

CAHIER DES CHARGES REGIONAL
Parcours de soins globaux après le traitement d'un cancer
en région Auvergne-Rhône-Alpes (ARA)

1/ CONTEXTE

Les progrès indéniables dans la prise en charge des cancers en font désormais une maladie « chronique ». Ils ont nécessité d'ajuster l'offre de soins dans laquelle prennent tout particulièrement leur place les soins oncologiques de support, élément du parcours cancer à la fois en amont, pendant et après les traitements actifs. Plus encore, **l'accessibilité tant géographique que financière et une bonne répartition de l'offre sur le territoire des parcours de soins de support après le traitement d'un cancer constituent un enjeu crucial.**

Au-delà de cet enjeu, se pose la question de l'évaluation des besoins des patients en la matière, de l'information adaptée du patient notamment en terme d'orientation, de la coordination des acteurs entre la ville et l'hôpital afin de contribuer à un **suivi personnalisé et gradué du parcours cancer** tel que le préconise la stratégie décennale de lutte contre les cancers.

En effet, l'amélioration de l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer et la prise en compte de nouveaux besoins doit « être pensée à l'échelon des territoires de santé et non plus des seuls établissements de santé. »¹

Les **établissements autorisés au traitement du cancer** bénéficient d'ores et déjà d'une dotation financière dans le cadre du Fonds d'intervention régional (FIR) pour la réalisation **d'actions de qualité transversales** et destinée à financer le dispositif d'annonce, les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) et les Soins oncologiques de support (SOS).

Ainsi, les établissements proposent d'ores et déjà un panier de soins de support avant, pendant ou après le traitement actif².

En vue de la mise en place de ces parcours de soins globaux après le traitement d'un cancer en Auvergne-Rhône-Alpes, le Réseau régional de cancérologie (RRC) ONCO AURA a procédé à un état des lieux de l'offre de soins oncologiques de support fin 2020-début 2021 via deux enquêtes : l'une auprès des établissements autorisés au traitement du cancer et l'autre auprès des associations de patients.

- Les résultats de la première enquête ont démontré qu'une très grande majorité des établissements autorisés au traitement du cancer réalise des soins de supports dans le cadre de l'après traitement actif, en particulier en ce qui concerne la prise en charge diététique et nutritionnelle et le soutien psychologique. L'activité physique adaptée (APA) est proposée dans une moindre mesure dans ces établissements.

¹ INSTRUCTION N° DGOS/R3/INCa/2017/62 du 23 février 2017 relative à l'amélioration de l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer

² Etant considéré « après le traitement actif » : la fin des traitements réalisés par un établissement de santé (pas les traitements de suivi)

- Des résultats de l'enquête auprès des associations de patients, on retient que ces associations ont investi ce champ des soins oncologiques de support avant, pendant et après les traitements. L'APA est proposée en très large majorité, de façon moindre le soutien psychologique et arrive en dernière position la prise en charge diététique et nutritionnelle. Ces soins concernent tous les âges (des moins de 15 ans au plus de 70 ans).

1.1 Textes de référence

- ✓ Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer
- ✓ Instruction DGOS/R3/INCa/2017/62 du 23 février 2017 relative à l'amélioration de l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer
- ✓ Rapport INCa « Axes opportuns d'évolution du panier de soins oncologiques de support – Proposition d'un « Panier référentiel » du contenu de l'offre et de l'organisation des soins de support à garantir aux patients atteints de cancer et à leurs proches », juin 2016
- ✓ Décret n°2020-1665 du 22 décembre 2020 relatif au parcours de soins global après le traitement d'un cancer
- ✓ 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 oeuvre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer
- ✓ Décret n°2021-119 du 4 février 2021 portant définition de la stratégie décennale de lutte contre le cancer prévue à l'article L. 1415-21° A du code de la santé publique

1.2 Définition des soins oncologiques de support (SOS)

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 ».

Le « panier-référentiel » est constitué d'un socle de base de 4 soins de supports, complété par 5 soins de support complémentaires et 2 techniques particulières d'analgésie, l'ensemble formant le nouveau socle de base « élargi » ou panier « actualisé ».

- ✓ *Le socle de base, constitué de 4 soins de support :*
 - la prise en charge de la douleur
 - la prise en charge diététique et nutritionnelle
 - la prise en charge psychologique
 - la prise en charge sociale, familiale et professionnelle
- ✓ *Les 5 soins de support complémentaires et 2 techniques particulières d'analgésie :*
 - l'activité physique
 - les conseils d'hygiène de vie
 - le soutien psychologique des proches et aidants des personnes atteintes de cancer
 - le soutien à la mise en oeuvre de la préservation de la fertilité
 - la prise en charge des troubles de la sexualité
 - l'hypno analgésie
 - l'analgésie intrathécale

2/ ENJEUX ET OBJECTIFS

2.1. Le parcours de soins global après le traitement d'un cancer poursuit les enjeux du PRS qui sont :

- ✓ Réduire les **inégalités sociales et territoriales de santé**,
- ✓ Répondre aux besoins des personnes par une **approche décloisonnée et améliorer le parcours de santé des patients**
- ✓ Gérer de manière **efficace les ressources** mises à disposition

2.2. Les objectifs du parcours de soins global après le traitement d'un cancer

L'amélioration de la qualité de la prise en charge clinique et thérapeutique et de l'accompagnement des malades atteints de maladies chroniques passe d'abord par de bonnes pratiques professionnelles, mais doit également s'appuyer sur **la promotion de parcours de soins** qui comprennent, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment de ces différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales)...

La démarche consiste à développer une **meilleure coordination des interventions professionnelles**, fondées sur de **bonnes pratiques**³, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme.⁴

Il s'agit bien d'améliorer la qualité de vie et la reprise d'une vie « normale », de réduire les risques de séquelles et de prévenir les rechutes de tout patient atteint de cancer – avec une attention particulière en direction des **publics vulnérables** (isolés, en précarité, personnes âgées, personnes handicapées ...) et de **publics spécifiques** (enfants et adolescents et jeunes adultes (AJA)) - par le développement, sur le territoire de l'ARA, **au plus près du domicile du patient** de parcours de soins après le traitement actif d'un cancer via des **structures de proximité**, assurant une mission de **coordination d'un panier de soins de support orientés vers la ville et le plus souvent hors hôpital**.

