



Appel à candidatures 2015

**Mise en œuvre de l'action 3.7 du Plan cancer
2014-2019 :**

**Soutien de projets pilotes développant la
chirurgie ambulatoire du cancer**

Date limite de soumission des projets aux ARS: au plus tard le 15 octobre 2015

Sommaire :

I.	Contexte	3
II.	Objectif	3
III.	Enjeux.....	3
IV.	Champ de l'appel à projets	5
	1.Choix des prises en charge ciblées par le projet	5
	2.Structures concernées	5
	3.Equipes concernées	5
V.	Objectifs opérationnels des équipes et principes organisationnels attendus	6
	1.Objectifs opérationnels des équipes	6
	2.Principes d'organisation de l'étape chirurgicale	6
	3.Principes d'intégration de l'étape chirurgicale dans le parcours de soins du patient	7
VI.	Modalités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du projet	7
	1.Rapport intermédiaire	7
	2.Rapport final	8
	3.Critères d'éligibilité et d'évaluation des projets	8
VII.	Evaluation nationale de l'ensemble des projets.....	10
VIII.	Modalités de financement	11
IX.	Modalités de candidature et procédures de sélection des projets	11
	1.Modalités de dépôt des projets	11
	2.Procédures de sélection des projets	11
	a) <i>Analyse des projets par l'ARS territorialement compétente</i>	<i>11</i>
	b) <i>Procédure de sélection des dossiers de candidature.....</i>	<i>11</i>
X.	Modalités de suivi de l'expérimentation.....	12

I. Contexte

Le domaine de la cancérologie est particulièrement concerné par les enjeux définis par la stratégie nationale de santé, repris dans la loi de santé, que ce soit dans le domaine de la prévention, du parcours de soins et de l'accompagnement du patient que de l'accès à l'innovation et à la reconnaissance de nouvelles compétences.

Compte tenu de ses avantages notamment en termes de confort et de satisfaction du patient, le troisième Plan cancer prévoit qu'à l'échéance 2019, la prise en charge en chirurgie ambulatoire (CA) des patients atteints de cancer devrait particulièrement progresser.

Toutefois, en intégrant les particularités liées au cancer, le recours à cette modalité de prise en charge nécessite non seulement une adaptation des organisations mais également une coordination renforcée des différents acteurs aux interventions très spécialisées.

Ainsi, cet appel à projets, qui s'inscrit dans le programme national de développement de la chirurgie ambulatoire, a pour objet la mise en œuvre de l'action 3.7 du Plan cancer 2014-2019 qui consiste à « *soutenir la réorganisation des services pour le développement de la CA avec une phase d'expérimentation et d'aide à la conduite du changement dans des sites pilotes dans un premier temps* ».

II. Objectif

L'appel à projets vise à soutenir et à accompagner sur une période de deux ans des équipes chirurgicales autorisées à la chirurgie du cancer pour élaborer, mettre en œuvre, analyser et évaluer des projets organisationnels innovants permettant le développement de la CA en cancérologie, s'inscrivant dans un parcours de soin construit en collaboration avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge.

Au terme des deux ans, une évaluation nationale de l'ensemble des projets sera réalisée par un prestataire extérieur. Cette évaluation conciliera deux approches :

- Une approche générale visant à identifier les facteurs clés de réussite du développement de la CA en cancérologie et à dégager des processus organisationnels permettant aux acteurs de terrain de développer ce type de prise en charge ;
- Une approche ciblée visant à apprécier le coût réel de la prise en charge en CA à partir de l'observation du chemin clinique des patients en intégrant l'amont et l'aval de la séquence chirurgicale.

Les établissements retenus dans le cadre de cet appel à projets s'engagent à participer à cette double évaluation.

III. Enjeux

Les articles R.6121-4 et D.6124-301-1 et suivants du code de la santé publique, définissent la CA comme des actes chirurgicaux, généralement programmés, réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention¹.

Dans le cadre d'une organisation rigoureuse, ce mode de prise en charge accroît la qualité et la sécurité des soins, notamment en limitant le taux des infections nosocomiales, améliore la satisfaction des patients et des personnels et permet d'optimiser l'utilisation des ressources notamment des plateaux médico-techniques.

