

**Avis du Comité technique de l'innovation en santé et du Conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS) sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation
« Paiement d'un Parcours coordonné pour une correction de la Dénutrition pré OPératoire des patients (PAP DOP) »**

Février 2024

Le comité technique de l'innovation en santé est saisi pour avis sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation PAP DOP portée par l'association Alliance Voltaire. L'expérimentation a été autorisée par arrêté du 8 décembre 2020, publié au Journal Officiel, le 17 décembre 2020.

Après examen du rapport d'évaluation et des différents documents à disposition, le comité technique a rendu son avis le 21 décembre 2023.

Contexte

La dénutrition des patients opérés conduit à des complications postopératoires dans 20 à 50% des cas.¹ 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 aboutissent 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

L'expérimentation a pour objet de développer un parcours nutritionnel péri opératoire en incitant financièrement les professionnels et les organisations de santé à une démarche proactive de la prise en charge de la dénutrition en amont et en suivi de l'hospitalisation du patient afin de diminuer les complications post opératoires et améliorer la récupération post opératoire des patients. Elle 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.

Dérogations mobilisées

L'expérimentation a nécessité de mobiliser les dérogations aux articles L.160-8 1°, 2° et 6°, L162-1-7 et L.162-22-10 du code de la sécurité sociale pour permettre un financement par forfait des professionnels non conventionnés (diététicienne), des professionnels conventionnés (médecin traitant, infirmière libérale, prestataire de services) et des établissements de santé.

Champ d'application

Elle s'applique à 3 régions (Ile-de-France, Pays de la Loire, PACA) avec 4 établissements de santé pilotes (CHU de Nantes, CHU de Nice, CLCC Hôpital Gustave Roussy, et Institut mutualiste Montsouris).

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

Durée (prévue et effective) de l'expérimentation

La durée de l'expérimentation initiale et effective est de 24 mois après la première inclusion du patient.

Population cible, professionnels et structures impliqués

Population cible : Tout patient pour lequel une intervention chirurgicale est programmée et pour lequel aucun support nutritionnel n'a été mis en place avant la décision chirurgicale.

Critères d'inclusion :

- 1) Intervention chirurgicale en chirurgie carcinologique digestive, chirurgie carcinologique gynécologique et chirurgie vasculaire
- 2) Diagnostic d'une dénutrition légère ou modérée ayant fait l'objet d'une prescription de renutrition.

Montée en charge des inclusions

L'effectif cible était de 800 patients, le nombre de patients inclus est de 54 patients, 47 d'entre eux ont fait l'objet d'une facturation au titre des prestations dérogatoires pour un montant de 12 000€. Cette montée en charge s'explique pour partie par la mobilisation tardive d'un des établissements expérimentateurs début 2023, une mobilisation inégale des professionnels dans ces établissements, un dépistage peu efficient des patients éligibles à un programme PAP DOP avec des modalités d'inclusion différentes d'un établissement à un autre avec notamment la mobilisation par un seul établissement de diététiciens libéraux pour le suivi pré et post opératoire.

Structures impliquées

CHU de Nantes, CHU de Nice, CLCC Hôpital Gustave Roussy, et Institut mutualiste Montsouris

Professionnels impliqués

- Anesthésistes réanimateurs
- Chirurgiens
- Diététiciens
- Infirmiers de coordination
- Infirmiers libéraux
- Médecins spécialistes
- Nutritionnistes
- Prestataires de service

Modèle testé

Modèle organisation/parcours de soins

Le parcours coordonné du patient doit permettre la détection et la prise en charge de la dénutrition lorsqu'elle a été établie. Composé de trois étapes, il est basé sur un suivi hospitalier et un suivi en ville.

Il débute par un bilan nutritionnel en amont de l'hospitalisation pour l'intervention chirurgicale, trois options d'adressage du patient ont été identifiées. Dès que la décision d'intervention chirurgicale est prise, (1) le médecin traitant ou gériatre en fonction du profil du patient peut réaliser ou prescrire un bilan nutritionnel en première intention. (2) Si le bilan ne peut être réalisé par le MT ou gériatre, ce bilan peut être prescrit par le chirurgien. Enfin, en dernier recours (3) le bilan peut être réalisé ou prescrit lors de sa consultation d'anesthésie.

Une fois le bilan nutritionnel réalisé, et si une dénutrition est avérée, le diététicien adresse le patient dénutri au médecin nutritionniste ou au MT, qui décide des mesures correctives et prescrit un programme de nutrition adapté, en fonction du grade de la dénutrition, des goûts et des conditions de vie du patient ainsi que des risques encourus. Une sensibilisation des professionnels est réalisée pour

s'assurer de la bonne observance, de l'implication du patient et de l'engagement des accompagnants (famille, aide à domicile...).

Un suivi rigoureux est mis en place avec un dispositif adapté au patient (support d'information, système de recueil des données sous forme de cahier ou si possible d'application, système d'alerte). Ce dispositif est piloté et suivi par une infirmière ou diététicienne de coordination, qui s'assure du bon suivi et de l'observance du programme. Pendant l'hospitalisation, les recommandations nutritionnelles émises ou prescrites en amont sont poursuivies par les équipes hospitalières. Un suivi des recommandations nutritionnelles prescrites par l'équipe hospitalière et relayées aux équipes de soins de ville est mis en place après l'intervention chirurgicale.

Modèle de financement

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 au 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) d'une part et une baisse du niveau de sévérité du GHM d'autre part. Compte tenu du caractère aléatoire 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 1000 € pour chaque patient dénutri bénéficiaire du programme.

Budget

Coût de l'expérimentation

| | Budget prévisionnel maximal autorisé | Budget consommé |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------|
| Financement dérogatoire (FISS) | 1 000 000€ | 12 750€* |
| Crédits d'amorçage et d'ingénierie (FISS) | 400 000€ | 391 787€ |
| Total | 1 400 000€ | 404 537€ |

***Au 5/11/23**

NB : en fonction des économies générées, le financement dérogatoire via le FISS était compris entre 224 000€ (hypothèse minimale) et 1 000 000€ (hypothèse maximale) pour la durée totale de l'expérimentation pour une file active estimée à 800 patients pour l'ensemble des 4 établissements.

Principaux résultats d'évaluation

Rappel des questions évaluatives

Déclinant les trois grands critères du cadre général de l'évaluation des expérimentations article 51 (faisabilité, efficacité/efficience et reproductibilité), les travaux sur l'expérimentation ont cherché :

- 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 expliquer pourquoi malgré les modifications apportées, l'expérimentation n'a pas pu se mettre en place et inclure plus de patients,

- à identifier les grands enseignements tirés par les porteurs et les professionnels de santé sur l'expérimentation pouvant servir à d'autres expérimentations.

Des difficultés de montée en charge

L'expérimentation PAP DOP a eu du mal à déployer le parcours nutritionnel dans un contexte de post crise sanitaire (surcharge de travail, turnover des professionnels au sein des établissements et notamment des équipes de direction) et à intégrer un nombre suffisant de patients. Le taux d'inclusion réalisé par rapport au prévisionnel est de 6,75% avec 54 patients inclus au 5 septembre 2023. Sur les 4 établissements, seuls 3 établissements ont inclus des patients sur la durée totale de l'expérimentation. Le 4^{ième} établissement a démarré l'expérimentation en 2023 du fait de changement de direction, le démarrage au sein de cet établissement a été compliqué par un turnover également au sein des équipes impliquées dans l'expérimentation.

Des difficultés de mise en œuvre

Les établissements avaient la liberté d'organiser le parcours à partir du socle commun. Un seul établissement a mis en place le parcours ville hôpital en mobilisant les diététiciens en ville et les prestataires de service.

Le recrutement des patients s'est avéré particulièrement complexe en raison d'une adhésion des professionnels variable d'un établissement à un autre, d'un manque de mobilisation des professionnels dans les établissements, du nombre limité d'opportunités pour faire le screening des patients. Les porteurs ont recherché à diversifier les portes d'entrée pour *screeener* les patients en mobilisant plusieurs anesthésistes et des professionnels autres que les infirmiers Réhabilitation Améliorée Après la Chirurgie mais les organisations au sein des établissements n'ont pas évolué.

Selon les professionnels, les diététiciens ont manqué de légitimité pour porter le projet en l'absence de la reconnaissance de leur rôle par les équipes hospitalières.

Selon les porteurs, les recommandations de la Haute Autorité de Santé sur la dénutrition publiées en 2021 ont impacté le projet en modifiant les critères de sévérité de la dénutrition, une partie des patients éligibles initialement au parcours PAP DOP en étaient exclus avec les nouveaux critères. Une modification des critères d'inclusion a été proposée par les porteurs pour compenser l'impact des recommandations HAS, elle visait à inclure des patients à risque de dénutrition. Cette évolution n'a pas été validée par le Comité technique de l'innovation en santé.

Des faiblesses dans la gouvernance du projet

Des difficultés ont été rencontrées dans la gouvernance de ce projet. Selon les professionnels, le projet a été écrit par un groupe de professionnels composés de médecins, économistes et méthodologistes sans associer les équipes des établissements. De plus, l'absence de communication, un certain immobilisme dans le pilotage et la gouvernance de l'expérimentation n'ont pas permis de faire aboutir les réflexions initiées pour élargir les critères d'inclusion et diversifier les portes d'entrée pour *screeener* les patients. De même, au sein des établissements, l'expérimentation devait être portée par 4 professionnels (membre de direction, médecin nutritionniste, diététicien, médecin de l'information médicale), ce pilotage n'a pas pu être mis en place par manque de temps dédié.

Un parcours pertinent

Malgré les difficultés, les professionnels s'accordent sur la pertinence du parcours et le bénéfice apporté au patient. L'expérimentation a permis de réaliser 419 bilans nutritionnels, seuls 54 patients correspondant aux critères d'inclusion (dénutrition légère ou modérée) ont été inclus.

Conclusions

- *Faisabilité opérationnelle* : l'évaluation a mis en évidence que les modalités de dépistage des patients à risque de dénutrition péri opératoire mises en œuvre dans le cahier des charges PAP DOP autorisé en décembre 2020 étaient peu opérantes. Le rôle des diététiciens a été peu valorisé par les équipes hospitalières et les portes d'entrée pour dépister la dénutrition n'ont pas toutes été explorées. La mobilisation des professionnels exerçant en ville, pilier essentiel de ce projet, a été réalisée par un seul établissement qui a mis en place un partenariat avec les diététiciens et des prestataires de service. L'organisation pose question quant à son ancrage dans le parcours de soins et sur la temporalité du bilan nutritionnel et le rôle des diététiciens.
Les **récents changements des critères de diagnostic de la dénutrition** (recommandations HAS de novembre 2021), ont impactés l'expérimentation, une grande partie des patients qui auraient pu être inclus dans PAP DOP se sont retrouvés exclus.
- *Caractère efficient* : le caractère efficient de cette expérimentation n'a pu être évalué en raison du faible taux d'inclusion. Cependant les bénéfices générés par le parcours PAP DOP sont principalement l'observation d'une stabilisation du poids des patients et la sensibilisation des patients.
- *Reproductibilité* : la généralisation de ce parcours ne pourrait s'envisager sans une réflexion approfondie du rôle de chaque acteur et de la place du dépistage nutritionnel dans le parcours. L'évaluation met en évidence que l'expérimentation nécessite une co-construction avec les équipes hospitalières et de médecine de ville, que l'organisation est difficilement reproductible en l'absence de modalités de mise en œuvre précises sur le dépistage des patients à risque de dénutrition pré opératoire et de la nécessaire reconnaissance du rôle des diététiciens.

Recommandation du CTIS pour la suite à donner à l'expérimentation

L'expérimentation PAP DOP n'apporte pas aujourd'hui une réponse satisfaisante sur les conditions d'implantation d'un parcours nutritionnel péri opératoire et ne permet pas de mesurer les résultats d'une démarche préventive sur la dénutrition. Néanmoins, les professionnels confirment la pertinence de ce parcours pour diminuer les complications post opératoires et améliorer la réhabilitation des patients en post opératoire. Cette observation est identique à celles qui ont été observées et évaluées dans les programmes de réhabilitation améliorée après la chirurgie.

L'enseignement principal de cette expérimentation est que le positionnement de l'équipe nutritionniste (médecin nutritionniste et diététicien) doit être renforcé auprès des équipes dans le cadre d'une démarche préventive de la dénutrition.

Les évolutions à envisager sont en premier lieu de traiter la question des critères d'inclusion des patients à risque de dénutrition. Ceci pour assurer une adéquation entre la mobilisation des équipes soignantes et le risque de complications post opératoires. En second lieu, l'évaluation nutritionnelle des patients en amont de l'intervention doit être systématisée dès la décision d'une intervention chirurgicale, les modalités de mise en œuvre de cette évaluation devront être définies en fonction des organisations propres à chaque équipe. Enfin, le suivi nutritionnel devra être organisé avec la médecine de ville.

Le modèle économique reposant sur un forfait à la séquence et un intéressement aux économies générées n'a pas été fonctionnel et ne peut pas à ce stade être évalué.

Recommandations du CSIS sur la suite à donner à l'expérimentation

Le conseil stratégique souligne l'échec opérationnel de l'expérimentation malgré la pertinence et les besoins évidents de prévenir la dénutrition en phase pré opératoire. Il précise que le dépistage de la dénutrition a pu être systématisé dans le cadre de l'expérimentation Episode de Soins pour colectomie du cancer, notamment par la mise en lien de l'infirmière de coordination avec les autres PS, ce qui est encourageant et peut inspirer en termes d'approche.

In fine, les conclusions de l'avis du comité technique sont suivies par l'ensemble des membres du conseil stratégique de l'innovation en santé dont six formellement exprimés. Le conseil stratégique émet également un avis défavorable à la généralisation du modèle de l'expérimentation « PAiement d'un Parcours coordonné pour une correction de la Dénutrition pré OPératoire des patients (PAP DOP).

Pour le comité technique et le conseil stratégique de l'innovation en santé

Natacha Lemaire
Rapporteure Générale

ANNEXE

CNOM

Le CNOM prend note de l'avis défavorable du CTIS à la généralisation de l'expérimentation

DG ARS

L'apport de cette prise en charge est indéniable. La mise en œuvre s'est heurtée à plusieurs difficultés. Le calendrier de l'évolution des recommandations de la HAS s'est heurté avec celui de l'expérimentation.

Le déroulé de cette expérimentation sur un temps court montre la fragilité d'une expérimentation avec une gouvernance non en prise directe avec le terrain qui n'a pas permis la mobilisation adéquate des expérimentateurs. En termes de processus, la mobilisation tardive et relative des établissements, en particulier dans la mise en place d'un réel parcours ville-hôpital, et une mobilisation difficile des équipes, le manque de représentants de professionnels de ville dans le projet n'ont pas permis une implication insuffisamment synergique des expérimentateurs

Au-delà des inclusions, le nombre de patients ayant fait l'objet d'un bilan nutritionnel est faible sur deux ans.

Il serait intéressant de croiser avec les résultats obtenus dans l'expérimentation Episode de soins-colectomie pour cancer (19 ES concernés) concernant l'indicateur de dépistage et de correction de la dénutrition, à vérifier si possible selon le recueil de la sévérité de la dénutrition, ou les résultats de l'expérimentation de Nutriker en Bretagne. Le dépistage a ainsi pu être systématisé dans le cadre d'EDS, notamment par la mise en lien de l'IDEC avec les autres PS, ce qui est encourageant et peut inspirer en termes de méthodologie.

France Assos Santé

Echec opérationnel de l'expérimentation malgré la pertinence de l'indication.

Pallier préventivement la dénutrition devrait faire partie d'un standard de soins.

La question de l'intégration des diététiciennes vis-à-vis des équipes hospitalières est intéressante à souligner.

Avis défavorable

HAS

La HAS suit l'avis défavorable du comité technique relatif à l'opportunité de généraliser cette expérimentation en l'état

MSA

Avis défavorable

UNPS

L'UNPS soutient l'avis du CTIS qui est défavorable à la généralisation de l'expérimentation PAP DOP