

Expérimentation ART51 PAP DOP
Païement d'un parcours coordonné pour
une correction de la dénutrition per-
opérateur des patients

RAPPORT d'évaluation finale

Réalisé par CEMKA

43, boulevard du Maréchal Joffre
92340 Bourg-La-Reine, France

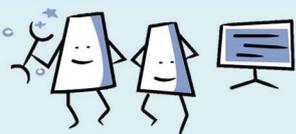
Référent(s) : CEMKA : laurene.courouve@cemka.fr
anne.duburcq@cemka.fr

RAPPORT VF – 14/12/2023



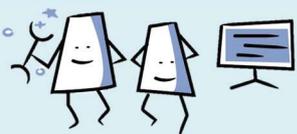
SOMMAIRE

1.	Contexte et méthodologie	4
1.1.	Rappel du contexte de la demande	4
1.2.	Méthodologie	4
2.	L'expérimentation PAP-DOP	4
2.1.	Rappel des objectifs de l'expérimentation	4
2.2.	Organisation/ fonctionnement du dispositif initialement prévu	5
2.3.	Le budget de l'expérimentation	6
2.4.	Rappel des évènements clés de l'expérimentation	6
3.	Evaluation intermédiaire (Juillet 2022).....	6
3.1.	Méthode	6
3.2.	Synthèse des résultats	7
4.	Evaluation Finale (Juillet 2023).....	9
4.1.	Pourquoi malgré les modifications apportées, le projet n'a pas pu se mettre en place et inclure plus de patients ?	9
4.2.	Quel est le bilan en termes de nombre de patients réellement inclus ?.....	11
4.3.	Quels sont les grands enseignements tirés par les porteurs et les professionnels de santé sur leur projet pouvant servir aux autres expérimentations ?	13
4.4.	Autres messages ou points d'intérêt	14
5.	Conclusion de l'évaluateur	15
6.	Annexe : Fiche signalétique du projet PAP DOP.....	16



Liste des abréviations

CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLAN	Comité de Liaison Alimentation et Nutrition des établissements de santé
DIM	Département de l'Information Médicale
HAS	Haute Autorité de Santé
IMM	Institut Mutualiste Montsouris
IGR	Institut Gustave Roussy
RAAC	Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie
SI	Système d'Information
UTNC	Unité Transversale de Nutrition Clinique



1. CONTEXTE ET METHODOLOGIE

1.1. Rappel du contexte de la demande

L'expérimentation portée par l'Alliance Voltaire avait été autorisée en décembre 2020 pour une durée de 2 ans à compter de la première inclusion. Comme de nombreuses expérimentations, le projet a été fortement impacté par la crise sanitaire, entraînant un retard dans sa mise en œuvre (environ 6 mois).

A mi-parcours, le rapport d'évaluation a fait état de nombreuses difficultés dans la mise en œuvre opérationnelle de l'expérimentation. Seuls 3 établissements sur les 4 initialement prévus avaient démarré le projet et le nombre d'inclusions était bien en deçà du prévisionnel.

Face aux difficultés rencontrées, les porteurs de l'expérimentation avaient initié une réflexion et des échanges pour augmenter les inclusions. Face aux constats et remarques soulevées dans le rapport intermédiaire, ils avaient initié une révision du cahier des charges afin de permettre notamment une révision des critères d'inclusion. La demande de révision ayant été rejetée, l'expérimentation s'arrêtera comme prévu en janvier 2024. La CELEVAL a souhaité dans ce contexte la réalisation d'un rapport d'évaluation finale moins ambitieux qu'initialement prévu.

Le rapport d'évaluation finale souhaité par la CELEVAL vise à répondre aux questions suivantes :

1. Pourquoi malgré les modifications apportées, le projet n'a pas pu se mettre en place et inclure plus de patients ?
2. Quel est le bilan en termes de nombre de patients réellement inclus (déjà facturés ou non) ?
3. Quels sont les grands enseignements tirés par les porteurs et les professionnels de santé sur leur projet pouvant servir aux autres expérimentations ?
4. Autres messages ou points d'intérêt.

1.2. Méthodologie de l'évaluation finale

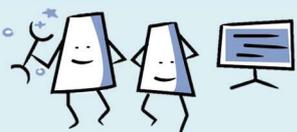
Afin de répondre à cette demande, CEMKA a réalisé :

- ⇒ Un entretien auprès des porteurs du projet ;
- ⇒ 10 entretiens auprès des professionnels hospitaliers impliqués dans la gouvernance du projet, le pilotage opérationnel et dans la prise en charge des patients ;
- ⇒ Une mise en perspective de l'ensemble des éléments recueillis tout au long de la mission d'évaluation.

2. L'EXPERIMENTATION PAP-DOP

2.1. Rappel des objectifs de l'expérimentation

L'expérimentation PAP DOP s'adressait à toutes les personnes pour lesquelles une intervention chirurgicale avait été programmée, et pour lesquelles aucun support nutritionnel n'avait été mis en



place avant la décision chirurgicale. Les patients souffrant d'une dénutrition sévère et/ou nécessitant une nutrition parentérale n'étaient pas la cible de l'expérimentation.

L'objectif principal de l'expérimentation était de réduire les complications post-opératoires liées à la dénutrition des patients, de ce fait de réduire la durée d'hospitalisation des patients, les réhospitalisations liées à des complications et les recours au codage hospitalier de la dénutrition.

Les objectifs opérationnels étaient :

- ⇒ D'améliorer la détection et la prise en charge de la dénutrition en amont et en aval de l'hospitalisation (bilan nutritionnel automatique, correction de la dénutrition, ...)
- ⇒ De réduire les complications post-opératoires liées à la dénutrition des patients ;
- ⇒ D'améliorer le partage d'informations et la coopération des professionnels exerçant en ville et à l'hôpital (plateforme de suivi collaborative, sensibilisation des professionnels libéraux, ...)
- ⇒ D'améliorer les connaissances des patients et de l'entourage afin de favoriser une meilleure observance (sensibilisation des patients) ;
- ⇒ D'évaluer la valeur-ajoutée en termes de qualité des soins et de réduction des coûts de la mise en place d'une incitation financière (forfait) favorisant un parcours coordonné du patient entre la ville et l'hôpital visant à mesurer, prévenir et agir sur la dénutrition des personnes opérées, afin d'éviter les complications évitables et les surcoûts associés.

