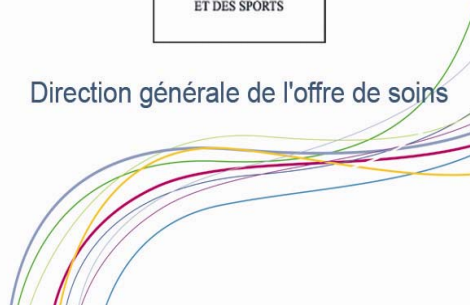




Direction générale de l'offre de soins



## APPEL A PROJETS 2010

# Expérimentation du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer



**Actions 18.1, 25.1, 25.2 et 25.3**

Date limite d'envoi des dossiers : 15 juin 2010

## SOMMAIRE

<b>I. CONTEXTE DE L'APPEL A PROJETS.....</b>	<b>3</b>
<b>II. OBJECTIFS DE L'APPEL A PROJETS .....</b>	<b>4</b>
<b>III MODALITES DE PARTICIPATION .....</b>	<b>6</b>
<b>IV. CRITERES D'ELIGIBILITE, D'EVALUATION ET DE SUIVI DES PROJETS... </b>	<b>7</b>
<b>V. DISPOSITIONS GENERALES POUR LE FINANCEMENT .....</b>	<b>8</b>
<b>VI. CALENDRIER PREVISIONNEL DE L'APPEL A PROJETS.....</b>	<b>9</b>
<b>VII. MODALITES DE SOUMISSION .....</b>	<b>9</b>
<b>VIII. PUBLICATION DES RESULTATS .....</b>	<b>9</b>
<b>IX. CONTACT .....</b>	<b>10</b>
<b>ANNEXE 1. Missions des infirmiers hospitaliers coordonnateurs des parcours de soins.....</b>	<b>10</b>
<b>ANNEXE 2. Indicateurs de suivi de l'expérimentation.....</b>	<b>11</b>

<b>Action 18.1 du Plan cancer</b>	Coordonner les parcours de soins des malades pendant la phase active du traitement grâce à des coordonnateurs de soins
<b>Action 25.1 du Plan Cancer</b>	Généraliser les actions d'évaluation sociale dans le cadre du dispositif d'annonce et intégrer un volet social dans le Programme personnalisé de soins (PPS)
<b>Action 25.2 du Plan cancer</b>	Proposer à chaque patient une consultation sociale en cours de traitement afin d'évaluer la mise en œuvre du volet social du PPS et de préparer l'après cancer
<b>Action 25.3 du Plan cancer</b>	Expérimenter la mise en œuvre d'un programme personnalisé de l'après cancer (PPAC)

## I. CONTEXTE DE L'APPEL A PROJETS

Le plan cancer 2009-2013 identifie deux priorités nouvelles dans la prise en charge des personnes atteintes de cancer : la personnalisation du parcours de soins et la vie après le cancer qui constituent les deux mesures phares du volet soins de ce plan.

**La mesure 18, et plus particulièrement l'action 18.1, vise à personnaliser le parcours de soins des patients :**

- ✚ en coordonnant mieux les soins entre l'hôpital et la ville, principalement pendant la phase active des traitements du cancer, et en associant davantage le médecin traitant ;
- ✚ et en appliquant un Programme Personnalisé de Soins (PPS) dont le champ concerne tout autant la prise en charge sanitaire que sociale et médico-sociale.

**La mesure 25, et plus particulièrement les actions 25.1, 25.2 et 25.3 :**

**- visent à développer une prise en charge sociale personnalisée en :**

- généralisant les actions d'évaluation sociale dans le cadre du dispositif d'annonce ;
- intégrant un volet social dans le Programme personnalisé de soins (PPS), qui prendra davantage en compte, dès le diagnostic, cette dimension dans le parcours du patient et permettra de détecter éventuellement les éléments de fragilité sociale.

**- prévoient de développer un Programme personnalisé de l'après cancer (PPAC):**

- ✚ en organisant la surveillance clinique, y compris l'évaluation du risque de rechute, sous la responsabilité du médecin traitant ;
- ✚ en assurant la prévention du risque des seconds cancers ;
- ✚ et en mettant à disposition un accompagnement social et une aide à la réinsertion professionnelle.

Les enjeux sont importants. De nouvelles modalités de prise en charge des malades vont devoir se mettre en place, s'appuyant sur plus de coordination entre les acteurs de soins, prenant en compte la dimension sociale et impliquant le médecin traitant en tant que référent médical de proximité.