3/ LES ATTENDUS

3.1 Structures porteuses

La structure porteuse aura pour mission d'organiser :

- ✓ **l'ensemble du parcours de soins, pouvant comprendre un bilan d'activité physique adaptée (APA), ainsi qu'un bilan et des consultations de suivi nutritionnel et psychologique** (2^{ème} alinéa de l'article L. 1415-8 du code de la santé publique) avec ses propres ressources et/ou par contrat type avec des professionnels et/ou par convention avec des associations ou autres structures de ville⁵. Les liens collaboratifs créés doivent

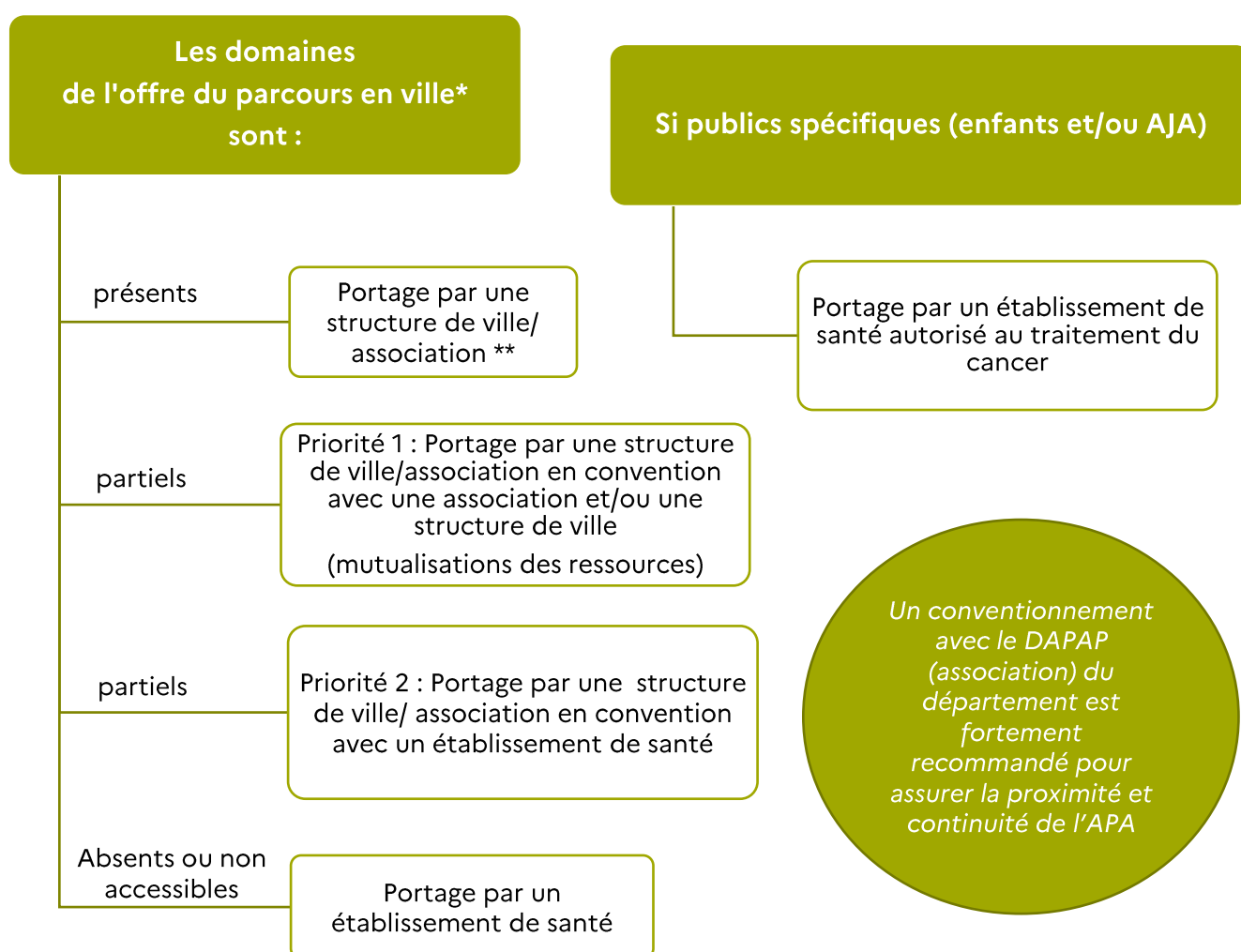
³ Une liste des recommandations et référentiels nationaux et interrégionaux des bonnes pratiques professionnelles en SOS établies par la HAS, INCa et les sociétés savantes est jointe en Annexe 4.

⁴ HAS 2012

⁵ Est entendu par « structure de ville » : structures de proximité associant des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux, pharmaciens ou des acteurs médico-sociaux et sociaux tels que les communautés professionnelles territoriales de santé, les centres de santé et les maisons de santé pluri-professionnelles qui assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours et, le cas échéant, de second recours et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre de la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

permettre d'offrir les trois domaines du parcours de manière organisée et cohérente pour le patient dans l'objectif d'assurer des soins de proximité ;

- ✓ la rémunération des professionnels intervenants ;
- ✓ la coordination de l'ensemble des parcours et les liens avec les professionnels et les structures de ville/associations et/ou établissements de santé du territoire d'intervention ;
- ✓ le recueil des données nécessaires à l'évaluation territoriale qualitative et quantitative du dispositif et leur transmission à l'ARS ;
- ✓ la transmission d'informations couvertes par le secret médical auprès du médecin prescripteur, et au médecin traitant (s'il n'est pas le prescripteur).
- ✓ l'information au patient et la promotion du parcours de soins global par des actions de communication sur le(s) territoire(s) d'intervention.



* « Domaines de l'offre de parcours en ville » renvoient aux trois soins de support : bilan et suivi nutritionnel et psychologique, bilan l'activité physique adaptée (APA) et leur présence hors Etablissements de santé

** en son sein et/ou par contrat type avec des professionnels et/ou convention avec une association ou toute autre structure de ville

3.2 Publics cibles

Tout patient atteint d'un cancer - avec une attention particulière en direction des publics vulnérables (isolés, en précarité, personnes âgées, personnes handicapées...) et publics spécifiques (enfants et/ou adolescents et jeunes adultes (AJA)) - bénéficiant du dispositif d'ALD et ayant terminé son traitement actif.

