

APPEL A PROJET

Parcours de soins global après le traitement d'un cancer

CAHIER DES CHARGES

Contexte

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

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé et de la stratégie décennale du cancer, le Gouvernement a fixé comme objectif la mise en place d'un **parcours de soins global après le traitement d'un cancer**, afin de réduire les risques de séquelles et de prévenir les rechutes.

Il comprendra une triple prise en charge, nutritionnelle, d'activité physique adaptée, et de soutien psychologique et/ou des consultations (de suivi diététique et/ou psychologique).

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

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

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

Néanmoins, l'offre des soins de support reste encore insuffisante et hétérogène selon les territoires et les types de soins. C'est la raison pour laquelle la loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de la LFSS pour 2020 crée un parcours de soins global après le traitement d'un cancer, **mis en œuvre pour les patients bénéficiant du dispositif d'affection de longue durée (ALD) en lien avec le cancer, et ce, à partir de la fin du traitement actif du cancer et au plus tard un an après cette échéance.**

Le décret n° 2020-1665 du 22 décembre 2020 et l'arrêté du 24 décembre 2020 relatifs au parcours de soins global après le traitement d'un cancer viennent préciser ces différentes modalités.

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.

Le repérage des patients pourra se faire à l'aide des outils mis en ligne par le Réseau régional de cancérologie OncoPaca Corse via le lien suivant : [Lien internet - Parcours global post cancer](#)

L'un de ces professionnels de santé prescrira les éléments du parcours qui lui semblent les plus pertinents dans la

limite d'un plafond de 180 euros par an et par patient à raison de 45 euros maximum pour un bilan d'une heure et 22,50 euros maximum pour une consultation de suivi diététique ou psychologique de 30 minutes (les séances d'activité physique adaptée ne sont pas financées dans le cadre de ce parcours).

Le professionnel de santé pourra donc choisir entre les différents cas de figure optimaux suivants : représentants au maximum 180 euros / an / patient.

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

Les variantes intermédiaires sont également possibles (ex : 1 bilan et 4 consultations).

Concernant les bilans, les professionnels concernés pourront s'appuyer sur les outils d'aide à la pratique du Réseau régional de cancérologie OncoPaca - Corse mis en ligne : [Lien internet - Parcours global post cancer](#)

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

Ces bilans et/ou consultations de suivi ne pourront donner lieu à facturation d'un hôpital de jour à l'assurance maladie obligatoire ou l'assurance maladie complémentaire du patient.

En outre, le patient ne devra pas faire l'avance de frais auprès des professionnels conventionnés par la structure sélectionnée par l'ARS.

Cet appel à projet devra donc s'inscrire dans le cadre de ces différentes orientations. A défaut, il ne pourra pas être retenu.

Structures éligibles :

Les structures éligibles pour mettre en œuvre le parcours doivent être en mesure d'organiser :

- le parcours du patient en son sein ou en lien avec les professionnels ou associations tels que les professionnels de l'activité physique adaptée (APA), les diététiciens ou les psychologues ;
- la transmission d'informations couvertes par le secret médical auprès du médecin prescripteur et au médecin traitant, si ce dernier n'est pas le prescripteur ;

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

- Les maisons de santé pluri-professionnelles, les centres de santé pluridisciplinaires ou pluri-professionnels, les communautés professionnelles territoriales de santé, dont les projets de santé ont été validés par l'Agence Régionale de Santé.
- Les établissements de santé, notamment ceux autorisés en cancérologie
- Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) et/ou les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) peuvent également 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 ;

Professionnels ou associations intervenant sous la responsabilité de la structure

La structure sélectionnée par l'ARS devra coordonner l'ensemble du parcours et les liens avec les professionnels et/ou les associations.

Les professionnels sont liés contractuellement avec la structure soit par un contrat de travail (salarié de la structure) soit par un contrat de prestation sur la base du contrat type prévu en annexe 1 du présent appel à projet.

Les associations sont liées par une convention à la structure.

