



## Expérimentations Art.51LFSS2018 Financement à l'épisode de soins EDS-CHIR



*Foire aux questions / FAQ*

### Les épisodes de soins ciblés

#### 1. Est-il possible de candidater sur d'autres épisodes de soins que ceux identifiés dans l'Appel à manifestation d'intérêt (AMI) ?

Dans le cadre de l'AMI, dont l'objectif est de sélectionner des candidats pour co-construire le cahier des charges des expérimentations, il est seulement possible de candidater sur les 4 prises en charges ciblées (prothèse totale de hanche, prothèse totale de genou, ligamentoplastie du genou et colectomie pour cancer).

Les expérimentations porteront initialement sur ces prises en charges à l'issue des travaux de co-construction des cahiers des charges.

Pour autant, ce nouveau modèle de paiement à l'épisode de soins, n'a pas vocation à être restreint à ces quatre prises en charge et les pays positionnés ont d'ailleurs investi d'autres champs (cardiovasculaires, interventionnels, Diabète, périnatalité et maternité...). Aussi, il pourra être envisagé de proposer, notamment en fonction des retours observés dans le cadre des expérimentations sur les 4 prises en charge précitées, d'autres épisodes de soins chirurgicaux mais également médicaux et interventionnels, dans le cadre de nouveaux AMI en prévision d'autres expérimentations.

En outre, en parallèle, rien n'interdit à des acteurs locaux ou nationaux de proposer des projets d'expérimentations sur un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charges différentes de celles ciblées à ce jour dans le cadre de l'AMI. Si de tels projets recevaient l'avis favorable du Comité technique de l'innovation en santé (CTIS), ce dernier pourrait proposer aux ministres en charge de la sécurité sociale et de la santé que des appels à projets nationaux soient lancés pour mettre en œuvre ces expérimentations.

#### 2. Quelles sociétés savantes sont associées aux travaux et dans quelle mesure ?

Au regard des prises en charges ciblées (prothèse totale de hanche, prothèse totale de genou, ligamentoplastie du genou et colectomie pour cancer), le conseil national professionnel de chirurgie orthopédique et traumatologique et donc la Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (CNP-SOFCOT), ainsi que le conseil national professionnel de chirurgie viscérale et digestive (CNP-CVD), ont été sollicités en avril 2017 dans le cadre de travaux préparatoires. L'enjeu des travaux menés avec les sociétés savantes est de participer à l'élaboration du cahier des charges, notamment pour la description du périmètre et du contenu des épisodes de soins.

Depuis, un groupe de travail a été constitué avec le CNP-CVD afin de décrire le périmètre et la description de l'épisode de soins « colectomie pour cancer », le cas échéant, de formuler des recommandations de bonnes pratiques et de réfléchir à des indicateurs mobilisés dans le financement et le suivi des épisodes de soins.

La SOFCOT a émis des réserves sur le principe d'un financement à l'épisode de soins mais des travaux sur la pertinence et les bonnes pratiques pourraient être engagés concomitamment aux travaux de co-construction des expérimentations.

### 3. Quel va être le périmètre des épisodes de soins et le profil des patients concernés par les expérimentations ?

Le périmètre des épisodes de soins (borne de début, borne de fin, profil de patients et critères d'exclusion, nature des consultations/actes/séjours concernés en pré/per et post hospitalisation et acteurs associés) mobilisé pour l'élaboration des forfaits est défini conjointement avec les sociétés savantes et les candidats retenus de l'AMI.

L'expérimentation n'a pas pour objectif de se limiter à certains profils de risque de patients et a davantage pour ambition de garantir un accès aux soins de qualité pour tous. A cet effet, des règles d'ajustement sur le risque seront définies et appliquées au forfait afin de prendre en compte la diversité des profils pris en charge et de limiter ainsi le risque de sélection des patients.

