

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES FAMILLES, DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

Arrêté du 13 mai 2026 relatif à la prise en charge des séances d'activité physique adaptée visant à accompagner les personnes traitées pour un cancer

NOR : SFHS2612172A

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1415-8, R. 1415-1-11, R. 1415-1-12 et R. 1415-1-13 ;

Vu la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, notamment son article 42 ;

Vu le décret n° 2026-281 du 14 avril 2026 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation d'un programme de séances d'activité physique adaptée visant à accompagner les personnes traitées pour un cancer ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole en date du 4 mai 2026 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 12 mai 2026,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Pour chaque patient suivi dans le cadre du programme mentionné au décret du 14 avril 2026 susvisé, les médecins mentionnés à l'article R. 1415-1-11 du code de la santé publique prescrivent un ensemble de séances d'activité physique adaptée collectives et un bilan final dans la limite de 12 séances collectives par patient pour une période de trois mois et renouvelable une fois.

Dans le cadre de ce programme, le tarif pour le bilan final est de 45 euros. Le tarif spécifique pour une séance d'activité physique adaptée s'élève à 7,50 euros. La coordination et le traitement administratif du dispositif réalisés par la structure sont rémunérés à hauteur de 15 euros.

Pour la réalisation de ces séances et ce bilan, l'agence régionale de santé verse à la structure un montant dans la limite de 150 euros.

Art. 2. – Les professionnels de l'activité physique adaptée intervenant dans le cadre du programme prévu à l'article 1^{er}, sous la responsabilité des structures participantes, sont les personnes qualifiées mentionnées aux 1^o et 2^o de l'article D. 1172-2 du code de la santé publique et exerçant dans les conditions d'intervention définies à l'article D. 1172-3 du même code.

Ces professionnels doivent satisfaire des critères d'éligibilité, fixés notamment au regard de leurs diplômes et formations, prévus au cahier des charges annexé au présent arrêté. Les structures déployant l'expérimentation sont responsables de la vérification de ces critères d'éligibilité.

Pour les professionnels non-salariés intervenant au sein des structures, le contrat type, prévu à l'article R. 1415-1-13 du code de la santé publique, figure en annexe 2 du présent arrêté.

Les professionnels intervenant dans le cadre de ce programme sous la responsabilité des structures s'engagent à respecter les bonnes pratiques professionnelles pour les prestations prévues à l'article 1^{er} et listées dans le cahier des charges en annexe 1 du présent arrêté.

Les modalités de suivi et d'évaluation de l'expérimentation sont précisées dans le cahier des charges annexé au présent arrêté.

Art. 3. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 13 mai 2026.

Pour la ministre et par délégation :
*La cheffe de service, adjointe
au directeur de la sécurité sociale,*
D. CHAMPETIER

ANNEXES

ANNEXE 1

CAHIER DES CHARGES

Expérimentation d'un programme d'activité physique adaptée pour les patients soignés pour le cancer**Résumé de l'expérimentation :**

Les bienfaits de l'activité physique adaptée (APA) dans la prévention et le traitement des malades chroniques ou de la perte d'autonomie ont largement été démontrés. Thérapeutique à part entière, cette pratique intervient en prévention primaire, secondaire et tertiaire de nombreuses maladies chroniques.

A cet égard, la Cour des comptes regrettait dans son rapport de novembre 2021(1) les restrictions de la prescription (aujourd'hui résolues par la loi du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport) et appelait à renforcer la formation des professionnels concernés, ainsi que le suivi de la montée en charge de cette prescription.

L'article 59 de la loi n° 2019-1446 de financement de la sécurité sociale pour 2020 a créé un parcours de soins global après le traitement d'un cancer, adapté aux besoins du patient et soumis à prescription médicale, qui peut être débuté jusqu'à un an après la fin du traitement actif du cancer. Ce parcours permet la prescription par le médecin d'un bilan d'activité physique qui donne lieu à l'élaboration d'un projet d'activité physique adaptée, sans prise en charge financière des séances d'APA.

Mis en œuvre depuis 2022, le parcours de soins global après le traitement d'un cancer a été évalué par l'Institut national du cancer (INCa). Le rapport de 2023 identifie des pistes d'amélioration, notamment concernant le périmètre du dispositif. La prise en charge des séances d'APA à l'issue du bilan d'activité physique est l'une d'entre elles. La loi n° 2025-106 du 5 février 2025 visant à améliorer la prise en charge des soins et dispositifs spécifiques au traitement du cancer par l'assurance maladie élargit le bénéfice du parcours de soins global après le traitement pour le cancer aux personnes en cours de traitement.