Dans ce contexte, des expérimentations courtes, portées par les acteurs de terrain, seront très utiles en phase pilote pour :

- préciser les modes opératoires et les enjeux organisationnels de la mise en place du parcours personnalisé et du dispositif de l'après cancer ;
- suivre et analyser l'impact de ces actions pour les malades ;
- et recueillir des remontées d'expérience, sur lesquelles il sera important de pouvoir s'appuyer à l'issue des expérimentations avant de déployer ces mesures.

Ces expérimentations font l'objet de cet appel à projets. Lancé par l'Institut National du Cancer, sur la base des objectifs élaborés conjointement avec la Direction Générale de l'offre de soins (DGOS), il prépare le cadre national qui, à partir de cette phase pilote, accompagnera le déploiement de ces mesures à compter de 2012.

L'appel à projets, doté d'un financement de 2 Millions d'euros, devrait permettre de mettre en œuvre une vingtaine d'expérimentations de mi 2010 à fin 2011.

## **II. OBJECTIFS DE L'APPEL A PROJETS**

L'objectif général de l'appel à projets est d'expérimenter la mise en place d'un parcours personnalisé pendant et après le cancer pour les nouveaux patients adultes pris en charge dans les établissements de santé retenus.

Cet objectif se décline en trois actions qui devront être conjointement réalisées pendant les expérimentations :

**Action 1 : Personnaliser le parcours de soins des nouveaux patients en évaluant, dans ce cadre, l'apport des infirmiers hospitaliers chargés de faciliter la coordination de ce parcours.**

**Action 2 : Mettre en place le volet social décrit par le plan cancer auprès des patients qui en ont besoin, et ce dès l'annonce.**

**Action 3 : Expérimenter la mise en place du programme personnalisé de l'après cancer (PPAC), conduit avec et par les médecins traitants.**

## **1. Personnaliser le parcours de soins des nouveaux patients en évaluant, dans ce cadre, l'apport des infirmiers hospitaliers chargés de faciliter la coordination de ce parcours :**

Les infirmiers coordonnateurs sont d'abord des interlocuteurs pour le malade afin de formaliser, organiser, simplifier et rendre plus lisible son parcours de soins. Ils assurent une interface hôpital-ville organisée en priorité autour du médecin traitant, interlocuteur médical de référence pour les médecins oncologues et pour les différents intervenants de proximité.

Ils ne substituent pas aux médecins oncologues, qui restent les référents thérapeutiques du malade et de sa famille, ni aux équipes soignantes intervenant dans l'établissement de santé. Ils ne substituent pas non plus aux intervenants de proximité qui assurent déjà cette mission au domicile mais ils viennent la compléter en assurant cette fonction à partir de l'hôpital vers la ville.

Les missions principales de ces infirmiers s'articulent autour de :

- l'information du malade et de ses proches ;
- l'information des professionnels de santé de proximité ;
- la préparation des sorties de l'hôpital particulièrement lors des inter cures et les réhospitalisations même en urgence ;
- la gestion coordonnée des complications intervenant au domicile.

Ces missions, déclinées en annexe 1, forment un socle minimum qui sera testé par les équipes pilotes durant l'expérimentation.

Les compétences (ou savoir-faire) acquis(es) par les infirmiers coordonnateurs pendant la durée de l'expérimentation pourront être décrites dans un rapport et faire l'objet d'un partage d'expérience auprès des universités engagées dans le développement des masters professionnels de coordination infirmière des soins.

## **2. Mettre en place le volet social prévu dans le plan cancer 2009-2013 :**

Cette action implique la mise en œuvre de deux modalités d'accompagnement social :

- ◆ l'intégration d'un volet social plus élaboré dans le Programme Personnalisé de Soins dès l'annonce. La prise en compte de cette dimension sociale s'appuiera sur un référentiel national de détection de la fragilité sociale, qui sera disponible pour le début des expérimentations, et sera élaboré par l'INCa à partir des travaux des associations de patients, en particulier ceux de la Ligue Contre le Cancer ;
- ◆ la mise en place d'une consultation sociale en cours de traitement afin d'évaluer la mise en œuvre de ce volet et, si nécessaire, réajuster le PPS. Il est également important de prévoir l'intégration de ces éléments dans le Programme Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC) afin d'éviter toute rupture de la prise en charge sociale.

### **3. Expérimenter la mise en place du programme personnalisé de l'après cancer (PPAC) conduit avec et par les médecins traitants :**

Les nouveaux patients pris en charge bénéficieront de la mise en place de ce programme. Il prendra le relais du PPS en fin de traitement pour acter l'entrée dans une nouvelle période de la prise en charge, celle de l'après cancer.

Ce programme, révisable au fil du temps, et adapté aux besoins du patient, devra comprendre au minimum :

- la surveillance médicale partagée entre le médecin traitant et le médecin cancérologue ;
- le suivi et l'évaluation du risque de rechute et de séquelles en s'appuyant sur les référentiels INCA/HAS élaborés à cet effet ;
- la prévention du risque de second cancer ;
- l'accompagnement social ;
- la possibilité d'un soutien personnalisé ;
- ainsi que les éléments liés à la réinsertion professionnelle, qu'il est très important de mettre en place avant la fin du traitement.

La mise en place du PPAC dans le cadre de cette expérimentation permettra également de tester un format avant sa diffusion dans le cadre du déploiement de cette mesure.

### **III. MODALITES DE PARTICIPATION**

Les projets doivent être portés par des établissements de santé autorisés à traiter des patients en cancérologie qu'ils soient publics ou privés). Ils peuvent être portés par plusieurs établissements, notamment dans le cadre de coopérations existantes ou de centres de coordination en cancérologie communs.

Pour chaque projet :

- un coordonnateur de projet sera désigné ;
- ainsi qu'un organisme gestionnaire destinataire du financement.

Dans le cas d'un projet commun, les établissements participant au projet déposeront un dossier conjoint et désigneront un coordonnateur de projet unique ainsi qu'un seul organisme gestionnaire.

Cependant, dès lors que le projet prévoit un budget à répartir entre établissements, l'organisme gestionnaire désigné qui sera signataire de la convention devra être impérativement doté d'un comptable public.

Dans tous les cas, la (ou les) direction (s) du (ou des) établissement(s) de santé impliqué(s) doit (doivent) s'engager à permettre la réalisation effective du projet.

Les projets ont une durée de 12 mois

## **IV. CRITERES D'ELIGIBILITE, D'EVALUATION ET DE SUIVI DES PROJETS**

### **1. Critères d'éligibilité des projets**

Les dossiers de candidature, doivent être complets, soumis dans les délais, sous forme électronique et sous forme papier au format demandé et dûment signés (cf. dossier de candidature).

Ils doivent comporter l'engagement de la direction des établissements :

- à mettre en œuvre cette expérimentation nationale qui se déroulera sur un temps très court nécessitant d'être efficient et pragmatique ;
- à participer au suivi national ;
- et à renseigner les indicateurs attendus dans les délais demandés.

### **2. Critères d'évaluation des projets**

Les projets seront évalués sur la base des informations à développer dans le dossier de candidature et notamment en tenant compte des éléments suivants :

- Réponse aux attendus et aux objectifs fixés par l'appel à projets ;
- Description pragmatique des modalités opérationnelles de mise en œuvre du projet ;
- Inclusion prioritaire des patients atteints de pathologies cancéreuses fréquentes (sein, colorectal, prostate, poumon) ;
- Mise en place antérieure d'une coordination du parcours de soins ou capacité à l'organiser d'ici septembre 2010. Les infirmiers coordonnateurs peuvent aussi être des infirmiers d'annonce dont les missions sont élargies ;
- Implication et participation réelle des médecins généralistes au projet. Dans ce contexte, leur participation à la rédaction du projet sera considérée comme une plus value pour la concrétisation de celui-ci ;
- Participation des professionnels libéraux impliqués, des réseaux de proximité quand ils existent, des structures de soins à domicile, du secteur social et médico social et des associations de malades. L'objectif est d'associer le plus possible les acteurs qui vont être conjointement engagés dans le processus de coordination du parcours de soins des malades atteints de cancer. Les professionnels et les structures engagés dans la démarche seront précisés ;
- Description concrète et pragmatique des principaux parcours de soins et des opérateurs impliqués dans le projet, en mettant en avant les problématiques identifiées dans la coordination et/ou dans la préparation de l'après cancer, que l'expérimentation cherchera à résoudre ;
- Description des modalités de suivi des parcours des malades ;

- Description des modalités de suivi régulier, voire permanent, de la satisfaction concrète des patients ;

L'avis motivé des Agences Régionales de Santé sera pris en compte dans l'analyse des candidatures.

### **3. Suivi des projets**

Les projets feront l'objet d'un suivi rapproché bimestriel.

Les porteurs de projet s'engagent à :

- renseigner des indicateurs de suivi et de résultats, et au minimum ceux listés en annexe 2 ;
- participer régulièrement aux réunions de synthèse nationale ;
- et produire un rapport final à l'issue de l'expérimentation.

## **V. DISPOSITIONS GENERALES POUR LE FINANCEMENT**

Le financement alloué concerne la mise en place d'une organisation, de son reporting et de ses résultats et non pas uniquement le financement de postes d'infirmiers.

Il sera attribué pour une période de 12 mois et permet de financer :

- de l'équipement
- du fonctionnement ;
- du recrutement de personnel spécifique au projet et/ou de personnels des organismes bénéficiaires des fonds affectés au projet à l'exclusion du personnel de la fonction publique (notamment état, hospitaliers et collectivités locales).

Les dépenses doivent être payées pendant la durée contractuelle du projet. Toute dépense effectuée au-delà des dates contractuelles sera rejetée.

Les frais de gestion s'élèvent au maximum à 4 % du montant de la subvention allouée.

Chaque projet sera financé à hauteur d'environ 100 000 euros, et les crédits seront fongibles afin de permettre de mener au mieux les expérimentations en fonction des spécificités propres à chaque équipe. Le financement sera apporté sous forme d'une subvention dans le cadre d'une convention entre l'INCa et l'organisme gestionnaire désigné dans le dossier de candidature.

## VI. CALENDRIER PREVISIONNEL DE L'APPEL A PROJETS

- La date de lancement de l'AAP est fixée au **19 avril 2010**
- La date limite de réception est fixée au **15 juin 2010**
- Les résultats seront publiés **en juillet 2010**
- Lancement de l'expérimentation : **septembre 2010**
- Suivi bimestriel des projets : **de septembre 2010 à fin 2011**
- Rapport de synthèse : **4 ème trimestre 2011**

## VII. MODALITES DE SOUMISSION

Le dossier de candidature, disponible sur le site de l'INCa [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr), sera téléchargé et dûment complété.

Le format papier et le format électronique doivent être identiques. Le dossier sera adressé **au plus tard le 15 juin 2010** :

- par courriel à l'adresse suivante : [parcours2010@institutcancer.fr](mailto:parcours2010@institutcancer.fr). Le nom des fichiers, au format Word doit se présenter sous la forme suivante :
  - **parcours2010\_nomducoordonnateurprojet.doc**

La taille du dossier complet ne doit pas excéder 4Mo.

- **ET** par courrier avant la date limite (le cachet de la poste faisant foi) à l'adresse suivante :

Institut National du Cancer  
**parcours2010**  
Direction des Soins et de la Vie des malades  
52 Avenue André Morizet  
92513 Boulogne Billancourt Cedex

Une copie du dossier de candidature doit être transmise à l'ARS concernée.

## VIII. PUBLICATION DES RESULTATS

Les résultats seront publiés sur le site internet de l'INCa.

Ils seront communiqués par écrit aux coordonnateurs de projets avec copie adressée aux ARS. Ils seront également notifiés aux représentants légaux des établissements gestionnaires des fonds.

## IX. CONTACT

Pour toute information sur ce projet, vous pouvez contacter :

Mme le Docteur Graziella POURCEL  
Direction des Soins et de la vie des malades  
Département Parcours de soins et vie des malades  
Institut National du Cancer  
Tél : 01-41-10-14-65  
Mail : [gpourcel@institut.cancer.fr](mailto:gpourcel@institut.cancer.fr)

## **ANNEXE 1. Infirmiers coordonnateurs des parcours de soins**

### **Socle minimum des missions**

**1. Articuler la prise en charge du malade entre l'hôpital et la ville pendant les traitements**, en déclinaison du programme personnalisé de soins et en relais du dispositif d'annonce :

- entre deux référents médicaux, que sont le médecin oncologue hospitalier et le médecin traitant, qu'il exerce en cabinet ou en maison de santé pluridisciplinaire ;
- entre les équipes soignantes hospitalières, y compris celles d'HAD, et les infirmiers libéraux ou autres professionnels de santé libéraux qui interviennent au domicile ainsi que les pharmaciens d'officine ;
- avec les structures existantes de coordination extra hospitalière, que sont les réseaux polyvalents de santé intervenant au niveau territorial ;
- avec les services de soins à domicile ;
- avec les intervenants médico sociaux ;
- avec les services sociaux ;
- et les associations de malades.

**2. Assurer l'interface entre les services de l'établissement de santé ou entre les établissements de santé pour garantir la cohérence des différentes phases de traitement**, soit cliniques (radiothérapie, chirurgie, chimiothérapie en particulier) soit des soins de support soit des soins de suite, sans se substituer aux équipes soignantes ;

**3. Suivre spécifiquement les personnes âgées, les personnes en situation de fragilité sociale ou de précarité**, ou toute personne qui présenterait des difficultés personnelles lors du retour au domicile (lutte contre inégalités de santé) nécessitant une coordination renforcée ;

**4. Participer au dispositif de sortie de la maladie**, en préparant avec les équipes hospitalières et extrahospitalières (social, médico social et travail) et avec le médecin traitant les modalités de relais et de surveillance à domicile ;

**5. Assurer le lien en cas de démarche palliative avec les équipes spécialisées et le médecin traitant ;**

**6. Suivre la qualité du parcours de soins à l'aide des indicateurs identifiés** (type par ex. satisfaction des malades, avis des médecins généralistes, délais de prise de rdv...).

## ANNEXE 2. Indicateurs de suivi de l'expérimentation\*

Ils sont de quatre types :

<b>1. Indicateurs traceurs du parcours personnalisé</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage de temps requis (ETP mensuel)</b>
PPS remis aux nouveaux patients		
PPS transmis au médecin traitant		
Lettres de sortie transmises au médecin traitant		
Procédures écrites pour la surveillance à domicile (gestion effets secondaires, gestion urgences) transmises au médecin traitant		
Volet social initial du PPS mis en place		
Consultation sociale en cours de traitement		
Consultation sociale en fin de traitement		
PPAC établi conjointement avec le médecin traitant		
PPAC transmis au patient par le médecin traitant		
Temps d'information dédié aux malades et à leurs proches		
Temps de coordination du parcours de soins hospitalier		
Temps de coordination avec les médecins traitants		
Temps de coordination avec les intervenants de prise en charge au domicile		
Temps de coordination avec des associations de malades		
Temps de coordination avec des intervenants sociaux et médico-sociaux de proximité		

\* : Il s'agit du socle minimum d'indicateurs à renseigner dans le cadre du suivi et de l'évaluation de l'impact des expérimentations. D'autres indicateurs peuvent être proposés par les porteurs de projet, en fonction de la spécificité éventuelle de ces projets, et renseignés dans le tableau 4.

<b>2. Indicateurs d'évaluation de l'impact de l'expérimentation **</b>	<b>Nombre</b>	<b>%***</b>
Patients nécessitant un accompagnement personnalisé tout au long du parcours de soins		
Patients réadmis en urgence directement dans le service à la demande du médecin traitant		
Patients pour lesquels le PPS a été réajusté à l'issue de la consultation sociale de mi parcours		
Situations de fragilité sociale détectées		
Personnes âgées nécessitant un suivi spécifique		
Malades ayant bénéficié de la mise en place d'un plan d'aide sociale		
Malades ayant bénéficié de la mise en place d'un soutien psychologique dans l'après cancer		
Malades ayant bénéficié d'une aide à la réinsertion ou au reclassement professionnel		

\*\* : D'autres indicateurs d'évaluation de l'impact de l'expérimentation peuvent être produits, notamment des études sur les délais d'obtention de RDV pour des examens complémentaires, une prise en charge en radiothérapie, un transfert dans un autre service ou dans un autre établissement (en soins de suite par exemple).

\*\*\* : Pourcentage du nombre total de nouveaux patients inclus dans l'expérimentation

### **3. Indicateurs d'impact pour les malades et les médecins traitants**

- Résultats d'enquête de satisfaction auprès des patients sur la mise en place du parcours personnalisé PPS et PPAC : en particulier : le sentiment d'être mieux informé, mieux orienté ; sentiment d'une meilleure lisibilité du parcours de soin ; d'une meilleure continuité dans le parcours de soin ;

- Résultats d'enquête de satisfaction auprès des médecins traitants sur la coordination des soins dans le PPS et leur implication dans le PPAC : en particulier le sentiment d'être mieux informés sur le parcours de soin du patient, d'être mieux associés à ce parcours, de disposer de tous les éléments pour assurer la prise en charge globale de proximité.

### **4. Indicateurs de suivi spécifiques au projet**

Peuvent être proposés spécifiquement en plus par chaque porteur de projet.