Ainsi, dans le cadre des travaux de définition du périmètre des épisodes de soins, un travail d'identification des facteurs de risque à même d'impacter le profil de risque des patients et la prise en charge associée est réalisé.

## Forfait et paiement

### 4. Comment le forfait sera-t-il calculé ?

Il s'agira d'un calcul à « enveloppe constante » avec des forfaits qui, sur la base d'un périmètre défini avec les sociétés savantes, seront calculés à partir d'une analyse des dépenses historiques observées. Les dépenses observées concernent uniquement, pour le lancement de l'expérimentation, les montants remboursés par le régime obligatoire, y compris les honoraires des chirurgiens pour les établissements privés.

Les travaux de définition de la méthodologie, de modélisation sur la base des données historiques observées et d'élaboration des forfaits sont réalisés en coopération avec l'ATIH. La méthodologie ainsi que les travaux de simulation des forfaits, seront présentés et partagés avec les acteurs retenus dans le cadre de l'AMI.

### 5. N'y a-t-il pas un risque de sélection des patients et donc d'accès aux soins, induit par ce type de paiement ?

Garantir l'accès aux soins est un enjeu clé pour l'expérimentation. Afin de limiter au maximum le risque de sélection des patients, les forfaits seront ajustés sur le risque et prendront donc en compte les différents caractéristiques des patients (âge, fragilité, antécédents ...) qui peuvent impacter, et complexifier, la prise en charge. Les cas extrêmes rencontrés feront eux l'objet d'un traitement spécifique avec un mécanisme de sauvegarde. Enfin, des contrôles *a posteriori* permettront de mesurer un éventuel effet de sélection et de définir les actions correctrices à mettre en place.

## 6. Comment garantir la qualité de la prise en charge dans une approche coordonnée ?

**Les résultats des expériences étrangères montrent des résultats plutôt encourageants :**

- En termes de réduction des complications, d'amélioration de la qualité de vie et d'expérience patient ;
- En termes d'impact de ce mode de paiement sur la collaboration entre les acteurs et l'amélioration de l'information, l'éducation et l'accompagnement du patient dans son parcours avant et après l'hospitalisation.

**Dans le cadre de la phase 2 - Financement rétrospectif**, le montant issu de la phase de réconciliation entre le forfait cible et les coûts observés sera modulé selon l'atteinte **de résultats de qualité** :

- Les indicateurs à mobiliser dans le paiement feront l'objet d'un premier travail de réflexion, lors des travaux de co-construction, conjointement avec la HAS et les sociétés savantes mobilisées, sur la base de leur pertinence au regard de l'épisode de soins considérés. Ils devront respecter le cahier des charges de la HAS pour les indicateurs de qualité et sécurité des soins ;
- Les candidats retenus dans l'AMI seront amenés à se prononcer sur les indicateurs à retenir, leur faisabilité opérationnelle et leurs conditions d'intégration dans le forfait.

**Plus largement, des indicateurs (existants ou à développer) seront mobilisés pour le suivi et l'évaluation des expérimentations, de manière spécifique pour chaque épisode de soins :**

- Ils pourront porter sur la coordination et l'organisation de la prise en charge, les résultats sur la qualité, sécurité et pertinence des soins, ou bien encore les résultats mesurés par les patients ;
- Des questionnaires destinés à évaluer l'expérience et la qualité de vie des patients seront également proposés ;
- les indicateurs mobilisés dans le paiement et les indicateurs de suivi et d'évaluation identifiés avec l'appui de la HAS, seront partagés lors des travaux de co-construction pour partager sur le choix des indicateurs et les modalités opérationnelles de collecte.

## 7. Quelles seront les règles de répartition et de gestion de l'enveloppe forfaitaire entre les différents acteurs de la prise en charge ?

Pour rappel, **lors de la phase 1 d'apprentissage**, il n'y a pas de modifications dans la rémunération des acteurs. Il sera mis à disposition, pour les acteurs de l'expérimentation, les résultats des simulations d'une application du modèle de financement sur leur activité, sans impact financier associé.