3.3 Territoires d'intervention

Le périmètre d'intervention de la structure devra correspondre au découpage défini par l'ARS (en Annexe 1) excepté pour les publics spécifiques suscités.

Ce découpage prend en compte :

- ✓ La répartition de l'offre potentielle
- ✓ L'offre existante en soins du parcours après traitement dans les Ets autorisés
- ✓ Le taux d'incidence et de prévalence pour 100 000 habitants
- ✓ Le nombre d'habitants par EPCI (établissement public de coopération intercommunale)

Concernant les parcours de soins globaux après le traitement d'un cancer à destination des enfants et/ou AJA, le territoire d'intervention sera celui couvert par chaque dispositif AJA (soit au nombre de 4 au total).

3.4 Le contenu du parcours de soins global après le traitement d'un cancer – schéma en Annexe 2

3.4.1 Prescripteurs

La prescription est faite lors d'une **consultation de droit commun dans le cadre du parcours de soins habituel du patient**, jusqu'à 12 mois après la fin du traitement actif du patient en fonction des besoins de ce patient et dispensé dans les 12 mois suivant la réalisation du premier bilan (article L. 1415-8 et article R. 1415-1-11 du CSP), par :

- Le Cancérologue
- Le Pédiatre
- Ou le Médecin traitant

3.4.2 Tout ou partie des prestations éligibles :

- 1 bilan fonctionnel et motivationnel de l'APA d'une durée d'1 heure donnant lieu à l'élaboration d'un projet d'APA et/ou
- 1 bilan diététique d'une heure avec ou sans consultation de suivi avec un(e) diététicien(ne) d'une durée d'une demie-heure et/ou
- 1 bilan psychologique d'une heure avec ou sans consultation de suivi avec un(e) psychologue d'une durée d'une demie-heure

3.4.3 Le forfait de rémunération :

Sont prévues le financement de :

- 6 consultations de suivi au maximum (ce qui n'empêche pas le prescripteur s'il le juge d'en prescrire davantage hors financement ARS) : coût d'une consultation de suivi d'une durée d'une demi-heure : 22,5 €
- Coût d'un bilan d'une durée d'une heure : 45 €

Dans la limite d'un montant maximal (du forfait) par patient par an de 180 €

Plusieurs cas de figure optimaux peuvent se présenter :

- 1 bilan et 6 consultations de suivi
- 2 bilans et 4 consultations de suivi
- 3 bilans et 2 consultations de suivi
- Des variantes intermédiaires comme par ex : 1 bilan et 4 consultations de suivi

Les frais de déplacement du patient pour accéder à ses soins ne sont pas pris en charge.

Les téléconsultations pour les diététiciens et psychologues sont autorisées uniquement pour des raisons de difficultés d'accessibilité géographique au parcours de soins global.

3.4.4 Modalités d'intervention des professionnels et typologie des professionnels

- Salariés de la structure avec contrat de travail
- Non salariés de la structure sous contrat de prestation (contrat type en Annexe 3)
- Convention avec une association/autre structure de ville ou établissement de santé
- Diététiciens(nes) justifiant 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
- Professionnels de l'APA mentionnés à l'article D. 1172-2 du code de la santé publique, devant 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 ;
- 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.

3.5 Principes d'intervention

3.5.1 Proximité et gradation du parcours au plus près du domicile

Ces parcours de soins globaux après le traitement d'un cancer seront mis en œuvre dans **une logique de réponse de proximité aux besoins des patients et d'implication des acteurs de ville** sur ce champ de l'après cancer. Aussi, les Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP), Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les centres de santé, associations notamment de patients (Ligue contre le cancer,...), DAPAP ou tout autre structure de ville y ont toute leur place.

Cependant, lorsque les **domaines de l'offre du parcours en ville sont partiels**, une **coopération entre structures de ville sera prioritaire** afin de faciliter des parcours de soins globaux après le traitement d'un cancer fluides, gradués et accessibles. Par exemple, des CPTS pourront s'associer entre elles, avec des MSP ou centres de santé ou avec une association de patients et vice-versa. Les structures pourront également conventionner avec un établissement de santé.

Les établissements de santé, dans les domaines où l'offre du parcours en ville est absente ou non accessible, pourront proposer une offre en soins de support.

De la même manière, tenant compte de la **spécificité et de la spécialisation de la prise en charge des enfants et AJA atteints de cancer**, les établissements de santé autorisés au **traitement du cancer pourront proposer ce parcours** de soins global.

3.5.2 Partenariats et coordination pluridisciplinaire du parcours de soins du patient

La structure porteuse peut s'appuyer en tant que de besoins sur les acteurs du territoire pour assurer le parcours de soins global.

- **Il est ainsi fortement recommandé** aux acteurs d'engager un partenariat ou de conventionner avec les dispositifs d'Accompagnement vers la Pratique d'Activité Physique (**DAPAP**) mis en place par l'ARS-ARA et la DRAJES, dans chaque département (En 2021, 11 départements sur 12 de la région sont couverts par un DAPAP).

Que la structure porteuse dispose ou non d'un professionnel APA, le DAPAP trouve son utilité dans l'orientation et l'accompagnement des patients. Le DAPAP réalise en effet des bilans d'activité physique, oriente et accompagne les patients vers des clubs sportifs ou associatifs proposant des séances d'activité physique adaptées et sécurisées au plus près de leur domicile. Il réalise un suivi du patient pendant 2 ans avec des bilans réguliers vers les médecins prescripteurs. Le DAPAP recense et valide les formations des éducateurs sportifs de l'offre d'activité physique adaptée sur son département en lien avec la direction de la jeunesse et des sports.

La coordination du parcours APA par le DAPAP sera particulièrement indiquée lorsqu'un patient nécessite un accompagnement motivationnel ou social, certains types de séances (ateliers passerelles) pouvant être pris en charge financièrement par le DAPAP (patients ACS).

- D'autre part, les **réseaux de santé polyvalents présents dans chaque département peuvent être un appui important** dans la mise en œuvre des parcours de soins globaux. Ils sont en effet, un appui lisible et efficient dans la coordination de parcours de santé complexe. Ils visent à améliorer les parcours de santé des patients en appui prioritaire des équipes de premier recours.

