

Mise en œuvre du parcours de soins global après le traitement du cancer

APPEL
À
PROJET

2023

CONTEXTE

Les soins oncologiques de support font partie intégrante du parcours de soins des patients atteints de cancer. Ils sont définis comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie chronique conjointement aux traitements oncologiques ou onco-hématologiques spécifiques ».

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé et de la stratégie décennale du cancer, le Gouvernement a fixé comme objectif la mise en place d'un parcours de soins global après le traitement d'un cancer, afin de réduire les risques de séquelles et de prévenir les rechutes. Il comprend une triple prise en charge, nutritionnelle, d'activité physique adaptée et de soutien psychologique.

Aujourd'hui, les établissements de santé sont au centre de la prise en charge des cancers lors du traitement actif. La volonté du Gouvernement est de débiter l'accompagnement vers l'après-cancer au plus tôt conformément aux préconisations de l'Institut national du cancer (INCa), et au plus près des patients bénéficiaires. Il souhaite ainsi de privilégier le parcours en ville, pour une prise en charge des patients par une structure de proximité.

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

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

Néanmoins, l'offre des soins de support reste encore insuffisante et hétérogène selon les territoires et les types de soins.

C'est la raison pour laquelle la loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de la loi de finances pour la sécurité sociale pour 2020 crée un parcours de soins global après le traitement d'un cancer, mis en œuvre pour les patients bénéficiant du dispositif d'affection de longue durée (ALD) en lien avec le cancer, et ce, à partir de la fin du traitement actif et au plus tard un an après cette échéance. Le décret n° 2020-1665 du 22 décembre 2020 et l'arrêté du 24 décembre 2020 relatifs au parcours de soins global après le traitement d'un cancer viennent préciser ces différentes modalités

L'évaluation du dispositif en 2022 met en évidence que le dispositif est insuffisant connu tant des patients que des professionnels. Il convient de poursuivre l'accès à cette offre de soins financée par le biais du FIR en relaçant un appel à projet.

OBJECTIFS ET CONTENU DE L'APPEL A PROJET

1. Principes généraux du parcours

Le parcours de soins global après le traitement d'un cancer est mis en œuvre pour les patients bénéficiant du dispositif d'affection de longue durée en lien avec le cancer, et ce à partir de la fin de son traitement actif du cancer et au plus tard un an après cette échéance.

Le cancérologue, le chirurgien, l'oncologue, le radiologue, l'onco-radiologue pédiatre ou médecin généraliste de toute personne bénéficiant du dispositif prévu au 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale et ayant reçu un traitement contre le cancer peut prescrire, au patient, tout ou partie des prestations prévues à l'article L. 1415-8, qui composent son parcours de soins global après le traitement d'un cancer.

Ce parcours, individualisé en fonction des besoins de la personne et identifiés par le médecin prescripteur, peut comprendre :

- un bilan fonctionnel et motivationnel d'activité physique, qui donne lieu à l'élaboration d'un projet d'activité physique adaptée réalisé par un professionnel de l'activité physique adaptée,
- un bilan diététique et/ou des consultations diététiques,

- un bilan et/ou des consultations psychologiques.

Il est dispensé dans les douze mois suivant la réalisation du premier bilan.

Le médecin prescrira les éléments du parcours qui lui semblent les plus pertinents tout en veillant à rester dans la limite du panier de 180 € à raison de 45 € maximum pour un bilan d'une heure et 22,50 € maximum pour une consultation de suivi diététique ou psychologique d'une demie heure (le parcours ne comprend pas de consultations ou de séances d'activité physique adaptée mais comprend bien la réalisation du bilan).

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

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

Les variantes intermédiaires sont également possibles (ex. : 1 bilan et 4 consultations). Seules six consultations maximum pourront être financées dans ce parcours.

Les professionnels réalisant le ou les bilans suivis des consultations transmettront au médecin prescripteur un compte rendu de leur intervention.

Il est noté que les frais de déplacement des patients pour accéder au parcours ne sont pas pris en charge.

