

Appel à projets

Parcours de soins global après le traitement d'un cancer

Dossier de réponse à l'appel à projets du parcours de soins global après traitement d'un cancer

1. Rappel du contexte

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, 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.

En effet, aujourd'hui l'hôpital est au centre de la prise en charge des cancers lors du traitement actif. La volonté du Gouvernement est d'orienter l'accompagnement vers l'après cancer et ce : au plus tôt, conformément aux préconisations de l'Institut national du cancer (INCa) ; au plus près des patients bénéficiaires, le plus souvent hors de l'hôpital. L'objectif étant de privilégier le parcours en ville, pour une prise en charge des patients par une structure de proximité.

C'est pourquoi l'ARS BFC lance un appel à projet pour les structures volontaires qui souhaitent participer à ce dispositif et en mesure d'organiser l'ensemble des prestations prévues par le décret n° 2020-1665 du 22 décembre 2020 et de l'arrêté du 24 décembre 2020.

2. Le 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 (ALD) en lien avec le cancer et ce, à partir de la fin du traitement actif du cancer et au plus tard un an après cette échéance.

Il peut comprendre:

- a. 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 (APA) ;
- b. Un bilan et/ou des consultations diététiques ;
- c. Un bilan et/ou des consultations psychologiques

Il ne comprend pas ni les frais de déplacement pour se rendre aux consultations ou aux bilans ni les séances d'activité physique et adaptée (APA) nécessaires suite à la réalisation du bilan. En fonction des territoires, il existe des dispositifs qui permettent de les prendre en charge.

Les patients sont repérés et adressés aux structures par un oncologue, un pédiatre ou un médecin traitant dans le cadre d'une consultation de droit commun.

L'un de ces professionnels de santé prescrira les éléments du parcours qui lui semblent les plus pertinents, en fonction des besoins identifiés du patient tout en veillant à rester dans la limite du panier de 180 euros à raison de 45 euros maximum pour un bilan d'une heure et 22,50 euros maximum pour une consultation de suivi diététique ou psychologique d'une demie heure (pour rappel : les séances d'activité physique adaptée ne sont pas financées dans le cadre de ce parcours).

3. Critère d'éligibilités à l'appel à projet

a. Les structures éligibles à cet appel à projets

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

Ainsi pourront candidater :

- Les maisons de santé pluri-professionnelles, les centres de santé pluridisciplinaires ou pluri-professionnels, les communautés professionnelles territoriales de santé, les associations, les réseaux de santé, structure d'exercice coordonné, les dispositifs d'appui à la coordination dont les projets de santé ont été validés par l'Agence Régionale de Santé.
- Les établissements de santé autorisés en oncologie
- Toutes structures en mesure d'organiser :
 - i. Le parcours du patient en son sein ou en lien avec les professionnels ou associations tels que les professionnels de l'APA, les diététiciens ou les psychologues ;
 - ii. D'effectuer l'ensemble des bilans et consultations.
 - iii. 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 ;
 - iv. De rémunérer les professionnels intervenant sur la base de justificatifs des bilans ou consultations de suivi réalisés
 - v. La transmission d'information aux ARS pour l'évaluation territoriale du dispositif

Structures éligibles à l'appel à projet

- Les maisons de santé pluri-professionnelles, les centres de santé pluridisciplinaires ou pluri-professionnels,
- Les communautés professionnelles territoriales de santé,
- Les associations, les réseaux de santé, structure d'exercice coordonné
- Les dispositifs d'appui à la coordination dont les projets de santé ont été validés par l'Agence Régionale de Santé

- Les établissements de santé autorisés en oncologie

- Toutes structures en mesure :
- D'organiser le parcours du patient en son sein ou en lien avec les professionnels ou associations (l'APA, les diététiciens ou les psychologues) ,
- D'effectuer l'ensemble des bilans et consultations;
- De transmettre les informations couvertes par le secret médical auprès du médecin prescripteur /médecin traitant,
- De rémunérer les professionnels intervenant sur la base de justificatifs des bilans ou consultations de suivi réalisés
- De transmettre les informations aux ARS pour l'évaluation territoriale du dispositif

La transmission des informations au patient, au médecin prescripteur/médecin traitant et à l'ARS doit se faire au moyen de système informatique sécurisé.