Le Réseau Régional de Cancérologie contribuera à fluidifier les parcours de santé personnalisés, coordonnés et gradués, notamment en favorisant le lien Ville-hôpital via les 3C et les représentants de ville.

Il conviendra également de prévoir l'intégration de ce parcours de soins global après le traitement actif d'un cancer dans le PPS et/ou PPAC du patient, outil de suivi du parcours du patient. Il devra être mis à jour en association avec les professionnels impliqués dans son suivi.

3.5.3 Lisibilité de l'offre relative à ces parcours de soins globaux après le traitement d'un cancer

Afin de faciliter l'orientation du patient par les prescripteurs pour la réalisation de ces parcours de soins oncologiques, un **annuaire des structures ayant conventionné avec l'ARS ou proposant déjà ce panier de soins** sera établi par le RRC ONCOAURA via sa **plateforme RESSOURCES**.

3.5.4 Evaluation des besoins

Afin de permettre une évaluation adaptée des besoins du patient, le RRC ONCOAURA mettra à disposition sur sa plateforme RESSOURCES une **grille d'évaluation des besoins avec scoring** pour les professionnels prescripteurs. Elle sera valorisée dans les établissements de santé grâce aux centres de coordination en cancérologie 3C.

3.5.5 Respect des recommandations et référentiels

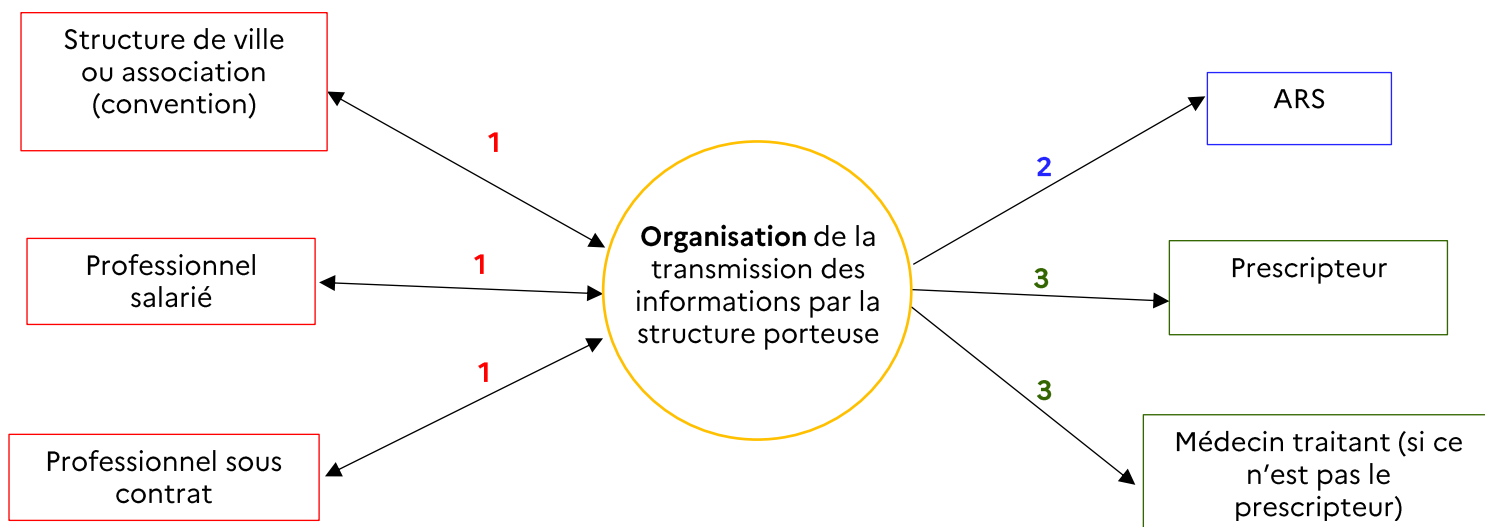
Une liste des **recommandations et référentiels nationaux et interrégionaux** des bonnes pratiques professionnelles en SOS établies par la HAS, INCa et les sociétés savantes est jointe en Annexe 4.

Il conviendra de respecter les principes généraux exposés au **L.1111-2 du code de la santé publique** (« *information du patient sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus... Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge...* »).

3.5.6 Responsabilité de la structure porteuse

- Responsabilité des parcours et des actes réalisés par les professionnels ⁶.
- Lien avec l'ensemble des professionnels impliqués (prescripteurs, professionnels intervenants, associations, établissements de santé...) entre autre via la messagerie sécurisée de santé
- Protection des données personnelles des patients recueillies et transmises
Afin d'assurer l'évaluation territoriale du dispositif et le suivi du parcours du patient, les structures porteuses **organiseront la transmission des informations**, avec l'accord du patient, à l'ARS, aux professionnels prescripteurs et aux médecins traitants en conformité avec le règlement général de protection des données (RGPD⁷). Elles sont couvertes par le secret médical (ou le secret professionnel pour les professionnels de l'activité physique adaptée lorsqu'ils ne sont pas professionnels de santé ⁸) et transmise via **l'outil régional qui sera mis à disposition par l'ARS**.

Modalités de transmission des informations (bilans, compte-rendus de consultations et indicateurs d'évaluation) entre les différentes entités du dispositif



1: Transmission des données quantitatives globales en anonymisant les données patients via un code d'identification unique construit comme suit : deux derniers chiffres de l'année de naissance, deux chiffres du mois de naissance, trois premières lettres du nom de jeune fille, deux premières lettres du prénom.

2 : Organisation et transmissions des données via un outil régional mis à disposition par l'ARS. (voir point 4.2).

3: Transmission des bilans et des compte-rendus de consultations par messagerie sécurisée de santé.

⁶ Confère article 3 de l'Arrêté du 24 décembre 2020

⁷ Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).

⁸ Confère notamment article L1110-4 du code de la santé publique et article 226-13 du code pénal.

- Gratuité du parcours

Aucune participation financière ne sera demandée au patient accueilli et pris en charge par la structure porteuse à l'exception des séances d'activité physique qui ne sont pas comprises dans le forfait.

