LISTE D'INDICATEURS A REMONTER TRIMESTRIELLEMENT A L'ARS PAR LES STRUCTURES*
- 4 *QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE LA SATISFACTION DES PATIENTS*
- 5 *CONTRAT-TYPE ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ MENTIONNÉS AUX ARTICLES L. 4371-1 et D. 4371 (DIETETICIENS), LES PROFESSIONNELS DE L'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE MENTIONNES A 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 OEUVRE DU PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRES LE TRAITEMENT DU CANCER*
- 6 *AAP PARCOURS SOINS DE SUPPORT – DOSSIER TYPE DE REPONSE*
- 7 *RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES*

# ANNEXE 1 - GRILLE DE REPERAGE DE 1ER ET 2EME NIVEAU DES BESOINS EN SOINS DE SUPPORT APRES LA PHASE ACTIVE DE TRAITEMENT



RÉFÉRENTIEL ORGANISATIONNEL NATIONAL  
SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT DES PATIENTS ADULTES ATTEINTS DE CANCER / avis d'experts

## ANNEXE 4

### GRILLE DE REPERAGE DE 1<sup>er</sup> ET 2<sup>e</sup> NIVEAU DES BESOINS EN SOINS DE SUPPORT APRÈS LA PHASE ACTIVE DE TRAITEMENT

Version Professionnels de santé

Date de remplissage du questionnaire :

Identification du patient :

Civilité :  Madame  Monsieur  Mademoiselle

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de téléphone :

Courriel :

Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire.

Vos réponses permettront aux professionnels de santé qui vous suivent d'adapter et de faire évoluer votre suivi en vous proposant des soins de support permettant d'améliorer votre qualité de vie. L'objectif de ce questionnaire est de vous aider et de vous accompagner dans la phase de l'après-traitement afin d'éviter ou de diminuer le risque de séquelles.

Les informations que vous transmettez permettront d'identifier d'éventuels besoins en soins oncologiques de support et des accompagnements par des professionnels pourront vous être proposés.

#### Compréhension des modalités de surveillance de la maladie

(0 = Pas du tout d'accord et 10 = Tout à fait d'accord)

- 1 Les informations concernant les modalités de surveillance ou suivi de votre maladie sont-elles suffisantes et complètes.  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10
- 2 Les informations concernant la fin de vos traitements actifs et les potentielles séquelles qu'ils peuvent engendrer sont-elles compréhensibles et claires.  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10
- 3 Vous avez reçu des informations sur les directives anticipées et/ou les soins palliatifs.  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10
- 4 Vous vous sentez soutenu(e) par votre entourage pour bien vivre au mieux la fin des traitements.  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

#### Nutrition

- 5 Si l'on considère qu'avant l'annonce de la maladie vous mangiez « 10 sur 10 », combien mangez-vous actuellement sur une échelle de 0 à 10 (0 = vous ne mangez rien et 10 = vous mangez des quantités comme d'habitude) ?

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

- 6 Votre poids avant l'annonce de la maladie :       kg

Votre poids actuel :       kg

Votre taille :     m

- 7 Avez-vous des difficultés à avaler ?  
 Oui  Non
- 8 Avez-vous des nausées/vomissements/diarrhées qui impactent votre prise alimentaire ?  
 Oui  Non
- 9 Faites-vous un ou des régime(s) restrictif(s) (jeûne, régime pauvre en sucre, en gras...) sans prescription médicale telle que pour le diabète, le cholestérol...  
 Oui  Non
- 10 Avez-vous déjà eu un suivi/reçu des conseils adaptés en nutrition ?  
 Oui  Non

#### Questions de repérage de 2<sup>e</sup> niveau

- 1 – Peser le patient (tracer le suivi de l'évolution du poids)
- 2 – Perte de poids (en kg)  
Si % perte de poids  $\geq 5\%$  en 1 mois ou  $\geq 10\%$  en 6 mois, orientation pour suivi nutritionnel.
- 3 – Taille en m
- 4 – IMC :  $P \text{ (kg)} / T^2 \text{ (cm)}$   
Si  $< 18,5 \text{ kg/m}^2$  ou 21 pour les personnes de plus de 70 ans (critère de dénutrition), orientation vers une consultation diététique/nutritionnelle  
Si  $> 25 \text{ kg/m}^2$  (critère de surpoids/obésité), selon le cancer, orientation vers une consultation diététique/nutritionnelle
- 5 – Des changements des habitudes alimentaires ont-ils été observés ?  
- À l'annonce de la maladie :  Oui  Non  
- Pendant les traitements :  Oui  Non  
- Depuis l'arrêt des traitements :  Oui  Non
- 6 – Une réduction de la masse musculaire et/ou de la fonction musculaire a-t-elle été identifiée ? (lorsque les normes et/ou les outils sont disponibles).  
 Oui  Non (si oui = critère de dénutrition)