La structure coordonne l'ensemble du parcours et les liens avec les professionnels ou les associations. La coordination doit être clairement identifiée (Présence d'une coordination des soins et/ou staff pluri professionnels et/ou mobilisation de coordination spécifique au cancer (DAC, RRC...)).

La structure doit pouvoir débiter son activité dès la signature de la convention avec l'ARS.

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. Il sera important que le maillage territorial soit clairement identifié.

Ainsi, toute structure souhaitant déposer un dossier devra dans son projet souligner et mettre en avant le lien et/ou les coopérations avec des structures de proximité de prise en charge des patients, dont les projets ont été validés par l'Agence Régionale de Santé, si elles n'appartiennent pas à la liste ci-dessus.

Les structures sélectionnées seront amenées à être en contact avec le réseau régional de cancérologie OncoBFC, notamment dans le cadre de la mise en place de l'annuaire des soins de support et lors de journées de formation.

b. 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 (Annexe 1).

4. Conditions d'intervention du professionnel de santé et forfait de rémunération

Les professionnels sont liés contractuellement avec la structure chargée du déploiement du parcours 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 de l'arrêté du 24 décembre 2020 relatif au parcours de soins global après le traitement d'un cancer (cf. Annexe 3).

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 CSP 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 CSP, 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 CSP ;
- **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.

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,
- tous les trois mois après réception du compte-rendu d'intervention du professionnel.

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

Les associations sont liées par une convention à la structure.

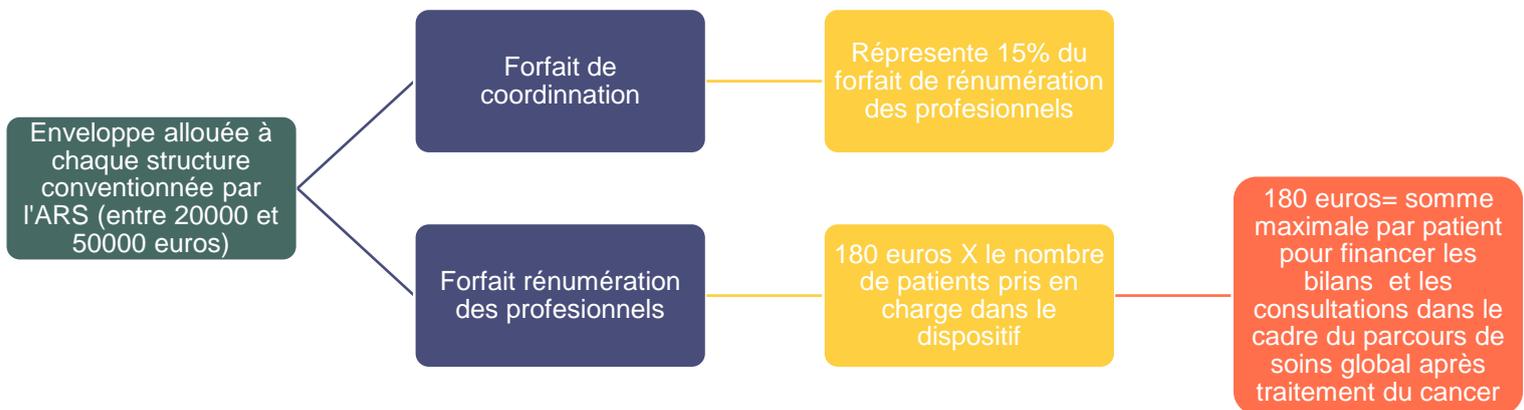
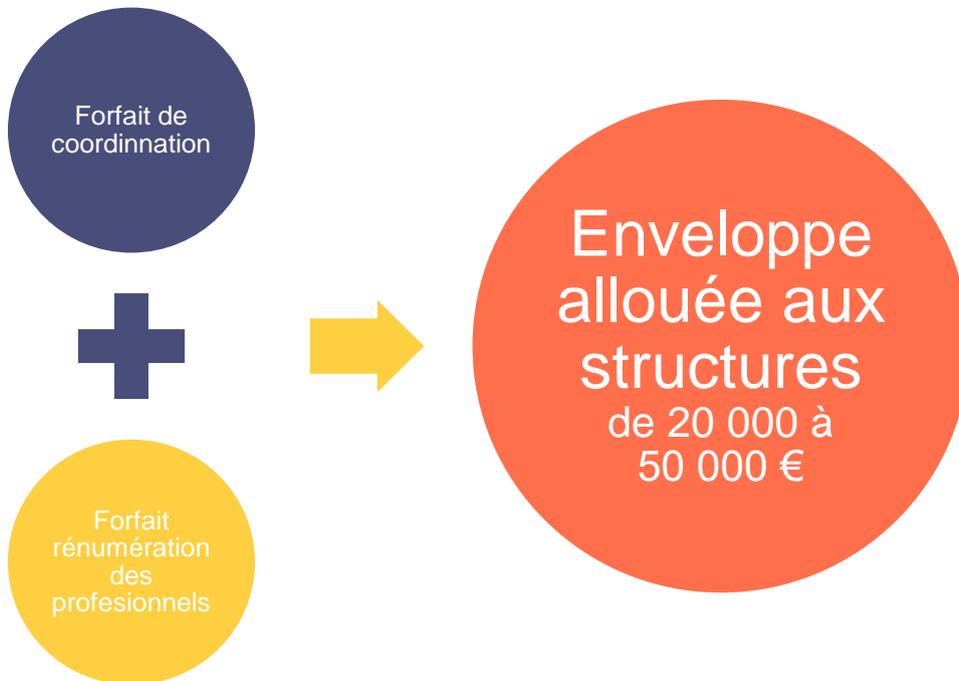
5. Montant des crédits et modalités de versements des subventions

Une enveloppe forfaitaire comprise entre 20 000 € et 50 000 € sera attribuée aux structures retenues selon les prestations proposées, la similitude au parcours demandé, et le périmètre territorial couvert et la file active des patients.

Cette enveloppe permettra de contribuer au financement des bilans ou séances des professionnels en soins de support sollicités dans le cadre de cet appel à projets pour une durée d'un an (forfait de rémunération des professionnels).

Elle comprendra également un forfait de coordination. Le montant de ce forfait sera calculé à partir de l'estimation du forfait de rémunération des professionnels. Il correspondra à un montant maximum de 15% de ce forfait et il sera à justifier par la structure en fonction notamment de son statut.

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 structures sélectionnées.



6. Evaluation du dispositif

Les structures transmettent à l'ARS BFC les informations nécessaires à l'évaluation territoriale du dispositif.

A cette fin, un rapport dressant un bilan du parcours de soins global après le traitement d'un cancer prévu à l'article L. 1415-8 du CSP est prévu par la loi. Ce rapport évalue notamment, en concertation avec tous les acteurs impliqués, « l'utilisation des ressources publiques, l'impact sur les patients et les pistes d'amélioration du dispositif ».

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

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

Précisions pour la remontée des indicateurs :

- Concernant le délai entre prescription/bilan/1^{ère} consultation, le délai est à mettre en semaine.
- Concernant la satisfaction des patients bénéficiaires, la réponse attendue sous forme oui/non

NB : pour permettre le suivi et l'évaluation du dispositif, il est nécessaire que les structures recueillent des données quantitatives globales sur l'activité de la structure. Ainsi chaque structure bénéficiaire devra transmettre à l'ARS :

- Nombre et profil (diplômes, formations) de professionnels inclus dans le dispositif ;
- Type de soins de support proposés ;
- Nombre et profils de prescripteurs.

Des données quantitatives et qualitatives sur les bénéficiaires devront être recueillies par le biais d'un questionnaire d'évaluation (disponible en annexe 2).

Les données seront enregistrées à raison d'une ligne par bénéficiaire, identifié de façon anonyme par 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 naissance, deux premières lettres du prénom.

Les données devant être stockées et transmises à des tiers non en charge de leur recueil, les structures bénéficiaires s'assureront de la conformité avec les lois et règlements en vigueur ainsi que de l'information adaptée des patients concernant l'usage des données selon le règlement général sur la protection des données (RGPD).