L'article 42 de la loi n° 2023-1250 de financement de la sécurité sociale propose d'enrichir ce parcours de soins post cancer en y intégrant un programme d'APA, financé par le Fonds d'intervention régional (FIR), expérimenté pour 2 ans par certaines agences régionales de santé (ARS). Ce programme est destiné, de la même manière que le parcours de soins pour les personnes recevant ou ayant reçu un traitement pour le cancer, aux personnes traitées pour un cancer et bénéficiant à ce titre du dispositif d'affectation de longue durée (ALD).

L'expérimentation sera ainsi déployée dans le cadre du parcours de soins global et les patients post traitement mais également encore sous traitement pourront en bénéficier.

L'expérimentation est prévue pour une durée de deux ans et concerne les ARS Bretagne, Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

I. – Les principes généraux et la composition du programme d'APA**La population cible**

Ce programme est destiné aux personnes bénéficiant du dispositif d'ALD en lien avec la pathologie du cancer, sous traitement ou ayant terminé leur traitement, à condition qu'ils bénéficient du parcours global pendant et après traitement pour le cancer. La prescription du parcours peut être réalisée dès la consultation dédiée à la proposition thérapeutique, après la consultation d'annonce.

Le parcours patient

Le patient est adressé aux structures participantes au parcours de soins global pendant et après le traitement contre le cancer (structures déjà identifiées par les ARS dans ce cadre) par un oncologue, un pédiatre ou un médecin traitant dans le cadre d'une consultation de droit commun. Cette prescription a lieu au cours d'une consultation de suivi dans le cadre du parcours de soins habituel du patient.

Le médecin prescripteur peut alors prescrire au patient un programme d'APA. Ce programme est composé :

- d'un bilan de condition physique et motivationnel d'une durée d'une heure et qui donne lieu à l'élaboration d'un projet d'activité physique adaptée, réalisé par un professionnel de l'APA ;
- jusqu'à 12 séances d'APA, renouvelables 1 fois et dispensées par un professionnel de l'APA ;
- d'un bilan final de fin de programme, d'une durée d'une heure également.

Ce programme ne peut être prescrit qu'aux patients bénéficiant de la prescription d'un bilan de condition physique et motivationnel dans le cadre du parcours de soins global pendant et après le traitement contre le cancer. Le bilan initial s'inscrit donc dans le panier de soins du parcours de soins global pendant et après le traitement contre le cancer et le forfait prévu à cet effet.