Un programme national de développement de la CA a été mis en place en 2010 et l'objectif d'aboutir à une pratique majoritaire (> 50%) en 2016 a été concerté avec l'ensemble des acteurs.

¹ Conférence de consensus de mars 1993, reprise par la HAS dans le « socle de connaissances » sur la CA, avril 2012

La pratique de la CA a fortement progressé en France passant de 32.3% à 42.7% entre 2007 et 2013. Cette progression est le résultat de la mobilisation des professionnels et des établissements de santé ainsi que de la mise en cohérence des actions nationales et régionales par la mobilisation de différents leviers : évolution réglementaire², fixation d'objectifs contractualisés dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) Etat/ARS et ARS/Etablissements de santé (ES) , politique tarifaire incitative³, élaboration de guides, recommandations et production d'outils organisationnels par la HAS et l'ANAP⁴, programme de formation des professionnels⁵, etc.

La CA, qui s'est développée initialement pour les gestes chirurgicaux les plus courants concerne désormais des procédures plus complexes et des patients plus lourds ou présentant des comorbidités. Compte tenu des bénéfices attendus, la CA doit s'étendre à davantage de gestes et de patients notamment dans des domaines encore peu investis comme la cancérologie en inscrivant cette modalité de prise en charge dans une logique de « parcours patient ».

A ce jour, la phase chirurgicale du traitement du cancer⁶ reste encore souvent réalisée en hospitalisation complète, le taux de CA en cancérologie se situant entre 9% et 24% en 2011⁷ selon les secteurs d'activité. Or, l'évolution des techniques chirurgicales et anesthésiques et le développement des programmes de réhabilitation rapide dans le domaine de la chirurgie permettent une réduction des durées de séjours amenant certaines équipes à développer des prises en charge chirurgicales en ambulatoire notamment pour le cancer du sein (dans les Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC), 19% des chirurgies du cancer du sein sont réalisées en CA en 2012⁸).

Si certaines interventions lourdes destinées à des patients complexes nécessitent le recours à une hospitalisation complète, il existe toutefois des marges de développement de la pratique de CA dans le domaine de la cancérologie⁹. Selon l'étude d'UNICANCER de 2013, 50% des cancers du sein (vs 12% en 2012), 15% des cancers de l'ovaire (vs 3% en 2012) et 15% des cancers de la thyroïde (vs 1% en 2012) pourraient être opérés en ambulatoire en 2020.

L'enjeu est donc de développer la CA dans des domaines ciblés de prise en charge du cancer où elle serait possible en s'appuyant sur les recommandations organisationnelles et de bonnes pratiques en matière de CA¹⁰ et en intégrant certaines particularités liées au cancer. En effet, il convient de rappeler qu'il s'agit de pathologies souvent lourdes et complexes, nécessitant l'intervention de nombreux acteurs de soins et s'adressant à des patients particulièrement inquiets et fragilisés par l'annonce de leur diagnostic.

Par ailleurs, la chirurgie du cancer réalisée ou non en ambulatoire ne constitue qu'une étape parmi d'autres de la prise en charge du patient. C'est pourquoi, l'intervention chirurgicale ne peut se penser isolément, déconnectée des autres phases de soins et doit se coordonner avec les autres étapes du traitement et la prise en charge globale dans le cadre d'un parcours de soins adapté.

² Décret n°2012-969 du 20 août 2012 modifiant les conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation :

- fixant à 12 heures la durée de la prise en charge en CA
- assouplissant certaines normes de personnel
- instaurant une charte de fonctionnement
- rendant obligatoire la formation à la prise en charge en CA

³ Mise en place en 2014 de tarifs uniques (tarifs identiques) pour tous les GHM de chirurgie comportant un « J » dans la racine : ainsi, en 2014, 111 racines de GHM ont un tarif identique que le séjour soit réalisé en J, c'est-à-dire en ambulatoire, ou en niveau 1 de sévérité, soit un séjour sans comorbidité associée et comportant une nuitée. Par ailleurs, en 2014, les bornes basses des GHM de chirurgie de niveau 1 ont été supprimées afin de favoriser les prises en charge innovantes en CA