#### **Activité physique [= activité physique quotidienne (marche, ménage, jardinage, vélo...) et activité sportive]**

- 11 Depuis l'annonce de la maladie, êtes-vous moins actif(ve) physiquement ?  
 Oui  Non
- 12 En ce moment, avez-vous des difficultés à être actif(ve) au quotidien entre 0 (= aucune difficulté) et 10 (= difficulté extrême) ?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 13 En ce moment, vous sentez-vous capable de poursuivre, reprendre ou débiter une activité physique régulière seul(e) ?  
 Oui  Non
- 14 Lors d'une journée ordinaire, en ce moment, passez-vous en moyenne :  
 Plus de 7 h assis(e)  Moins de 7 h assis(e)

#### **Fatigue**

- 15 Sur une échelle de 0 à 10, comment évaluez-vous votre fatigue entre 0 (= pas de fatigue) et 10 (= fatigue extrême) ?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

#### **Psychologie**

- 16 Êtes-vous triste ?  
 Souvent  Parfois  Rarement  Jamais

## RÉFÉRENTIEL ORGANISATIONNEL NATIONAL

### SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT DES PATIENTS ADULTES ATTEINTS DE CANCER / avis d'experts

- 17 Vous sentez-vous angoissé(e) ou anxieux(se) ?  
 Souvent  Parfois  Rarement  Jamais
- 18 Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ou anxieux(se) au cours de votre vie ?  
 Oui  Non
- 19 Si oui, avez-vous eu ou avez-vous un suivi par un professionnel pour vos difficultés psychiques ?  
 Oui  Non
- 20 Prenez-vous un traitement (anxiolytique ou antidépresseur) en ce moment ?  
 Oui  Non
- 21 Vous arrivez à la fin de vos traitements actifs, est-ce que vous vous sentez fragilisé(e) sur le plan psychologique ?  
 Oui  Non  Non concerné(e)
- 22 La maladie ou ses traitements ont-ils eu un impact sur :  
 Votre confiance en soi  
 Votre image corporelle  
 Votre mémoire/concentration  
 Autre, lequel ?   
 Non concerné(e)
- 23 Avez-vous besoin d'un soutien psychologique ?  
 Oui  Non

#### Question de repérage de 2<sup>e</sup> niveau

Réaliser une évaluation en utilisant l'échelle de l'HADs « Hospital Anxiety and Depression scale » (Annexe 4a). Le score obtenu permettra d'orienter le patient vers le médecin, des pratiques psychocorporelles, ou le psychiatre et le psychologue.

Tout score  $\geq 8$  à l'échelle HADs nécessite d'orienter vers une consultation médicale (médecin traitant ou psychiatre) ou vers un psychologue.

#### Questions de repérage de 2<sup>e</sup> niveau

Séquences cognitives : questionnaire FACT-Cog (Annexe 4b)

## Douleur

- 24 Ressentez-vous des douleurs ces derniers jours ?  
 Oui  Non
- 25 Si oui, vous évaluez vos douleurs avec une note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de **vos douleur maximale au cours des 8 derniers jours** (la note 0 correspond à pas de douleur, et la note 10 correspond à la douleur maximale imaginable)  
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 26 Si oui, vous évaluez vos douleurs avec une note de 0 à 10 qui décrit le mieux **vos douleur habituelle au cours des 8 derniers jours** (la note 0 correspond à pas de douleur, et la note 10 correspond à la douleur maximale imaginable)  
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 27 Cette douleur perturbe-t-elle...  
 ... votre sommeil ?  
 Oui  Non  Non concerné(e)  
 ... vos activités habituelles ?  
 Oui  Non  Non concerné(e)
- 28 Prenez-vous actuellement un traitement pour vos douleurs ?  
 Oui  Non  Non concerné(e)
- 29 Si oui, le traitement vous soulage-t-il ?  
 Complètement  Partiellement  Pas du tout

**Questions de repérage de 2<sup>e</sup> niveau**

1 – S'agit-il d'une douleur connue et identifiée ?