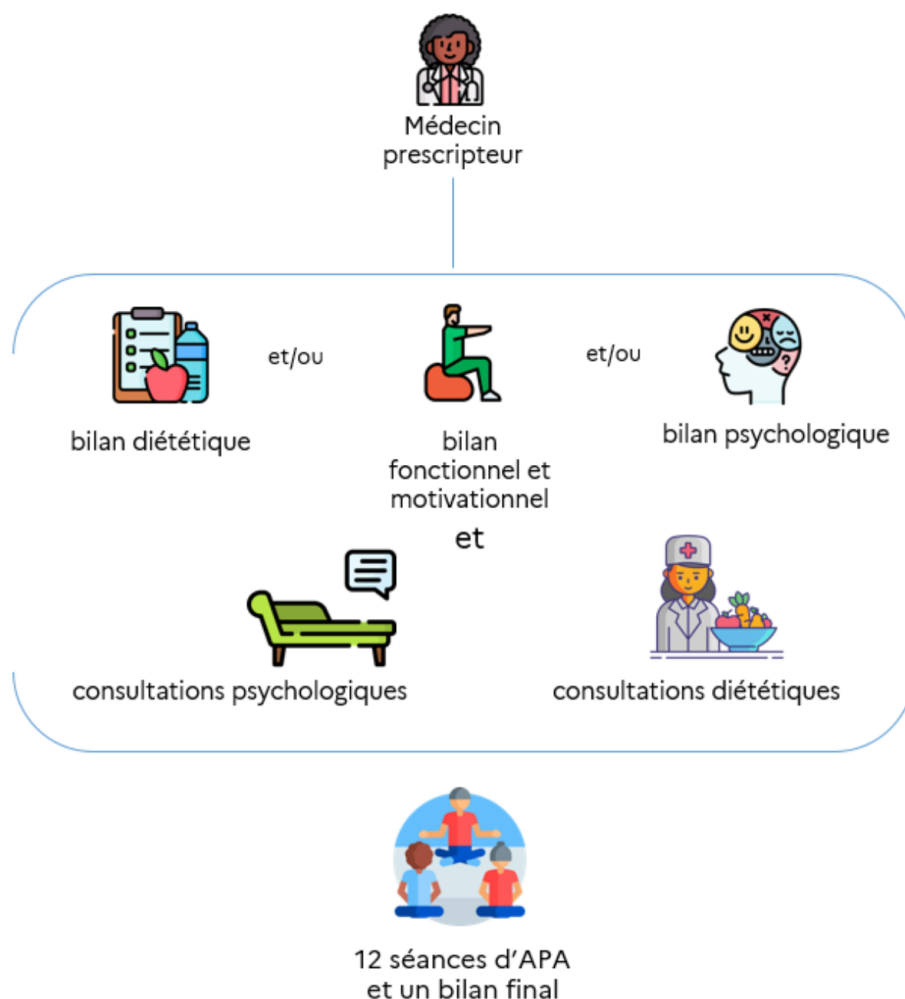
Les séances d'APA doivent être débutées dans les 3 mois suivant le bilan fonctionnel et motivationnel d'activité physique, à raison d'une séance par semaine en première intention. Si l'état de santé du patient le nécessite, les 12 séances d'APA pourront être dispensées sur une période maximale de 6 mois. Ces séances sont collectives et peuvent réunir jusqu'à 8 patients maximum (6 participants en moyenne).

Les séances collectives d'APA peuvent réunir des patients aux objectifs thérapeutiques différents. L'intervenant doit alors privilégier des exercices permettant de concerner tous les patients participant à la séance.

Le bilan final est valorisé à 45 euros pour une durée d'une heure. Le tarif spécifique pour une séance d'APA s'élève à 7,50 euros pour une durée d'une heure.

Un renouvellement des séances peut être fait sur prescription d'un médecin ou d'un masseur-kinésithérapeute. En cas de renouvellement, les séances doivent être réalisées dans un délai de 6 mois.

Le parcours de soins global pendant et après le cancer et programme d'APA.



Le médecin peut prescrire, dans le cadre du parcours de soins global pendant et après le traitement contre le cancer, et selon les besoins identifiés du patient, le parcours suivant :

- un bilan de condition physique et motivationnel ;
- un bilan et/ou des consultations diététiques ;
- un bilan et/ou des consultations psychologiques.

Si le professionnel prescripteur l'estime nécessaire, il pourra également prescrire un programme d'APA. Ce programme ne peut être prescrit qu'aux patients pour lesquels un bilan de la condition physique, des capacités fonctionnelles et motivationnel a été prescrit le cadre du parcours de soins global pour les patients sous traitement ou ayant terminé leur traitement pour le cancer.

Le patient bénéficiera alors d'un parcours de soins tel que prévu par le parcours de soins global pendant et après le traitement contre le cancer, ainsi que d'un programme d'APA, à condition que le premier parcours comprenne un bilan de condition physique, des capacités fonctionnelles et motivationnel.

Le programme doit tenir compte des évolutions de l'état de santé du patient, de sa condition physique et des effets indésirables des traitements.

Durant la phase active de traitement (tout particulièrement dans le cas de chimiothérapie ou de thérapies ciblées) les patients peuvent avoir des périodes fluctuantes d'effets indésirables. Cela peut requérir de fréquentes modifications du programme d'APA (par exemple commencer avec une faible durée/intensité et augmenter au fur et à mesure). De ce fait, il est important que le professionnel prescrivant le programme puisse collaborer directement avec le professionnel de l'APA en charge du patient, de manière à pouvoir adapter au mieux le contenu des séances aux besoins du patient.

Exemple de parcours pour un patient ayant intégré le parcours de soins global pendant et après le traitement contre le cancer et bénéficiant du programme d'APA adossé :

- un bilan initial de la condition physique et motivationnel ;
- un bilan diététique et 4 consultations de diététique ;
- douze séances d'APA ;
- un bilan final.