⁴ Cf. programme de travail pluriannuel (2012-2015) de la HAS et de l'ANAP « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire » et guide ANAP, « chirurgie ambulatoire : mode d'emploi », novembre 2013

⁵ Cf. annexe 34 « construction d'un projet de chirurgie ambulatoire » de la circulaire n°DGOS/RH4/2012/206 du 22 mai 2012 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel concernant l'ensemble des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 89-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ; cette action de formation est déployée dans les régions jusqu'à la fin de l'année 2016 et est actualisée en 2015 pour davantage prendre en compte les enjeux organisationnels du développement de la CA, sa dimension médico-économique, les enjeux capacitaires associés et les liens et la nécessaire coordination avec la ville

⁶ En dehors de la mise en place de chambres implantables pour la réalisation des chimiothérapies intraveineuses

⁷ Données ATIH issues du rapport de l'INCA 2012

⁸ Cf. étude d'UNICANCER, *Quelle prise en charge des cancers en 2020 ?*, octobre 2013

⁹ CA du Centre Léon Bérard à Lyon, Institut Claudius Regaud à Toulouse, CH de Poissy, Versailles...

¹⁰ Cf. *recommandations organisationnelles* de la HAS et de l'ANAP issues du programme « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire », mai 2013 ; guide ANAP, « chirurgie ambulatoire : mode d'emploi », novembre 2013, recommandations des sociétés savantes, de la SFAR et de l'AFCA

Il convient donc d'inscrire la CA dans un projet de parcours « le plus ambulatoire possible » en mettant en œuvre une véritable coordination des acteurs garantissant non seulement des soins de qualité mais également un accompagnement du patient au cours des différentes phases de sa prise en charge pour lui offrir un projet de soins dédramatisé.

IV. Champ de l'appel à projets

1. Choix des prises en charge ciblées par le projet

L'appel à projets concerne les interventions chirurgicales **curatives du cancer**.

Il est nécessaire que le champ concerné soit couvert par l'existence de recommandations quant aux indications et à la prise en charge (INCa, sociétés savantes).

Le projet présenté peut inclure une ou plusieurs localisations du cancer.

Le choix des procédures chirurgicales retenues par les équipes nécessite d'être examiné collégialement (chirurgien, anesthésiste, équipe de soins) dans le cadre d'une analyse du rapport bénéfice/risque pour le patient et de l'organisation existante ou à mettre en œuvre¹¹.

Par ailleurs, ce choix doit prendre en compte la possibilité de pouvoir réaliser un parcours de soins organisé en amont et en aval de l'intervention en lien avec les autres acteurs de la prise en charge (médecin traitant, oncologue, médecin spécialiste d'organe, radiothérapeute, infirmière coordinatrice...). Ce parcours doit intégrer l'anticipation de la sortie du patient, l'accompagnement des patients et de l'entourage et, le cas échéant, les soins de support.

2. Structures concernées

L'appel à projets s'adresse aux établissements de santé publics ou privés, disposant d'une ou plusieurs autorisation(s) de traitement du cancer pour la pratique de la chirurgie.

Les établissements volontaires devront disposer d'une structure pratiquant la CA ou pouvoir la mettre en place et la faire fonctionner dans le délai d'accompagnement de deux ans. Les établissements s'engagent dans une démarche de développement de ce mode de prise en charge de la chirurgie cancérologique. Celle-ci devra en outre être inscrite dans leur projet d'établissement.

3. Equipes concernées

L'appel à projets concerne les équipes de chirurgie (chirurgiens, anesthésistes, cadres de santé, personnels soignants) travaillant dans des établissements autorisés à la chirurgie du cancer et respectant ainsi les dispositions réglementaires et les critères d'agrément de l'INCa encadrant cette activité de soins.

Les équipes candidates élaborent et conduisent leur projet en lien avec une ou plusieurs équipes médicales d'oncologie existantes en interne ou relevant d'un autre établissement de santé, lui-même autorisé.

Ces équipes se fédèrent autour d'un **coordonnateur** responsable des modalités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du projet.

