# SANTÉ

## ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

*Direction générale de l'offre de soins*

Sous-direction de la régularisation
de l'offre de soins

Bureau des plateaux techniques
et des prises en charge hospitalières aiguës

INCa
Institut national du cancer

Pôle santé publique et soins

Département organisation
et parcours de soins

**Instruction DGOS/R3 n° 2015-222 du 1er juillet 2015 relative à l'appel à projets auprès des ARS pour l'accompagnement de projets pilotes permettant de prendre en charge en chirurgie ambulatoire des patients atteints de cancer**

NOR : *AFSH1515872J*

Validée par le CNP le 12 juin 2015. – Visa CNP 2015-106.

*Catégorie :* directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

*Résumé :* un appel à projets est lancé auprès des ARS afin de mettre en œuvre l'action 3.7 du Plan cancer 2014-2019 visant à accompagner des équipes chirurgicales autorisées à la chirurgie du cancer pour élaborer, mettre en œuvre, analyser et évaluer les projets organisationnels innovants permettant le développement de la chirurgie ambulatoire en cancérologie.

*Mots clés :* chirurgie ambulatoire – cancérologie – parcours de soins – plan cancer.

*Référence :*

Code de la santé publique notamment les articles L. 6122-1, R. 6122-25, R. 6123-86 à R. 6123-95, D. 6124-131 à D. 6124-134, D. 6124-91 à D. 6124-103 et D. 6124-301 à D. 6124-305.

*Annexes :*

Annexe 1. – Cahier des charges de l'appel à candidature.

Annexe 2. – Dossier de candidature type pour les établissements de santé.

*La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour attribution et diffusion).*

## I. – OBJECTIFS DU TEXTE

Compte tenu de ses avantages notamment en termes de confort et de satisfaction du patient, le Plan cancer 2014-2019 prévoit qu'à l'échéance 2019, la prise en charge en chirurgie ambulatoire (CA) des patients atteints de cancer devrait particulièrement progresser. 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.

Dans ce cadre, la DGOS lance, en lien avec l'INCa, un appel à projets visant à mettre en œuvre l'action 3.7 du Plan cancer 2014-2019 qui consiste à « soutenir la réorganisation des services pour le développement de la chirurgie ambulatoire avec une phase d'expérimentation et d'aide à la conduite du changement dans des sites pilotes dans un premier temps ». Cet appel à projets s'inscrit également dans le cadre du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire visant à étendre la chirurgie ambulatoire à des patients plus complexes et procédures plus lourdes.

Le soutien de ces « projets pilotes », d'une durée de deux ans, vise ainsi à accompagner les équipes chirurgicales autorisées à la chirurgie du cancer pour élaborer, mettre en œuvre, analyser et évaluer les projets organisationnels innovants permettant le développement de la CA en cancérologie en inscrivant cette séquence chirurgicale dans un parcours de soins construit avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge.

Les enjeux de cet accompagnement sont multiples :

– pour les établissements porteurs de projets : repérer les freins et leviers liés à la conduite de leur projet (difficultés organisationnelles, techniques, d'évolution des pratiques professionnelles et des compétences, etc.), la contribution à l'élaboration de recommandations organisationnelles ainsi qu'à l'analyse de l'efficience des organisations diffusables à l'échelle nationale ;
– pour les ARS : participer à la mise en œuvre de projets innovants structurant l'offre régionale ;
– pour le niveau national : contribuer aux travaux et aux réflexions menés dans le cadre du programme national de développement de la CA et adapter les plans d'actions.

C'est pourquoi il est essentiel d'en assurer une large diffusion en région.

La présente instruction a pour objet de présenter la procédure de sélection des projets pilotes, les modalités de suivi et d'évaluation de ces projets ainsi que le calendrier de la procédure.

## II. – PROCÉDURE DE SÉLECTION DES PROJETS PILOTES

Les ARS sont invitées à :

– transmettre la présente instruction et ses annexes aux établissements de santé en les invitant à faire acte de candidature, au plus tard le 10 juillet 2015 ;
– analyser :
  – la recevabilité des candidatures : seules sont recevables les demandes des établissements de santé disposant d'une ou de plusieurs autorisation(s) valable(s) de traitement du cancer pour la pratique de la chirurgie ;
  – la recevabilité des dossiers de candidatures : réception du dossier de candidature dans les délais, au plus tard le 15 octobre 2015 par voies postale et électronique et complétude du dossier ;
– élaborer et transmettre à la DGOS, copie à l'INCa, un avis motivé sur chaque projet en :
  – tenant compte des différents degrés de maturité des projets ;
  – examinant les éléments d'appréciation qui figurent dans le dossier de candidature de l'établissement aux points :
    – 6.1.1 : choix et justification de la ou des prise(s) en charge ciblée(s) ;
    – 6.1.2 : objectifs et modalités de réalisation du projet ;

En cas de besoin, des échanges entre les ARS et les établissements de santé candidats permettront d'apporter des précisions sur les projets soumis.