- Neutralité de la structure et respect de la personne

Tout patient sera accueilli dans les mêmes conditions quel que soit son statut social. Le parcours proposé au patient devra, à chaque étape, respecter les souhaits exprimés par celui-ci et ne devra pas aboutir à imposer un bilan ou une consultation sans son accord.

4/ MODALITES DE SUIVI ET D'EVALUATION

4.1 Suivi du dispositif

Un comité de suivi régional, piloté par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes en lien avec le RRC ONCOAURA, sera mis en place dès l'automne 2021. Il sera composé de représentants de l'ARS (siège et délégations départementales), du Réseau régional de cancérologie ONCO AURA, de structures porteuses ou de fédérations des structures, de DAPAP et de la Ligue contre le cancer.

L'objectif de ce comité de suivi régional sera de suivre la mise en place et le déroulement des parcours de soins globaux après le traitement d'un cancer, de fournir les outils nécessaires aux professionnels et aux structures notamment pour l'évaluation territoriale et de veiller au lien Ville-Hôpital, parcours associant des acteurs hospitaliers et de ville.

La structure porteuse pourra définir ses modalités de gouvernance sur son territoire d'intervention.

4.2 Indicateurs d'évaluation à remonter annuellement à l'ARS par les structures porteuses via l'outil régional mis à disposition

Conformément à l'instruction n°DSS/MCGRM/DGS/SP5/EA3/DGOS/R3/2021/31 du 27 janvier 2021, les informations nécessaires à l'évaluation territoriale du dispositif et transmises à l'ARS doivent relever **uniquement de la structure et porter sur les indicateurs globaux suivants** :

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

*voir en Annexes 5 et 6 : Questionnaires d'évaluation de la qualité de vie et de satisfaction du patient

ANNEXES DU CAHIER DES CHARGES

Annexe 1.1 : Territoires d'intervention (excepté pour les publics spécifiques enfants et/ou AJA)

Annexe 1.2 : Schématisation du parcours de soins global après le traitement d'un cancer

Annexe 1.3 : Contrat type avec des professionnels

Annexe 1.4 : Liste des recommandations et référentiels nationaux et interrégionaux

Annexe 1.5 : Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie

Annexe 1.6 : Questionnaire de satisfaction des patients

Annexe 1.1 : Territoires d'intervention (excepté les publics spécifiques : enfants et/ou AJA)

Département	N° de territoire d'intervention	EPCI (établissement public de coopération intercommunale)
Allier	1	CA Montluçon Communauté
		CC du Pays d'Huriel
		CC Commeny Montmarault Nérès Communauté
		CC du Val de Cher
	2	CC du Pays de Tronçais
		CC du Bocage Bourbonnais
		CA Moulins Communauté
	3	CC Entr'Allier Besbre et Loire
		CC Le Grand Charolais
		CC du Pays de Lapalisse
		CA Vichy Communauté
		CC Saint-Pourçain Sioule Limagne

Département	N° de territoire d'intervention	EPCI (établissement public de coopération intercommunale)
Cantal	4	CC du Pays Gentiane
		CC Sumène - Artense
		CC du Pays de Mauriac
		CC du Pays de Salers
	5	CC de la Châtaigneraie Cantalienne
		CA du Bassin d'Aurillac
		CC Cère et Goul en Carladès
	6	CC de Saint-Flour
		CC Hautes Terres

Département	N° de territoire d'intervention	EPCI (établissement public de coopération intercommunale)
Haute-Loire	7	CC Auzon Communauté
		CC Brioude Sud Auvergne
		CC des Rives du Haut Allier
	8	CA du Puy-en-Velay
		CC des Pays de Cayres et de Pradelles
		CC Mézenc-Loire-Meygal
	9	CC du Haut Lignon
		CC des Sucs
		CC du Pays de Montfaucon
		CC Marches du Velay-Rochebaron
		CC Loire et Semène

Département	N° de territoire d'intervention	EPCI (établissement public de coopération intercommunale)
Puy de Dome	10	CA Agglo Pays d'Issoire
		CC Mond'Arverne Communauté
		CC du Massif du Sancy
		CC Dômes Sancy Artense
	11	CC Thiers Dore et Montagne
		CC Entre Dore et Allier
		CC Billom Communauté
		CC Ambert Livradois Forez
	12	CA Riom Limagne et Volcans
		CC Plaine Limagne
		CC Combrailles Sioule et Morge
		CC du Pays de Saint-Eloy
	13	CC Chavanon Combrailles et Volcans
		Clermont Auvergne Métropole

Département	N° de territoire d'intervention	EPCI (établissement public de coopération intercommunale)
Ain	14	CA du Bassin de Bourg-en-Bresse
		CC Bresse et Saône
		CC de la Veyle
		CA Mâconnais Beaujolais Agglomération
	15	CC Val de Saône Centre
		CC de la Dombes
		CC Dombes Saône Vallée
		CC de Miribel et du Plateau
		CC de la Côtière à Montluel
	16	CC de la Plaine de l'Ain
		CA du Pays de Gex
		CC du Pays Bellegardien (CCPB)
		CC Bugey Sud
		CA Haut - Bugey Agglomération
		CC Rives de l'Ain - Pays du Cerdon

Département	N° de territoire d'intervention	EPCI (établissement public de coopération intercommunale)
Ardèche	17	CA Annonay Rhône Agglo
		CC du Val d'Ay
		CA Arche Agglo
	18	CC Rhône Crussol
		CC du Pays de Lamastre
		CC Val Eyrieux
		CA Privas Centre Ardèche
	19	CC du Bassin d'Aubenas
		CC Ardèche des Sources et Volcans
		CC de la Montagne d'Ardèche
		CC Pays des Vans en Cévennes
		CC de Cèze Cévennes
		CC Val de Ligne
	20	CC Berg et Coiron
		CC du Pays Beaume-Drobie
		CC des Gorges de l'Ardèche
CC du Rhône aux Gorges de l'Ardèche		
CC Ardèche Rhône Coiron		

Département	N° de territoire d'intervention	EPCI (établissement public de coopération intercommunale)
Drôme	21	CA Valence Romans Agglo
		CC Porte de Dromardèche
		CC Royans Vercors
	22	CC du Val de Drôme
		CA Montélimar Agglomération
		CC du Crestois et de Pays de Saillans Coeur de Drôme
		CC Jabron-Lure-Vançon-Durance
		CC Ventoux Sud
		CC Vaison Ventoux
	23	CC des Baronniees en Drôme Provençale
		CC du Diois
		CC Dieulefit-Bourdeaux
		CC Enclave des Papes-Pays de Grignan
		CC Drôme Sud Provence
		CC du Sisteronais-Buëch