**Pour la phase 2 – Financement rétrospectif :**

- Durant l'épisode de soins, chaque acteur mobilisé dans la prise en charge reste rémunéré comme aujourd'hui (consultations, séjour hospitalier,...) ;
  - Un forfait cible prédictif, calculé sur la base du profil de risque du patient, est indiqué pour information aux acteurs de la prise en charge, et sera ensuite utilisé lors de la phase de réconciliation ;
- Lors de la phase de réconciliation, l'ensemble des dépenses réelles observées et concernées par le périmètre de l'épisode de soins sera comparé au forfait cible, ce qui permettra de définir, en prenant en compte des résultats qualité, un éventuel bonus (dépenses réelles < forfait cible) ou trop-perçu (dépenses réelles > forfait cible).

**Pour la phase 3 – Financement prospectif :**

- Au début de l'épisode de soins, une enveloppe forfaitaire unique est allouée pour l'ensemble de la prise en charge et des acteurs impliqués dans cet épisode de soins (pré, per et post hospitalisation).

Il n'est pas attendu des acteurs candidats à l'appel à manifestation d'intérêt de proposition de forfaits et de règles de répartition associées.

Les modalités de délégation et de répartition de l'enveloppe entre les différents intervenants, ainsi que les modalités de gestion associées, seront à définir lors des travaux de co-construction menés avec les acteurs retenus de l'AMI.

## **8. Comment seront intégrés dans les forfaits nationaux la valorisation des médicaments et des dispositifs médicaux ?**

Comme indiqué précédemment, le calcul des forfaits se fera sur la base des données historiques observées et n'a pas vocation à faire varier le tarif actuel des éléments qui le composent.

L'inclusion des dispositifs médicaux et les médicaments afférents à l'épisode de soins, sera déterminée selon la définition du périmètre défini par les sociétés savantes et la co-construction.

## **9. Une approche de financement forfaitaire décloisonnée peut être synonyme de complexité dans le financement et de lourdeur administrative associée ? Comment répondre à cette difficulté ?**

Ce sujet sera abordé lors de la phase de co-construction. Il est prévu de développer une plateforme pour limiter la lourdeur administrative que pourrait induire une expérimentation en France.

La charge de travail sera la plus réduite possible pour les établissements :

- Le recueil d'informations supplémentaires sera limité au maximum ;
- Il n'y aura pas de double saisie, les informations déjà recueillies par ailleurs alimenteront la plateforme spécifique.

## **En pratique**

### **10. Qui peut candidater à l'AMI EPISODE DE SOINS (AMI EDS) ?**

Les candidatures se font par un établissement de santé MCO et l'équipe chirurgicale concernée par la ou les prises en charge choisies (un établissement MCO et une équipe chirurgicale par candidature). En outre, d'autres acteurs peuvent être intégrés à la candidature d'un établissement MCO et son équipe chirurgicale ; c'est notamment le cas des établissements SSR ou HAD partenaires de l'établissement MCO ou encore de professionnels libéraux ou structures de soins de ville (MSP, centres de santé). Par ailleurs, l'établissement MCO et son équipe chirurgicale peuvent également proposer dans le cadre de la candidature tout partenaire identifié comme pertinent dans le cadre d'une activité coordonnée pour un épisode de soins (industriels de santé, fournisseurs de technologie, etc...).

Il n'est pas nécessaire que les acteurs créent une structure juridique dédiée, le dossier de candidature doit simplement faire état des différents acteurs identifiés dont l'établissement MCO et son équipe chirurgicale.

Dans tous les cas, l'établissement MCO et son équipe chirurgicale ou le cas échéant cet établissement, son équipe chirurgicale et les autres acteurs partenaires, devront désigner des personnes pour la participation aux travaux d'élaboration des cahiers des charges des expérimentations.