Les ARS transmettent les dossiers de candidatures jugés recevables accompagnés des avis motivés à la DGOS par voie électronique à l'adresse suivante : DGOS-R3-AAP@sante.gouv.fr, copie à l'INCa à l'adresse suivante aap2015-chirambu@institutcancer.fr au plus tard le 15 décembre 2015.

## III. – MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT DES PROJETS PILOTES

### *a)* Désignation d'un correspondant ARS

Les directeurs généraux des ARS identifient un correspondant en région en charge du suivi des projets dont ils présentent la candidature.

### *b)* Rapports intermédiaire et final des projets retenus

Les ARS sont chargées de transmettre leurs observations sur les volets « activité » et « financier » des rapports intermédiaires et finals des projets retenus au moyen des critères d'évaluation décrits au point VI.3 b) du cahier des charges de l'appel à candidature, à la DGOS à l'adresse suivante : DGOS-R3-AAP@sante.gouv.fr, copie à l'INCa à l'adresse suivante : aap2015-chirambu@institutcancer.fr ainsi qu'aux porteurs de projet.

### *c)* Le financement des projets pilotes

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

*d)* 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.

Les établissements retenus dans le cadre de cet appel à projets recevront une aide financière de 100 000 € par projet pour la durée de l'expérimentation de deux ans.

Ce soutien financier pourra concerner une trentaine de projets.

Les crédits destinés à financer les projets retenus seront délégués aux ARS en premières circulaires budgétaires 2016 et 2017.

## IV. – RAPPEL DU CALENDRIER

Le calendrier de lancement de l'appel à projet est le suivant :

– transmission de la présente instruction et ses annexes aux établissements de santé, au plus tard le 10 juillet 2015 ;
– remise des dossiers de candidature des établissements aux ARS par voies postale et électronique au plus tard le 15 octobre 2015 ;
– transmission des projets jugés recevables avec avis motivés des ARS au bureau R3 de la DGOS à l'adresse suivante DGOS-R3-AAP@sante.gouv.fr, copie à l'INCa à l'adresse suivante : aap2015-chirambu@institutcancer.fr au plus tard le 15 décembre 2015 ;
– réunion du 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, chargé de donner un avis consultatif sur les projets au mois de janvier 2016 ;
– désignation des projets pilotes retenus par la DGOS et l'INCa sur la base des critères figurant dans le cahier des charges de l'appel à candidature et dans le dossier de candidature des établissements en février 2016 ;
– délégation des crédits en deux fois : 1res circulaires 2016 et 2017.

Il est à noter que 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.

Des informations complémentaires peuvent être recueillies, sous le présent timbre, auprès de la direction générale de l'offre de soins et du département organisation et parcours de soins de l'INCa.

Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur général de l'offre de soins,*
J. Debeaupuis

*Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,*
P. Ricordeau

*La présidente de l'INCa,*
A. Buzyn

ANNEXE I

CAHIER DES CHARGES DE L'APPEL À CANDIDATURE

# 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

II. – OBJECTIF

III. – ENJEUX

IV. – CHAMP DE L'APPEL À PROJETS

1. **Choix des prises en charge ciblées par le projet**
2. **Structures concernées**
3. **Équipes concernées**

V. – OBJECTIFS OPÉRATIONNELS DES ÉQUIPES ET PRINCIPES ORGANISATIONNELS ATTENDUS

1. **Objectifs opérationnels des équipes**
2. **Principes d'organisation de l'étape chirurgicale**
3. **Principes d'intégration de l'étape chirurgicale dans le parcours de soins du patient**

VI. – MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE, DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DU PROJET

1. **Rapport intermédiaire**
2. **Rapport final**
3. **Critères d'éligibilité et d'évaluation des projets**

VII. – ÉVALUATION NATIONALE DE L'ENSEMBLE DES PROJETS

VIII. – MODALITÉS DE FINANCEMENT

IX. – MODALITÉS DE CANDIDATURE ET PROCÉDURES DE SÉLECTION DES PROJETS

1. **Modalités de dépôt des projets**
2. **Procédures de sélection des projets**

*e)* Analyse des projets par l'ARS territorialement compétente

*f)* Procédure de sélection des dossiers de candidature

X. – MODALITÉS DE SUIVI DE L'EXPÉRIMENTATION

## 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 intervention[1].

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.

