



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS




Evaluation organisationnelle et médico- économique des projets pilotes permettant de prendre en charge en chirurgie ambulatoire des patients atteints de cancer

Institut national du cancer
Samuel DE LUZE

Direction générale de l'offre de soins
Lydia VALDES

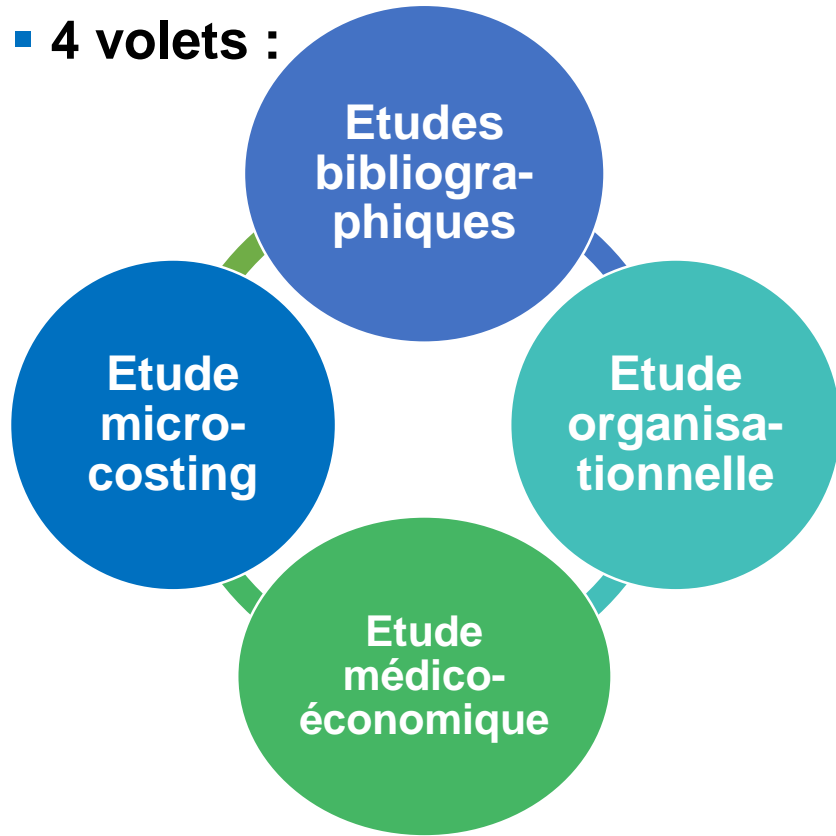


CONTEXTE

-  **Action 3.7:** « 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 ».
- L'appel à projets de la DGOS / INCa
 - soutenir et accompagner des équipes chirurgicales autorisées à la chirurgie du cancer
 - Élaborer / mettre en œuvre / analyser / évaluer des projets organisationnels permettant le développement de la CA en cancérologie et s'inscrivant dans un parcours de soins construit en collaboration avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge diagnostique et thérapeutique
 - sur une période de 2 ans (2016-2018)
- Résultats AAP: **113 projets reçus** évalués par le COPIL → **36 projets sélectionnés** (3 M€)
- **Evaluation organisationnelle et médico-économique** financée par l'INCa confiée à ACE SANTÉ, pilotée conjointement INCa / DGOS (2017-2019)

Une étude en 4 volets sur un panel initial de 36 projets (pour 38 établissements), portant sur 31 566 patients

4 volets :