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

- les diététiciens, qui doivent justifier de l'un des diplômes mentionnés aux articles L. 4371-2 et D. 4371-1 du 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.

La structure sectionnée par l'ARS devra 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 (il est fortement conseillé d'avoir au moins deux professionnels pour chaque qualification).

Volet numérique du projet

Le volet système d'information du projet devra être conforme à la feuille de route nationale du numérique en santé, notamment respecter les attendus en termes de sécurité, d'interopérabilité, ainsi que le cadre de valeurs éthiques. Dans cette optique, afin de faciliter et de sécuriser les échanges entre les professionnels de santé du parcours et de garantir l'adéquation à la feuille de route eSanté nationale, le projet pourra utilement s'appuyer sur les services numériques de la plateforme régionale eParcours.

Dépôt et date limite des candidatures

Les dossiers de candidature doivent être déposés jusqu'au vendredi 30 avril 2021 inclus, par mail **aux deux adresses mails suivantes** :
elodie.cretel-durand@ars.sante.fr
carole.blanvillain@ars.sante.fr

Critère d'éligibilité du dossier de candidature

Le dossier doit impérativement comprendre l'ensemble des éléments suivants :

- Le dossier de candidature rempli conformément à la trame jointe,
- Le dossier signé par le représentant légal de la structure. En outre, il est fortement recommandé que le projet bénéficie d'un portage institutionnel. Une validation institutionnelle du projet constitue une garantie pour la mise en œuvre du projet.
- les diplômes, certificats ou titres de formation des professionnels avec qui la structure envisage de conventionner si elle est retenue par l'ARS.

A ce dossier sera joint l'engagement de la structure et des professionnels à participer à une websession d'information soins oncologiques de support (SOS) organisée par le réseau régional de cancérologie OncoPACA. Corse (et/ou le centre de coordination en cancérologie pour les établissements de santé).

Critères de sélection

Les critères de sélection sont présentés en page 5.

L'ARS accordera une attention particulière à

- **la rigueur et à la cohérence institutionnelle et territoriale du dossier,**
- **la taille du bassin de population couvert par le projet**
- la qualité des organisations envisagées
- la faisabilité technique du projet, en particulier l'estimation du nombre de patients concernés

Une attention particulière sera également portée aux :

- prises en charge de proximité afin de garantir l'accessibilité géographique de tous les patients
- projets incluant les enfants et les adolescents
- projets incluant des bénéficiaires de la protection universelle maladie (PUMA) et/ou de la complémentaire santé solidaire

Le début de mise en œuvre du projet doit avoir lieu au cours de l'année 2021.

Processus de sélection des projets et notification

Sur la base des dossiers déposés complets et éligibles au **vendredi 30 avril 2021 (5 pages maximum)**, l'ARS-PACA procédera à l'instruction des dossiers à l'issue de l'appel à projet.

A l'issue du processus de sélection régionale, le Directeur Général de l'ARS informera par courriel les promoteurs de projets, soit de l'acceptation, soit du rejet de leur dossier.

Financement octroyé :

Le financement octroyé par l'ARS PACA est un accompagnement financier sur le Fond d'Intervention Régional (FIR). Il permettra de prendre en charge les bilans ou séances des professionnels en soins de support sollicités dans le cadre de cet appel à projets pour une durée d'un an, dans la limite de 180 € par patient et par an.

Le financement octroyé pour l'année N sera effectué sur la base de la file active pressentie par les structures retenues et validée par l'ARS au *pro rata temporis* à compter de la signature de la Convention.

Le financement sera réévalué chaque année avec les résultats de l'évaluation du nombre de bilans et consultations réalisées..

Ainsi un correctif en année pleine sera effectué en début d'année N+1 (au regard des bilans adressés à l'ARS début janvier par les structures sélectionnées.).

Dans l'attente de régularisation du montant de la dotation, une avance mensuelle de financement sera versée à compter de janvier N+1 sur la base de la dotation perçue en année en N.