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 réglementaire[2], fixation d'objectifs contractualisés dans le cadre des

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

[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.

contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) État/ARS et ARS/Établissements de santé (ES), politique tarifaire incitative[3], élaboration de guides, recommandations et production d'outils organisationnels par la HAS et l'ANAP[4], programme de formation des professionnels[5], 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 ».

À ce jour, la phase chirurgicale du traitement du cancer[6] reste encore souvent réalisée en hospitalisation complète, le taux de CA en cancérologie se situant entre 9 % et 24 % en 2011[7] 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 2012[8]).

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 cancérologie[9]. 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 CA[10] 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.

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).

---

[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 DGOS/RH4 n° 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.

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 œuvre[11].

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. **Équipes 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 ;
- 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 ;

[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.

– 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 ambulatoire[12] et se référer aux recommandations existantes notamment des sociétés savantes, de la HAS et de l'ANAP[13].

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;
– élaborer 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.);
  – de qualité et de sécurité de la prise en charge sur la base des outils élaborés par la HAS;
– élaborer 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 anatomo-pathologiques etc.);
– 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;

[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).

– 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.) ;
– élaborer 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 etc.) ;
– le parcours de soins du patient (amélioration du lien avec le médecin traitant, soins de support etc.).

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 jour/nombre total de séjours correspondant aux GHM en C ciblés (0 jour 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 clinique[14] 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 de concertation sur les résultats du tableau de bord et les comptes rendus de revues de morbi-mortalité.

[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.

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 consen 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 ;
– alimenter les rapports, intermédiaire et final, qui seront transmis à l'ARS ;
– participer à l'évaluation nationale de l'appel à projets.

## VII. – ÉVALUATION 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. À 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 :

– évaluer 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'efficience 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. À 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'efficience 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'euros 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 € 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. Étude 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. Étude de la recevabilité du dossier de candidature : réception dans les délais, complétude du dossier .
3. Élaboration 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

5. 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 ;
6. 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.

ANNEXE II

DOSSIER DE CANDIDATURE TYPE POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

# Appel à projets 2015

# Mise en œuvre de l'action 3.7 du Plan cancer 2014-2019 : Soutien de projets pilotes développant la chirurgie ambulatoire du cancer

# Dossier de candidature

Date limite de soumission des projets : 15 octobre 2015

| | |
|---|---|
| Titre du projet | |
| Nom de l'établissement porteur du projet | |
| Nom et coordonnées du coordonnateur du projet (nom, prénom, mail) | |
| Durée du projet | 24 mois |

## 1. Résumé du projet

Attention, ce résumé est indispensable pour l'expertise de votre projet, il devra présenter une description synthétique du choix de :

- la ou les prise(s) en charge ciblée(s) par le projet ;
- l'organisation mise en place/envisagée pour la ou les prise(s) en charge en chirurgie ambulatoire ciblée(s) par le projet ;
- la coordination avec l'ensemble des acteurs du parcours de soins (à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement de santé) pour la ou les prises en charge ciblée(s).

| Résumé du projet – *maximum 1 page - Police Arial taille 11* |
| --- |
| |

## 2. **L'établissement**

| | |
|---|---|
| Nom et coordonnées de l'établissement<br>– adresse<br>– code postal<br>– ville | |
| Nom et coordonnées du directeur d'établissement<br>– téléphone<br>– mail<br>– fax | |
| Statut de l'établissement | |
| Date(s) de délivrance/renouvellement de l'autorisation pour la pratique de la chirurgie du cancer<br>Point de vigilance : joindre une copie de la décision d'autorisation au présent dossier | |
| Autres autorisations pour le cancer hors chirurgie<br>– radiothérapie<br>– chimiothérapie | |
| Description de l'établissement<br>– positionnement dans l'offre régionale<br>– projet médical<br>– activités et volumes par spécialités<br>*maximum 1 page – Police Arial taille 11* | |
| | |