Dans le délai de deux ans correspondant à la durée de l'accompagnement, les équipes doivent démontrer qu'elles ont été en capacité de construire une organisation fondée sur la mise en œuvre de chemins cliniques :

- définis pour la ou les pathologie(s) faisant l'objet de la prise en charge en CA ;

¹¹ Cf. programme de travail HAS-ANAP, « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire » : *recommandations organisationnelles*, mai 2013 ; *sécurité des patients en chirurgie ambulatoire*, mai 2013 ; *éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient*, mai 2014, et guide ANAP, « chirurgie ambulatoire : mode d'emploi », novembre 2013

- intégrant l'ensemble des étapes de prise en charge du patient : de sa sélection à son suivi et son accompagnement après la sortie de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA).

C'est pourquoi, il est nécessaire que les équipes candidates aient déjà acquis une certaine expérience leur permettant d'atteindre les objectifs fixés au terme des deux ans de l'accompagnement :

- soit parce qu'elles souhaitent étendre leur case-mix à la chirurgie du cancer dans le cadre de la structure pratiquant la chirurgie ambulatoire n'ayant pas cette orientation ;
- soit parce qu'elles ont surtout une activité de chirurgie conventionnelle du cancer et souhaitent développer la pratique de la CA en substitution à l'hospitalisation complète.

V. Objectifs opérationnels des équipes et principes organisationnels attendus

1. Objectifs opérationnels des équipes

Les équipes projets s'engagent donc à :

- Mettre en place une organisation permettant de prendre en charge en CA des patients atteints de cancer dans le cadre de chemins cliniques structurés ;
- Intégrer l'étape « chirurgie ambulatoire » dans un parcours organisé avec les autres acteurs de la prise en charge (radiologues, médecins nucléaires, kinésithérapeutes, infirmières, aides-soignants, médecin traitant...) ;
- Prendre en compte le choix du patient d'être pris en charge en CA ainsi que ses besoins d'information, d'éducation et d'accompagnement ;
- Former les équipes médicale et paramédicale à la spécificité de la prise en charge en ambulatoire ;
- Développer la pratique de l'ambulatoire en cancérologie dans le cadre d'une substitution à l'hospitalisation complète.

2. Principes d'organisation de l'étape chirurgicale

L'organisation à mettre en œuvre doit se conformer aux dispositions prévues par le code de la santé publique issues du décret n°2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures pratiquant la chirurgie ambulatoire¹² et se référer aux recommandations existantes notamment des sociétés savantes, de la HAS et de l'ANAP¹³.

La mise en place de cette organisation nécessite une démarche permettant de :

- Mobiliser une équipe projet restreinte autour du coordonnateur, organisant les étapes du projet et susceptible de communiquer et de mobiliser les acteurs au sein de l'établissement et à l'extérieur de la structure (interlocuteurs susceptibles d'intervenir en amont et en aval de la séquence chirurgicale) ;
- Définir une démarche partagée et opérationnelle permettant la mise en place du projet (enjeux, objectif, méthode, calendrier) mobilisant l'ensemble de la communauté de l'établissement ;
- Réaliser un état des lieux de l'existant (y compris de l'environnement extérieur à la structure), un diagnostic (praticiens impliqués, plateaux médico-techniques, lien avec les autres pôles de la structure...) et une analyse des freins et leviers ;
- Elaborer des objectifs :
 - De prise en charge et d'activité (analyse de l'activité actuelle et potentialité par type de prise en charge) avec l'élaboration des chemins cliniques correspondants (éligibilité des patients, étapes de la prise en charge, points clés de vigilance, outils associés tel que le passeport ambulatoire, etc.) ;

¹² Cf. articles D. 6124-301 à D. 6124-305 du code de la santé publique

¹³ Programme « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire » de l'ANAP-HAS : socle de connaissance (HAS-ANAP), gestion des risques (HAS), éléments d'appréciation de l'éligibilité des patients (HAS-ANAP), sécurité des patients en chirurgie ambulatoire (HAS-ANAP), chirurgie ambulatoire, mode d'emploi (ANAP), recommandations organisationnelles (HAS-ANAP) (dispositifs HAS-ANAP d'indicateurs et de certification et d'accréditation à venir)

- De qualité et de sécurité de la prise en charge sur la base des outils élaborés par la HAS ;
- Elaborer et justifier des indicateurs permettant de mesurer des objectifs fixés ; il conviendra que ces indicateurs soient pertinents, robustes, mesurables et peu nombreux (cf. VI.3.b ci-après) ;
- Déterminer les conditions nécessaires pour la réalisation des prises en charge prévues, notamment au vu du contexte propre à l'établissement et des spécificités de prise en charge du cancer pour :
 - ✓ l'information, l'éducation et l'accompagnement du patient permettant à celui-ci d'être aidé dans sa prise de décision et dans la gestion de son parcours ;
 - ✓ la mobilisation du plateau médico-technique (planification du bloc opératoire et salle de surveillance post-interventionnelle compte tenu de la durée des interventions et de la surveillance, imagerie, médecine nucléaire, biologie spécialisée, examen anatomopathologiques...) ;
- L'organisation de la continuité des soins en chirurgie après la sortie du patient ainsi que de la coordination des acteurs pour prendre en charge les éventuels besoins des patients en soins de support (exemple : prise en charge psychologique) ;
- Définir les actions à conduire, leur calendrier et des indicateurs de pilotage.

3. Principes d'intégration de l'étape chirurgicale dans le parcours de soins du patient

En fonction du ou des type(s) de prise en charge ciblée(s) par le projet, la mise en place de cette organisation nécessite de :

- Clarifier les étapes du parcours du patient et la place de la CA au sein de ce parcours ;
- Identifier les acteurs (à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement) contribuant à la mise en œuvre du parcours ainsi que leur mission, leur champ et temps prévisionnel d'intervention ;
- Identifier, en collaboration avec les acteurs participant au parcours de soins, les points clés articulant ces parcours ainsi que les actions à mettre en œuvre et les acteurs à mobiliser ;
- Définir des objectifs généraux concernant le parcours (exemple : réduction du temps d'attente de X% entre la phase diagnostic et la réalisation de la procédure chirurgicale) et les indicateurs associés permettant de mesurer l'atteinte des objectifs ;
- Définir, avec l'ensemble des acteurs du parcours, les modalités de la coordination envisagée (ex : articulation de la procédure chirurgicale avec la phase de diagnostic, la mise en œuvre des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), l'élaboration du programme personnalisé de soins (PPS), les consultations d'annonce, les étapes thérapeutiques ultérieures, la gestion opérationnelle du parcours auprès du patient, etc.) ;
- Elaborer des outils permettant le pilotage de la démarche, l'identification et la gestion d'éventuelles défaillances, la qualité des soins et la satisfaction des patients.

VI. Modalités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du projet

Les équipes projets produisent deux rapports, un rapport intermédiaire et un rapport final, qu'elles transmettent à l'ARS territorialement compétente.

1. Rapport intermédiaire

Le rapport intermédiaire réalisé au terme du délai d'un an à compter de la date de notification par l'ARS du choix du candidat retenu comporte à la fois un volet activité et un volet financier.

Pour tenir compte des différents degrés de maturité des projets retenus, le volet activité a pour objet de :

- Dresser un état des lieux d'avancement du projet au moyen des critères et des éléments de preuve demandés au point VI.3.b) *Critères d'évaluation des projets* ;
- De faire état des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du projet ;
- De souligner tout autre élément que l'équipe juge nécessaire.

Le volet financier a pour objet la justification de l'utilisation des crédits alloués durant la période considérée.

Le rapport intermédiaire est transmis à l'ARS compétente dans les trois mois qui suivent le délai d'un an, laquelle émet ses observations sur ces documents qu'elle transmet ensuite à la DGOS et à l'INCa ainsi qu'à l'équipe projet.

2. Rapport final

Le rapport final, réalisé au terme de la durée de deux ans à compter de la date de notification par l'ARS du choix du candidat retenu, comporte un volet activité et un volet financier.

Le volet activité permet d'évaluer l'organisation mise en place au moyen des critères et éléments de preuves demandés au point *VI.3.b) Critères d'évaluation des projets*. Il intègre ainsi une analyse des pré-requis, des freins et des leviers éventuellement recensés et décrit les impacts de la mise en œuvre du projet sur :

- la structure pratiquant la chirurgie ambulatoire (plages horaires, bloc opératoire, SSPI...);
- le parcours de soins du patient (amélioration du lien avec le médecin traitant, soins de support...).

Le volet financier a pour objet la justification de l'utilisation des crédits alloués durant la période de deux ans de mise en œuvre du projet.

Le rapport final est transmis à l'ARS compétente dans les trois mois qui suivent la fin de la durée de deux ans, laquelle émet ses observations sur l'ensemble des documents qu'elle transmet ensuite à la DGOS et à l'INCa ainsi qu'à l'équipe projet.

3. Critères d'éligibilité et d'évaluation des projets

Les critères figurant ci-dessous constituent à la fois des critères d'éligibilité des projets à l'accompagnement et des critères d'évaluation des projets.

a) Critères d'éligibilité des projets

En fonction du degré de maturité des projets présentés, les équipes doivent démontrer :

- Soit, qu'elles sont en capacité de mettre en œuvre l'ensemble des critères figurant au point *VI.3.b)* ci-après durant le délai de deux ans de l'accompagnement ;
- Soit, que ces critères sont d'ores et déjà opérationnels dans le cadre de l'organisation existante et qu'elles souhaitent perfectionner leurs organisations.

L'éligibilité d'un projet est ainsi examinée au regard de :

- son intérêt et sa pertinence compte tenu :
 - des besoins des patients, de l'offre et des organisations existantes ou à venir ;
 - des objectifs poursuivis (bénéfices attendus pour les patients, les professionnels et l'établissement) ;
 - de la méthode envisagée (étapes du projet, association des acteurs, calendrier) ;
- sa clarté, sa structuration et sa cohérence ;
- sa reproductibilité ;
- l'aptitude de la structure de soins à porter le projet, l'aptitude du coordonnateur à fédérer les différents acteurs (capacité à mobiliser les professionnels et à en assurer la coordination) ;
- la crédibilité du calendrier prévisionnel ;

- la ventilation des crédits alloués ;

b) Critères d'évaluation des projets

Ces critères d'évaluation des projets font l'objet d'indicateurs et d'éléments de preuve spécifiques. Ils constituent le socle minimal des critères devant apparaître dans le rapport intermédiaire et le rapport final et serviront à l'évaluation confiée à un prestataire externe à l'issue du délai des deux ans de l'accompagnement. Ils peuvent être complétés par les équipes dès lors qu'elles le juge nécessaire.

Critère n°1 : *La mise en œuvre du projet permet de développer le taux de CA dans le domaine de la chirurgie du cancer ciblée :*

- Les indicateurs à mettre en place et à suivre avant, pendant et après la réalisation du projet sont les suivants :
 - ✓ Volume des patients en CA pour la prise en charge ciblée par le projet (volume « cible » et volume réalisé) ;
 - ✓ Taux global de CA correspondant à la ou les prise(s) en charge ciblée(s) par le projet : Nombre de séjours correspondant aux GHM en C ciblés dans le projet et réalisés en 0 jours / nombre total de séjours correspondant aux GHM en C ciblés (0 jours et tous niveaux de sévérité)

Critère n°2 : *La ou les prises en charge en CA ciblée(s) par le projet font l'objet d'une démarche planifiée et concertée tant au sein de l'établissement qu'avec les acteurs concourant à la prise en charge du patient dans le cadre du parcours de soins, avec la définition d'objectifs précis à chaque étape :*

- L'élément de preuve à apporter se matérialise par un document relatant les principes et la mise en œuvre de la démarche à chaque étape et avec chaque acteur

Critère n°3 : *Des critères d'éligibilité des patients ont été formalisés pour la ou les prises en charge ciblée(s) par le projet selon les recommandations existantes, de façon consensuelle et en fonction de l'analyse du triptyque patient/acte/structure :*

- L'élément de preuve à apporter est l'outil d'analyse de l'éligibilité du patient

Critère n°4 : *Un chemin clinique¹⁴ de CA formalisé et un outil de gestion des risques (a priori et a posteriori) sont élaborés pour la prise en charge ciblée par le projet :*

- les éléments de preuve à apporter sont la production du document formalisé de chemin clinique et le passeport ambulatoire.