2.2. Organisation/ fonctionnement du dispositif initialement prévu

Au total, 4 établissements de santé participaient à l'expérimentation : l'Institut Mutualiste Montsouris de Paris (IMM), le CHU de Nantes, le CHU de Nice et l'Institut Gustave Roussy à Villejuif (IGR).

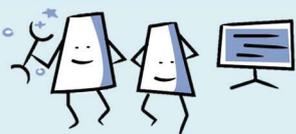
L'expérimentation PAP DOP repose sur la réalisation d'un parcours coordonné en 3 étapes permettant la détection et la prise en charge de la dénutrition au décours d'une intervention chirurgicale. Il repose notamment sur la réalisation systématique d'un bilan nutritionnel avant l'intervention chirurgicale, permettant d'évaluer et de corriger l'état nutritionnel du patient avant de planifier son intervention.

✓ ÉTAPE 1 : LE BILAN NUTRITIONNEL (avant l'hospitalisation)

Ce diagnostic de la dénutrition s'appuie sur les recommandations de la HAS. Le bilan est réalisé par un professionnel expert (diététicien-nutritionniste ou médecins nutritionniste). Il peut être prescrit à trois moments différents :

- Dès que la décision de l'intervention chirurgicale était prise, une prescription pour un bilan nutritionnel peut être émise par le médecin traitant, le médecin spécialiste ou le gériatre. Le bilan peut donc être réalisé en ambulatoire.
- Si le bilan n'avait pas été réalisé, le chirurgien a la possibilité de le prescrire lors de la première consultation avec le patient.
- En dernier recours le bilan nutritionnel peut être prescrit lors de la consultation anesthésiste.

✓ ÉTAPE 2 : LA PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION (si diagnostic avéré)



Une fois le bilan nutritionnel réalisé, et si une dénutrition est avérée, le diététicien adresse le patient dénutri au médecin nutritionniste ou au médecin traitant 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.

✓ ÉTAPE 3 : LE SUIVI NUTRITIONNEL (après l'hospitalisation)

Pendant l'hospitalisation, les recommandations nutritionnelles émises ou prescrites en amont par les professionnels de santé en ville, sont suivies par les équipes hospitalières. De même, en sortie d'hospitalisation, les recommandations nutritionnelles prescrites par l'équipe hospitalière sont relayées et suivies en ville. Il s'agissait d'assurer la continuité des soins pour le patient entre la ville et l'hôpital de façon cohérente et organisée.

2.3. Le budget de l'expérimentation

L'expérimentation PAP DOP bénéficiait d'un budget de 400 000 euros pour l'amorçage et l'ingénierie du projet (FIR), dont 40 000 euros pour la gestion des données, 20 000 euros pour la formation, 240 000 euros pour la gestion de projet et 100 000 euros pour la coordination.

En fonction des économies générées, le financement dérogatoire via le FISS était 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.

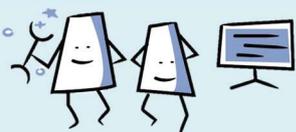
2.4. Rappel des événements clés de l'expérimentation

- ⇒ Expérimentation agréée en décembre 2020 pour une durée de 2 ans à compter de l'inclusion du 1^{er} patient ;
- ⇒ 2 juillet 2021 : Séance d'accélérateur d'appui à la mise en œuvre de l'expérimentation (mise en garde sur le retard pris) ;
- ⇒ 5 janvier 2022 : 1^{ère} inclusion à l'Institut Mutualiste Montsouris (IMM) ;
- ⇒ Juillet 2022 : évaluation intermédiaire de l'expérimentation ;
- ⇒ Mai 2023 : rejet du CTIS de la révision du cahier des charges ;
- ⇒ Juin-juillet 2023 : évaluation finale de l'expérimentation.

3. EVALUATION INTERMEDIAIRE (JUILLET 2022)

3.1. Méthode de l'évaluation intermédiaire

L'évaluation intermédiaire a été réalisée 7 mois après le début des inclusions effectives des patients dans le parcours PAP DOP. Elle visait principalement à répondre à la question évaluative suivante « Dans quelle mesure les acteurs sont-ils en capacité de mettre en place et de faire fonctionner le dispositif « PAP DOP » sur les différents axes envisagés » et aux sous-questions évaluatives afférentes (cf. protocole d'évaluation).



Elle fournissait ainsi des premiers éléments de réponse sur la faisabilité et l'opérationnalité du projet, son état d'avancement, et les freins et leviers à sa mise en œuvre.

L'évaluation intermédiaire a été réalisée en un seul temps, il s'agissait d'un bilan principalement qualitatif réalisé à partir des entretiens auprès de tous les professionnels impliqués* dans ce projet et de documents recueillis auprès des porteurs.

* un entretien collectif auprès des porteurs, 16 entretiens semi-directifs auprès des professionnels hospitaliers (directions, diététiciens, médecins DIM, médecins nutritionnistes), 2 entretiens auprès des partenaires (très peu de partenaires impliqués dans le projet à ce stade). Les entretiens auprès des médecins référents et auprès des patients n'avaient pu être réalisés en raison du faible nombre de patients inclus et de professionnels impliqués

3.2. Synthèse des résultats de l'évaluation intermédiaire

A ce stade de l'évaluation, centrée sur la question de la faisabilité et l'opérationnalité, le projet PAP DOP, bien que retardé par des difficultés de mise en œuvre et par la crise sanitaire, était en place dans les 3 établissements ayant démarré et dans différents services de chirurgie. Dans chaque établissement, l'équipe « d'ambassadeurs » (médecin DIM, médecin nutritionniste, gestionnaire, soignant) avait été désignée conformément à ce qui était prévu avec un rôle propre pour chacun. Le parcours de soins se caractérisait par sa simplicité de mise en œuvre avec la possibilité pour les établissements de santé d'adapter le parcours du patient au contexte local.