Les bilans

- *Le contenu du bilan initial de condition physique et motivationnel*

Ce bilan vise à évaluer l'état de motivation du patient, sa condition physique et ses capacités fonctionnelles, en vue d'élaborer le contenu du programme d'APA. La condition physique est évaluée au moyen de tests standardisés validés (2).

Ce bilan peut également l'occasion de repérer les freins éventuels et d'ainsi accompagner le patient vers un changement des habitudes de vie pour l'aider à adopter un mode de vie plus actif et moins sédentaire. Cet entretien doit permettre de définir avec le patient des objectifs réalistes et réalisables.

- *Le contenu du bilan final*

A l'issue de cet accompagnement spécifique, un bilan final est proposé afin de permettre au patient de faire le point sur le programme d'APA.

Ce bilan consiste en un entretien de satisfaction vis-à-vis de l'accompagnement proposé dans le cadre du dispositif. Ce bilan doit également permettre d'évaluer la condition physique du patient afin d'évaluer les progrès réalisés. Enfin, le bilan doit être l'occasion d'encourager le patient à pratiquer une activité physique pérenne et plus autonome une fois son parcours terminé, et peut notamment l'orienter vers une structure permettant la réalisation de séances d'APA ou d'activité physique (maison sport-santé, association sportive, club sportif avec une offre de sport-santé...).

Ce bilan final peut également permettre d'évoquer la possibilité d'un renouvellement du programme. S'il est constaté au cours de cet entretien qu'un renouvellement du parcours serait bénéfique à la santé du patient, il convient au professionnel de le lui proposer, en accord avec le médecin prescripteur à qui il revient de renouveler la prescription. Le masseur-kinésithérapeute peut également renouveler la prescription.

II. – Missions et enjeux des structures participantes/Professionnels intervenant sous la responsabilité de la structure

Structures concernées

Les structures éligibles pour mettre en œuvre le programme tel que décrit doivent avoir conclu une convention avec le directeur général de l'ARS.

Seules les structures déployant le parcours de soins global pour les personnes recevant ou ayant reçu un traitement contre le cancer peuvent mettre en œuvre ce programme d'APA.

La structure doit pouvoir débiter son activité dès la signature d'une convention avec l'ARS. Cette convention fixe les engagements mutuels des parties et précise notamment les moyens dédiés au financement du programme.

La convention prévoit que la structure transmette les informations pertinentes de suivi vers le médecin prescripteur et le médecin traitant (dans le cas où celui-ci n'est pas le prescripteur). La convention prévoit également que la structure transmette tous les semestres à l'ARS les indicateurs prévus en annexe de ce cahier des charges.

La structure engagée dans le programme APA s'assure de l'organisation et de la coordination des parcours des patients, notamment en vérifiant le bon déroulé des séances d'APA et que les professionnels participants remplissent bien les conditions pré-requises renseignées ci-dessous, et en garantissant la sécurité des patients. La structure oriente le patient vers le professionnel adéquat selon son état de santé et la prescription du médecin prescripteur (voir *infra* les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères). La structure s'assure de la rémunération des professionnels intervenant dans le cadre de cette expérimentation.

Les professionnels de l'activité physique adaptée exerçant sous la responsabilité de la structure

Les professionnels sont liés contractuellement avec la structure, soit par un contrat de travail (exercice salarié), soit par un contrat de prestation sur la base du contrat type prévu en annexe 2 de cet arrêté.

Les professionnels dispensant les séances d'activité physique adaptée et les bilans afférents sont ceux mentionnés à l'article D. 1172-2 du code de la santé publique et exerçant dans les conditions d'intervention définies à l'article D. 1172-3 du même code.

Dans le cadre de l'expérimentation, seuls les professionnels de l'APA mentionnés au 1° et 2° de l'article D. 1172-2 du code de la santé publique peuvent réaliser les séances d'activité physique prévues par le programme. Il s'agit plus spécialement :

- des masseurs-kinésithérapeutes ;
- des ergothérapeutes ;
- des psychomotriciens ;

- et des professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée, c'est-à-dire que l'enseignant en APA-S est titulaire au minimum d'une licence mention STAPS « activité physique adaptée et santé ».