2. Structures éligibles

Ce parcours est organisé par des structures ayant conclu une convention avec le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Les structures éligibles pour mettre en œuvre le parcours doivent 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'activité physique adaptée (APA), les diététiciens ou les psychologues ;
- la rémunération de l'équipe pluridisciplinaire réalisant les prestations ;
- 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 promotion du dispositif auprès des prescripteurs et des patients susceptibles d'en bénéficier et l'utilisation des outils de communication personnalisables et téléchargeables sur le site de l'ARS <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/beneficier-dun-parcours-de-soins-global-apres-un-traitement-du-cancer>;
- la coordination permettant d'assurer le suivi et le recueil des indicateurs des données à transmettre à l'ARS et de la satisfaction des patients ;
- la transmission d'information à l'Agence Régionale de Santé pour l'évaluation territoriale du dispositif, sur la base des indicateurs figurant dans le présent cahier des charges.

La notion de structure se veut le plus large possible et n'écarte aucun statut ou organisation :

- Maisons de santé pluri professionnelles
- Centres de santé pluridisciplinaires ou pluri professionnels,
- Communautés professionnelles territoriales de santé
- Associations, dès lors qu'elles peuvent justifier de conventions avec des effecteurs de soins sur leur territoire pour assurer ces bilans et consultations
- Établissements de santé autorisés en cancérologie
- Dispositifs d'appui à la coordination, dès lors qu'ils peuvent justifier de conventions avec des effecteurs de soins sur leur territoire pour assurer ces bilans et consultations.....

Les structures ayant déjà mis en œuvre un forfait après traitement du cancer n'ont pas besoin de répondre à ce nouvel appel à candidature.

3. Professionnels intervenant sous la responsabilité de la structure

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

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

La structure coordonne l'ensemble du parcours et les liens avec les professionnels. Ces derniers sont liés contractuellement avec la structure soit par un contrat de travail (salarié de la structure) soit par un contrat de prestation sur la base du contrat type prévu en annexe 1 de ce cahier des charges.

La structure doit disposer à la signature de la convention l'ensemble des contrats de travail et les justificatifs relatifs à ces conditions de participation au parcours.

4. Cadre de référence

L'activité des structures s'inscrit dans le cadre :

- Des recommandations de bonnes pratiques propres à chacun des bilans et consultations du parcours et à l'état des connaissances scientifiques (cf. annexe 3).
- Du dispositif régional ON Y VA, qui vise à faciliter la prescription et la pratique d'activité physique pour les patients vivant avec une pathologie chronique.

Il référence les professionnels et les structures qui proposent de l'activité physique ou sportive adaptée dans les Pays de la Loire. Par ailleurs, il implique les Maisons Sport Santé (23 à ce jour au niveau régional), qui peuvent être des partenaires dans la mise en œuvre du parcours.

Pour en savoir plus : <https://onyva-paysdelaloire.fr/>

5. Suivi et évaluation du dispositif

L'ensemble des intervenants ainsi que les structures ayant recours à ces derniers s'engagent à un retour d'information à l'Agence Régionale de Santé, à la structure elle-même, au médecin prescripteur et au médecin traitant (si non identique), concernant le parcours et les soins délivrés au patient. Les informations transmises seront adaptées à chaque destinataire (Agence Régionale de Santé, médecin prescripteur et/ou médecin traitant).

Les informations sont celles transmises :

- Avec l'accord du patient pour les informations couvertes par le secret médical (ou le secret professionnel pour les professionnels de l'activité physique adaptée lorsqu'ils ne sont pas professionnels de santé) par les structures ou les professionnels exerçant sous leur responsabilité au médecin prescripteur et au médecin traitant du patient,
- Par les structures à l'Agence Régionale de Santé, pour l'évaluation territoriale du dispositif.