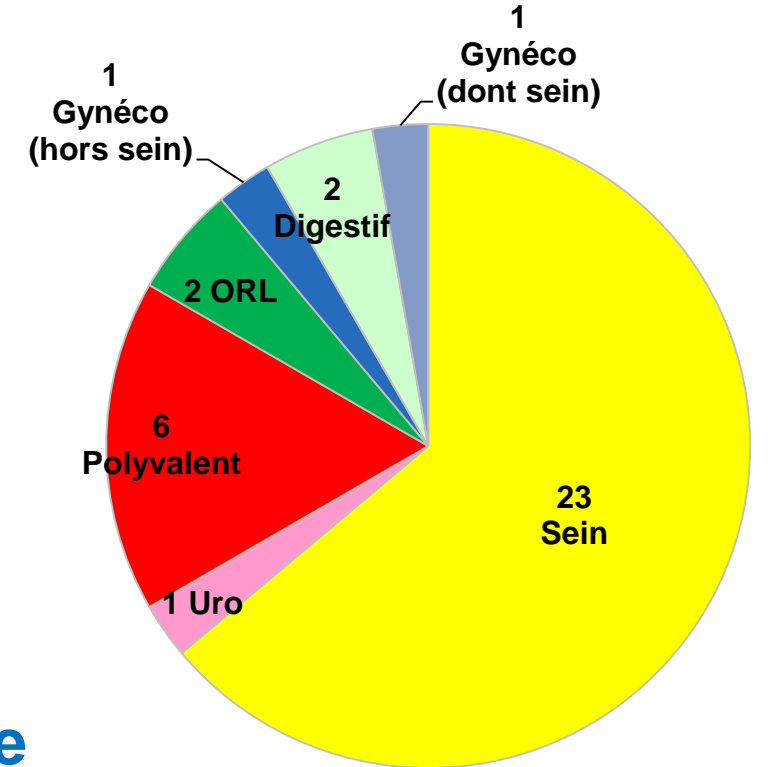


Des porteurs de projets de tous statuts :

- 6 CH
- 11 CHU
- 8 CLCC
- 3 ESPIC
- 8 privés commerciaux

11 régions représentées

Des projets portant sur des localisations tumorales multiples :

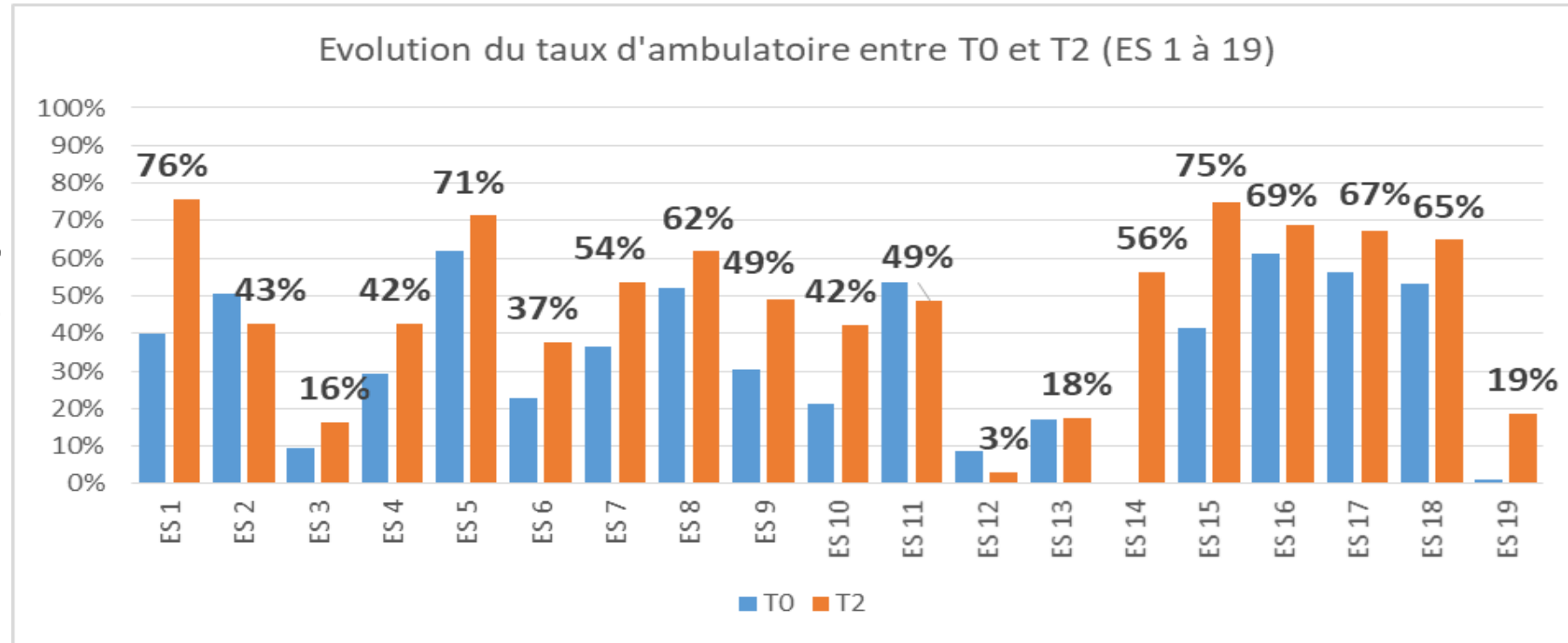


Un objectif majeur ➤ développer la CA carcinologique

Une amélioration sur toutes les dimensions organisationnelles

➤ Fort développement de la CA:

