

# Cahier des Charges – Appel à Projets

---

## « Centres de référence parcours chirurgical optimisé »

### I. Contexte et enjeux

Dans le cadre du Plan Régional de Santé (PRS3) Île-de-France, l'optimisation des parcours chirurgicaux constitue un enjeu stratégique majeur pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, l'expérience des patients, et l'efficacité organisationnelle des établissements de santé. Cet appel à projets s'inscrit dans la continuité des actions déjà engagées par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France : accompagnement de la chirurgie ambulatoire, mise en place de l'Observatoire de la Chirurgie IDF (OC), mise en ligne d'outils notamment des tableaux de bord PMSI en collaboration avec l'OC, projet d'accompagnement de la mise en préhabilitation et retours d'expérience 2022-2024...

Les impacts attendus dans le cadre du présent appel à projets sont principalement :

- **Pour les patients** : la mise en œuvre stricte de protocoles de Réhabilitation Améliorée en Chirurgie (RAC), aussi connus sous le terme Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), réduit significativement la durée d'hospitalisation (-1,6 jour en moyenne en chirurgie colorectale<sup>1</sup>), les complications postopératoires (Odds Ratio 0,57<sup>1</sup>), les réadmissions précoces, et favorise un retour plus rapide à l'autonomie (PROMs et PREMs positifs). L'intégration des Unités Périopératoires Gériatriques (UPOG) ou des Unités Mobiles Gériatriques (UMG) pour les patients fragiles, ainsi que des Unités Périopératoires pour patients en situation de Handicap (UPOH), contribue à réduire la morbi-mortalité postopératoire<sup>2</sup>. La préhabilitation multimodale, comprenant des volets nutritionnels, physiques et psychologiques, et sociaux améliorent davantage la récupération fonctionnelle et le retour à domicile.
- **Pour les équipes chirurgicales et anesthésiques** : la standardisation des pratiques (préhabilitation, Patient Blood Management (PBM), analgésie multimodale), la tenue régulière de réunions pluridisciplinaires et la mise en place de formations structurées à la communication et à la gestion des risques renforcent la coopération interprofessionnelle et améliorent la qualité de vie au travail.
- **Pour les établissements de santé** : l'optimisation des parcours contribue à réduire les coûts liés aux complications et la consommation de ressources (durée de séjour,

---

<sup>1</sup> Varadhan KK, Neal KR, Dejong CHC, Fearon KCH, Ljungqvist O, Lobo DN. The Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Pathway for Major Elective Open Colorectal Surgery: Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Clin Nutr. 2010;29(4):434-440.

<sup>2</sup> Gustafsson UO, Opperstrup H, Thorell A. ERAS in Older Adults: Outcomes and Challenges. JAMA Surg. 2017;152(9):e171017.

transfusions...), améliorent l'attractivité médicale, libèrent des lits et renforcent la réputation qualité de la structure.

- **Pour les tutelles** : le présent appel à projets vise à créer un réseau régional de centres de référence, dont l'expérience servira de levier pour diffuser les bonnes pratiques ainsi que les recommandations de la HAS et des sociétés savantes à l'ensemble des établissements franciliens.

## II. Objectifs

L'Appel à projets vise à :

1. Accompagner un nombre restreint d'établissements de santé franciliens autorisés à la pratique chirurgicale dans la mise en œuvre d'un parcours chirurgical optimisé de bout en bout, intégrant les meilleures pratiques cliniques, organisationnelles et médico-sociales.
2. Attribuer éventuellement le label régional « Centre de Référence Parcours Chirurgical Optimisé », garant d'excellence et de reproductibilité.
3. Structurer une dynamique régionale par le partage des retours d'expérience, en vue d'un déploiement élargi dans les prochaines années.

**P.S** : Le numérique ne constitue pas un objectif en soi, mais sera mobilisé comme levier de soutien, en s'appuyant sur les outils existants (Dossier Patient Informatisé – DPI, solutions de télésurveillance...) tout en veillant à l'interopérabilité entre les logiciels utilisés.

## III. Modalités et contenu attendu des projets

Les établissements candidats devront décrire un parcours complet articulé autour des axes suivants :

- **Préopératoire renforcé** :
  - Admission à J0 : fluidification logistique et check-lists pluridisciplinaires.
  - Dépistage précoce des comorbidités via checklist gériatrique, diabète, insuffisance rénale, pollakiurie, etc.
  - Préhabilitation multimodale : nutrition, activité physique adaptée, sevrage tabagique, soutien psychologique, prise en charge de l'anxiété et des troubles psychiatriques.
  - Dépistage systématique de l'anémie (Hb <13 g/dL chez l'homme et 12 g/dl chez la femme) avec correction en Hôpital de Jour (fer intraveineux, érythropoïétine...) <sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Catarci T et al. Patient Blood Management in Major Digestive Surgery: Outcomes and Cost Impact. Journal of International Surgical Association (JISA). 2024;12(2):45-52.

- Lien systématique avec les Unités Périopératoires Gériatriques (UPOG) ou Unités Mobiles Gériatriques (UMG) pour les patients âgés ou fragiles, et Unités Périopératoires pour patients en situation de Handicap (UPOH), en interne ou via conventionnement avec un établissement de proximité.
- Lien avec les services de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), le centre de médecine physique et de réadaptation (MPR) et le centre d'addictologie, si besoin, pour anticiper les besoins postopératoires.
- Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) pour les cas complexes.
- Consultation éducative collective : rendre le patient acteur de sa santé, dans un but d'information, notamment dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.
- Coordination ville-hôpital : dossier de préadmission transmis au généraliste référent, avec protocole de suivi post-opératoire.
- **Périopératoire optimisé :**
  - Application des 3 piliers : optimisation de la masse sanguine, réduction des pertes, tolérance restrictive de l'anémie, ainsi que des mesures ciblées validées par les sociétés savantes (acide tranexamique, transfusion restrictive, techniques mini-invasives)<sup>345</sup>.
  - Protocole qualité bloc opératoire : prévention des infections, maîtrise thermique, traçabilité qualité, suivi des indicateurs (infectieux, transfusion, analyse des EIGs) et formation TeamSTEPPS).
  - Intégration des urgences : protocole de repérage précoce des patients devant bénéficier d'un parcours optimisé.
- **Postopératoire structuré :**
  - Mobilisation et réalimentation précoces.
  - Suivi de la douleur et analgésie multimodale combinée (opioïdes réduits, blocs locorégionaux, anti-inflammatoires).
  - Télésurveillance post-opératoire pour détecter précocement les complications : questionnaires à J7/J30 accessibles via DPI ou plateforme existante.
  - Coordination ville-hôpital : lettre de liaison systématique, articulation avec Programme d'Accompagnement au Retour à Domicile (PRADO), Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), Hospitalisation À Domicile (HAD), prestataires de santé à domicile (PSAD), l'hébergement temporaire non médicalisé (HTNM) selon le profil du patient...
  - Évaluation systématique : Patient Reported Outcome Measures (PROMs), Patient Reported Experience Measures (PREMs) et Clinical Reported Outcome Measures (CROMs).

---

<sup>4</sup> Haute Autorité de Santé. Gestion du capital sanguin en pré, per et post opératoire et en obstétrique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

<sup>5</sup> WHO : The urgent need to implement patient blood management: policy brief

- **Organisation et gouvernance :**
  - Pilotage assuré par un trinôme chirurgien, anesthésiste et cadre/infirmier de coordination.
  - Mutualisation des Équivalents Temps Plein (ETP) (gériatres, psychiatres, nutritionnistes, algologue/médecin de la douleur ou structures spécialisées douleur chronique (SDC), addictologue..).
  - Réunions pluridisciplinaires régulières, avec inclusion de gériatre, psychiatre, nutritionniste, MPR, addictologue... selon cas.
  - Recherche-action et contribution à la production scientifique régionale.
  - Lien étroit avec le service en charge de la qualité des soins avec définition des protocoles qualité des blocs opératoires.
  - Formations continues : ERAS, PBM, gestion de l'anémie, communication, sécurité bloc, triage des urgences...

#### IV. Engagements des établissements

Les établissements lauréats s'engagent à :

- Nommer un chef de projet dédié ;
- Suivre des indicateurs quantitatifs et qualitatifs : taux ambulatoire, durée de séjour, complications, transfusions, réhospitalisations, PROMs, PREMs et CROMs... ;
- Participer aux comités régionaux de suivi à M+6 et M+12
- Partager leurs protocoles lors d'une rencontre régionale de diffusion ;
- Intégrer la démarche dans la stratégie/projet médical de l'établissement ;
- Démarrer le projet en janvier 2026 au plus tard.

#### V. Budget et sélection

Les projets retenus par l'ARS dans le cadre de l'appel à projets bénéficieront d'une subvention d'un montant de 100 000 euros maximum par établissement, afin de financer :

- Du temps de coordination (budget non pérenne, relais attendu par l'ES à terme),
- La mise en place ou renforcement d'un HDJ préhabilitation et/ou PBM,
- Des formations spécifiques et vacations ponctuelles de praticiens experts,
- Des aménagements mineurs liés à la logistique du parcours.

Le comité de sélection, à l'étude du dossier de candidature, pourra proposer une attribution intégrale ou partielle du budget sollicité par la structure candidate.

Les propositions devront inclure un devis détaillé, indiquant les coûts prévisionnels détaillés.

## VI. Dossier de candidature

La candidature s'effectuera au travers du portail de démarches-simplifiées.fr, au lien suivant :

<https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/aap-centres-de-referenc-parcours-chirurgical-optimise-2025>

Le dossier de candidature devra comprendre les éléments suivants :

- La présentation de l'établissement en précisant la spécialité chirurgicale, les outils numériques existants, ainsi que l'organisation de ses blocs opératoires et de ses ressources professionnelles ;
- La description du projet incluant son titre et ses objectifs répondant à des enjeux ainsi qu'à des besoins identifiés via un diagnostic. Il convient de veiller à l'intégration de la RAC, la chirurgie ambulatoire et des admissions non programmées ;
- L'identification d'une équipe projet pluridisciplinaire, avec un référent et les éventuels partenaires internes et externes. Le projet doit être porté par, à minima, un binôme chirurgien-anesthésiste ou idéalement un trinôme cadre/infirmier de coordination ;
- Une analyse prévisionnelle de l'impact du projet avec les résultats attendus ;
- Le montant de l'aide attendue et son affectation ;
- Le plan détaillé de suivi et d'évaluation du projet.
- Les projets à pilotage centralisé, impliquant plusieurs sites au sein d'un même GHU/GHT/groupe privé, sont fortement encouragés.

## VII. Calendrier indicatif

- Date de publication de l'AAP : 1<sup>er</sup> septembre 2025 ;
- Date limite de soumission du dossier de candidature : 17 octobre 2025 ;
- Notification des résultats : début novembre 2025

## VIII. Évaluation et labellisation

Les projets seront évalués à 6 et 12 mois de leur démarrage, par le comité régional sur la base des indicateurs précités. Le label régional sera attribué aux établissements ayant démontré un engagement fort, des résultats tangibles et une capacité de diffusion régionale.