Le pilotage et le déploiement de l'expérimentation étaient assurés par une équipe projet constituée par une cheffe de projet (membre de l'Alliance Voltaire) en collaboration avec les membres des 4 établissements participant à l'expérimentation (Institut Mutualiste Montsouris (IMM), CHU de Nantes, CHU de Nice et Institut Gustave Roussy (IGR)). L'équipe projet se réunissait pour un comité de pilotage mensuel.

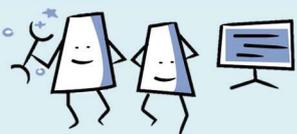
Des difficultés avaient été rencontrées dans le pilotage de l'expérimentation en raison principalement de la surcharge de travail des équipes pendant la crise sanitaire et en raison de la rotation de professionnels dans certains établissements (au sein de l'équipe de direction notamment). Ces difficultés avaient entraîné plusieurs mois de retard dans le déploiement du projet.

Toutefois, malgré les difficultés rencontrées, le remaniement des instances de pilotage (groupes de travail) avait permis de faire avancer le projet et avait montré l'adaptabilité des professionnels face aux difficultés rencontrées.

Les formations prévues, dont le programme avait été élaboré en partenariat avec l'université Paris Dauphine et l'Ecole Polytechnique, avaient été annulées en raison de la crise sanitaire. Les professionnels s'étaient par conséquent approprié le parcours en autonomie à partir de documents conçus à cet effet.

Le projet PAP DOP était opérationnel dans 3 établissements de santé sur les 4 initialement prévus. L'institut Gustave Roussy de Villejuif (initialement envisagé) n'était pas encore complètement engagé dans la démarche (pas de patient pris en charge).

Les données recueillies dans le cadre de l'évaluation confirmaient la faisabilité du parcours de soins des patients. Les centres avaient la liberté d'organiser le parcours des patients à partir du socle commun. Ainsi, les modalités d'inclusion des patients différaient légèrement d'un centre à l'autre. La suite du parcours était, dans tous les centres, conforme au parcours théorique. La diététicienne qui réalisait le diagnostic de la dénutrition et le suivi des patients (par téléphone, pendant son



hospitalisation et jusqu'à un mois en post-opératoire). Un seul centre avait déployé une prise en charge par des diététiciens libéraux (société de prestations à domicile) pour le suivi des patients pendant la période pré et post-opératoire.

Selon les professionnels interrogés, la mise en œuvre opérationnelle du parcours n'avait pas posé de difficultés particulières. Le parcours était jugé « simple ».

Du fait du retard dans la mise en œuvre de l'expérimentation, seuls 3 établissements avaient commencé à inclure à la date de cette évaluation (1er patient inclus en janvier 2022) et seuls 25 patients avaient été inclus au 20/07/2022. Ce recrutement était bien en deçà des objectifs prévisionnels, sans dynamique de montée de charge, ce qui a entraîné des frustrations au sein des équipes s'étant fortement investies pour déployer le dispositif.

Les difficultés apparaissaient multifactorielles : manque de mobilisation de certains professionnels dans les centres, trop peu de portes d'entrée dans le parcours (screening des patients éligibles), modification des règles de codage HAS de la dénutrition en 2021 ayant pu également impacter le projet.

Les professionnels des centres avaient mis en œuvre des actions pour dynamiser les inclusions : plus large information des parties prenantes, réflexion sur la révision des critères d'inclusion, possibilités d'élargir les portes d'entrée actuelles dans le parcours (plusieurs anesthésistes pour repérer les patients, passer par d'autres professionnels en plus des infirmières RAAC...).

Des difficultés avaient également été rencontrées dans la mise en œuvre du SI, le recueil de données n'ayant pas été prévu lors de la conception du projet. Ainsi, le déploiement de ce dernier a nécessité une mobilisation importante des parties prenantes sur l'année 2021 (réflexion sur les données à recueillir, partage d'information souhaité, fonctionnalités). Malgré les difficultés de mise en œuvre, les professionnels étaient satisfaits du SI Pandalab qui était opérationnel et adapté aux besoins de l'expérimentation.

L'adhésion des professionnels était variable d'un centre à l'autre et d'un professionnel à l'autre au sein d'un même centre. Globalement, les professionnels « ambassadeurs » des 3 centres interrogés étaient fortement motivés et impliqués dans la mise en œuvre. Mais ils dénonçaient parfois les lenteurs administratives du projet et le manque d'implication de certains professionnels, identifiés comme des freins au bon déploiement du projet.

Les principales difficultés rencontrées par les professionnels interrogés étaient les suivantes :

- ✓ De grandes difficultés dans tous les centres pour le recrutement des patients ;
- ✓ Des difficultés dans la gouvernance et le pilotage du projet ;
- ✓ Un manque de communication interne qui n'a pas permis de mobiliser suffisamment les équipes ;
- ✓ Le manque de mobilisation de certains professionnels (membres de la direction notamment, chirurgiens et anesthésistes portes d'entrée dans le parcours) ;
- ✓ Un manque de temps notamment pour les équipes médicales pour suivre le projet, réfléchir aux difficultés et réorienter ;
- ✓ La situation sanitaire avec notamment de nombreuses déprogrammations de certaines chirurgies ;



A l'inverse, les leviers de réussite pour l'expérimentation tenaient à :