- + **18,4 points** entre 2016 et 2018 (de 35,3% à 53,7% au global)
- Quel que soit le statut / la localisation tumorale



- Une forte implication des équipes dans la structuration et la **maîtrise du parcours** : **90%** des établissements ont formalisé le chemin clinique
- Un **suivi des critères d'éligibilité** : **79%** des établissements ont formalisé des critères d'éligibilité
- **Peu de différences** sur les protocoles pré et post-hospitalisation, entre AM et HC
- Une **gestion renforcée de l'épisode de soins** par les professionnels : coordination du parcours amont & aval notamment avec les IDEL et réseaux

PRINCIPAUX LEVIERS DE DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE DU CANCER OBSERVES

➤ Priorité: **renforcement du lien avec la ville**

- Organisation de **formations** avec les IDEL
- Création de **documents spécifiques** pour IDEL

➤ Des processus intra établissements sur **flux patients** :

- Le patient debout (*plus de 67% des ES*)
- La marche en avant (*près d'1 ES / 2 : 45%*)

- ## ➤ **Modalités de sortie:**
- score de sortie mis en place pour 97% des Etb
 - simple signature pour 75% des Etb



➤ **développement des applications de suivi patients :**

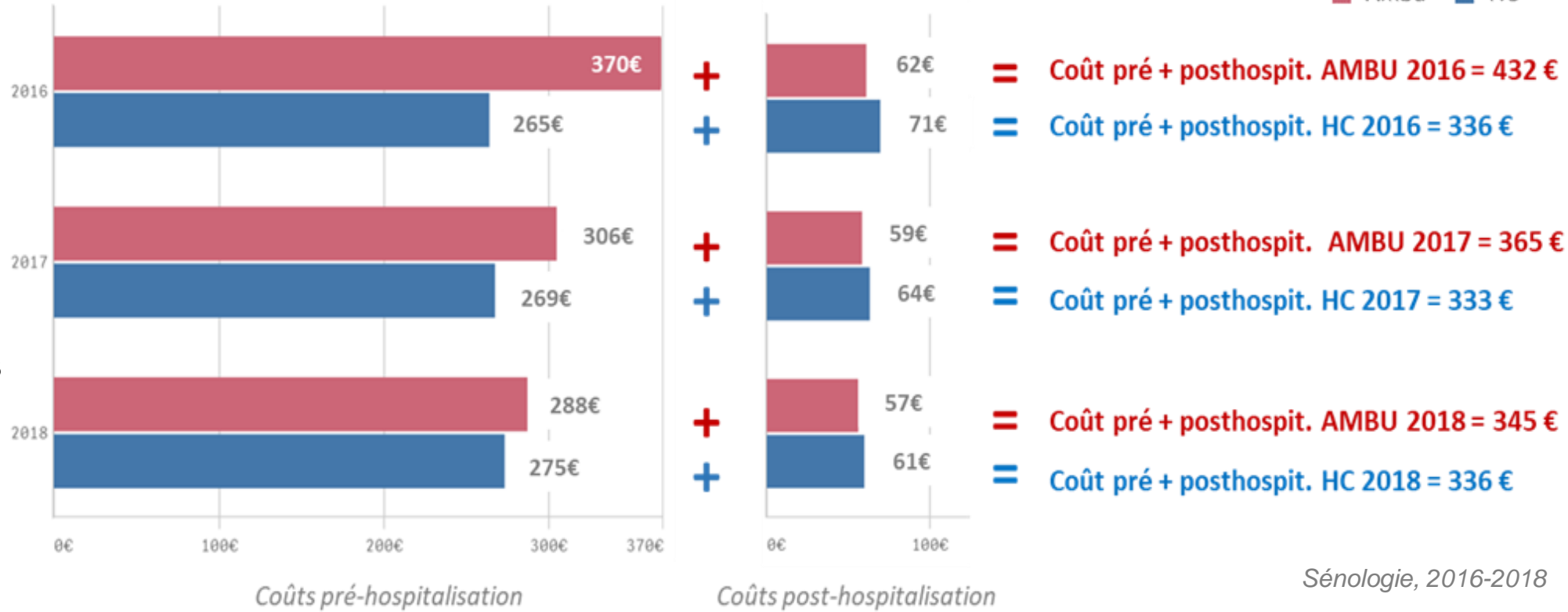
- **9** Etb utilisent une **application** Dépenses variables entre 1500 € / 120 000€)

Sur le plan médico-économique, des coûts hors séjour hospitalier quasiment égaux en 2018 entre ambulatoire et conventionnel

Ambu HC

➤ Un coût (hors séjour hospitalier) en CA légèrement plus élevé que le conventionnel en 2016, mais quasiment identique en 2018

- Panel de séjours plus important pris en compte dans l'étude
- Effet case-mix



➤ Très grande hétérogénéité sur les coûts pré- et post-hospitalisation

➤ Des coûts globaux pré-hospitalisation plus élevés que les coûts post-hospitalisation

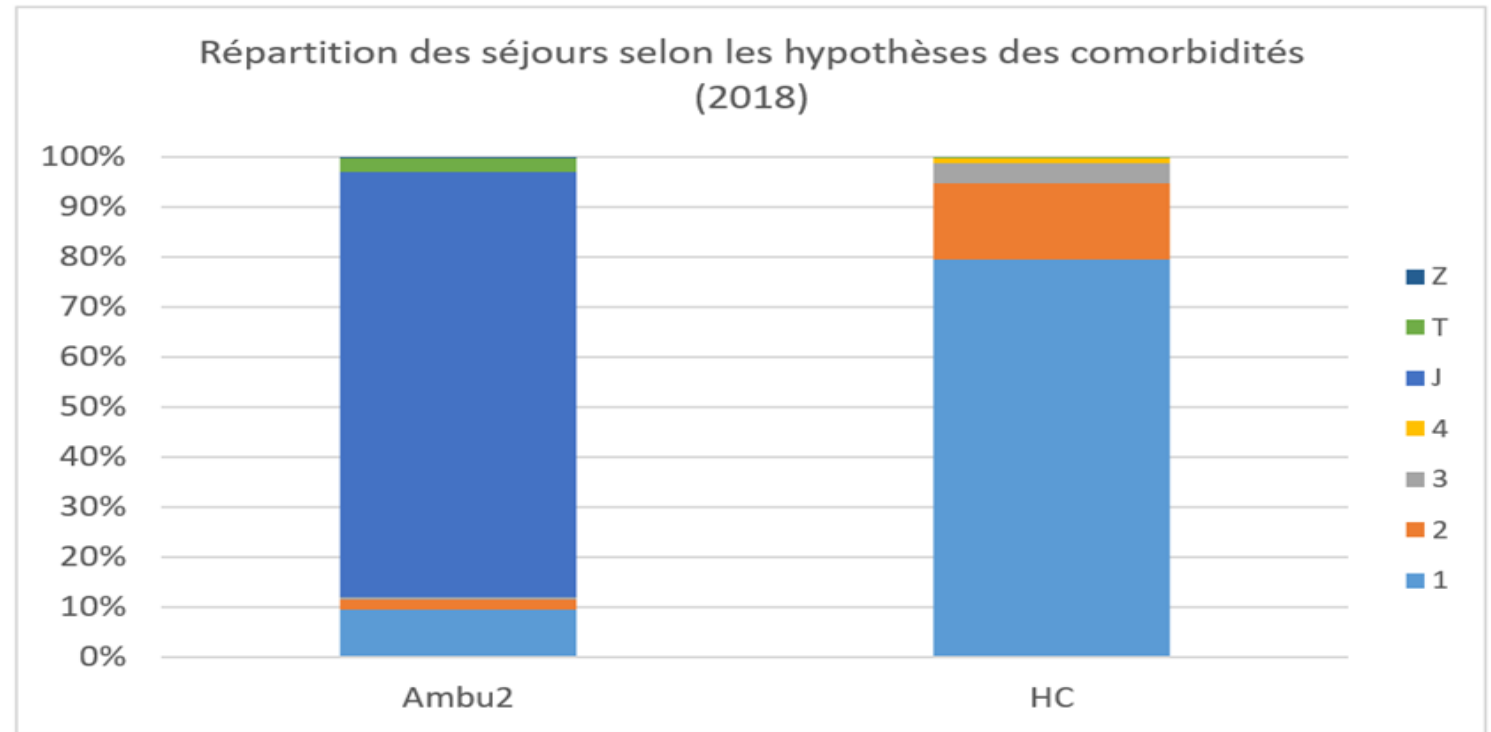
- En 2018, **288€ en pré contre 57€ en post**
- Dû aux examens complémentaires et consultations réalisés en phase pré-hospitalisation

Pré-hospitalisation	Hospitalisation	Post-hospitalisation
Exemple : Consultation chir, biologie, anapath, ...	GHS	Exemple : Kiné, IDEL, pansement, ...

Une très faible proportion de patients ambulatoires présente des comorbidités relevant d'un niveau de sévérité supérieur (Cf. critères d'éligibilité)

- *Rappel: les tarifs GHS sévérité J = tarif sévérité 1 (notion de tarifs uniques)*
- **Pour 97,5% des séjours ambulatoires en 2018 (95,6% en 2017), aucun diagnostic associé significatif (DAS) pouvant entraîner une modification potentielle du niveau de sévérité n'était codé**

- Parmi les 2,5 % de séjours restant qui pourraient théoriquement évoluer (grâce à l'expression des DAS), l'évolution leur permettrait **de passer au maximum en sévérité 2**
- A noter que pour réaliser cette étude, les établissements **ont été invités à être vigilants et à coder** les comorbidités de manière la plus exhaustive possible

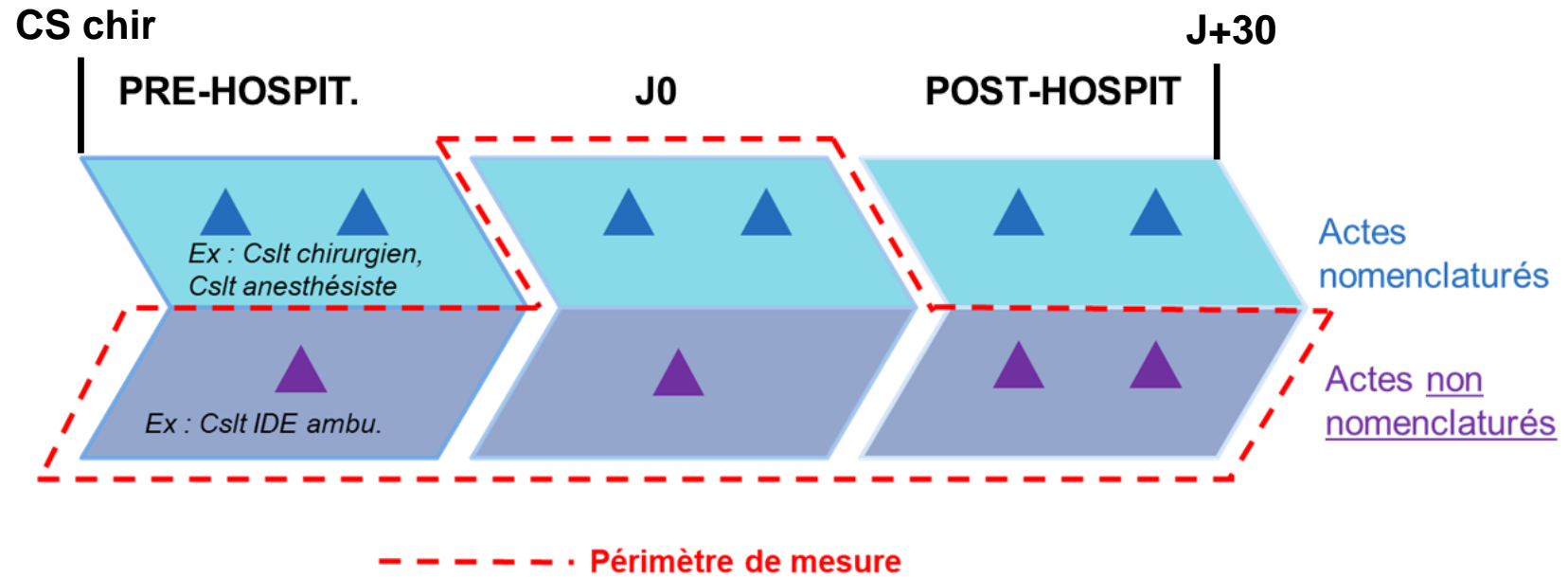


Sévérité (2018)	1	2	3	4	J	T	Z
AMBU	9,5%	2,0%	0,4%	0,0%	85,0%	2,9%	0,2%
HC	79,4%	15,2%	4,1%	1,0%	0,0%	0,3%	0,0%