Département	N° de territoire d'intervention	EPCI (établissement public de coopération intercommunale)
Isère	24	Grenoble-Alpes-Métropole
		CC du Massif du Vercors
		CC du Trièves
		CC de la Matheysine
		CC Le Grésivaudan
		CC de l'Oisans
	25	CC Coeur de Chartreuse
		CA du Pays Voironnais
		CC Saint-Marcellin Vercors Isère Communauté
		CC de Bièvre Est
	26	CC Lyon-Saint-Exupéry en Dauphiné
		CC Les Balcons du Dauphiné
		CC Les Vals du Dauphiné
		CA Porte de l'Isère (CAPI)
	27	CC des Collines du Nord Dauphiné
		CA Vienne Condrieu
CC Entre Bièvre et Rhône		
CC Bièvre Isère		

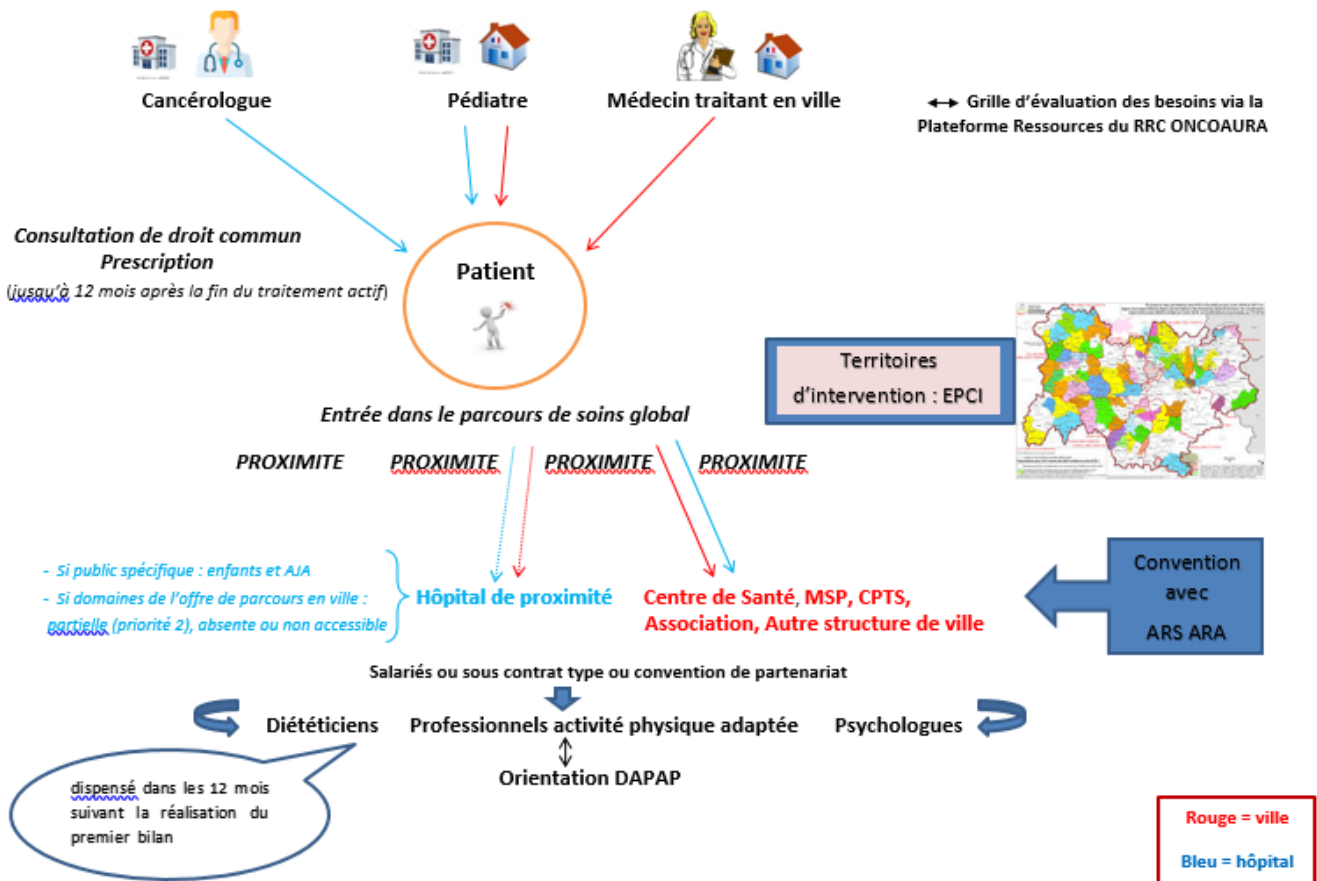
Département	N° de territoire d'intervention	EPCI (établissement public de coopération intercommunale)	Communes concernées
Loire	28	CC Charlieu-Belmont	
		CA Roannais Agglomération	
		CC du Pays Entre Loire et Rhône	
		CC des Vals d'Aix et Isable	
		CC du Pays d'Urfé	
	29	Saint-Etienne Métropole 1	Saint-Paul-en-Jarez, Saint-Priest-en-Jarez, Saint-Romain-en-Jarez, Sainte-Croix-en-Jarez, Sorbier, Tartaras, Valfleury, Saint-Héand, Saint-Jean-Bonnefonds, Saint-Joseph, Saint-Martin-la-Plaine, Saint-Galmier, Saint-Christo-en-Jarez, Saint-Chamond, Saint-Bonnet-les-Oules, Rive-de-gier, Pavezin, Marcenod, Lorette, La Vallée-en-gier, La Tour-en-Jarez, La Terrasse-sur-Dorlay, La Talaudière, Cellieu, Chagnon, Chamboeuf, Châteauneuf, Dargoire, Doizieux, Farnay, Fontanès, Genilac, L'Homme, La Fouillouse, La Gimond, La Grande-Croix
		CC du Pilat Rhodanien	
	30	Saint-Etienne Métropole 2	Ville de St Etienne
	31	CA Loire Forez Agglomération (LFA)	
		CC de Forez-Est	
	32	Saint-Etienne Métropole 3	Aboën, Adrézieux-Bouthéon, Caloire, Firminy, Fraisses, L'Etrat, La Ricamarie, Le Chambon-Feugerolles, Roche-la-Molière, Rozier-côte-d'Aurec, Saint-Genest-Lerpt, Saint-Maurice-en-Gourgois, Saint-Nizier-de-Fornas, Saint-Paul-en-Cornillon, Unieux, Villar
		CC des Monts du Pilat	