Critère n°5 : *Des outils de pilotage de l'activité de CA sont mis en place et font l'objet d'un suivi concerté :*

- Les éléments de preuve à apporter sont le tableau de bord des indicateurs d'activité (volume de patients, taux de CA, taux de conversion, taux de ré-hospitalisation, indicateurs de gestion du risque a priori et a posteriori), les comptes rendus de réunion

¹⁴ Le chemin clinique contient la description détaillée et l'analyse de la totalité du processus de prise en charge du patient issus à la fois des données de la littérature que de l'observation de la pratique de terrain. Les différentes phases, étapes, actions, ressources nécessaires et personnels affectés ainsi que les interfaces (ex : organisation des consultations d'amont, coordination des soins avec les différents acteurs, etc.) sont identifiés. Le chemin clinique est partagé par l'ensemble des professionnels participant à la prise en charge du patient. En CA, les quatre phases principales du chemin clinique sont : l'évaluation préopératoire, la phase opératoire, la phase d'autorisation de sortie et le suivi. Durant ces phases, la sélection du patient, l'anticipation, la coordination renforcée des acteurs ainsi que l'information des différents acteurs sont les étapes essentielles.

de concertation sur les résultats du tableau de bord et les comptes rendus de revues de morbi-mortalité.

Critère n°6 : Pour la ou les prises en charge ciblée(s) par le projet, un parcours type du patient est formalisé avec l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge du patient. Pour ce parcours, un objectif général est défini (exemples : délai d'accès à la chirurgie, satisfaction des patients...) et fait l'objet d'un suivi et d'une concertation entre les acteurs :

- L'indicateur à produire permet de mesurer l'atteinte de l'objectif général tel que défini par les équipes ;
- Les éléments de preuve à apporter sont la production de l'indicateur retenu permettant de suivre l'objectif, des comptes rendus de réunions de suivi de l'objectif de parcours entre les acteurs et le document retraçant le parcours type du patient pour la prise en charge ciblée par le projet et sa méthode d'élaboration.

Critère n°7 : Les modalités d'information, d'éducation, d'accompagnement, de recueil du consentement et de la satisfaction du patient font l'objet d'une procédure formalisée et sont évaluées (exemple : méthode du patient traceur) :

- L'indicateur à produire est celui du taux de satisfaction des patients ;
- Les éléments de preuve à apporter sont les documents formalisant les procédures, les documents d'information du patient, du recueil et de l'exploitation du questionnaire de satisfaction patient.

La mobilisation de ces éléments permet ainsi à l'équipe projet de :

- mener une démarche d'auto-évaluation ;
- d'alimenter les rapports, intermédiaire et final, qui seront transmis à l'ARS ;
- participer à l'évaluation nationale de l'appel à projets.

VII. Evaluation nationale de l'ensemble des projets

Au terme des deux ans de mise en œuvre des projets bénéficiant de l'accompagnement, une évaluation nationale de l'ensemble des projets sera réalisée par un prestataire externe. A cette fin, les équipes participant à l'appel à projets devront mettre à disposition dudit prestataire des données anonymisées.

Deux types d'évaluation seront réalisés :

1. **Une évaluation générale** portant sur l'ensemble des projets notamment à partir des rapports transmis par les équipes projets aux ARS. Il s'agira de :
 - ✓ Evaluer les organisations proposées notamment au regard des critères mentionnés au point VI.3.b) *Critères d'évaluation des projets* ;
 - ✓ Réaliser une étude comparative entre ces organisations mises en œuvre ainsi qu'avec les organisations relevant de l'hospitalisation complète (HC) ;
 - ✓ Identifier, au regard de ces résultats, les leviers, les freins ainsi que les conditions et facteurs de réussite ;
 - ✓ Déterminer l'efficacité des organisations par une analyse du rapport résultats/dépenses des parcours proposés. Les résultats seront analysés en fonction des critères mentionnés au point VI.3.b) *Critères d'évaluation des projets*. A ces parcours (parcours en HC, parcours en CA proposés par les équipes retenues) seront affectées les dépenses théoriques du point de vue de l'assurance maladie, correspondant à la somme des interventions prévues pour la réalisation des prises en charge ;