Seuls les professionnels de santé, c'est-à-dire les masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les psychomotriciens, peuvent réaliser des séances d'activité physique adaptée pour les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères telles que qualifiées par le médecin prescripteur (article D. 1172-3 du code de la santé publique). Après l'intervention de ces professionnels, les séances d'APA peuvent, en fonction de l'état du patient, être réalisées sous la supervision d'un professionnel titulaire d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique.

Pour les patients ne présentant pas de limitation fonctionnelle sévère, les séances d'APA peuvent être dispensées par un professionnel titulaire d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée (article D. 1172-3 du code de la santé publique).

Les professionnels intervenant dans le cadre du programme défini dans ce cahier des charges s'engagent à respecter les bonnes pratiques professionnelles pour les prestations prévues.

Chaque professionnel participant à l'expérimentation rédige un compte-rendu des bilans de début de parcours et l'adresse au médecin prescripteur de la prise en charge.

A l'issue de la réalisation complète des séances lorsqu'elles ont été prescrites et du bilan final, chaque professionnel rédige le compte-rendu global de l'ensemble des rendez-vous et l'adresse au médecin prescripteur.

La structure doit être informée de la transmission de ces comptes-rendus.

III. – Financement de l'expérimentation

La réalisation du parcours de soins global pour les personnes recevant ou ayant reçu un traitement pour le cancer et du programme d'APA, et donc des bilans, consultations et séances, est financée par le Fonds d'intervention régional dans le cadre d'un renforcement des soins de support en oncologie.

Le forfait du programme d'APA

Le détail du forfait programme APA se présente ainsi :

- une séance d'APA est rémunérée à hauteur de 7,50 euros par patient ;
- le bilan final est valorisé à hauteur de 45 euros ;
- la prise en charge de frais de coordination de la structure est estimée à 15 euros par patient.

Le programme pouvant comprendre jusqu'à maximum 12 séances, le professionnel prescripteur peut prescrire un programme d'APA dans la limite d'un panier maximum de 150 euros par patient. Les séances peuvent réunir jusqu'à 8 patients maximum.

Ce programme peut faire l'objet d'un renouvellement de prescription, le panier maximum s'élevant alors à 300 euros par patient.

Ni les frais de déplacement des patients et des professionnels, ni l'équipement matériel pour les séances d'APA ne sont pris en charge dans le cadre de ce forfait.

Le versement du forfait

Financée sur le FIR, une enveloppe dédiée au financement global de l'expérimentation est versée aux ARS impliquées dans son déploiement.

Les structures engagées dans l'expérimentation font remonter tous les six mois des données aux ARS, portant notamment sur le nombre d'inclusion, le nombre de patients par séance et le nombre de séances effectuées par patient. Ces données ne relèvent pas des données évaluatives mentionnées au V de ce cahier des charges.

Après réception de ces données, les ARS versent aux structures la part du forfait leur étant due, en fonction du nombre de patients inclus et du nombre de séances réalisées.

En amont du transfert de ces données semestrielles, une partie du forfait pourra être déléguée aux structures prenant part à l'expérimentation. Sur la base d'une file active prévisionnelle transmise à l'ARS, le versement du forfait total pour 30 % de cette file active pourra avoir lieu.

Chaque professionnel transmet les justificatifs des actes réalisés au responsable de la structure pour que la structure puisse justifier de cette réalisation auprès de l'agence régionale de santé.

IV. – Sélection du porteur de projet et suivi de la mise en œuvre

Les structures chargées du déploiement du parcours de soins global pendant et après le traitement contre le cancer sont sélectionnées à la suite d'un appel à projets mis en œuvre par l'ARS. A cet effet, l'ARS peut, si besoin, solliciter l'appui du dispositif spécifique régional du cancer (DSRC).

La structure doit pouvoir débiter son activité dès la signature d'une convention entre l'ARS 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 convention prévoit que la structure transmette les informations pertinentes de suivi vers le médecin prescripteur et au médecin traitant (si ce dernier n'est pas le prescripteur) et annuellement, vers l'ARS.

Les structures pouvant déployer ce programme doivent également mettre en œuvre le parcours de soins global pour les patients recevant ou ayant reçu un traitement contre le cancer.

V. – Evaluation de l'expérimentation

Plusieurs expérimentations et études ont déjà établi l'impact positif de l'activité physique adaptée sur l'état de santé et la qualité de vie des patients concernés, l'expérimentation ici présentée ne s'intéressera donc pas à l'efficacité du dispositif en matière de santé publique.