- ✓ La simplicité du parcours mis en place ;
- ✓ La bonne communication et coordination au sein des équipes hospitalières ;
- ✓ Le rôle clef de certains professionnels et la valorisation de leur profession : rôle central du diététicien hospitalier et rôle clef du secrétariat pour l'inclusion des patients ;
- ✓ L'organisation et la structuration du parcours au sein des établissements, avec notamment la mise en œuvre de procédures ;
- ✓ Le crédit d'amorçage et le temps de chefferie de projet pour dynamiser les équipes ;

Les conclusions de l'évaluation intermédiaire dévoilaient un déploiement partiel du projet (3 établissement sur 4) avec un parcours caractérisé par sa simplicité et son adaptabilité au contexte local, permet une implémentation relativement facile dans les établissements de santé. Toutefois, l'expérimentation était fortement impactée à ce stade par les difficultés de tous les centres à inclure des patients dans le parcours (25 inclusions sur les 400 attendues la première année). Par ailleurs, l'organisation centrée sur une coordination et une collaboration étroite entre la ville et l'hôpital n'avait pu être mise en œuvre.

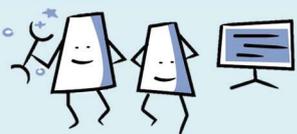
4. EVALUATION FINALE (JUILLET 2023)

L'évaluation finale a eu lieu une année après le rapport intermédiaire. Au regard des difficultés rencontrées par ce projet, l'objectif de ce bilan final était de faire un retour d'expérience global des porteurs du projet et des professionnels hospitaliers des 4 centres participants et de faire une synthèse des principaux enseignements de cette expérimentation.

4.1. Pourquoi malgré les modifications apportées, le projet n'a pas pu se mettre en place et inclure plus de patients ?

Avant l'évaluation intermédiaire et à sa suite, les professionnels des centres ont engagé une réflexion importante sur les difficultés rencontrées et ont initié un plan de mobilisation pour dynamiser les inclusions :

- ✓ Des réflexions sur les possibilités d'élargir les portes d'entrée actuelles dans le parcours (plusieurs anesthésistes pour repérer les patients, passer par d'autres professionnels en plus des infirmières RAAC...).
- ✓ Des réflexions sur une révision des critères d'inclusion de façon à compenser l'impact du changement de codage HAS de la dénutrition survenu en 2021 ;
- ✓ Une ré-information des acteurs impliqués dans les centres, avec la création de supports de communication ;
- ✓ Des partages d'expérience pour montrer la simplicité du parcours aux professionnels du parcours.



De plus, les porteurs ont initié la rédaction d'un nouveau cahier des charges afin de prolonger l'expérimentation pour une durée complémentaire et qui proposait la révision des critères d'inclusion des patients, permettant d'inclure les patients à risque de dénutrition. Le CTIS a émis un avis défavorable sur les demandes de modifications du CDC en mai 2023.

L'évaluation finale permet de dresser les constats suivants :

1. Les inclusions ont très peu évolué depuis l'évaluation intermédiaire (54 patients inclus en juillet 2023) (cf chapitre suivant) ; le démarrage de l'IGR a été très tardif.

La direction de l'IGR était totalement impliquée dans le projet dès le début mais *« le processus de validation a été très très long »*, ce qui a entraîné un démarrage sur le terrain très tardif, et sans l'énergie initiale. Des changements de direction peuvent en partie expliquer ce délai.

L'IGR a ensuite rencontré des difficultés dans la mise en œuvre de Pap Dop (en chirurgie digestive et gynécologique), malgré un *« engouement très important des chirurgiens »* au début. Le circuit a été mis en place, mais il reposait sur des professionnels non pérennes (secrétaire, accueil, changement de secrétaire nutritionniste). Il a fallu quelques semaines pour que le circuit se mette en place (quelques patients seulement), mais ça n'a pas tenu. Sans rappel mensuel des chirurgiens et sans patients inclus sur 2-3 semaines, tout le monde oubliait. Il n'y a pas eu assez de patients concernés pour que cela devienne automatique. Or l'IGR étant un peu leader sur le projet (centre avec gros case mix), cet échec n'a pas aidé à la mise en place d'une bonne dynamique sur le projet.

2. Les professionnels interrogés n'observent pas d'évolution du projet sur l'année écoulée.

L'organisation au sein des centres est restée la même. Le parcours n'a pas été ouvert à d'autres indications chirurgicales (autres services des centres), la communication n'a pas été intensifiée à davantage de professionnels hospitaliers (anesthésistes et chirurgiens notamment). A Nice, Nantes et l'IMM, les modalités d'organisation du parcours sont restées les mêmes (via la RAAC à Nice, au sein du service de chirurgie vasculaire à Nantes).

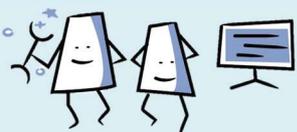
3. Les difficultés dans le pilotage global du projet persistent.

Les professionnels interrogés dénoncent une forme d'immobilisme dans le pilotage et la gouvernance du projet. Par conséquent, toutes les réflexions initiées sur l'élargissement des critères d'inclusion n'ont pas abouti : *« J'ai l'impression que rien n'a été fait entre mars 2022 et avril 2023 », « ça devenait presque décourageant parce qu'on se réunissait pour se dire les mêmes choses, parler des mêmes solutions, arriver aux mêmes conclusions sans rien faire »*.

De plus, les professionnels interrogés évoquent également un manque de communication de la part de l'Alliance Voltaire : *« Il y a eu un gros flou entre juin 2022 et avril 2023, on ne savait pas ce qu'il se passait et il n'y avait pas vraiment de choses mise en place. »*

4. Un manque de leadership au sein des établissements.

De même, des difficultés internes sont également évoquées au sein de chaque centre : manque d'implication de certains professionnels qui n'a pas évolué dans le temps, manque de leadership. Initialement, le projet devait être porté par 4 professionnels au sein de chaque centre (membre de la direction, médecin nutritionniste, médecin de l'information médicale et diététicien). Le constat est fait que le projet repose principalement sur les diététiciens qui sont très impliqués dans le projet. Les



autres professionnels se sont éloignés progressivement du projet (par manque de temps dédié, par manque d'implication pour le projet, en raison de leurs absences régulières aux comités de pilotage) : « *Le projet n'a pas été suffisamment mis en musique, nous n'avons pas su convaincre assez d'acteurs pour que ça marche* ».