Oui  Non

2 – Est-elle permanente ?

Oui  Non

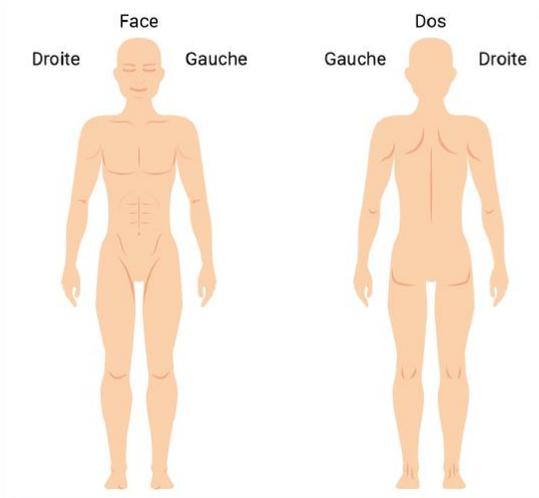
3 – Est-elle déclenchée par :

• Les mouvements ?  Oui  Non

• Les soins ?  Oui  Non

• Autres (précisez) ?

4 – Localisation : Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone.



5 – Accès douloureux paroxystiques<sup>1</sup> ?

Oui  Non

Si oui, nombre par 24 heures ?

6 – Échelle numérique de 0 à 10 (sur la dernière semaine) :

Moyenne :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Minimum :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Maximum :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7 – DN4  $\geq$  4 ?  Oui  Non (Annexe 4c)

8 – Traitement actuel :

• Observance (faire préciser la posologie prise, l'horaire...) :

• Effets indésirables :

1. L'accès douloureux paroxystiques (ADP) correspond à une augmentation transitoire de la douleur, de survenue rapide (moins de 3 minutes), de courte durée (de 30 minutes à 1 heure en moyenne) d'intensité sévère à insupportable, survenant sur un fond de douleur stable, chez des patients recevant un traitement opioïde de fond. On différencie « les accès douloureux prévisibles » lorsque la douleur est liée à des actions volontaires du patient (ex. la marche) involontaire (ex. la toux) ou procédurale, des accès douloureux non prévisibles.

**RÉFÉRENTIEL ORGANISATIONNEL NATIONAL**
**SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT DES PATIENTS ADULTES ATTEINTS DE CANCER / avis d'experts**

**Social, familial et professionnel**

- 30 Avez-vous besoin d'informations sur les conséquences sociales et financières de votre maladie (Affection Longue Durée, droits, prestations, démarches à effectuer, impact sur l'activité professionnelle...) ?  
 Oui  Non
- 31 Vivez-vous seul(e) ?  
 Oui  Non
- 32 Avez-vous des enfants ou personnes à charge ?  
 Oui  Non
- 33 Avez-vous des aidants (une ou plusieurs personne(s) dans mon entourage qui vous aide(nt) au quotidien) ?  
 Oui  Non  
 Si oui, lesquels (membre de ma famille, amis, etc.) ?
- 34 Du fait de votre maladie et des traitements, avez-vous besoin d'aide dans votre quotidien (aide-ménagère, garde d'enfants, suivi de la scolarité de mes enfants...) ?  
 Oui  Non
- 35 Votre logement est-il adapté à votre état de santé ?  
 Oui  Non
- 36 Avez-vous des difficultés  
 Familiales  Financières  
 Professionnelles  Non concerné(e)


**Habitudes de vie**

- 37 Est-ce que vous prenez des médicaments sans prescription de votre médecin (automédication comme par exemple la prise d'antidouleur, d'anti inflammatoires, de somnifères...)  
 Oui  Non
- 38 Est-ce que vous prenez d'autres traitements ou compléments (phytothérapie, compléments alimentaires...)  
 Oui  Non
- 39 Fumez-vous ?  
 Oui  Non  
 Si oui, quelle(s) substance(s) ?
- 40 Avez-vous arrêté de fumer depuis moins d'un an ?  
 Oui  Non  Non concerné(e)
- 41 Consommez-vous de l'alcool ?  
 Oui  Non  
 Si oui, combien de verres par semaine ?    verres

**Questions de repérage de 2<sup>e</sup> niveau**

Alcool : Questionnaire FACE pour orientation (Annexe 4d)