**Cas particuliers :**

- **Un groupe d'établissements peut-il candidater ?**

Il est demandé lors du dépôt de candidature de préciser si le candidat appartient à un groupement, le cas échéant, un groupement hospitalier de territoire (GHT) ou un groupe de cliniques.

Si un groupe d'établissements veut postuler pour une ou plusieurs prises en charge, chaque établissement intéressé doit remplir un dossier de candidature en précisant son appartenance au groupement. L'ensemble des dossiers de candidature pourra être transmis par le représentant du groupe à l'adresse nationale [episodedesoins@sante.gouv.fr](mailto:episodedesoins@sante.gouv.fr) ainsi qu'en copie aux agences régionales de santé territorialement compétentes pour chacun des établissements ([les adresses dédiées pour chaque agence sont disponibles ici](#)).

Les candidats sélectionnés participeront aux travaux de co-construction et d'élaboration des cahiers des charges. Le groupe d'établissements pourra, s'il le souhaite, mettre en place une coordination pour assurer le partage de l'information entre ses établissements.

Les établissements qui n'auront pas été retenus dans le cadre de l'AMI pour participer directement aux travaux d'élaboration des cahiers des charges, pourront cependant, s'ils le souhaitent, participer à l'expérimentation.

- **Une fédération hospitalière peut-elle candidater ?**

Si une fédération souhaite porter la candidature de plusieurs établissements, pour une ou plusieurs prises en charge, chaque établissement doit remplir un dossier de candidature en précisant le soutien fédéral.

L'ensemble des dossiers de candidature pourra être transmis par la fédération à l'adresse nationale [episodedesoins@sante.gouv.fr](mailto:episodedesoins@sante.gouv.fr) ainsi qu'en copie aux agences régionales de santé territorialement compétentes pour chacun des établissements ([les adresses dédiées pour chaque agence sont disponibles ici](#)).

La fédération pourra, si elle le souhaite, mettre en place une coordination à son niveau pour assurer le partage de l'information entre les établissements.

Les candidats sélectionnés participeront aux travaux de co-construction et d'élaboration des cahiers des charges. Une coordination interne à la fédération pourrait alors assurer le partage de l'information entre toutes les entités du groupe.

Les établissements qui n'auront pas été retenus dans le cadre de l'AMI pour participer directement aux travaux d'élaboration des cahiers des charges, pourront cependant, s'ils le souhaitent, participer à l'expérimentation.

## 11. Quels sont les acteurs mobilisés pour la conception des expérimentations et l'élaboration des cahiers des charges ?

Le projet d'expérimentation nationale de de Financement à l'épisode de soins est co-piloté par le Ministère des solidarités et de la santé et la Caisse Nationale d'Assurance maladie.

L'ensemble des travaux relatifs à la conception du projet d'expérimentation nationale de Financement à l'épisode de soins sont menés en co-construction avec les acteurs de référence (ATIH, HAS, DREES...), avec les sociétés savantes intéressées et avec les acteurs retenus à l'issue de l'appel à manifestation d'intérêt.

- Le CNP de chirurgie viscérale et digestive ainsi que la SFAR sont mobilisés pour les travaux relatifs à l'épisode de soins Colectomie pour cancer du côlon.

- Concernant l'épisode de soins en Orthopédie, la SOFCOT a été sollicitée pour leur proposer d'engager des travaux de co-construction d'un paiement à l'épisode de soins en orthopédie, notamment dans la définition des périmètres des épisodes de soins. Elle a émis des réserves sur le principe d'un financement à l'épisode de soins mais des travaux sur la pertinence et les bonnes pratiques pourraient être engagés concomitamment aux travaux de co-construction des expérimentations.

## **12. Est-ce qu'un lien est envisagé entre cet AMI EDS et l'AMI relatif à l'incitation à une prise en charge partagée (IPEP) ?**

Les cahiers des charges des projets Financement à l'épisode de soins (EDS) et Incitation à une prise en charge partagée (IPEP) seront élaborés séparément. Cependant, un partage des différents travaux et de leur avancement pour chacun des projets d'expérimentation nationale est réalisé régulièrement.