5. Un parcours qui reste toutefois très pertinent.

Malgré les difficultés rencontrées, les professionnels s'accordent sur l'utilité et la pertinence du parcours proposé, le bénéfice apporté pour les patients.

6. Un système d'information satisfaisant.

Le système d'information « PandaLab », mis en place dans le cadre de l'expérimentation, est jugé adapté à l'expérimentation et à la pratique des professionnels. Il est décrit comme étant « intuitif et simple à utiliser ».

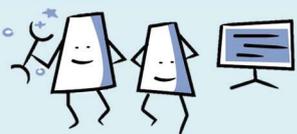
4.2. Quel est le bilan en termes de nombre de patients réellement inclus ?

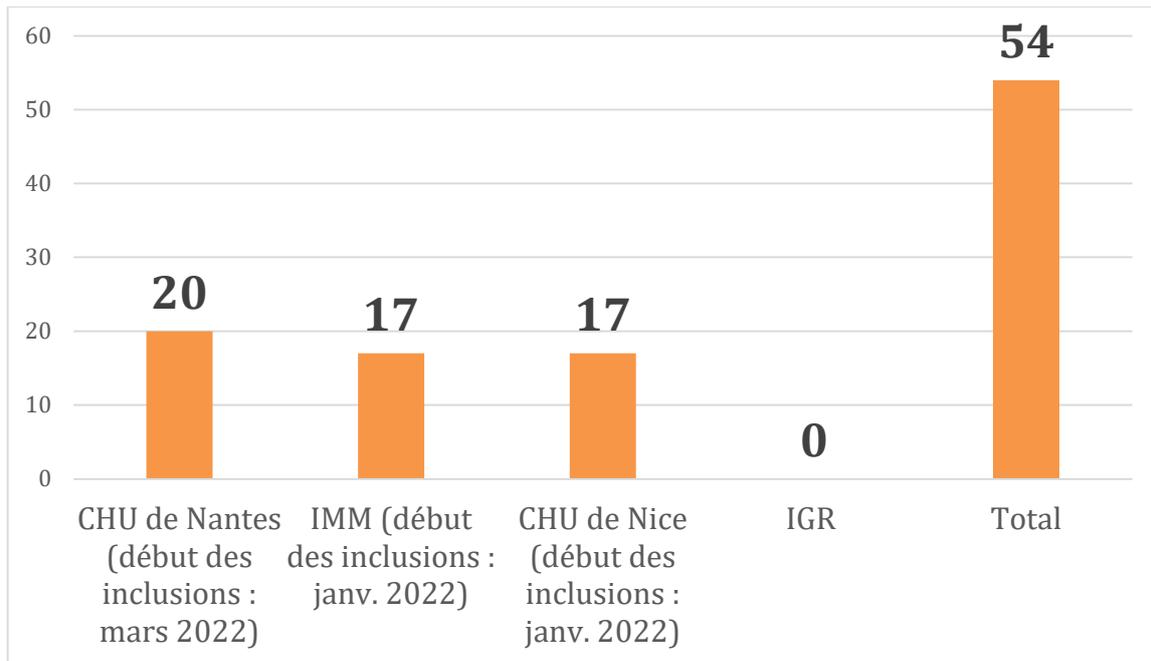
Il était initialement prévu que chaque établissement inclut 200 patients sur les deux ans d'expérimentation. En juillet 2022, à la date de l'évaluation intermédiaire, 25 patients avaient été inclus dans le dispositif, soit un chiffre bien en deçà du prévisionnel. L'évaluation intermédiaire avait permis de mettre en avant les possibles raisons des difficultés d'inclusion :

- ⇒ Des indications trop restreintes et mal ciblées : à Nantes, par exemple, seul le service de chirurgie vasculaire participait à l'expérimentation. De même, à l'IMM, le service de chirurgie thoracique peinait à inclure des patients : « *en chirurgie thoracique les patients n'arrivent pas dénutris* ».
- ⇒ Les récents changements des critères de diagnostic de la dénutrition (recommandations HAS de novembre 2021), principalement chez les patients de plus de 70 ans. Ces critères étant de plus en plus précis, une grande partie des patients qui aurait pu être inclus dans PAP DOP se sont retrouvés exclus.
- ⇒ Une file active possiblement surestimée dans le cahier de charges de l'expérimentation. Rappelons qu'elle avait été calculée sur la base des données de l'ATIH pour chaque établissement dans un contexte de chirurgie classique (hors Covid).
- ⇒ La communication interne au sein des établissements n'ayant pas permis de mobiliser suffisamment les équipes.
- ⇒ Un manque de temps dédié pour les professionnels pour vraiment s'investir dans le projet ;
- ⇒ Le manque d'implication d'une partie des acteurs du parcours (chirurgiens, anesthésistes, direction de l'établissement).

A 6 mois de la fin de l'expérimentation, seuls 54 patients ont été inclus sur les 3 établissements, une vingtaine dans chaque centre. L'IGR n'a inclus aucun patient au cours de l'expérimentation.

Figure 1. Nombre total de patients inclus dans l'expérimentation (juillet 2023)





La figure suivante illustre le nombre total de bilans nutritionnels réalisés par les centres. Les professionnels rappellent l'importance du travail réalisé lors de cette phase. L'expérimentation a permis de réaliser un grand nombre de diagnostics de la dénutrition mais les patients ne correspondaient finalement pas aux critères actuels de la dénutrition (modification en cours d'expérimentation). Ces patients correspondent majoritairement aux anciens « grade 2 » de la HAS (à risque de dénutrition) c'est-à-dire ayant un fort risque de dénutrition pendant leur parcours.