L'expérimentation permettra d'évaluer la reproductibilité de l'organisation testée et la pertinence d'un passage à une échelle plus large, notamment pour garantir la pérennité du dispositif.

Afin d'évaluer la reproductibilité et l'efficacité de l'expérimentation, il conviendra aux structures concernées de remonter chaque année la liste d'indicateurs annexée à ce cahier des charges. Les données remontées doivent être des données agrégées non identifiantes.

(1) Cour des comptes, *La Prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées – Construire une priorité partagée*, rapport public thématique, 2021.

(2) HAS, « Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte » juin 2022 et « Guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité » juillet 2022.

Le livret de conduite des évaluations pour la prescription d'exercice physique pour la santé du dispositif PEPS de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Annexe

Liste d'indicateurs

Données concernant la structure proposant l'expérimentation et le parcours de soins global pendant et après le cancer :

- nom de la structure ;
- type de structure (établissement de santé, association, structure d'exercice coordonné, etc.) ;
- commune ;
- département ;
- région ;
- file active du nombre de patients en traitement contre le cancer ;
- file active du nombre de patients post traitement contre le cancer ;
- nombre de patients en traitement contre le cancer bénéficiant du programme d'APA ;
- nombre de patients post traitement contre le cancer bénéficiant du programme d'APA.

Données concernant les bénéficiaires du programme d'APA

		Pour les patients en traitement contre le cancer	Pour les patients en post traitement contre le cancer
Répartition par sexe	Nb Hommes		
	NB Femmes		
Répartition par âge	NB patients par classes d'âge :		
	moins de 20 ans		
	20-39 ans		
	40-59 ans 60 ans et plus		
Répartition par pathologies	NB patients selon le type de cancer :		
	cancer sein		
	cancer colorectal cancer du poumon cancer		
	...		
Suivi des séances d'APA	NB patients ayant suivi les 12 séances :		
	Nb patients ayant suivi de 9 à 11 séances		
	Nb patients ayant suivi de 6 à 8 séances		

		Pour les patients en traitement contre le cancer	Pour les patients en post traitement contre le cancer
	Nb patients ayant suivi 3 séances ou moins		
	Principaux motifs d'arrêt de l'APA		
Renouvellement du programme	Nb patients ayant bénéficié de 2 programmes		

Données concernant le programme d'activité physique adaptée

- nombre de cycles d'APA (12 séances) animés par des professionnels de la structure ;
- nombre de cycles d'APA (12 séances) animés par des professionnels extérieurs ;
- nombre de bilans initiaux réalisés ;
- nombre de bilans finaux réalisés ;
- profils des encadrants des séances d'APA :
 - nombre d'ergothérapeutes ;
 - nombre de psychomotriciens ;
 - nombre de masseurs-kinésithérapeutes ;
 - nombre d'enseignant APA ;
- nombre moyen de participants par séance ;
- le nombre de séances proposé était-il suffisant ?
- autres remarques

ANNEXE 2

CONTRAT-TYPE ENTRE LES PROFESSIONNELS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE MENTIONNÉS À AUX 1° ET 2° DE L'ARTICLE D. 1172-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET LA STRUCTURE DÉSIGNÉE PAR L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'EXPÉRIMENTATION D'UN PROGRAMME D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE POUR LES PATIENTS SOIGNÉS POUR LE CANCER DANS LE DÉPARTEMENT DE... (TERRITOIRE...)

Numéro de contrat :

Entre d'une part : M./Mme

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

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 de l'expérimentation d'un programme d'activité physique adaptée pour les patients traités pour 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 programme d'activité physique adaptée organisé par la structure.

Les conditions d'application du programme sont précisées dans le cahier des charges de l'expérimentation.

Les prestations visées par le présent contrat sont : un 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), la réalisation d'un programme d'APA de 12 séances renouvelable une fois et la réalisation d'un financement final.

Les professionnels produisent à la structure les diplômes, certificats ou titres de formation conformément à l'article 2 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 pour des patients bénéficiant du parcours de soins global pendant et après le traitement pour le cancer. 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 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 et 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 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 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 150 euros.

Le tarif maximal spécifique des bilans et des séances d'activité physique adaptée délivrés par les professionnels visés au 1° et 2° de l'article D. 1172-2 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 d'activité physique adaptée par patient : 7,50 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.