Département	N° de territoire d'intervention	EPCI (établissement public de coopération intercommunale)	Communes concernées	
Rhône	33	CC Saône-Beaujolais		
		CA Villefranche Beaujolais Saône		
		CA de l'Ouest Rhodanien		
	34	CC Beaujolais Pierres Dorées		Albigny-sur-Saône, Cailloux-sur-Fontaines, Caluire-et-Cuire, Champagne-au-Mont-d'Or, Collonges-au-Mont-d'Or, Couzon-au-Mont-d'Or, Curis-au-Mont-d'Or, Dardilly, Écully, Fleurieu-sur-Saône, Fontaines-Saint-Martin, Fontaines-sur-Saône, Limonest, Lissieu, Neuville-sur-Saône, Poleymieux-au-Mont-d'Or, Quincieux, Rochetaillée-sur-Saône, Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, Saint-Didier-au-Mont-d'Or, Saint-Germain-au-Mont-d'Or, Saint-Romain-au-Mont-d'Or, La Tour-de-Salvagny, Genay, Montanay, Rillieux-la-Pape, Sathonay-Camp, Sathonay-Village
		Métropole de Lyon 1		
	35	CC des Monts du Lyonnais		Charbonnières-les-Bains, Craponne, Francheville, Marcy-l'Étoile, Saint-Genis-les-Ollières, Tassin-la-Demi-Lune
		CC des Vallons du Lyonnais (CCVL)		
		CC du Pays de l'Arbresle (CCPA)		
		Métropole de Lyon 2		
	36	CC de la Vallée du Garon (CCVG)		Charly, Givors, Grigny, Irigny, La Mulatière, Oullins, Pierre-Bénite, Sainte-Foy-lès-Lyon, Saint-Genis-Laval, Vernaison, Solaize
		CC du Pays Mornantais (COPAMO)		
		Métropole de Lyon 3		
	37	CC de l'Est Lyonnais (CEEL)		Bron, Vaulx-en-Velin, Chassieu, Décines-Charpieu, Jonage, Meyzieu
		Métropole de Lyon 4		
	38	CC du Pays de l'Ozon		Saint-Fons, Vénissieux, Corbas, Feyzin, Mions, Saint-Priest
Métropole de Lyon 5				
39	Villeurbanne			
40	Lyon arrondissements (1,2,4,5,9)			
41	Lyon arrondissements (3,6,7,8)			

Département	N° de territoire d'intervention	EPCI (établissement public de coopération intercommunale)
Savoie	42	CA du Grand Chambéry
		CA Grand Lac
		CC de Yenne
		CC Val Guiers
		CC du Lac d'Aiguebelette (CCLA)
		CC Coeur de Savoie
	43	CA Arlysère
		CC de Haute-Tarentaise
		CC Les Versants d'Aime
		CC Val Vanoise
		CC Coeur de Tarentaise
	44	CC des Vallées d'Aigueblanche
		CC du Canton de La Chambre
		CC Coeur de Maurienne Arvan
		CC Maurienne Galibier
		CC Porte de Maurienne
		CC Haute Maurienne Vanoise

Département	N° de territoire d'intervention	EPCI (établissement public de coopération intercommunale)
Haute-Savoie	45	CA du Grand Annecy
		CC Rumilly Terre de Savoie
		CC Fier et Usse
		CC Usse et Rhône
		CC du Pays de Cruseilles
	46	CC du Genevois
		CA Annemasse-Les Voirons-Agglomération
		CC Arve et Salève
		CC du Pays Rochois
		CC Faucigny-Glières
		CC des sources du lac d'Annecy
	47	CC des Vallées de Thônes
		CC Pays d'Evian Vallée d'Abondance
		CC du Haut-Chablais
		CC des Montagnes du Giffre
		CC de la Vallée de Chamonix-Mont-Blanc
		CC Pays du Mont-Blanc
		CC Cluses-Arve et Montagnes
CC des Quatre Rivières		
	CC de la Vallée Verte	
	CA Thonon Agglomération	

Annexe 1.2 : Schématisation du parcours de soins global après le traitement d'un cancer



Annexe 1.3 : Contrat type avec des professionnels⁹

CONTRAT-TYPE ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ MENTIONNÉS AUX ARTICLES L. 4371-1 ET D. 4371-1 (DIÉTÉTICIENS), LES PROFESSIONNELS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE MENTIONNÉS À L'ARTICLE D. 1172-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET LES PSYCHOLOGUES ET LA STRUCTURE DÉSIGNÉE PAR L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ POUR LA MISE EN OEUVRE 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 oeuvre 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 1er 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 demie-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 demie-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.

⁹ Contrat type prévu à l'article R1415-1-13 du code de la santé publique figurant en annexe 1 de l'Arrêté du 24 décembre 2020 relatif au parcours de soins global après le traitement d'un cancer.

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 1.4 : Liste des recommandations et référentiels nationaux et interrégionaux

PSYCHO ONCOLOGIE

[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.

→ Depuis 2018, 2 référentiels interrégionaux le remplacent

[Accompagnement psychologique et cancer : comment orienter ?](#) – SFPO et AFSOS -2018

[Accompagnement psychologique et cancer : critères d'orientation](#) – SFPO et AFSOS -2018

ACTIVITE PHYSIQUE

[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.

→ Actualisation en 2018

[Activité physique adaptée chez les enfants et les adolescents jeunes adultes \(AJA\)](#) - Référentiels interrégionaux en soins de support - AFSOS-2018.

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

[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.