Etude de micro-costing (Sein) réalisée sur 5 établissements (plus de 110 patients)

Objectifs

- Réaliser une **étude des coûts et ressources déployés** sur chacune des prises en charge étudiées, **du point de vue de l'établissement** (outil HAS)
- Evaluer le **coût de la prise en charge hospitalière en amont et en aval**



Echantillon

- 5 Ets réalisant des prises en charge sénologiques

Etablissement	Geste choisi	Patientes incluses dans l'outil
CLCC 4	Tumorectomie avec GS	30
Privé 3	Mastectomie partielle avec ou sans curage	27
ESPIC 2	Mastectomie totale	7
ESPIC 3	Tumorectomie avec GS	38
CLCC 3	Mammectomie avec curage	12
TOTAL		114

PRINCIPALES CONCLUSIONS MICRO-COSTING (LES TEMPS PASSÉS ET LES COUTS)

- Des coûts totaux pour l'ensemble de la prise en charge variant de **896 € à 1 217 €**
- **Des coûts pré- et post-hospitalisation qui représentent de faibles proportions : de moins de 1% à 7% du coût global**
 - A titre d'exemple, on remarque qu'une consultation d'IDE de coordination coûte entre 12 et 17 €.
- **La phase post-opératoire est la phase la plus consommatrice en termes de durée de prise en charge**
 - Et notamment dans la chambre du patient au retour de l'intervention (entre 3 et 5h)
- Temps de bloc moyens (entre entrée et sortie de salle) :
 - **Tumorectomie avec ganglion sentinelle : Bloc = 1h38**
 - **Mastectomie totale : Bloc = 2h20**

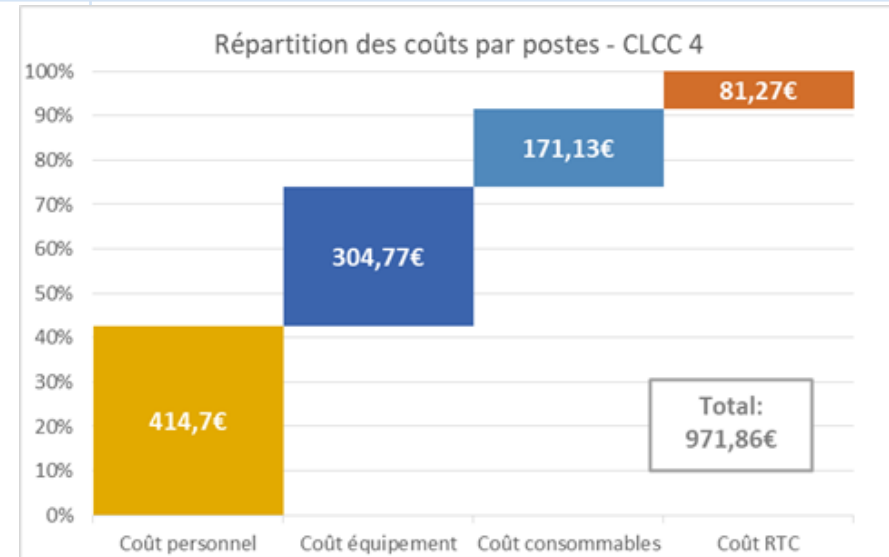
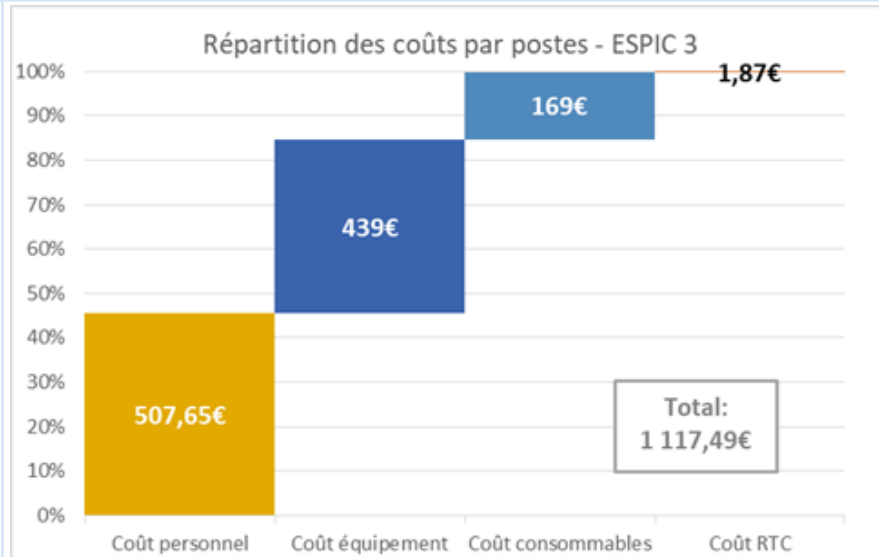
COMPARAISON ENTRE 2 ETABLISSEMENTS SUR LE MEME GESTE (tumorectomie avec ganglion sentinelle)