A Nice, par exemple, sur les 212 bilans réalisés, 131 patients s'avèrent être des patients dénutris de grade II (à risque de dénutrition). L'ensemble des professionnels s'accordent sur la pertinence de l'élargissement des critères d'inclusion à ces patients pour lesquels le parcours aurait été bénéfique.

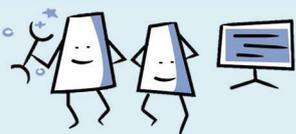
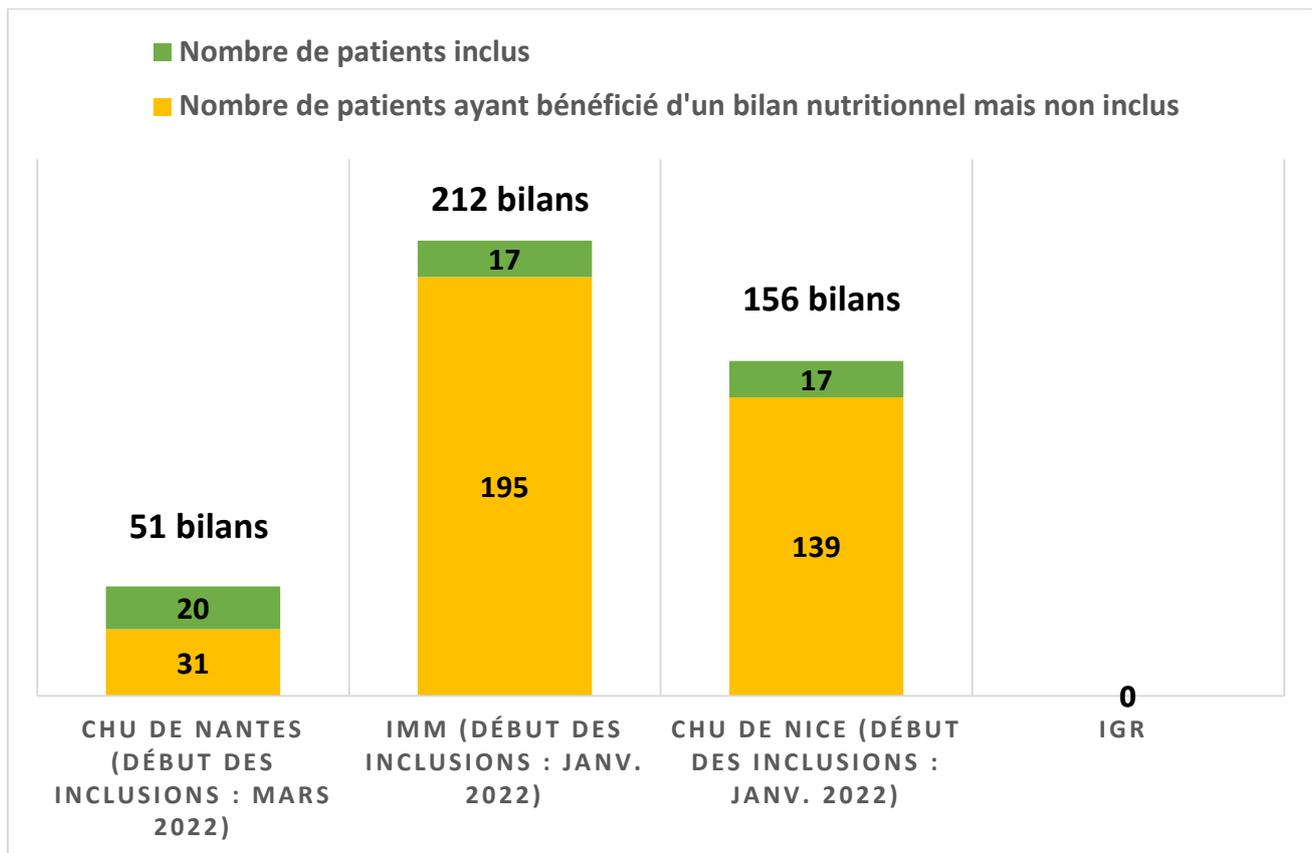


Figure 2. Nombre total de patients inclus dans l'expérimentation (juillet 2023) et nombre de bilans nutritionnels réalisés

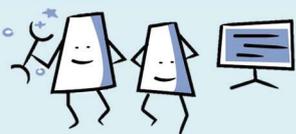


4.3. Quels sont les grands enseignements tirés par les porteurs et les professionnels de santé sur leur projet pouvant servir aux autres expérimentations ?

Des enseignements sont néanmoins à tirer de cette expérimentation, qui peuvent se révéler utiles pour d'autres projets.

4.3.1. Un projet vécu comme « parachuté » (gouvernance)

Ce projet a pour spécificité d'avoir été écrit par une alliance de professionnels (médecins, économistes, méthodologistes), en lien avec des directeurs d'établissements, et proposé dans un second temps aux professionnels des centres. Ces derniers n'ont par conséquent pas été associés à l'écriture du projet et le regrettent. Ils reconnaissent toutefois la qualité et la pertinence du projet. Ils évoquent un « *parachutage* » du projet porté par les membres de la direction initialement, membres de la direction qui ont ensuite quitté l'établissement dans certains cas. Globalement, les professionnels regrettent une absence de concertation en amont du projet.



4.3.2. Un projet qui aurait mérité un test avant le passage à l'échelle (faisabilité)

Les porteurs et professionnels du projet n'avaient pas du tout anticipé ces difficultés de recrutement des patients (« *excès de confiance* »). Ils préconisent de prévoir une phase pilote pour tester le projet avant le passage à plus grande échelle.