2^{ème} évaluation	Impact sur les bénéficiaires	Satisfaction et qualité de vie	Satisfaction des patients bénéficiaires du parcours (à T0, T1, T5) et comparaison avec VICAN 5
			Questionnaire de qualité de vie des bénéficiaires du parcours (à T0, T1, T5) et comparaison avec VICAN 5
		Changements des comportements	Changements d'alimentation
			Activité physique
			Consommation de tabac et d'alcool
		Impact sur la santé physique et mentale	Image de soi
			Sexualité, vie affective et conjugale
			Fatigue
			Douleur
			Santé mentale
			Séquelles physiques spécifiques de certains cancers (sein, poumon...)
			Hypertension et maladies cardio-vasculaires
			Autonomie/dépendance
			Survie à 5 ans
Nombre de récurrences ou de second cancer			

T0 : au début de la prise en charge, T1 : à la fin du parcours, T5 : à 5 ans

Précisions pour la remontée des indicateurs :

- Concernant les indicateurs changements d'alimentation, activité physique, consommation de tabac et d'alcool, image de soi, sexualité, vie affective et conjugale, fatigue douleur, santé mentale, la réponse attendue est sous forme : impact positif/ impact négatif/ pas d'impact

7. Eléments attendus

Le dossier devra présenter :

- Le porteur du projet et les pilotes de la démarche au sein de la structure
- La description du parcours de la prescription médicale du parcours à la remontée des informations à l'ARS
- 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 à remonter annuellement à l'ARS, avec notamment le nombre de patients inclus, le périmètre territorial couvert, le détail du système informatique utilisé et de la méthodologie de recueil des données, les professionnels toujours actifs dans le dispositif
- Les modalités de financement du parcours, précisant la part de financement sollicitée dans le cadre de cet appel à projet (forfait rémunération des professionnels et forfait de coordination), détails des prix des séances, des forfaits ainsi que le caractère individuel ou collectif et le temps imparti pour 2021 et 2022 et 2023
- Présentation d'un modèle économique de mise en œuvre et de fonctionnement soutenable et justifié et d'un budget prévisionnel équilibré et viable pour 2021 et 2022 et 2023
- Prise en charge spécifique pour les enfants, adolescents et jeunes adultes (15-24 ans), personnes âgées (>65 ans), public défavorisé.
- L'identification claire du maillage territorial.

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.

ANNEXES

Annexe 1

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et les documents de référence parus ces dernières années concernant les différents éléments du parcours, sont :

- « 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.

Annexe 2 : Questionnaire d'évaluation à utiliser par les professionnels et les patients

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 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.
 - o 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.
 - o Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre état mental est bon ou mauvais AUJOURD'HUI. Cette échelle est numérotée de 0 à 10. 10 correspond au meilleur état mental (parfaite santé psychique) que vous puissiez imaginer. 0 correspond à la souffrance morale la pire que vous puissiez imaginer. Maintenant, veuillez noter le chiffre décrivant votre qualité de vie.
9. Qualité de vie/ état de santé à 1 an :
- o Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI. Cette échelle est numérotée de 0 à 10. 10 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer. 0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer. Maintenant, veuillez noter le chiffre décrivant votre état de santé.

- Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre qualité de vie est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI. Cette échelle est numérotée de 0 à 10. 10 correspond à la meilleure qualité de vie que vous puissiez imaginer. 0 correspond à la pire que vous puissiez imaginer. Maintenant, veuillez noter le chiffre décrivant votre qualité de vie.
- Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre état mental est bon ou mauvais AUJOURD'HUI. Cette échelle est numérotée de 0 à 10. 10 correspond au meilleur état mental (parfaite santé psychique) que vous puissiez imaginer. 0 correspond à la souffrance morale la pire que vous puissiez imaginer. Maintenant, veuillez noter le chiffre décrivant votre qualité de vie.

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

Annexe 3

*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 GLOBAL APRÈS LE TRAITEMENT DU CANCER
DANS LE DÉPARTEMENT DE ... (TERRITOIRE ...)*

Numéro de contrat :

Entre d'une part : M./Mme

Exerçant la profession de diététicien/professionnel de l'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 du 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 du 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 : 22.50 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.