Bien que différents dans leur approche, le premier concernant un épisode de soins donné, avec une intervention hospitalière, quand le second adresse des suivis au long court de patientèle avec soit une approche globale (*ensemble des patients des médecins traitants d'un groupement d'acteurs*) soit un ciblage sur les patients atteints d'une ou plusieurs pathologies ou sur une sous-population (*ex : insuffisance cardiaque, diabète, patients âgés, etc.*), ces projets sont fortement complémentaires et poursuivent des objectifs communs d'amélioration de la coordination pour une meilleure qualité des prises en charge et une maîtrise des dépenses .

## **13. Après le 31 juillet 2018, date limite de dépôt d'une candidature à l'AMI, sera-t-il toujours possible de faire un appel à manifestation et/ou une expérimentation ? Les thèmes sont-ils tous déjà choisis ?**

La date limite pour candidater à l'AMI, étant fixée au 31 juillet 2017. Il ne sera plus possible de candidater à l'issue de cette date.

Cependant, les acteurs qui n'auront pas candidaté ou qui ne seront pas retenus pour mener les travaux de co-construction des cahiers des charges des expérimentations, auront la possibilité de candidater pour mener les expérimentations à l'issue de la publication des cahiers des charges.

Dans un 2e temps, d'autres AMI EDS nationaux pourraient être lancées sur d'autres prises en charges (chirurgicale ou autres).

Les acteurs qui souhaitent proposer une expérimentation sur un financement à l'épisode sur d'autres prises en charges que celles ciblées dans le cadre de l'AMI, sont invités à le faire dans le cadre de la procédure mise en place pour la transmission des relevant de l'article 51 de la LFSS pour 2018 : [cliquer ici](#).

Une trame de lettre d'intention et de cahier des charges est disponible en téléchargement.

## **14. Est-il nécessaire de proposer une des dérogations au droit commun prévu à l'article 51 LFSS2018, pour pouvoir mener les travaux dans le cadre de l'AMI et ensuite mener les expérimentations ?**

Dans le cadre du projet d'expérimentations d'un financement à l'épisode de soins, le mode de paiement forfaitaire des acteurs qui concourent à la prise en charge du patient pour un épisode de soins chirurgical, constitue une dérogation aux modes de financements actuels. Dans le cadre des travaux de co-construction, d'autres dérogations pourront éventuellement être retenues si nécessaires. Pour autant, il n'est pas nécessaire, pour pouvoir candidater à l'AMI, de proposer une autre dérogation..

En dehors de l'AMI et du projet national d'expérimentation d'un financement à l'épisode de soins, des porteurs de projets peuvent proposer des expérimentations nécessitant d'autres dérogations prévues à l'article 51LFSS2018.

### **15. Dans le dossier de candidature, qu'est-il attendu dans l'état des lieux de la prise en charge actuelle quand il est question de freins et de leviers ?**

Il s'agit de réaliser brièvement un état des lieux de la prise en charge réalisée ces 3 dernières années (données d'activité notamment), d'expliquer comment est réalisée la prise en charge actuelle en retraçant le parcours du patient, d'analyser les points forts et les points faibles, les enjeux associés et les pistes d'amélioration envisagées.

Pour autant, à ce stade, il ne s'agit pas de construire un projet d'expérimentation mais de pouvoir, à travers la présentation de la candidature, expliquer pourquoi l'équipe souhaite participer à la construction du cahier des charges sur lequel s'appuieront les expérimentations.

### **16. Quels sont les critères de recevabilité et de sélection des candidats dans le cadre de l'AMI ?**

L'ARS compétente vérifiera, en lien avec l'Assurance Maladie, la recevabilité des candidatures, selon les critères suivants :

- Épisode(s) de soins correspondant aux prises en charge ciblées ;
- Respect des délais de transmission ;
- Autorisations d'activité valables - le cas échéant, atteinte des seuils d'activité et critères d'agrément pour la chirurgie carcinologique ;
- Complétude du dossier.

L'ARS transmettra les dossiers recevables ainsi qu'un avis d'opportunité à l'équipe projet nationale.

Les critères de sélection retenus sont les suivants :

- Adéquation de la prise en charge choisie compte tenu des orientations de l'établissement et de son environnement externe ;
- Implication des équipes chirurgicales (anesthésiste, chirurgiens, cadres de santé...) et de direction dans le projet ;
- Engagement des acteurs pour des approches coordonnées et décloisonnées ;
- Adéquation et caractère innovant des organisations envisagées au regard des objectifs ;
- Engagement des équipes projet à contribuer à l'élaboration des cahiers des charges des expérimentations.

Le principe est de sélectionner des profils représentatifs des établissements de santé nationaux réalisant les prises en charge ciblées par cet appel à manifestation d'intérêt.

### **17. Les candidats retenus dans le cadre de l'AMI seront-ils les seuls retenus pour mener l'expérimentation ?**

Non, les candidats retenus dans le cadre de l'AMI (environ 5 par prise en charge ciblée) participeront à l'élaboration des cahiers des charges des expérimentations sur un financement à l'épisode de soins pour les quatre prises en charges ciblées dans l'AMI.

À l'issue de ces travaux et sous réserve de validation des cahiers des charges par le Comité technique de l'innovation en santé (CTIS), les acteurs ayant participé aux travaux d'élaboration des cahiers des charges pourront, s'ils le souhaitent, mener les expérimentations.

En outre, les acteurs n'ayant pas été sélectionnés ou n'ayant pas candidaté dans le cadre de l'AMI, auront la possibilité d'être sélectionnés pour mener les expérimentations. Il n'a pas, à ce jour, été défini de nombre maximum de candidats pour participer à l'expérimentation.

Sous réserve de respect du calendrier, le lancement des expérimentations est prévu pour le début de l'année 2019.

### **18. Les expérimentations peuvent-elles être menées seulement par 1 chirurgien de l'établissement ?**

**Pour les travaux de co-construction du cahier des charges dans le cadre de l'AMI**, il est possible de ne désigner qu'un seul chirurgien de l'établissement pour participer aux travaux de co-construction du cahier des charges des expérimentations tels que décrits dans l'appel à manifestation d'intérêt.

**Pour la conduite des expérimentations** (sous réserve de validation du cahier des charges par le CTIS), les établissements dont les personnes désignées auront contribué à l'élaboration des cahiers des charges, pourront mener l'expérimentation. Toutefois, pour des questions de volumes et d'organisation / mobilisation de l'établissement dans la mise en œuvre d'une nouvelle organisation, ces expérimentations devront être menées pour l'ensemble de l'activité de la ou des prise(s) en charge choisie(s).

### **19. Comment les patients seront-ils intégrés dans l'expérimentation ? Sous quelles conditions ?**

Les travaux menés avec les sociétés savantes, puis partagés avec les acteurs de l'AMI, permettent de définir le périmètre du forfait et notamment d'identifier les critères d'inclusion (pour les 4 prises en charge ciblées initialement, l'intervention chirurgicale) et d'exclusion éventuels. Ces derniers seront renseignés dans le cahier des charges.

Les associations de patient seront consultées dans le cadre des travaux menés autour du projet d'expérimentation nationale de Financement à l'épisode de soins.

Comme précisé dans l'article R. 162-50-11 du Code de la Sécurité sociale, les professionnels de santé devront informer les patients de l'expérimentation selon des modalités qui seront définies pendant la phase de co-construction, ceux-ci ayant la possibilité de ne pas y participer. L'expérimentation s'adresse à l'ensemble des patients, tout régime d'affiliation confondu.

### **20. Un des objectifs des expérimentations, est de faire émerger des organisations innovantes. Celles en cours sont-elles exclues ?**

Non, les acteurs locaux ayant déjà mis en place des organisations coordonnées et innovantes sont tout à fait éligibles pour répondre à l'appel à manifestation d'intérêt et partager leurs pratiques. Ceci ne constitue cependant pas un pré requis pour répondre à l'appel à manifestation d'intérêt.

## 21. Quels sont les objectifs de la plate-forme développée par la Cnam ? Comment sera-t-elle alimentée pour les expérimentations « Financement à l'épisode de soins » ?

La plate-forme développée par la Cnam dans le cadre des expérimentations dérogatoires prévues par l'article 51 de la LFSS pour 2018, a pour objectifs de :

- Permettre le paiement dérogatoire induit par les expérimentations ;
- Donner de la visibilité aux acteurs de l'expérimentation sur l'expérimentation et leurs résultats ;
- Evaluer les expérimentations du dispositif : permettre la collecte *ad hoc* de données nécessaires à l'évaluation des expérimentations ;

Afin de permettre la réalisation de ces objectifs, les données seront collectées à partir :

- Des bases de données existantes ;
- D'informations déclaratives renseignées par les expérimentateurs. Ces dernières seront restreintes afin de limiter au maximum la charge administrative associée ;
- D'informations issues de questionnaires renseignés par les patients.

En revanche, elle ne constitue pas un dossier médical de patients, un dossier de coordination entre les professionnels ou un dispositif d'aide à la coordination, outils qui peuvent être mobilisés par ailleurs par les expérimentateurs. Elle n'est pas non plus une nouvelle solution de paiement.

Le développement de la plate-forme est pris en charge par la Cnam.

## 22. Une aide financière est-elle prévue pour les expérimentateurs ?

**Pendant la période de co-construction**, une indemnisation des frais engagés est prévue pour les candidats sélectionnés par l'AMI..

**Par ailleurs**, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a créé le fonds pour l'innovation du système de santé, le FISS. Ce dernier finance l'évaluation et les rémunérations dérogatoires des expérimentations. Il peut contribuer au financement des éventuels coûts d'amorçage et d'ingénierie pour les projets nationaux. Les financements de l'expérimentation relevant du droit commun restent inchangés.

## Evaluation

### 23. Comment va se dérouler l'évaluation de l'expérimentation ? Les porteurs des expérimentations pourront-ils y participer, voire proposer, une démarche d'évaluation ?

Chaque expérimentation initiée dans le cadre du dispositif prévu par l'article 51 de la LFSS 2018 fera l'objet d'une évaluation. Le dispositif d'évaluation est piloté par la Cnam et la DREES.

Le cahier des charges devra décrire les modalités d'évaluation. Les candidats retenus dans le cadre de l'AMI pourront s'ils le souhaitent apporter des propositions sur la démarche de l'évaluation dans le cadre d'élaboration du cahier des charges.

Le rapport final d'évaluation sera remis au Comité technique de l'innovation en santé au plus tard dans les 6 mois suivant la fin de l'expérimentation.

Pour plus d'informations, vous pouvez prendre connaissance de la note méthodologique sur l'Évaluation des expérimentations mise à disposition sur le site du Ministère des solidarités et de la santé : [cliquer ici](#).

## Les expériences étrangères

### 24. Où trouver les résultats détaillés des expériences étrangères ?

Les résultats des évaluations menées sont disponibles sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé dans le chapitre **Éléments bibliographiques** de la page dédiée aux appels à manifestation d'intérêt : [cliquer ici](#).

### 25. Que pensez-vous du rapport de Monsieur Frédéric Bizard « [Evaluation médico-économique du paiement à l'EDS](#) » d'avril 2018 (lien) sur les retours négatifs et les limites des expériences suédoises et américaines de financement à l'épisode de soins en orthopédie ?