S'agissant de cette évaluation territoriale, les structures devront recueillir des données quantitatives et qualitatives et les transmettre trimestriellement à l'Agence Régionale de Santé. Celles-ci portent sur les éléments suivants :

- Nombre et profils des professionnels inclus dans le dispositif
- Types de soins de support proposés
- Nombre de bilans et de consultations
- Nombre et profil des bénéficiaires inclus
- Satisfaction et impact sur les bénéficiaires

(Voir tableau ci-dessous et annexe 2 au présent cahier des charges).

Enjeux	Indicateurs
Utilisation des ressources publiques	Nombre et profil (diplômes, formations) de professionnels/type de soins de support
	Délais entre prescription/bilan/1ère consultation (Délai d'attente)
	Nombre de bilans effectués (catégorisé en activité physique, psy ou diét) au total et nombre moyen par patient
	Nombre de consultations /prises en charge effectuées après un bilan (Diét, psy) et nombre moyen par patient
	Nombre de patients bénéficiaires total, par population (adulte/enfant/adolescents et jeunes adultes) et par type de soins de support
	Profil des bénéficiaires (sexe, âge médian, type de cancer et de traitement, part des bénéficiaires CMU/CMU-C)
Impacts sur les patients bénéficiaires	Satisfaction des patients bénéficiaires du forfait (à T0, T1)
	Questionnaire de qualité de vie des bénéficiaires du forfait (à T0, T1)

Un comité de suivi spécifique réunissant tous les promoteurs du parcours est réuni deux fois par an et forme une communauté de pratique.

6. Financement des structures

Le financement octroyé par l'Agence Régionale de Santé sur le Fonds Régional d'Intervention permettra de prendre en charge les bilans ou séances des professionnels en soins de support proposés par les structures retenues dans le cadre de cet appel à projets, pour une durée d'un an et dans la limite de 180 € par patient et par an.

La subvention sera évaluée à partir des rapports d'activité des autres promoteurs proposant le parcours de manière à définir une cible de patient éligible atteignable et selon l'organisation proposée.

Le financement octroyé pour l'année N sera effectué sur la base de la file active pressentie par les structures et validée par l'Agence Régionale de Santé au prorata temporis à compter de la signature de la convention. la demande de financement sera octroyée pour l'année 2023.

7. Critères de sélection des structures

L'Agence Régionale de Santé accordera une attention particulière à :

- La qualité de l'organisation proposée décrivant la coordination et le suivi
- La taille du bassin de population couvert par le projet
- La cohérence territoriale du projet et les partenariats entre professionnels
- La prise en charge en proximité permettant de garantir une accessibilité géographique à tous les patients
- La faisabilité du projet, en particulier l'estimation du nombre de patients concernés
- La prise en charge des enfants et adolescents, ainsi que des personnes en situation de précarité et vulnérables

LE CONTENU DU DOSSIER DE CANDIDATURE

Le dossier de candidature devra comprendre les éléments suivants :

- **Présentation succincte de la structure porteuse du projet** (si besoin joindre des documents en annexes)
- **Description du parcours proposé pour les patients** - organisation des bilans et des consultations de suivi
- **Présentation du périmètre géographique couvert** (si besoin joindre des documents en annexes)
- **Estimation de la file active** pressentie de patients en adéquation avec le projet et les 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
- **Description des modalités de promotion du dispositif**
- **Présentation des missions des intervenants 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
- **Description des 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 et idéalement versement dans mon espace santé (en accord avec le patient)
- **Liste des 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 annexes) / 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**

LE DEPOT DE VOTRE DOSSIER

Vous devrez compléter un dossier de candidature et le déposer **par voie électronique au plus tard le 31 mai 2023 sur la boîte de messagerie suivante :**

ars-pdl-dosa-aap@ars.sante.fr

Il doit être signé par le représentant légal de la structure et accompagné des diplômes, certificats ou titres de formation des professionnels avec lesquels la structure envisage de conventionner si elle est retenue par l'Agence Régionale de Santé.

Tout dossier reçu après cette date sera déclaré irrecevable.

Vous recevrez un accusé de réception par retour de mail.