<http://www.resapsad.org/sites/resapsad.cpm.aquisante.priv/files/u35/FACE.pdf>

**Actions thérapeutiques**

- 42 Vous sentez-vous capable de gérer vos traitements et leurs effets secondaires dans le quotidien ?  
 Oui  Non
- 43 Avez-vous eu accès à un programme d'éducation thérapeutique ?  
 Oui  Non

### Rééducation ou réadaptation

- 44 Avez-vous perdu une ou des capacités (marcher, attraper, entendre, voir, parler, avaler, toucher...) ?  
 Oui  Non  
 Si oui, laquelle/lesquelles ?
- 45 Vos traitements (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) ont-ils des conséquences sur vos activités quotidiennes ?  
 Tout à fait d'accord  Plutôt d'accord  Plutôt pas d'accord  Pas du tout d'accord
- 46 Avez-vous des difficultés (fuite, douleur, etc.) avec vos appareillages (stomie, sonde, oxygène, ou autre dispositif) ?  
 Oui  Non  Non concerné(e)

### Santé sexuelle

- 47 Avez-vous constaté un impact négatif du cancer ou de ses traitements sur votre vie intime et votre vie sexuelle ?  
 Oui  Non
- 48 Si c'est le cas, ressentez-vous le besoin d'en parler avec un professionnel spécialisé ?  
 Oui  Non
- 49 Cela occasionne-t-il une insatisfaction ou une souffrance dans votre vie sexuelle ?  
 Oui  Non

### Fertilité

- 50 Souhaitez-vous des informations et une aide concernant les conséquences de la maladie et des traitements sur votre capacité à avoir des enfants à l'avenir ?  
 Oui  Non

### Maintien et retour à l'emploi

- 51 Vous avez poursuivi votre activité professionnelle durant vos traitements de façon :  
 Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Compliquée  
 Très compliquée  Impossibilité de poursuivre
- 52 Concernant la reprise de votre activité professionnelle :  
 Vous souhaitez reprendre une activité professionnelle  
 Vous ne vous sentez pas capable de reprendre  
 Non concerné(e)
- 53 Quelles seraient la ou les conditions favorables à votre reprise d'activité professionnelle ?  
 Informations de votre employeur  Formation de l'entreprise à votre accueil  
 Aménagement de votre espace de travail (bureau, atelier...)  Aménagement de votre temps de travail  
 Accompagnement du médecin du travail  Réorientation professionnelle  
 Connaître mes droits  Non concerné(e)  
 Autre. Laquelle ?

#### Commentaires :

**Je vous remercie d'avoir répondu à ce questionnaire. L'équipe soignante reviendra vers vous pour décider ensemble des éventuels accompagnements à mettre en place.**

**Je vous informe que vos réponses seront utilisées strictement dans le cadre de l'évaluation de vos besoins en soins de support.**

Je vous informe que les données à caractère personnel vous concernant issues de ce questionnaire sont collectées et traitées sous la responsabilité de l'établissement de santé qui assure votre prise en charge. Vous pouvez vous rapprocher de ce dernier et de son délégué à la protection des données pour toute information concernant le traitement de vos données et vos droits issus du Règlement général sur la protection des données.

## ANNEXE 2 - FICHE DE DETECTION DE LA FRAGILITE SOCIALE - SCORE EPICES (EVALUATION DE LA PRECARITE ET DES INEGALITES DE SANTE DANS LES CENTRES D'EXAMENS DE SANTE)



Action 26.2 du Plan cancer 2009-2013

### **FICHE DE DETECTION DE LA FRAGILITE SOCIALE PROPOSITION D'UN CONTENU MINIMUM INDISPENSABLE**

Version de mai 2011

#### Présentation de la fiche de détection de la fragilité sociale

La fiche de détection de la fragilité sociale est un outil de sensibilisation sur les problématiques sociales. Elle est un support permettant de faciliter la décision d'orientation vers le service social en faisant un point global de la situation du patient.

Elle est composée de 12 items qui permettent à une infirmière coordinatrice d'interroger le patient dès le début de sa prise en charge mais également au cours de celle-ci pour détecter l'apparition éventuelle d'une nouvelle fragilité sociale.

1. L'âge du patient est égal ou supérieur à 75 ans
2. Le patient vit seul
3. Le patient a des personnes à charge (personnes âgées, handicapées)
4. Le patient ne vit pas chez lui<sup>1</sup>
5. Le patient ne bénéficie pas de l'aide de son entourage en cas de besoin
6. Le patient n'a pas eu des contacts amicaux et/ou des activités de loisirs, sportives, culturelles ou associatives au cours des 12 derniers mois
7. Le patient n'a pas eu des contacts familiaux au cours des 6 derniers mois
8. Le patient rencontre des difficultés dans ses gestes de la vie quotidienne, y compris au travail
9. Le patient ne bénéficie pas d'une couverture maladie complémentaire ou d'une couverture prévoyance
10. Le patient n'exerce pas d'activité professionnelle   
( si le patient est retraité, passer directement à la question 12)
11. Son emploi n'est pas stable<sup>2</sup> (ne pas répondre en cas d'inactivité)
12. La situation financière de son foyer risque d'être déstabilisée par la maladie

**Synthèse**

- Le patient présente un risque de fragilité sociale  oui  non
- Le patient souhaite rencontrer une assistante sociale  oui  non

Si la réponse à ces 2 items est oui : **Signalement au service social**

Commentaires : .....

.....

.....

.....

<sup>1</sup> La notion de vivre chez soi s'oppose à celle de vivre chez un parent, un enfant une tierce personne ou dans une institution.

<sup>2</sup> Contrat à Durée Déterminée, temps partiel, intérim, ...

## SCORE EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur) ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) <sup>1</sup> ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre...) au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...) y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11	En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...), y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) ?	-7,10	0
	<b>constante</b>		<b>75,14</b>

Calcul du score : Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées. Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions  
 $EPICES = 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09$

1. La réponse à la question est oui pour les bénéficiaires de la CMUC (Couverture maladie universelle complémentaire)



Première évaluation - Déploiement du parcours de soins global

	Indicateurs	Résultats	
Déploiement du parcours	Date de publication de l'AAIC		
	Nombre de répondants	0	
	Nombre de structures retenues	0	
	Nombre de structures retenues / nombre de répondants	#DIV/0!	
	File active moyenne de la région		
	Nombre moyen de professionnels de la santé intervenant dans une structure		

**Légende**  
Les cellules vertes sont à remplir  
FAIC (les autres sont automatiquement calculées)

	Profil des patients	Résultats	En % du total
File active	Nombre total de patients pris en charge	0	
	Âge moyen des patients	#DIV/0!	
	Dont 0-14 ans	0	#DIV/0!
	Dont 15-17 ans	0	#DIV/0!
	Dont 18-24 ans	0	#DIV/0!
	Dont 25-39 ans	0	#DIV/0!
	Dont 40-59 ans	0	#DIV/0!
	Dont 60-74 ans	0	#DIV/0!
	Dont 75 ans et plus	0	#DIV/0!
	Nombre de femmes	0	#DIV/0!
	Nombre d'hommes	0	#DIV/0!
	Nombre de bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (anciennement CMU-C)	0	#DIV/0!
	Nombre de patients ayant un cancer - tous	0	#DIV/0!
	Nombre de patients ayant un cancer - sein	0	#DIV/0!
	Nombre de patients ayant un cancer - colo-rectal	0	#DIV/0!
	Nombre de patients ayant un cancer - prostate	0	#DIV/0!
	Nombre de patients ayant un cancer - col de l'utérus	0	#DIV/0!
Nombre de patients ayant un cancer - VADG	0	#DIV/0!	
Nombre de patients ayant un cancer - hématologie	0	#DIV/0!	
Nombre de patients ayant un cancer - Système nerveux central	0	#DIV/0!	
Nombre de patients ayant un cancer - Col de l'utérus	0	#DIV/0!	
Nombre de patients ayant un cancer - Autres	0	#DIV/0!	
Différentiel entre le nombre de consultations prescrites et réalisées	0	#DIV/0!	
Type de traitement	Nombre de patients dont le dernier traitement est - chimiothérapie	0	#DIV/0!
	Nombre de patients dont le dernier traitement est - radiothérapie	0	#DIV/0!
	Nombre de patients dont le dernier traitement est - chirurgie	0	#DIV/0!
	Nombre de patients dont le dernier traitement est - immunothérapie	0	#DIV/0!
	Nombre de patients dont le dernier traitement est - thérapie ciblée	0	#DIV/0!
	Nombre de patients dont le dernier traitement est - hormothérapie	0	#DIV/0!

	Données d'activité	Résultats	En % du total
Typologie de prescripteur	Nombre total de prescripteurs oncologues		#DIV/0!
	Nombre total de prescripteurs médecins traitants		#DIV/0!
	Nombre total de prescripteurs pédiatres		#DIV/0!
Soins de support - Psychologie	Nombre de diététiciens inclus dans le dispositif		#DIV/0!
	Nombre total de bilans effectués	0	#DIV/0!
	Nombre total de consultations prescrites	0	#DIV/0!
	Nombre total de consultations réalisées	0	#DIV/0!
	Nombre moyen de consultation réalisée par patient (inclu dans le parcours soins de support psychologie)	#DIV/0!	
	Délais moyen entre la prescription et le bilan	0	
	Délais moyen entre le bilan et la 1ère consultation	0	
	Nombre de patients inclus (i.e. on considère un patient inclus dans le parcours si un bilan a été réalisé)	0	#DIV/0!
	Dont 0-14 ans	0	#DIV/0!
	Dont 15-17 ans	0	#DIV/0!
Dont 18-24 ans	0	#DIV/0!	
Dont 25-39 ans	0	#DIV/0!	
Dont 40-59 ans	0	#DIV/0!	
Dont 60-74 ans	0	#DIV/0!	
Dont 75 ans et plus	0	#DIV/0!	
Soins de support - diététique	Nombre de psychologues inclus dans le dispositif		#DIV/0!
	Nombre total de bilans effectués	0	#DIV/0!
	Nombre total de consultations prescrites	0	#DIV/0!
	Nombre total de consultations réalisées	0	#DIV/0!
	Nombre moyen de consultation réalisée par patient (inclu dans le parcours soins de support diététique)	#DIV/0!	
	Délais moyen entre la prescription et le bilan	0	
	Délais moyen entre le bilan et la 1ère consultation	0,00	
	Nombre de patients inclus (i.e. on considère un patient inclus dans le parcours si un bilan a été réalisé)	0	#DIV/0!
	Dont 0-14 ans	0	#DIV/0!
	Dont 15-17 ans	0	#DIV/0!
Dont 18-24 ans	0	#DIV/0!	
Dont 25-39 ans	0	#DIV/0!	
Dont 40-59 ans	0	#DIV/0!	
Dont 60-74 ans	0	#DIV/0!	
Dont 75 ans et plus	0	#DIV/0!	
Soins de support - Activité Physique Adaptée (APA)	Nombre de professionnels de l'APA inclus dans le dispositif		#DIV/0!
	Nombre total de bilans effectués	0	#DIV/0!
	Délais moyen entre la prescription et le bilan	0	0%
	Nombre de patients inclus (i.e. on considère un patient inclus dans le parcours si un bilan a été réalisé)	0	#DIV/0!
	Dont 0-14 ans	0	#DIV/0!
	Dont 15-17 ans	0	#DIV/0!
	Dont 18-24 ans	0	#DIV/0!
Dont 25-39 ans	0	#DIV/0!	
Dont 40-59 ans	0	#DIV/0!	
Dont 60-74 ans	0	#DIV/0!	
Dont 75 ans et plus	0	#DIV/0!	
Totaux	Nombre total de professionnels de santé		
	Total des bilans effectués	0	
	Nombre moyen de bilans effectués par patient	#DIV/0!	
	Total de consultations prescrites	0	
	Nombre moyen de consultations réalisées par patient	#DIV/0!	
Utilisation des ressources publiques	Enveloppe globale dédiée au dispositif		
	Montant alloué provenant d'un autre financement		
	Montant décaissé		
Indicateurs de contrôle de la qualité	Nombre total de patients inclus (à partir du nombre d'hommes et de femmes)	0	
	Nombre total de bilans effectués	0	
	Nombre total de professionnels de santé	0	

# ANNEXE 4 - QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES PATIENTS


Synthèse des questionnaires de satisfaction des patients bénéficiaires du parcours


L'objectif de cette feuille Excel est de vous proposer une mise en forme pour la consolidation des réponses aux questionnaires de satisfaction des patients. En colonne, vous pouvez indiquer la moyenne des notes obtenues.