4.3.3. Un manque de légitimité des diététiciens dans le pilotage du projet

Dans le cadre de ce projet, les diététiciens hospitaliers se sont investis de manière très importante dans tous les centres. Malgré leur forte motivation, ils déclarent avoir manqué de légitimité pour porter le projet au sein du centre.

Ce projet a tout de même permis de « mettre en lumière » le métier de diététicien hospitalier, de faire reconnaître leurs compétences. Ils décrivent un projet qui a du sens pour leur profession. Mais le manque d'appui des autres confrères (médecins, direction) n'a pas permis de leur donner toute la légitimité pour porter le projet.

Ce constat interroge sur le rôle de cette spécialité dans le système de soins actuel. Toutes les pathologies chronique nécessitent une prise en charge nutritionnelle mais la profession manque de reconnaissance (spécialité non remboursée).

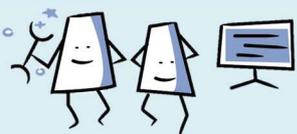
4.3.4. Une communication trop limitée

Globalement, sur la durée de l'expérimentation, les professionnels jugent la communication réalisée trop limitée pour pouvoir impliquer l'ensemble des professionnels concernés par l'expérimentation. Les campagnes de communication ou autres stratégies visant à mobiliser les anesthésistes et chirurgiens aurait dû être revues/ intensifiées.

4.4. Autres messages ou points d'intérêt

Les professionnels interrogés et les porteurs souhaitent mettre en évidence les points complémentaires suivants :

- ✓ Globalement les professionnels ne considèrent pas le projet comme un « échec en soi ». Pour eux, le sujet de la dénutrition demeure essentiel à aborder. Le parcours des patients, caractérisé par sa simplicité et son adaptabilité au contexte local, permet une implémentation relativement facile dans les établissements de santé.
- ✓ La prise en charge est jugée comme extrêmement bénéfique pour les patients. Les professionnels observent les effets du parcours sur la corpulence des patients : « *Pas forcément de prise de poids mais des poids qui sont stabilisés* », « *Des patients ayant repris du poids ou ayant un poids stabilisé mais qui auraient dû ou pu perdre en post-opératoire* ».
- ✓ De même, les retours des patients sont plutôt positifs selon les professionnels interrogés : « *des retours positifs des patients qui sont sensibilisés à la dénutrition et qui se rendent compte qu'il faut préparer leur corps à l'intervention* ».



5. CONCLUSION DE L'ÉVALUATEUR

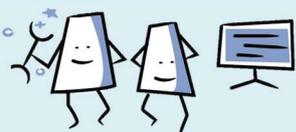
Les éléments recueillis et analysés permettent de porter les conclusions suivantes :

Malgré l'intérêt du projet en matière de santé publique et de prévention, et malgré l'expertise des professionnels, notamment diététiciens et nutritionnistes sur la dénutrition, le projet proposé et porté par l'Alliance Voltaire n'est aujourd'hui pas opérationnel. Les constats évaluatifs montrent qu'aujourd'hui les professionnels hospitaliers n'ont pas été en mesure, dans le cadre organisationnel mis en œuvre lors de l'expérimentation, d'exercer cette mission de détection et de correction de la dénutrition préopératoire à grande échelle pour différentes raisons :

- ✓ Un contexte non propice à l'implémentation du projet : crise du Covid-19 ayant eu un impact majeur sur la chirurgie, et changement des critères de détection de la dénutrition par la HAS ;
- ✓ Des difficultés dans le pilotage et la gouvernance du projet qui n'ont pas été corrigées ;
- ✓ Des critères d'inclusion trop restreints ;
- ✓ Un manque de mobilisation de certains professionnels, en raison notamment de l'absence de temps dédié à l'expérimentation ;
- ✓ Des réticences au niveau des directions hospitalières, du fait de changement de direction dans plusieurs établissements ;
- ✓ Un manque global de communication sur le dispositif.

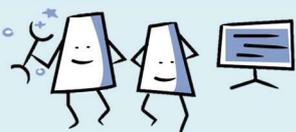
Ce projet, comme d'autres projets sur la dénutrition, se heurte probablement à un problème culturel de relations médecins/paramédicaux et au positionnement des diététiciennes par rapport aux chirurgiens et anesthésistes.

Cette réflexion pose la question de comment donner un rôle aux diététiciens, d'autant plus que leur intervention est pertinente pour toutes les pathologies chroniques et pour les personnes âgées en général. Une lecture/analyse transversale des projets Article 51 sur la dénutrition serait très utile pour identifier comment faire bouger les pratiques.