Une réponse vous sera adressée **après le 30 juin 2023.**

LE SUIVI DE VOTRE PROJET

Si votre projet est retenu, vous devrez transmettre à l'Agence Régionale de Santé, une fois celui-ci terminé, un compte-rendu trimestriel comprenant les indicateurs mentionnés ci-dessus, ainsi qu'un bilan financier. Il conviendra de participer au comité de suivi dédiée semestriellement.

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

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

ANNEXE 1

CONTRAT-TYPE ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ MENTIONNÉS AUX ARTICLES L. 4371-1 ET D. 371-1 (DIÉTÉTICIENS), LES PROFESSIONNELS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE MENTIONNÉS À L'ARTICLE D. 1172-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET LES PSYCHOLOGUES ET LA STRUCTURE DÉSIGNÉE PAR L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRÈS LE TRAITEMENT D'UN CANCER

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

Numéro de contrat :

Entre d'une part : M./Mme

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

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

N° ADELI :

N° SIRET :

Ci-après désigné « le professionnel » Et d'autre part :

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

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

N° FINESS :

Ci-après désigné « la structure » Il a été convenu ce qui suit :

1. Objet

Le présent contrat a pour objet de fixer les modalités de collaboration du professionnel au parcours de soins global après le traitement d'un cancer organisé par la structure.

Les conditions d'application du parcours sont précisées au chapitre V-1 du titre Ier du livre IV de la première partie du code de la santé publique (articles R. 1415-1-10 à -12).

Les prestations visées par le présent contrat sont :

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

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

2. Cadre de l'intervention

Les prestations sont dispensées dans le cadre de la prescription médicale délivrée par le cancérologue, le chirurgien, l'oncologue, le radiologue, l'onco-radiologue pédiatre ou médecin généraliste. 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

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION

A remplir dès le début de la prise en charge dans un fichier Excel

Indicateurs	
Age du bénéficiaire, sexe	
Bénéficiaire ou non de la PUMa et/ou complémentaire santé solidaire	
Organe primitivement atteint par le cancer	
Stade : localisé/métastatique	
Taille en cm, poids en kg	
Traitements reçus (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, thérapie ciblée, hormonothérapie, immunothérapie)	
Prise en charge dans le cadre du parcours . Date de prescription . Bilans prescrits . Séances prescrites	
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	Qualité de vie/Etat de santé initial (lors du bilan)
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 état mental	

A remplir à la fin du parcours

<p>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</p>	<p>Qualité de vie / Etat de santé à 1 an</p>
<p>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</p>	
<p>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 état mental</p>	
<p>Recommanderiez-vous ce programme de soins de support à un autre patient ?</p>	

ANNEXE 3

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

Repérage et traitement précoce de la souffrance psychique des patients atteints de cancer – INCa-2018

Critères d'orientation : qui, quand et pourquoi orienter vers les psychologues / psychiatres ? - Référentiels interrégionaux en soins de support – SFPO et AFSOS-2015.

Activité physique et cancer - Référentiels interrégionaux en soins de support - AFSOS-2018.

Activité physique adaptée chez les enfants et les adolescents jeunes adultes (AJA) - Référentiels interrégionaux en soins de support - AFSOS-2017.

Activité Physique et Nutrition dans la prise en charge du cancer Colorectal - Référentiels interrégionaux en soins de support - AFSOS-2015.

Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer – Référentiels interrégionaux en soins de support – SFNEP, réseau NACRE et AFSOS-2013.

Dénutrition et réalimentation dans les cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures (VADS) - Référentiels interrégionaux en soins de support - AFSOS-2017.

Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer. Des connaissances scientifiques aux repères pratiques – INCa - Mars 2017.

Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes - HAS, septembre 2018 - et référentiel de prescription d'activité physique et sportive pour les cancers : sein, colorectal, prostate - HAS, juillet 2019

Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

Direction de Offre de Soins et en faveur de l'Autonomie et

Direction de la Santé Publique et Environnementale

17 boulevard Gaston Doumergue, CS 56233

44262 NANTES cedex 2

Tél. 02 49 10 40.00

www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr