

# **Avis du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet d'expérimentation de PAiement d'un Parcours coordonné pour une correction de la Dénutrition pré-Opératoire des Patients (PAP-DOP)**

**Octobre 2020**

Le comité technique de l'innovation a été saisi pour avis le 25 septembre 2020 sur le projet de cahier des charges relatif à l'expérimentation **PAP-DOP** portée par l'Association Alliance Voltaire.

Après une première version lettre d'intention transmise en Juillet 2019, le projet a fait l'objet d'une session d'accélérateur le 16 octobre 2019 suivie de nombreux échanges avec le porteur. Le comité technique a examiné le projet de cahier des charges lors de ses séances du 29 septembre 2019 et 25 août 2020, il a rendu un avis le 30 octobre 2020.

La dénutrition des patients opérés conduit à des complications postopératoires dans 20 à 50% des cas.<sup>1</sup> Elle est associée à un risque significativement accru de morbi-mortalité. Un malade dénutri a quatre fois plus de risques de faire une complication infectieuse. Ceci conduit à une augmentation de la durée de séjour hospitalier et/ou à des ré-hospitalisations évitables avec des lourdes conséquences pour la santé des patients. En complément, la dénutrition peut conduire à une perte de chance dans la poursuite de traitements. D'un point de vue médico-économique, il existe actuellement des codes spécifiques, fonction de la gravité de la dénutrition, qui complètent le Groupe Homogène de Malades (GHM) et qui aboutit à financer les complications per-opératoires constatées sans inciter *de facto* à leur prévention. Or, de nombreux travaux montrent qu'un support nutritionnel préopératoire (pouvant aller du conseil diététique individualisé réalisé par un diététicien-nutritionniste à la mise en route d'une nutrition artificielle, entérale ou parentérale), même de courte durée, évite la survenue de complications per et post-opératoires. Par voie de conséquence, le défaut de prévention de la dénutrition en amont de la chirurgie, qui peut être considéré comme une pratique non pertinente, génère un financement évitable et un surcoût pour l'Assurance Maladie. Les raisons en sont multiples mais centrées principalement sur des problèmes organisationnels, liés à une coordination encore insuffisante entre la médecine hospitalière et la médecine de ville ainsi qu'à la non-reconnaissance tarifaire d'actes préventifs.

## **Objet de l'expérimentation**

Le projet d'expérimentation consiste à revoir cette approche en incitant financièrement les professionnels et les organisations de santé à une prévention et une prise en charge de la dénutrition en amont et en suivi de l'hospitalisation du patient afin d'améliorer les résultats de la chirurgie. Il suit les recommandations émises sur le sujet en particulier de la part de la HAS, en proposant un « Parcours nutritionnel ». La coordination entre les professionnels de santé en ville et les établissements de santé Hôpital est au centre du dispositif proposé.

## **Recevabilité du projet au titre de l'article 51**

### *Finalité organisationnelle*

Le projet soumis est recevable en ce qu'il réside essentiellement dans l'organisation d'un Parcours Coordonné du Patient ainsi que de la coopération des Professionnels de Santé exerçant en ville et à l'hôpital.

---

<sup>1</sup> HAS / Service des recommandations professionnelles / Avril 2007 - Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée

### *Dérogation*

Le projet soumis est recevable en ce qu'il déroge aux articles L.160-8 1°, 2° et 6°, L162-1-7 et L.162-22-10 du code de la sécurité sociale.

### **Détermination de la portée de l'expérimentation proposée**

Le champ d'application de l'expérimentation proposée est de portée nationale. Il s'applique à 3 régions (Ile-de-France, Pays de la Loire, PACA) avec 4 établissements de santé (CHU de Nantes, CHU de Nice, CLCC Hôpital Gustave Roussy, et Institut mutualiste Montsouris).

### **Modalités de financement du projet**

Le financement de cette expérimentation repose sur un modèle innovant combinant une part fixe à la séquence de soins pré et post opératoire (« Forfait parcours nutritionnel ») et une part variable basée sur les économies générées par la mise en place du programme (« Performance »). Le « Forfait parcours nutritionnel (FPN) » à vocation préventive est fixé à 250€ par patient et a pour vocation de couvrir l'ensemble des surcoûts associés à la réalisation systématique :

- du bilan nutritionnel préopératoire
- du programme de renutrition
- du suivi nutritionnel post-opératoire (30 jours).

La part variable vise à inciter les établissements à proposer un programme de prévention plutôt que de coder des comorbidités associées au séjour et pallier ainsi aux biais du modèle de financement actuel des établissements de santé. Elle est calculée à partir des données PMSI sur la base des économies générées par une diminution de la durée moyenne de séjour (DMS) et une baisse du niveau de sévérité du GHM.

Compte tenu du caractère incertain du montant des économies générées et pour sécuriser les financements liés à cet intéressement, il est fixé un montant plancher moyen par patient de 30€ et un montant plafond de 1 000€ pour chaque patient dénutri bénéficiaire du programme.

En fonction des économies générées, le Financement dérogatoire via le FISS est compris entre 224 000€ (hypothèse min) et 1M€ (hypothèse max) pour la durée totale de l'expérimentation pour une file active estimée à 800 patients pour l'ensemble des 4 établissements pilotes. Cette somme est répartie à l'identique pour les années 2021 et 2022, soit 112 000€/an (hypothèse min) et 500 000€/an (hypothèse max).

Un financement complémentaire au titre des frais d'amorçage et d'ingénierie est prévu (gestion des données, formation, gestions de projet, coordination). Celui-ci s'élève à 400 000 euros pour la période totale de l'expérimentation et pour les 4 établissements de santé correspondant pour l'année 2020 à 100 000€ et à 150 000€ pour les années 2021 et 2022.

### **Durée de l'expérimentation**

La durée de l'expérimentation est de 2 ans à compter de la date d'inclusion du 1<sup>er</sup> patient.

### **Modalités d'évaluation**

L'évaluation est réalisée sous la responsabilité de la DREES et de la CNAM.

La durée d'expérimentation est suffisante pour permettre d'observer les effets attendus.

Les objectifs de l'expérimentation sont définis explicitement en ce qu'ils consistent à améliorer la détection, la prise en charge et la prévention de la dénutrition pour des patients pour lesquels une

intervention chirurgicale est programmée, l'objectif *in fine* étant d'améliorer l'efficacité de la chirurgie et de réduire les complications et risques associés.

L'évaluation cherchera notamment à répondre aux questions suivantes :

Concernant l'opérationnalité et la faisabilité du dispositif : l'évaluation s'attachera à décrire la façon dont le parcours de prise en charge se met en place, à évaluer le respect du processus de prise en charge prévu par le porteur de projet, à évaluer la montée en charge du dispositif et à décrire les processus de coordination qui se mettent en place notamment entre la ville et l'hôpital.

Concernant l'efficacité du dispositif : l'évaluation cherchera notamment à mesurer l'atteinte des principaux objectifs de l'expérimentation, à savoir la réduction de la durée moyenne de séjour des patients inclus à l'hôpital et la réduction du taux de ré-hospitalisations à court terme des patients. Concernant l'efficience du dispositif : les principaux gains attendus concernent les deux indicateurs d'efficacité mentionnés plus haut (réduction de la durée moyenne de séjour et réduction des ré-hospitalisations), ainsi que la réduction du taux de patients codés en CMA dénutrition lors de leur prise en charge chirurgicale.

Concernant le critère de reproductibilité, l'évaluation s'attachera à mettre en évidence les facteurs clé de réussite du dispositif, ainsi que les adaptations à prévoir pour une transposition du dispositif à d'autres territoires et à plus grande échelle.

Pour ce faire, l'évaluation reposera en particulier sur un volet qualitatif (enquêtes, entretiens, focus groupes), ainsi qu'un volet quantitatif incluant une comparaison à un groupe témoin construit à partir de données issues du SNDS.

#### **Avis sur le projet d'expérimentation :**

- *Faisabilité opérationnelle* : Etant donné les atouts de l'association Alliance Voltaire en charge du pilotage de l'expérimentation ainsi que la mobilisation de nombreux partenaires dans le projet, l'expérimentation proposée apparaît opérationnelle dans les délais proposés et dans les 4 établissements pilotes.
- *Caractère efficient* : au-delà de critères purement qualitatifs au bénéfice du patient opéré, cette expérimentation a un effet direct sur les dépenses hospitalières avec une diminution de la durée de séjour et une baisse du codage des CMA attendue. Lors de l'intervention du Pr Luc Cynober en 2015, intitulée « Conséquences médico-économiques de la dénutrition à l'hôpital », celui-ci indiquait que la dénutrition majore le coût de l'hospitalisation de plus de 1000€ par séjour.
- *Caractère innovant* : le projet permet d'expérimenter un parcours innovant coordonné du patient entre la ville et l'hôpital visant à mesurer, prévenir, agir sur la dénutrition des personnes opérées la dénutrition des personnes opérées, afin d'éviter les complications évitables et les surcoûts associés. Il permet également de tester un modèle de financement innovant avec une part du financement qui est directement lié à la performance du parcours mis en place.
- *Reproductibilité* : l'expérimentation s'appuie sur une organisation reproductible et un modèle de financement testé également dans d'autres expérimentations.

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique émet un avis favorable à l'autorisation de l'expérimentation par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale dans les conditions précisées par le cahier des charges.

#### **Pour le comité technique**

Natacha Lemaire

Rapporteuse Générale