

Service émetteur : Direction de l'hospitalisation, de l'Autonomie, et de la Performance

Affaire suivie par : Dr Thierry LEVY

Courriel : thierry.levy@ars.sante.fr

Appel à projets

Parcours d'accompagnement après le traitement d'un cancer

Date limite de dépôt du projet : 30 septembre 2020

1. Contexte

Les « soins de support » représente « 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 :

- 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 de de santé 2018-2022 de l'ARS Bretagne.

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

La loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 propose la création d'un parcours de soins après le traitement d'un cancer. Ce parcours comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des consultations de suivi nutritionnels et psychologiques. Le contenu du parcours, est individualisé pour chaque personne en fonction des besoins de celle-ci identifiés par le médecin prescripteur. Il s'agit d'apporter aux patients concernées un accompagnement aussi bien physique que psychologique.

Cet appel à projet s'inscrit dans le cadre de ces orientations et préconisations nationales.

2. Objectifs du parcours d'accompagnement

2.1. Objectifs Généraux

Pour répondre aux attentes de qualité des parcours en soins de support soulignées dans le rapport d'expertise de l'INCa (octobre 2016), l'offre en place doit pouvoir évoluer en prenant tout particulièrement en compte quatre objectifs majeurs.

2.1.1. Organiser la lisibilité de l'offre et évaluer son efficience

Pour garantir l'orientation adéquate des patients et leur accès effectif aux soins, l'offre en soins de support doit être rendue lisible au plan régional, être portée à la connaissance des professionnels hospitaliers et libéraux ainsi que des patients, et s'implémenter autant que de besoin dans leurs programmes de soins. Le réseau régional de cancérologie Oncobretagne pourra assurer la diffusion des informations auprès des professionnels, hospitaliers et de l'ambulatoire, ainsi que des patients et s'appuyer sur les dispositifs d'appui à la coordination

(DAC) présents sur les territoires. D'autres partenaires pourront être mobilisés pour permettre de participer à une évaluation de l'offre de parcours.

2.1.2. Adapter le maillage territorial

En vue d'intégrer la réponse à de nouveaux besoins, l'offre en soins de support devra dans les années à venir, gagner en efficience tout en réduisant les inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins. Le but est aussi de clarifier les filières de soins pour l'accès à des soins complexes et de tendre vers une équité entre les territoires. Il s'agit de proposer et suivre un travail de collaboration entre les structures prenant en charge les soins oncologiques de support. Selon la phase de leur parcours, les patients pourront bénéficier d'une prise en charge psychologique, nutritionnelle et, ou d'activité adaptée dans des structures en proximité de leur lieu de vie.

2.1.3. Proposer une coordination des soins

La réponse aux situations complexes en soins de support doit être améliorée par la qualité de l'information. **Cette complexité peut découler de la combinaison de problématiques médicales, sociales et médico-sociales et pourra dans ce cas requérir la mobilisation des dispositifs de coordination type DAC (Dispositifs d'Appui à la Coordination) ou spécifiques au cancer (infirmiers de coordination en cancérologie).** Il s'agit aussi de créer du lien et d'assurer par des procédures efficaces la communication entre les acteurs des soins permettant la bonne organisation des parcours concernés.

2.1.4. Veiller à une gradation des soins pour une prise en charge au plus près du domicile

Les acteurs du premier recours dont les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé participent à la mise en place au plus près du patient des soins de support. Les établissements de santé dans les domaines où l'offre de premier recours est insuffisante par rapport aux besoins ou pose des difficultés d'accessibilité, proposeront une offre en soins de support en appui aux acteurs de ville. Il est important d'évaluer les besoins des patients. Les partenariats établis entre les acteurs hospitaliers et les acteurs du premier recours favoriseront les parcours des patients et l'accès aux soins de support en proximité de leur lieu de vie. Cette coopération facilite un parcours de soins fluide pouvant aller jusqu'à l'élaboration d'une équipe territoriale de soins oncologiques de support.

2.2. Objectifs Particuliers

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

2.2.1. Évaluation des besoins du patient

Lors de la prise en charge initiale, l'évaluation est réalisée par les professionnels hospitaliers publics ou privés, le plus souvent l'oncologue ou le spécialiste d'organe, ou un infirmier (d'annonce ou de coordination). Elle devrait être faite en lien avec le médecin traitant du patient.

Dans les phases ultérieures de prise en charge et de suivi, l'évaluation des besoins peut être réalisée en milieu médicalisé mais également dans des structures extrahospitalières intégrées

telles que les dispositifs d'appui à la coordination (notamment ceux portant les missions 3C), les maisons de santé pluriprofessionnelles. La programmation des soins oncologiques de support à l'issue de l'évaluation doit être intégrée dans le programme personnalisé de soins (ou d'après-cancer) et mise à jour lors des réévaluations périodiques, en associant le médecin traitant et les autres professionnels impliqués dans les soins oncologiques de support procurés au patient.

2.2.2. Mutualisation des ressources en soins de support

Afin d'éviter les inégalités d'accès en soins oncologiques de support notamment dans les territoires dépourvus d'une offre complète hospitalière ou de ville, une mutualisation des ressources, par exemple par conventionnement entre structures, pourrait être envisagée afin de rendre l'offre en soins oncologiques de support disponible dans tous les territoires de santé.

2.2.3. Activité physique adaptée (APA), conseils en nutrition

La prévention des cancers est prioritaire et constitue un réel enjeu de santé publique. Elle nécessite d'informer et de conseiller précocement les patients dès la phase active des traitements, mobilisant du temps parmi les personnels constituant les équipes en soins oncologiques de support (oncologues, IDEC, diététiciens, professionnels de l'activité physique, ...).

L'activité physique doit être adaptée à d'éventuelles comorbidités ou besoins personnalisés des individus, en particulier en cas de maladie chronique. L'activité physique adaptée (APA) est ainsi définie selon l'article L. 1172-1 du décret n°2016 - 1990 du 30 décembre 2016 comme la pratique dans un contexte du quotidien de loisir ou de sport, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, prenant en compte les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires.

Les données disponibles dans la littérature rapportent un impact bénéfique de l'activité physique adaptée sur la diminution de la mortalité, en particulier pour le cancer du sein mais également pour les cancers de la prostate et le cancer colorectal.

De plus les effets de l'activité physique adaptée sur la Qualité de Vie se déclinent en effets bénéfiques sur la fatigue liée au cancer sur l'anxiété, sur l'image corporelle, et sur la dépression.

L'excès de poids étant un facteur de risque, l'APA et les conseils en nutrition ont toute leur place dans le parcours du patient.

2.2.4. Soutien psychologique

Rencontrer un(e) psychiatre ou un(e) psychologue permet au patient de mieux communiquer, d'exprimer ses angoisses, de poser des questions et de réfléchir. Celle-ci peut avoir lieu à la demande du patient ou être proposée par l'équipe soignante, dès la consultation d'annonce. Le travail est avant tout fondé sur l'écoute pour aider les patients. Selon leur formation, ils peuvent avoir recours à diverses modalités de prise en charge. Le soutien psychologique a lieu le plus souvent sous forme d'entretiens individuels, ponctuels ou suivis sur une courte période ou sur une plus longue durée selon les personnes et les attentes.

L'accompagnement psychologique peut être proposé tout au long du parcours du patient ou suite à la demande du patient.

3. Critères d'éligibilité à l'appel à projets

3.1. Les structures éligibles à cet appel à projet, par ordre de priorité selon la disponibilité des crédits, sont les suivantes :

- 3.1.1. Les maisons de santé pluriprofessionnelles, les centres de santé pluridisciplinaires ou pluriprofessionnels, les communautés professionnelles territoriales de santé, dont les projets de santé ont été validés par l'Agence Régionale de Santé.
- 3.1.2 Toute structure en mesure :
 - d'effectuer l'ensemble des bilans et consultations, concernant ces soins de support, par une équipe pluridisciplinaire ;
 - 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.

A ce titre, les Dispositifs d'Appui à la Coordination peuvent répondre à cet appel à projets dès lors qu'ils peuvent justifier de conventions avec des effecteurs de soins de leur territoire pour assurer ces bilans et consultations

- 3.1.3 Les établissements de santé autorisés en cancérologie

3.2. Le parcours :

Ce parcours, dispensé dans les douze mois suivant la prescription, 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 diététique et/ou psychologique: au maximum cinq au total pour l'ensemble des deux disciplines

3.3 Patients bénéficiaires du dispositif

Les personnes ayant reçu un traitement pour un cancer et bénéficiant du dispositif prévu au 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

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

Un contrat est établi entre le professionnel de santé et la structure désignée par l'ARS. Il définit les modalités de collaboration du professionnel au parcours de soins après le traitement d'un cancer organisé par la structure. (Cf. modèle contrat en annexe 1)

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

Ce forfait s'élève à :

- Montant maximum du forfait : 180 euros
- Tarif Bilan : 45 euros
- Tarif séance : 30 euros

La partie du parcours prise en charge par l'ARS Bretagne dans le cadre de cet appel à projet, ne concerne que le paiement des prestations non prises en charge dans le champ conventionnel.

Un modèle type de contrat est joint en annexe 1 du présent document.

3.5 Eléments attendus

Le dossier devra présenter (*cf. annexe 2*) :

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

A ce dossier seront jointes les pièces suivantes :

- L'engagement au respect des bonnes pratiques professionnelles intégrant la rédaction de protocoles au plus tard à la date de mise en œuvre du projet;
- Les documents d'information au patient ;
- Les contractualisations entre les structures concernées hospitalières et extrahospitalières nécessaires à la mise en place de ce parcours.

Il est fortement conseillé de prendre appui auprès du Dispositif d'Appui à la Coordination du territoire pour l'élaboration du projet présenté.

Les critères d'éligibilité sont susceptibles d'évoluer en fonction des évolutions réglementaires qui pourraient intervenir sur ce parcours de soins oncologiques de support. Les projets déposés devront pouvoir s'adapter aux évolutions réglementaires si elles interviennent après la validation du financement.

4. Montants des crédits et modalités de versements des subventions

Une enveloppe forfaitaire comprise entre 20 000 € et 50 000 € sera attribuée : aux maisons de santé pluriprofessionnelles, aux centres de santé pluriprofessionnels, aux réseaux ou structures de soins de support (y compris les Dispositifs d'Appui à la Coordination par l'intermédiaire de conventions), aux établissements de soins, retenus selon les prestations proposées, la similitude au parcours demandé, et le périmètre territorial couvert.

Cette enveloppe 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 d'un an.

Les crédits seront versés par arrêté du DG ARS, après signature d'un avenant aux CPOM pour les établissements de santé autorisés ou après signature d'une convention avec les réseaux ou structures en soins oncologiques de support.

5. Calendrier

Lancement de l'appel à projets : 2^{ème} semaine août 2020

Réponses à l'appel à projets : au plus tard le 30 septembre 2020

Instruction des dossiers : du 1^{er} octobre au 14 octobre 2020

Notification aux structures retenues : à compter du 15 octobre 2020

Les dossiers sont à adresser au docteur Thierry Levy : thierry.levy@ars.sante.fr

ANNEXE 1 : CONTRAT-TYPE ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ MENTIONNÉS AUX ARTICLES L. 4371-1 et D. 4371 (DIÉTÉTICIENS), LES PROFESSIONNELS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE MENTIONNÉS À L'ARTICLE D. 1172-2 () DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET PSYCHOLOGUES ET LA STRUCTURE DÉSIGNÉE PAR L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PARCOURS DE SOINS 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'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 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 après le traitement d'un cancer organisé par la structure.

Les conditions d'application du parcours sont précisées au chapitre V-1 du titre 1er du livre IV de la deuxième 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 et consultations de suivi, en fonction des besoins identifiés

- pour les professionnels de l'APA : Bilan fonctionnel et motivationnel de l'activité physique

- pour les psychologues : Bilan psychologique et consultations de suivi, en fonction des besoins identifiés

Les professionnels produisent à la structure les diplômes et les titres de formation et les justifications d'expérience.

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 dans le cabinet du professionnel ou dans l'enceinte 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'INCa et les sociétés savantes (cf. annexe n° 1) 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 l'HAS ou validés scientifiquement et étalonnés. Une liste non exhaustive est, à titre indicatif, établie en annexe n° 1 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.

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 et de l'activité physique adaptée 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 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 de santé 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 sa 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.

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 libéral 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.

Ce forfait s'élève à :

Montant maximum du forfait : 180 euros

Tarif Bilan : 45 euros

Tarif séance : 30 euros

7. 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.

8. 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 1

Recommandations de bonnes pratiques

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE 2

LISTE D'INDICATEURS A REMONTER ANNUELLEMENT AUX ARS PAR LES STRUCTURES

Signatures

ANNEXE 2 : Appel à projets (AAP) : Parcours d'accompagnement après le traitement d'un cancer– dossier Type de réponse.

Parcours d'accompagnement après le traitement d'un cancer

Réseau ou structure offrant des soins oncologiques de support	Indiquer précisément le nom du bénéficiaire potentiel de l'appel à projet, l'adresse complète, le numéro SIRET et joindre un RIB du bénéficiaire potentiel au dossier.
Interlocuteur du réseau ou de la structure offrant des soins oncologiques de support dans le cadre de cet AAP :	
<u>Il vous est possible d'insérer des documents dans les champs réservés aux réponses à apporter</u>	
Pilotes de la démarche-Noms et spécialités des professionnels engagés	
Description du parcours (conforme à l'AAP)	
Rôle précis des spécialistes :diététiciens, psychologues, éducateurs en activité physique adaptée, intervenant dans le parcours – joindre attestations ou diplômes	
Les critères d'évaluation du parcours et les indicateurs à remonter annuellement à l'ARS, avec notamment le nombre de patients inclus et le périmètre territorial couvert.	

Bilan financier du parcours (conforme à l'AAP) et part à financer par l'appel à projet. Détail des prix des séances, des forfaits ainsi que le caractère individuel ou collectif et le temps imparti.

Documents associés au parcours (contrats, protocoles...) y compris documents d'information pour le patient

Retour attendu au plus tard pour le mercredi 30 septembre 2020 (4 pages maximum)