	ESPIC 3	CLCC 4
<i>Parcours</i>	11 professionnels / 11 lieux / 14 tâches	8 professionnels / 9 lieux / 24 tâches

- Un **parcours** dessiné dans l'établissement **quasi identique**
- Un **panel de professionnels similaire** et une intervention des aides-soignants et psychologue en ESPIC 3, non présentes pour le CLCC 4.
- **Même ordre de grandeur** et même répartition des coûts (personnel, équipement, consommables, RTC)

<i>Coût total</i>	1 117€	971€
-------------------	---------------	-------------

*Répartition
des coûts par
poste*



PROCHAINES ETAPES

- Publication du rapport sur les sites INCa et DGOS
- Communiqué de presse

Merci de votre attention

Annexes

Annexe 1 : 7 critères de l'AAP et évaluation de l'atteinte par les établissements

Critère n°1 : Développement du taux de CA

Critère n°2 : Démarche planifiée / concertée

Critère n°3 : Critères d'éligibilité formalisés

Critère n°4 : Chemin clinique de CA formalisé et un outil de gestion des risques

Critère n°5 : Outils de pilotage de l'activité

Critère n°6 : Parcours type du patient défini avec l'ensemble des acteurs, avec un objectif de prise en charge

Critère n°7 : Formalisation / évaluation des modalités d'information, d'éducation, d'accompagnement, et de recueil de la satisfaction du patient

Annexe 2 : les 9 protocoles en sénologie observés

Observations sur 9 protocoles:

- Pour les mastectomies partielles (P1 à P6) – 83% des séjours – l’ambulatoire ne génère **pas davantage de réhospitalisations que l’hospitalisation conventionnelle**
- Il n’est pas possible conclure formellement pour les mastectomies totales (P7 à P9), au vu des volumes plus faibles

Protocoles sénologie	Taux de réhospitalisation à 30 jours		Volume de patients (2018)		Taux de CA
	Ambu	HC	Ambu	HC	
P1 Tumoréctomie sans geste ganglionnaire sans repérage	3%	7%	1223	456	73%
P2 Tumoréctomie avec geste ganglionnaire sans lymphoscintigraphie sans repérage	5%	11%	411	285	59%
P3 Tumoréctomie avec geste ganglionnaire avec lymphoscintigraphie sans repérage	7%	11%	1704	838	67%
P4 Tumoréctomie sans geste ganglionnaire avec repérage	8%	5%	290	200	59%
P5 Tumoréctomie avec geste ganglionnaire sans lymphoscintigraphie avec repérage	4%	6%	191	196	49%
P6 Tumoréctomie avec geste ganglionnaire avec lymphoscintigraphie avec repérage	6%	6%	629	652	49%
P7 Mastectomie totale sans geste ganglionnaire	10%	4%	110	431	20%
P8 Mastectomie totale avec geste ganglionnaire avec lymphoscintigraphie	10%	9%	117	460	20%
P9 Mastectomie totale avec geste ganglionnaire sans lymphoscintigraphie	29%	10%	110	222	33%

Taux de réhospitalisation entre J0 et J30, toutes pathologies confondues, dans le même service (sénologie, 2018)