Exemple :

File active annuelle pressentie = 200 patients

Année N : octroi d'un financement à compter du 01/07/2021, soit 6 mois $(200 \times 180) \times 6 / 12$ ème = 9 000 €

Année N+1 :

1/ Versement d'une avance mensuelle à compter de janvier sur la base de la dotation perçue en N-1 = 750 €/mois

2/ Evaluation à 103 du nombre de bilans et consultations effectuées en année N

3/ Décision (en mars) de réajustement sur la base de la file active réévaluée en extension en année pleine soit 206 patients = $206 \times 180 = 37\ 080$ €.

A compter d'avril, le montant des versements mensuels sera corrigé pour prendre en compte le montant définitif sur le nombre de mois restant = $(37\ 080 - (750 \times 3)) / 9$ mois = 3 870 €

(dans l'hypothèse où la somme de 180 € aura été dépensée pour chaque patient)

Dans le cas d'un projet mutualisé entre plusieurs établissements, seul le porteur du projet bénéficiera des crédits. Il appartiendra à l'établissement bénéficiaire des fonds de procéder au reversement d'une partie des crédits aux autres établissements partenaires, par voie de convention.

Les crédits seront versés par arrêté du DG ARS, après signature d'un avenant aux CPOM pour les établissements de santé autorisés et après signature d'une convention entre les structures retenues et le DG de l'ARS PACA.

Engagement de la structure :

La structure candidate s'engage à avoir vérifié que les professionnels, mentionnés dans son dossier et avec lesquels elle conventionnera, recevront les patients dans des locaux respectant les normes nationales en vigueur en matière d'accessibilité aux personnes en situation de handicap.

Les professionnels de la structure sélectionnée s'engagent à participer à une websession d'information soins oncologiques de support (SOS) organisée par le réseau régional de cancérologie OncoPACA Corse.

Cette session pose les bases de la réglementation et de l'organisation des SOS et des bonnes pratiques, notamment comment repérer les besoins en SOS.

La structure sélectionnée devra 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.

La structure doit pouvoir débiter son activité dès la signature d'une convention entre l'Agence Régionale de Santé et le porteur sélectionné. Cette convention fixe les engagements mutuels des parties. Elle précise notamment les moyens dédiés au financement du parcours de soins global.

La structure retenue devra fournir un bilan financier annuel selon un modèle type fourni par l'ARS et un rapport annuel d'activité synthétique, comprenant les indicateurs demandés dans l'annexe 2 de l'arrêté du 24 décembre 2020 relatif au parcours de soins global après le traitement d'un cancer.

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

En outre, l'ARS-PACA se réserve la possibilité de vérifier la mise en œuvre effective du projet. A défaut, l'ARS-PACA sera susceptible de récupérer les crédits versés.

CRITERES DE SELECTION DES DOSSIERS	OUI/NON
Eligibilité du dossier	
Présentation de la structure et du projet	
Description du parcours proposé pour les patients - organisation des bilans et des consultations de suivi	
Présentation succincte du périmètre géographique couvert	
Estimation de la file active pressentie de patients en adéquation avec le projet et les modalités de calcul.	
Profil social (en particulier la part des patients avec des critères de précarité PUMa et complémentaire santé solidaire) et origine géographique de la file active du parcours (code postal) si possible	
Présentation des Professionnels ou associations intervenant sous la responsabilité de la structure - Noms, spécialités et implantation géographique des professionnels engagés	
Présentation de l'organisation pour coordonner le parcours (temps administratif, secrétariat...) et/ou mobilisation des dispositifs de coordination spécifiques au cancer	
Description des modalités de transmission d'informations couvertes par le secret médical auprès du médecin prescripteur et au médecin traitant, si ce dernier n'est pas le prescripteur	
Volet numérique du projet / description des systèmes d'information utilisés pour la bonne réalisation de ce parcours	
Partenariats établis entre les acteurs hospitaliers et les acteurs du premier recours et/ou convention entre structures	
Estimation du budget prévisionnel en lien avec la file active estimée	
Calendrier de mise en œuvre du projet présenté	
A fournir en annexe : engagement de la structure et des professionnels à participer à une websession d'information soins oncologiques de support (SOS) organisée par le réseau régional de cancérologie OncoPACA Corse (et/ou le centre de coordination en cancérologie pour les établissements de santé)	
CRITERES ANNUELS D'EVALUATION	OUI/NON
Rapport annuel d'activité à fournir chaque année en janvier N+1 à l'ARS	
Calendrier de suivi du projet	
<p>Le rapport annuel d'activité transmis à l'ARS devra mentionner les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre et profil (diplômes, formations) de professionnels/type de soins de support - Délais entre prescription/bilan/1ère consultation (délai d'attente) - Nombre de bilans effectués (catégorisé en activité physique, psychologue ou diététicien) au total et nombre moyen par patient - Nombre de consultations /prises en charge effectuées après un bilan (diététicien, psychologue) et nombre moyen par patient - Nombre de patients bénéficiaires total, par population (adulte/enfant/adolescents et jeunes adultes) et par type de soins de support - Profil des bénéficiaires (sexe, âge médian, type de cancer et de traitement, part des bénéficiaires PUMa et complémentaire santé solidaire) - Questionnaire satisfaction des patients bénéficiaires du forfait - Questionnaire de qualité de vie des bénéficiaires du forfait (cf annexe 2) 	