| |
|---|
| |
| Description de l'activité de chirurgie réalisée chaque année depuis 2010 :<br>– en hospitalisation complète<br>– en ambulatoire (date de mise en service de l'unité de chirurgie ambulatoire, moyens affectés à la structure (personnels en ETP, locaux, blocs dédiés ou non dédiés, moyens déployés pour assurer la continuité des soins, volumes par spécialités)<br>*maximum 1 page – Police Arial taille 11* |
| |
| Description de l'activité de chirurgie du cancer (spécialités, volumes, coordination, moyens et compétences mises en œuvre)<br>*maximum 1 page – Police Arial taille 11* |
| |

| |
|---|
| |

3. **Coordonnateur du projet**[15]

| | |
|---|---|
| Nom, Prénom | |
| Fonction | |
| Lieu d'exercice<br>Adresse<br>Code Postal<br>Ville | |
| Adresse électronique | |
| Téléphone | |
| Fax | |

[15] Le coordonnateur de projet assure notamment :
– la coordination technique du projet ;
– la mise en place et la formalisation de la collaboration entre les participants au projet.
Il participe à :
– l'avancement et la réalisation du projet ;
– la production des documents et leur diffusion ;
– la communication des résultats.

4. **Composition de l'équipe anesthésique, chirurgicale et paramédicale**

| Équipe anesthésique | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Noms, Prénoms | | | | | |
| Fonctions | | | | | |
| Lieux d'exercice<br>Adresse<br>Code Postal<br>Ville | | | | | |
| Adresses électroniques | | | | | |
| Téléphones | | | | | |
| Fax | | | | | |

| Équipe chirurgicale | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Noms, Prénoms | | | | | |
| Fonctions | | | | | |
| Lieux d'exercice<br>Adresse<br>Code Postal<br>Ville | | | | | |
| Adresses électroniques | | | | | |
| Téléphones | | | | | |
| Fax | | | | | |

| Équipe paramédicale, administrative (personnel d'accueil…) et logistique (brancardiers..) | | | |
|---|---|---|---|
| | Équipe paramédicale | Équipe administrative | Équipe logistique |
| Nombre d'ETP affectés à la prise en charge chirurgicale ciblée par le projet par type de personnel | | | |
| Formations réalisées/ prévues à la prise en charge en chirurgie ambulatoire (formation obligatoire, *cf.* décret n° 2012-969 du 20 août 2012) | | | |

5. **Structures et acteurs associés au projet (internes et externes à l'établissement), y compris celle du coordonnateur de projet**

*(Ajouter autant de lignes que nécessaire)*

| Structure | Nom, prénom du responsable associé au projet | Téléphone, e-mail | Statut de la structure | Mission(s) dévolue(s) par la structure ou les acteurs associés au projet |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Point de vigilance : l'ensemble de ces structures/acteurs s'engage à participer à la mise en œuvre du projet durant toute la durée de mise en œuvre du projet (2 ans).

Pour cela, chaque responsable associé au projet rédige et signe un courrier d'engagement qu'il joint au présent dossier :

– précisant qu'il accepte les missions qui lui sont dévolues ;
– décrivant les actions qu'il aura à entreprendre ;
– fixant les modalités de coopération et de participation à l'évaluation.

## 6. **Détail du projet**

*1.1 Choix et justification de la ou les prise(s) en charge ciblée(s) par le projet*

Contexte dans lequel s'inscrit le projet (*cf.* partie IV. de l'appel à candidatures intitulée : « Champ de l'appel à projets ») : *(4 pages maximum)*

Les éléments présentés devront permettre d'évaluer :

– l'intérêt et pertinence du projet au regard des :

– besoins de la population, de l'offre régionale et des organisations existantes ou à venir (ouverture d'une UCA, blocs, ...) ;

– l'existence de recommandations ;

– modalités organisationnelles envisagées dans l'UCA (chemins cliniques, procédures chirurgicales...) ;

– enjeux de parcours dans la ou les prise(s) en charge ciblée(s) ;

– des objectifs fixés par le projet pour la durée de l'accompagnement de deux ans (bénéfices pour les patients, les professionnels, l'établissement, les volumes envisagés, la réduction des délais de prise en charge, la mise en place d'un parcours, etc.).