NUTRITION

[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

→ Actualisation 2018

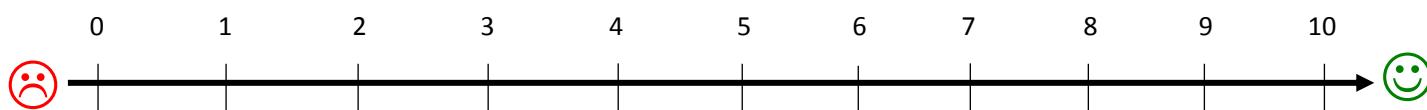
[Dénutrition et réalimentation dans les cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures \(VADS\)](#) – Référentiels interrégionaux en soins de support - AFSOS-2018

Annexe 1.5 : Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie

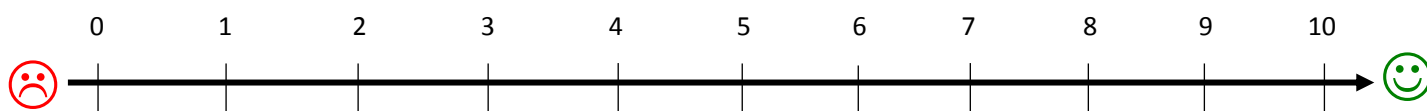
A remplir dès le début de la prise en charge (question 1 à 8) puis à la fin du parcours (question 9 et 10)

1. Age du bénéficiaire, sexe :
2. Statut de bénéficiaire ou nom de la complémentaire santé solidaire :
3. Organe primitivement atteint par le cancer :
4. Stade : localisé / métastatique :
5. Taille en cm, poids en kg :
6. Traitements reçus (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, thérapie ciblée, hormonothérapie, immunothérapie) :
7. Prise en charge dans le cadre du parcours :
 - o Date de la prescription :
 - o Bilans prescrits :
 - o Séances prescrites :
8. **Qualité de vie / état de santé initiaux (lors des bilans) :** par EVA ou cotation numérique si difficulté pour l'EVA

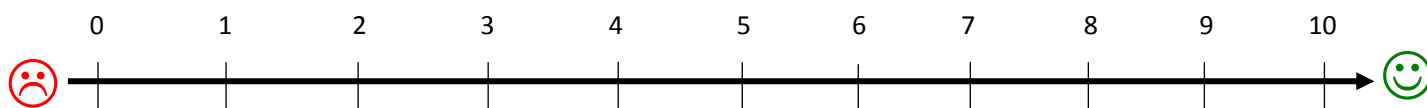
o Dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI. Cette échelle est numérotée de 0 à 10. 10 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer. 0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer.
Entourez le chiffre décrivant votre état de santé :



o 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.
Entourez le chiffre décrivant votre qualité de vie :



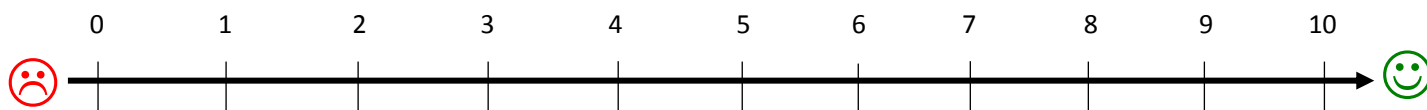
o Dans quelle mesure votre état mental est bon ou mauvais AUJOURD'HUI. Cette échelle est numérotée de 0 à 10. 10 correspond au meilleur état mental (parfaite santé psychique) que vous puissiez imaginer. 0 correspond à la souffrance morale la pire que vous puissiez imaginer.
Entourez le chiffre décrivant votre état mental :



9. Qualité de vie/ état de santé à 1 an :

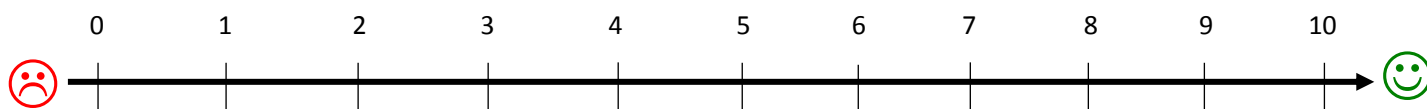
o Dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI. Cette échelle est numérotée de 0 à 10. 10 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer. 0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer.

Entourez le chiffre décrivant votre état de santé :



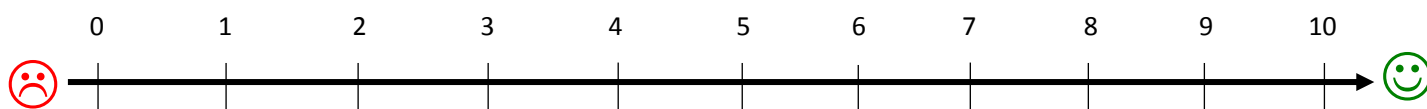
o Dans quelle mesure votre qualité de vie est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI. Cette échelle est numérotée de 0 à 10. 10 correspond à la meilleure qualité de vie que vous puissiez imaginer. 0 correspond à la pire que vous puissiez imaginer.

Entourez le chiffre décrivant votre qualité de vie :



o 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.

Entourez le chiffre décrivant votre qualité de vie :



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

Annexe 1.6 : Questionnaire de satisfaction des patients

Identification et coordonnées

Nom/Prénom :

Mois et année de naissance :

Département d'habitation :

Type de soins de support suivis :

 Activité physique adaptée Conseil diététique Soutien psychologique**1. Evaluation de l'information donnée sur le parcours de soins**➤ **Considérez-vous avoir reçu les informations nécessaires à la compréhension de ce parcours ?** Oui Non Pas d'opinionSi non, pourquoi ?
.....➤ **Par quel biais avez-vous eu ces informations (plusieurs cases peuvent être cochées) ?** Médecin traitant Oncologue Pédiatre Coordinateur du parcours Autres :...**2. Evaluation de la prise en charge**➤ **Êtes-vous satisfait(e) de l'accueil qui vous-a-été réservé lors du parcours après traitement de votre cancer ?** Oui Non Pas d'opinionSi non, pourquoi ?
.....➤ **Êtes-vous satisfait(e) de la prise en charge dont vous avez bénéficié ?** Oui Non Pas d'opinionSi non, pourquoi ?
.....➤ **Cette prise en charge a-t-elle eu des conséquences sur votre hygiène de vie ?**

(ex : alimentation, activité physique, consommation de tabac, d'alcool ...)

 Oui Non Pas d'opinion

Si oui, lesquelles ? :

Si non pourquoi ? :