ANNEXE 1 : 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 ŒUVRE DU PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRÈS LE TRAITEMENT D'UN CANCER

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

Numéro de contrat :

Entre d'une part : M./Mme

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

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

N° ADELI :

N° SIRET :

Ci-après désigné « le professionnel »

Et d'autre part :

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

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

N° FINESS :

Ci-après désigné « la structure »

Il a été convenu ce qui suit :

1. Objet

Le présent contrat a pour objet de fixer les modalités de collaboration du professionnel au parcours de soins global après le traitement d'un cancer organisé par la structure. Les conditions d'application du parcours sont précisées au chapitre V-1 du titre Ier du livre IV de la première partie du code de la santé publique (articles R. 1415-1-10 à -12). Les prestations visées par le présent contrat sont :

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

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

2. Cadre de l'intervention

Les prestations sont dispensées dans le cadre de la prescription médicale délivrée par le cancérologue, le pédiatre ou le médecin traitant. Elles se déroulent sous la responsabilité de la structure.

3. Modalités d'exercice du professionnel

Le professionnel s'engage à respecter les recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé (HAS), l'Institut national du cancer (INCa) et les sociétés savantes (cf. annexe) ainsi que les principes généraux exposés au L. 1111-2 du code de la santé publique.

Il s'engage également à l'utilisation des outils recommandés par la HAS ou validés scientifiquement et étalonnés. Une liste non exhaustive est, à titre indicatif, établie en annexe de ce contrat. Cette liste sera amenée à être réactualisée périodiquement en fonction de l'évolution des recommandations et des outils et plus généralement de l'évolution des connaissances scientifiques.

Le professionnel transmet le compte-rendu d'évaluation ou de bilan à la structure et au médecin prescripteur. Il transmet, au moins une fois tous les trois mois, les compte-rendu quantitatifs et qualitatifs des interventions qu'il réalise, à la structure, au médecin prescripteur et au médecin traitant, si ce dernier n'est pas le prescripteur.

En cas de congé ou d'empêchement, le professionnel s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires à la poursuite du bilan et des interventions pour éviter toute rupture dans le parcours. L'activité du professionnel de santé, de celui de l'activité physique adaptée et du psychologue dans le cadre du présent contrat est couverte par son ou ses contrat(s) d'assurance professionnelle personnelle (responsabilité civile notamment concernant les actes de soins, véhicule et trajets domicile-travail, etc.). Une copie des polices d'assurance nécessaires devra être remise à la structure dans les quinze jours de la signature du présent contrat et actualisée chaque année.

Le professionnel veille au respect de ses obligations déontologiques notamment en matière d'information du patient.