Pour rappel, les questions sont notées de 0 ("Pas du tout d'accord") à 10 ("Tout à fait d'accord")

Satisfaction du patient		Questions	T0 (entrée dans le parcours : date du 1er bilan)	T1 (après une année)	T5 (après cinq ans)
Compréhension du forfait soins de support	1	J'ai reçu des informations concernant le parcours de soins après le cancer (diététique, psychologie, activité physique)			
	2	Les informations reçues sur les soins de support sont compréhensibles et claires.			
	3	J'ai compris ce que sont les soins de support			
	4	Je me suis senti accompagné(e) tout au long du parcours			
	5	Je me sens soutenu(e) par mon entourage pour m'appuyer dans ce parcours			
	6	Je suis satisfait de la prescription			
	7	J'ai bénéficié des soins de support identifiés par mon médecin prescripteur			
	8	J'ai eu connaissance d'un annuaire des professionnels de santé de mon territoire			
Si j'ai bénéficié d'un bilan et des consultations de diététique	9	Je suis satisfait du bilan réalisé concernant mes habitudes alimentaires			
	10	Je suis satisfait du délai d'attente entre le bilan et la première consultation de diététique			
	11	Je suis satisfait des délais d'attente entre les consultations de diététique			
	12	Je suis satisfait de la prise en charge diététique dont j'ai bénéficié			
Si j'ai bénéficié d'un bilan et des consultations de psychologie	13	Je suis satisfait du bilan réalisé concernant ma santé mentale			
	14	Je suis satisfait du délai d'attente entre le bilan effectué et la première consultation de psychologie			
	15	Je suis satisfait des délais d'attente entre les consultations de psychologie			
	16	Je suis satisfait de la prise en charge psychologique que j'ai bénéficié			
Si j'ai bénéficié d'un bilan d'activité physique adossée	17	Je suis satisfait du bilan réalisé concernant mon activité physique			
Satisfaction globale	18	Je suis globalement satisfait des soins de support dont j'ai bénéficié			
	19	Je suis satisfait des relations avec les professionnels de santé			
	20	L'accès à ce dispositif était simple			
	21	Lorsque j'ai eu besoin d'aide, j'ai facilement trouvé un interlocuteur			
Qualité de vie des bénéficiaires du parcours	22	J'ai de bonnes habitudes alimentaires			
	23	Mon état de santé s'est amélioré grâce aux consultations de diététiques			
	24	Grâce aux consultations de diététiques j'ai changé mes habitudes alimentaires			
	25	Mon état de santé s'est amélioré grâce aux consultations psychologiques			
	26	Globalement, j'évalue mon état de santé actuel (physique, émotionnel et social) comme étant bon			
	27	Le(s) soins reçu(s) ont joué un rôle dans l'amélioration de mon état de santé globale			

## ANNEXE 5 - CONTRAT-TYPE ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

CONTRAT-TYPE ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ MENTIONNÉS AUX ARTICLES L. 4371-1 et D. 4371 (DIÉTETICIENS), 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.

## 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 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 6 - AAP PARCOURS SOINS DE SUPPORT –  
DOSSIER TYPE DE REPONSE.**

<p><b>Le porteur du projet :</b></p> <p><u>Représentant légal</u> : Adresse : Numéro Finess :</p> <p><u>Référent du dossier</u> (NOM, prénom, fonction) : Contact courriel : Contact téléphone :</p>
<p>Coordonnateur de la structure (NOM, prénom) : Contact courriel : Contact téléphone :</p>
<p>Présenter succinctement la structure porteuse du projet (si besoin joindre des documents en annexe).</p>
<p>Décrire le parcours global proposé pour les patients, l'organisation des bilans et des consultations de suivi.</p>
<p>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 ?</p>
<p>Présenter succinctement le périmètre géographique couvert (si besoin joindre des documents en annexe).</p>
<p>Estimer la file active pressentie de patients en adéquation avec le projet et présenter les modalités de calcul. Préciser, si adapté, le nombre de patients déjà pris en charge pour un cancer en lien avec la structure.</p>
<p>Présenter le profil social (en particulier la part des patients avec des critères de précarité PUMa et complémentaire santé solidaire), la répartition par âge, l'origine géographique (code postal) de la file active du parcours, si possible.</p>

Lister les professionnels et/ou associations intervenant sous la responsabilité de la structure (Nom, Mail, spécialités, 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).

Présenter l'organisation pour coordonner le parcours (temps administratif, secrétariat...) et/ou la mobilisation des dispositifs de coordination.

Présenter les 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, ...).

Décrire les 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.

Présenter les partenariats établis entre les acteurs hospitaliers et les acteurs du premier recours et/ou convention entre structures.

Présenter l'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.

Présenter le 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 7 - 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)**