Une analyse complète des expériences étrangères réalisée tend à montrer que le mode de paiement au forfait pour un épisode de soins donné répond aux enjeux de prendre en compte l'ensemble de la prise en charge du patient, de valoriser une approche coordonnée des soins et de mettre davantage l'accent sur l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leur expérience.

Les expériences étrangères en matière d'épisode de soins, notamment aux USA, en Suède, au Canada, en Espagne, au Pays-Bas, en Nouvelle Zélande ou bien encore au Royaume-Uni, sont nombreuses et adressent différentes prises en charge (chirurgie cardiovasculaire, chirurgie orthopédique, prise en charge périnatale, diabète, exacerbation de l'asthme et de la BPCO, cholécystectomie...)  
Ces différentes expérimentations permettent de tester différents modèles, d'en évaluer les effets et de s'en inspirer pour proposer le modèle le plus juste et adapté à nos spécificités.

Les modèles conditionnent désormais une partie de l'obtention du forfait ou de l'attribution et du montant des bonus ou des récupérations de trop-perçus à l'atteinte d'objectifs de qualité (résultats cliniques et évolution des indicateurs, amélioration de la qualité de vie, processus).

Cette valorisation nécessitant un investissement préalable dans la collecte systématique des données, les premières années, elle se concentre souvent majoritairement, sur l'effort de reporting, à l'image du modèle CJR développé par Medicare (valorisation de la transmission des données patients dans le score de référence permettant de déterminer le forfait cible) ou du modèle danois de paiement forfaitaire sur le diabète de type 2 lancé en 2007.

Si un certain nombre d'évaluations et études disponibles à ce jour soulignent un impact limité d'un financement forfaitaire sur l'amélioration de la qualité de vie, plusieurs modèles d'envergure ont démontré des résultats positifs :

- Pour le programme suédois Orthochoice, une réduction des complications de 26% pour les prothèses totale de hanche et de genou depuis 2010 ;
- Aux Pays-Bas, la mise en place d'un forfait pour la prise en charge du diabète de type 2 a permis d'observer une amélioration de la plupart des indicateurs de processus mesurés, une augmentation de plus de 6 points des patients ayant une pression artérielle systolique inférieure à la valeur cible et de 10 points des patients atteignant les valeurs cibles de cholestérol.
- Pour le programme américain Medicare – Modèle 2 BPCI, la qualité de soins a été maintenue, avec une baisse du taux de mortalité significative pour 3 des épisodes de soins. Une

amélioration de la qualité de vie a principalement été observée pour 2 types d'épisodes de soins (Prothèses de hanche et de genou, arythmie cardiaque) et une amélioration des résultats fonctionnels mesurée pour les prothèses de hanche et de genou, notamment pour la marche sans repos (jusqu'à 8,2 points de différence vs groupe témoin selon les vagues de mesure) et l'utilisation des escaliers (jusqu'à 7,9 points de différence vs Groupe témoin selon les vagues de mesure) fonctionnels (*même si ces derniers ne sont pas toujours significatifs (vs. Groupe témoin)*)).

Plusieurs modèles ont également souligné l'impact positif sur l'expérience des patients et les retours des professionnels de santé quant à leur impact sur l'organisation et la coordination des pratiques :

- 98% par exemple de patients satisfaits dans le modèle Orthochoice ; un point d'autant plus important que l'adhésion et l'engagement du patient à ces nouveaux modes de paiement en constituent un des facteurs clés de leur réussite ;
- L'évaluation du modèle BPCI américain a permis de mettre en évidence l'impact positif sur le développement de la collaboration des acteurs impliqués dans la prise en charge des patients tout au long de leurs parcours et d'améliorer l'information, l'éducation et l'accompagnement du patient dans la préparation de son parcours pré et post hospitalisation.

**L'analyse des retours d'expériences des diverses expérimentations, pour certaines généralisées depuis, permet d'identifier les facteurs importants à travailler pour accompagner les évolutions envisagées du système de santé.**