6. ANNEXE : FICHE SIGNALÉTIQUE DU PROJET PAP DOP

Titre de l'expérimentation	Paiement d'un parcours coordonné pour une correction de la dénutrition préopératoire des patients (PAP-DOP)
Porteur(s)	<p>Alliance Voltaire, Association loi 1901</p> <p>Plateforme collaborative de professionnels de santé, Universités et industriels qui travaillent au service des organisations de santé à promouvoir le passage à l'échelle des transformations innovantes en santé.</p> <p><i>Siège social : 185, rue Raymond Losserand 75014 Paris</i></p>
Partenaire(s) (stratégiques tactiques) et	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Des établissements de santé : Institut mutualiste Montsouris de Paris ; CHU de Nantes, CHU de Nice, Gustave Roussy, Villejuif ; ⇒ L'Université Paris Dauphine & l'École Polytechnique ; ⇒ Un cabinet de conseil ; ⇒ Des entreprises potentiellement partenaires : Nutricia ; ⇒ Une association Loi 1901 : l'Institut français de l'Expérience Patient ; ⇒ L'Umespe (l'union nationale des médecins spécialistes).
Territoire(s) concerné(s)	<p>Île-de-France, Pays de le Loire, PACA</p> <p>Quatre établissements de santé sont partenaires : il s'agit de structures de tailles et de statuts différents (public, privé, ESPIC).</p>
Nature du projet	National
Public cible	<p>Le Parcours Patient recommandé dans ce projet s'adresse à toutes les personnes pour lesquelles une intervention chirurgicale a été programmée, et pour lesquelles aucun support nutritionnel n'a été mis en place avant la décision chirurgicale.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ <i>Critères d'inclusion</i> : intervention chirurgicale programmée (cancérologie digestive, chirurgie oncologique gynécologiques, chirurgie vasculaire et thoracique), diagnostic de dénutrition légère ou modérée ayant fait l'objet d'une prescription de renutrition. ⇒ <i>Critères d'exclusion</i> : patients souffrant d'une dénutrition sévère et/ou nécessitant une nutrition parentérale. ⇒ Environ 200 patients concernés par établissement (100 patients/an) soit 800 patients sur la durée de l'expérimentation.
Professionnels de santé et structures impliqués	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Diététicien qui a les compétences pour réaliser le bilan nutritionnel et son suivi ; ⇒ Nutritionniste : responsable de la prescription nutritionnelle et du suivi du patient ; ⇒ Médecin traitant : informé, sensibilisé à l'importance du suivi de l'état nutritionnel, suivi du patient post-opératoire, qui peut réaliser le bilan nutritionnel selon les recommandations de l'HAS ; ⇒ Spécialistes : diagnostic, sensibilisation à la prise en charge de la nutrition, porte d'entrée dans le parcours anticipé ;



	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Chirurgien : il doit être sensibilisé et avoir le réflexe automatique de solliciter le nutritionniste (incitation financière) ; ⇒ Anesthésiste : dernier verrou avant l'intervention, sensibilisé à la nutrition et rôle de verrou pour une dernière vérification de la prise en charge nutritionnelle avant l'opération ; ⇒ Infirmière ou diététicien de coordination : en charge d'assurer le suivi du parcours patient entre les professionnels en ville et à l'hôpital en s'appuyant sur la plateforme de suivi et des systèmes d'alerte ; ⇒ Prestataires de services et professionnels de santé exerçant en ville : IDE libéral, pharmacien, diététicien, aide-ménagère, portage de repas, paramédical fournisseurs de produits ou de services de nutrition. 						
Objectifs principaux	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Améliorer les résultats des interventions chirurgicales en aidant les professionnels de santé à s'organiser afin de réaliser un bilan nutritionnel et de traiter si besoin, la dénutrition afin de limiter les risques de complication per-opératoires pour les patients. ⇒ Evaluer la valeur-ajoutée en termes de qualité des soins et de réduction des coûts de la mise en place d'une incitation financière, prenant la forme d'un « Forfait Parcours nutritionnel » favorisant un parcours coordonné du patient entre la ville et l'hôpital visant à mesurer, prévenir et agir sur la dénutrition des personnes opérées, afin d'éviter les complications évitables et les surcoûts associés. 						
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Améliorer la détection et la prise en charge de la dénutrition en amont et en aval de l'hospitalisation (bilan nutritionnel automatique, correction de la dénutrition, ...) ; ⇒ Améliorer le partage d'informations et la coopération des professionnels exerçant en ville et à l'hôpital (plateforme de suivi collaborative, sensibilisation des professionnels libéraux, ...) ; ⇒ Améliorer les connaissances des patients et de l'entourage afin de favoriser une meilleure observance (sensibilisation des patients) ; 						
Coût prévu de l'expérimentation	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;">FISS</td> <td>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).</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Le forfait de prise en charge est fixé à 230 € par patient (phase diagnostic : 65 € ; phase suivi/soin : 90 € ; coordination : 75 €). A ce forfait s'ajoute des frais de gestion évalués à 20€/patient. Le montant total du forfait est donc fixé à 250€/patient pour toute la durée du programme.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">FIR</td> <td>Un financement complémentaire au titre des frais d'amorçage et d'ingénierie est prévu (gestion des données, formation, gestions de projet, coordination). Il s'élève à 400 000 euros pour la période totale de l'expérimentation et pour les 4 établissements de santé (100 000€ pour l'année 2020 et à 150 000€ pour les années 2021 et 2022).</td> </tr> </table>	FISS	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).		Le forfait de prise en charge est fixé à 230 € par patient (phase diagnostic : 65 € ; phase suivi/soin : 90 € ; coordination : 75 €). A ce forfait s'ajoute des frais de gestion évalués à 20€/patient. Le montant total du forfait est donc fixé à 250€/patient pour toute la durée du programme.	FIR	Un financement complémentaire au titre des frais d'amorçage et d'ingénierie est prévu (gestion des données, formation, gestions de projet, coordination). Il s'élève à 400 000 euros pour la période totale de l'expérimentation et pour les 4 établissements de santé (100 000€ pour l'année 2020 et à 150 000€ pour les années 2021 et 2022).
FISS	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).						
	Le forfait de prise en charge est fixé à 230 € par patient (phase diagnostic : 65 € ; phase suivi/soin : 90 € ; coordination : 75 €). A ce forfait s'ajoute des frais de gestion évalués à 20€/patient. Le montant total du forfait est donc fixé à 250€/patient pour toute la durée du programme.						
FIR	Un financement complémentaire au titre des frais d'amorçage et d'ingénierie est prévu (gestion des données, formation, gestions de projet, coordination). Il s'élève à 400 000 euros pour la période totale de l'expérimentation et pour les 4 établissements de santé (100 000€ pour l'année 2020 et à 150 000€ pour les années 2021 et 2022).						
Dates de début	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Publication de l'arrêté : 17 décembre 2020.</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Inclusion du premier patient : janvier 2022</td> <td></td> </tr> </table>	Publication de l'arrêté : 17 décembre 2020.		Inclusion du premier patient : janvier 2022			
Publication de l'arrêté : 17 décembre 2020.							
Inclusion du premier patient : janvier 2022							
Durée	2 ans à compter de la date de la 1^{ère} inclusion.						