*1.2 Objectifs et modalités de réalisation du projet*

Présentation des objectifs et des modalités de réalisation du projet : (*cf.* partie V. de l'appel à candidatures intitulée : « Objectifs opérationnels des équipes et principes organisationnels attendus ») *(6 pages maximum).*

Les éléments présentés devront permettre d'évaluer :

– la clarté, la structuration et la cohérence d'ensemble du projet ;

– la méthodologie de la démarche partagée ; les étapes clés ; la crédibilité du calendrier ;

– des objectifs de prise en charge et d'activité, les chemins cliniques correspondant, des indicateurs de suivi et d'évaluation ;

– l'aptitude de la structure, du coordonnateur et de l'équipe à porter le projet et à en assurer la coordination (à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement) ;

– la ventilation des crédits demandés ;

– la reproductibilité.

*1.3 Modalités d'évaluation des résultats et perspectives*

Description des modalités d'évaluation des résultats et perspectives (*cf.* partie VI.b. de l'appel à candidatures intitulée : « Critères d'évaluation des projets ») *(1 à 2 pages)* :

– description de la mise en place et de la mobilisation des indicateurs et éléments de preuve permettant de mesurer l'atteinte des critères ;

– description de la mise en place et de la mobilisation d'autres indicateurs éventuels en lien avec des objectifs spécifiques du projet

Les éléments présentés devront permettre d'évaluer l'aptitude de la structure à :

– mener une démarche d'auto-évaluation ;

– alimenter les rapports intermédiaire et final qui seront transmis à l'ARS ;

– participer à l'évaluation finale de l'appel à projets.

## 7. Justification des crédits sollicités

| Description de la justification des crédits sollicités : (*1 page maximum).*<br>Les éléments présentés devront décrire la ventilation des crédits sollicités. |
| --- |
| |

## 8. **CV du coordonnateur du projet**
**(préciser les formations et expériences acquises en chirurgie ambulatoire et/ou en cancérologie)**

| CV du coordonnateur *(2 pages maximum pour le CV et 1 page maximum pour les publications en lien avec le projet).* |
|---|
| |

9. **CV de l'équipe anesthésique et chirurgicale**
**(préciser les formations et expériences acquises en chirurgie ambulatoire et/ou en cancérologie)**

| CV des membres de l'équipe anesthésique et chirurgicale *(2 pages maximum pour le CV/ personnes et 1 page maximum/personne pour les publications en lien avec le projet).* |
|---|
| |

## 10. **Engagement des candidats**

Les candidats s'engagent à élaborer, mettre en œuvre et évaluer les projets soumis dans le délai d'accompagnement de deux ans. À l'issue de ces deux ans, une évaluation nationale des projets sera confiée à un prestataire externe. À cette fin, l'ensemble des candidats retenus s'engagent à participer à cette évaluation finale et à fournir des données anonymisées au prestataire externe.

Engagement et signature du directeur d'établissement :

Nom de l'établissement de santé candidat :
_____

Je, soussigné(e), _____, directeur d'établissement :

– déclare avoir pris connaissance du projet « *titre du projet à ajouter* » et certifie l'exactitude des informations présentes dans ce dossier ;

– déclare avoir pris connaissance de l'appel à projets « soutien de projets pilotes développant la chirurgie ambulatoire du cancer » ;

– autorise les équipes de mon organisme à participer au projet et m'engage à leur en permettre la réalisation ;

– m'engage à participer à l'évaluation finale de l'ensemble des projets à l'issue des deux ans de mises en œuvre des projets ;

– en conséquence, m'engage à fournir à l'évaluateur externe des données anonymisées en cas de besoin.

Cachet de l'organisme Le _____

Signature :

Engagement et signature du coordonnateur de projet :

| Signature du coordonnateur de projet |
| --- |
| Je, soussigné(e), _____<br><br>Coordonnateur de projet<br><br>– déclare avoir pris connaissance du projet « *titre du projet à ajouter* » et certifie l'exactitude des informations présentes dans ce dossier ;<br><br>– déclare avoir pris connaissance de l'appel à projets « soutien de projets pilotes développant la chirurgie ambulatoire du cancer » ;<br><br>– m'engage à assurer la conduite et la coordination du projet décrit dans le présent dossier ainsi que la communication des résultats à l'ARS compétente et à l'évaluateur externe.<br><br>Cachet de l'organisme de rattachement du coordonnateur<br><br>Signature : Le _____ |

Veuillez envoyer les signatures manuscrites et originales et non scannées par courrier.

**Modalités de candidature**

Attention : Tout dossier papier incomplet entrainera l'inéligibilité du projet

Le dossier finalisé est transmis à l'ARS territorialement compétente sous forme électronique et sous forme papier au plus tard le 15 octobre 2015. Les deux formats doivent être strictement identiques à l'exception des signatures.