2. **Une évaluation ciblée** afin d'analyser plus finement les facteurs clés de la performance des organisations. Cette évaluation médico-économique ciblera une ou deux prise(s) en charge et concernera les établissements qui ont satisfait aux critères définis au point *VI.3.b Critères d'évaluation des projets* au terme du délai de deux ans de l'accompagnement. Elle s'attachera à apprécier le coût réel de la prise en charge du patient en CA à partir de l'observation du chemin clinique du patient en utilisant notamment l'outil microcosting de la HAS et intégrant l'amont et l'aval de la séquence chirurgicale. Il s'agira de réaliser une analyse de l'efficacité des organisations au moyen d'un recueil d'activité et de coût par patient et par parcours (UCA et hors UCA). Les établissements seront accompagnés par l'évaluateur externe pour la réalisation de leurs travaux et devront mobiliser des données anonymisées.

VIII. Modalités de financement

Un financement global de 3 millions d'euro est prévu dans le cadre du Plan Cancer 2014-2019 pour l'accompagnement des projets pilotes portés par les établissements.

Il convient de noter que :

- cette subvention ne sera pas reconduite au-delà de la durée de la mesure d'accompagnement (deux ans) ;
- elle n'a pas vocation à financer des ressources humaines pérennes ou des investissements immobiliers.

Le soutien financier pourra concerner une trentaine de projets.

Les établissements de santé retenus dans le cadre de cet appel à projets recevront une aide financière totale de 100 000 euro par projet, laquelle leur sera versée par les ARS en deux fois (circulaires budgétaires 2016 et 2017).

IX. Modalités de candidature et procédures de sélection des projets

1. Modalités de dépôt des projets

Chaque établissement souhaitant bénéficier de l'accompagnement devra renseigner le dossier de candidature type joint à cet appel à projets.

Les dossiers de candidature sont déposés auprès de l'ARS territorialement compétente par voie postale et électronique **avant le 15 octobre 2015**.

2. Procédures de sélection des projets

a) Analyse des projets par l'ARS territorialement compétente

1. Etude de la recevabilité des candidatures : seules sont recevables les demandes des établissements de santé disposant d'une ou plusieurs autorisation(s) valable(s) de traitement du cancer pour la pratique de la chirurgie ;
2. Etude de la recevabilité du dossier de candidature : réception dans les délais, complétude du dossier ;
3. Elaboration d'un avis motivé sur la formalisation de la construction du projet par l'ES au regard des éléments d'appréciation figurant dans le dossier de candidature des établissements de santé. (cf. points 6.1.1 et 6.1.2 du dossier de candidature)
4. Transmission de l'ensemble des dossiers de candidature jugés recevables par l'ARS accompagné des avis motivés de l'ARS au bureau R3 de la DGOS par voie électronique à l'adresse suivante : DGOS-R3-AAP@sante.gouv.fr et copie à l'INCa à l'adresse suivante aap2015-chirambu@institutcancer.fr avant le **15 décembre 2015**

b) Procédure de sélection des dossiers de candidature

1. Comité d'évaluation des candidatures, présidé par la DGOS et assisté par l'INCa, composé notamment de représentants des professionnels de santé, des patients et de la

HAS, est chargé de donner un avis consultatif sur les dossiers de candidature **au mois de janvier 2016** ;

2. Désignation des candidats retenus, par la DGOS et l'INCa, sur la base des critères figurant des l'appel à projet et dans le dossier de candidature des établissements **en février 2016**

La DGOS et l'INCa veilleront à ce que l'ensemble des secteurs d'activité soit représenté dans le cadre de la mise en œuvre de cet appel à projets.

X. Modalités de suivi de l'accompagnement

Au niveau national, le suivi de l'accompagnement est assuré par la DGOS et l'INCa.

Au niveau régional, les ARS sont :

- Chargées de transmettre les projets de candidatures jugés recevables avec avis motivés, à la DGOS et à l'INCa ;
- Destinataires des rapports, intermédiaire et final, élaborés par les équipes-projets, rapports qu'elles transmettent, avec leurs observations, à la DGOS, à l'INCa ainsi qu'à l'équipe projet.