4. L'utilisation et la protection des données personnelles des patients pris en charge par la structure

Toutes les données devront être numérisées, sécurisées et recueillies en conformité avec le règlement général de protection des données (RGPD). Ainsi, les informations collectées doivent répondre à des finalités déterminées, explicites et légitimes nécessaires à la prise en charge du parcours. Les données collectées doivent également être adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire à la prise en charge. Les informations ainsi collectées peuvent être échangées entre professionnels aux conditions cumulatives qu'elles concernent le même patient et que les professionnels fassent partie de la structure, tout en veillant au respect du secret médical ou du secret professionnel pour les professionnels de l'activité physique adaptée lorsqu'ils ne sont pas professionnels de santé.

La structure désigne le délégué à la protection des données qui aura comme rôle de faire respecter les obligations énoncées ci-dessus par les professionnels de la structure et de veiller à ce que le responsable de traitement informe, d'une façon concise, transparente, compréhensible et aisément accessible, les personnes concernées par le traitement.

Les données personnelles recueillies auprès des usagers de la structure font l'objet de la protection légale.

5. Le rôle de la structure vis-à-vis du professionnel

Les évolutions et les progrès dans l'accompagnement ainsi que les difficultés identifiées par le professionnel sont transmises par la structure au médecin prescripteur.

6. Rémunération des prestations

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

Le montant maximal global par patient et par an accordé aux structures par l'agence régionale de santé s'élève à 180 euros.

Le tarif maximal spécifique des bilans et des consultations du parcours de soins global après le traitement d'un cancer délivrés par les professionnels visés au R. 1415-1-13 du code de la santé publique et payés par les structures est de :

Tarif maximal pour un bilan d'une durée d'une heure : 45 euros.

Tarif maximal pour une séance (consultation de suivi diététique et/ou psychologique) d'une durée d'une demi-heure : 22,50 euros.

7. Modalités de paiement

La structure rémunère le professionnel en un ou plusieurs versements faisant suite à la réception des comptes rendus de bilans et de consultations de suivi correspondant au paiement.

8. Suspension/arrêt

Le professionnel libéral s'engage à ne pas prendre de décision unilatérale de suspension des séances sans concertation préalable avec la structure et l'accord éclairé du patient.

Le professionnel s'engage également à signaler à la structure toute absence non justifiée par le patient à deux séances consécutives programmées. Dans ce cas, la structure s'engage à contacter elle-même le patient. En cas de sortie du parcours à l'initiative du patient, le professionnel s'assure des raisons de cet arrêt, vérifie s'il est cohérent avec l'évolution du patient, en informe sans délai la structure pour qu'elle organise, le cas échéant, les suites de ce parcours. Il lui remet une note de fin de prise en charge. Dans ces cas, le forfait dû au professionnel est proratisé en fonction du taux de réalisation du parcours prescrit.

9. Durée et résiliation

Le présent contrat est conclu pour une période allant du... au..., renouvelable par tacite reconduction à la date anniversaire du contrat, sauf dénonciation expresse par l'une des parties, par une lettre recommandée avec accusé de réception, avec un préavis de deux mois minimum.

En cas de difficultés dans l'application du contrat, une rencontre a lieu dans les plus brefs délais pour examiner la situation et trouver une solution.

Le contrat peut être résilié par la structure en cas de non-respect des différents articles du présent contrat ou de pratiques non conformes aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Dans ce cas, la structure adresse par voie de courrier recommandé avec accusé de réception, une mise en demeure au professionnel de se conformer aux recommandations ou, à défaut, de faire part de ses observations. Si le différend perdure, la structure résilie le contrat.

Dès lors que le contrat est dénoncé, les interventions qui étaient prévues et non réalisées ne feront pas l'objet de facturation ni de remboursement par la structure.

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION

À remplir dès le début de la prise en charge :

1	Age du bénéficiaire, sexe :		
2	Bénéficiaire ou non de la PUMa et/ou 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.	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.	
<i>À remplir à la fin du parcours :</i>			
9	Qualité de vie/état de santé à 1 an.	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 à un autre patient ? » oui / non		