

EDS, c'est quoi ?

Quelle est la finalité de l'expérimentation EDS ?

À l'heure où les parcours de santé se mettent progressivement en place pour assurer une prise en charge globale des patients quel que soit le professionnel de santé concerné, l'approche segmentée des financements atteint ses limites.

L'expérimentation EDS vise à tester, pendant une durée de 5 ans auprès d'acteurs volontaires, la mise en place d'un modèle prévoyant un paiement forfaitaire cible pour l'ensemble des prestations définies dans un épisode de soins¹ donné (les prises en charge PTH, PTG et colectomie pour cancer sont ciblées à ce jour). Elle poursuit un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge, de l'efficacité des soins et de la satisfaction des patients, grâce à une organisation intégrée fondée sur les bonnes pratiques de prise en charge et la coordination des acteurs intra et extrahospitaliers.

Le forfait comprendra toutes les dépenses comprises dans le périmètre défini de l'épisode de soins, ville et hôpital, pré, per et post-opératoire. Il couvrira les ressources nécessaires à la coordination, intégrera le risque de réhospitalisation et prendra également en compte la qualité *via* un compartiment dédié.

Ce montant forfaitaire comprend le paiement des acteurs, à la fois ceux de l'établissement de santé MCO au sein duquel a lieu la prise en charge initiale de chirurgie, des éventuels autres établissements de santé (MCO, SSR, HAD) impliqués dans l'épisode de soins du patient, ainsi que des professionnels réalisant certains soins en ville, selon l'intervention concernée.

Quels sont les attendus d'une telle expérimentation en termes de changement ?

- **En termes d'amélioration du service rendu pour les usagers, en :**
 - Identifiant et maîtrisant les caractéristiques de leur état de santé qui peuvent constituer des facteurs de risque dans le cadre de la prise en charge ;
 - Anticipant les ruptures dans leur parcours ;
 - Leur proposant un accompagnement pluriprofessionnel et pluridisciplinaire cohérent tout au long de leur prise en charge, et ce dès la validation de l'indication de l'intervention chirurgicale ;
 - Prenant davantage en compte leurs retours relatifs à leur état de santé, leur qualité de vie, et leur expérience de prise en charge.
- **En termes d'organisation et de pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services concourant à la prise en charge, en :**
 - Suscitant le développement de coopérations et d'organisations innovantes autour des prises en charge chirurgicales ciblées, prenant en compte les spécificités locales ;

¹ L'épisode, ou séquence, de soins représente l'ensemble des prestations dispensées à un patient pour un état de santé donné, pendant une période de temps définie, par un ensemble d'acteurs déterminés qui concourent à sa prise en charge.

- Accélérant les actions déjà initiées autour d'une prise en charge globale du patient en amont, pendant et après l'intervention chirurgicale, et encourageant des relations plus fluides entre les professionnels mobilisés ;
 - Contribuant à renforcer le développement, l'harmonisation et le partage des bonnes pratiques entre les acteurs ;
 - Participant à la maîtrise du risque de complications et à l'amélioration de l'état de santé du patient.
- **En termes d'efficacité pour les dépenses de santé et de qualité des prises en charge, en contribuant à :**
- L'amélioration de la pertinence des soins ;
 - L'amélioration de l'expérience patient par la préparation anticipée de son information et de sa prise en charge, la cohérence de l'ensemble de la prise en charge tout au long de l'épisode de soins selon son profil, son état de santé, ses facteurs de risque et ses conditions socio-économiques ;
 - La diminution de la variabilité des pratiques, notamment dans l'orientation des patients en sortie d'hospitalisation ;
 - La diminution des complications per et post interventions chirurgicales, et des hospitalisations potentiellement évitables ;
 - Une meilleure allocation des dépenses de l'Assurance Maladie (AM) pour un épisode de soins.

● En quoi le paiement au forfait est-il un levier pour mieux se coordonner entre acteurs ?

La mise en place d'un forfait partagé entre les acteurs permet d'amener ces derniers à envisager les organisations et à les construire ensemble. L'objectif commun est de construire un parcours de soins optimal coordonné, fluide et sans rupture, prenant en compte les particularités de l'état de santé des patients.

Le forfait amène les acteurs externes et internes à se connaître, à s'organiser au-delà des murs de l'hôpital et à repenser comment ils peuvent ensemble améliorer leurs organisations. Ils peuvent analyser et suivre régulièrement les données, les indicateurs mis à disposition lors de l'expérimentation et ainsi examiner leurs points forts/faibles et les leviers à mobiliser. Si la mise en œuvre des bonnes pratiques, type RAAC, constitue un levier majeur d'amélioration des prises en charge, pour autant, les organisations sont à penser localement pour s'adapter aux particularités locales (caractéristiques spécifiques de la patientèle, contraintes liées à l'offre disponible, à la démographie médicale...). L'élaboration, dans le cadre du parcours, de protocoles partagés permet par exemple de partager ces pratiques et à chacun de trouver sa place dans la mise en œuvre du parcours.

● Quel est le modèle financier testé lors de l'expérimentation ?

Le modèle sera testé dans un premier temps en mode « rétrospectif », c'est-à-dire sans modification des modalités de facturation actuelles, les acteurs restant payés au même niveau et de la même façon (paiement à l'acte ou au séjour...).

La phase rétrospective se décompose en 2 phases :

- **Une phase d'apprentissage dite « à blanc » :**
 - 12 mois pour la colectomie pour cancer, 18 mois pour la PTH et PTG ;
 - Au cours de cette phase, les expérimentateurs mettront en œuvre leurs organisations et recueilleront les données nécessaires pour alimenter le modèle : seront comparés d'une part les dépenses réelles observées et d'autre part les paiements attendus correspondant aux forfaits cibles EDS.
- **Une phase de mise en œuvre, dite de financement rétrospectif :**
 - 2 à 3 ans ;
 - Une enveloppe qualité spécifique est redistribuée aux acteurs, proportionnelle au niveau de qualité atteint ;
 - Application de bonus puis de bonus/malus : si la dépense observée est inférieure au forfait cible, un intéressement (bonus) pourra être versé à la condition qu'un niveau de qualité minimal soit atteint (mesuré à travers des indicateurs de qualité prédéfinis) ; si la dépense observée est supérieure au forfait cible et que la qualité n'a pas atteint le niveau minimal requis, un malus pourra s'appliquer à la 3^{ème} année².

Sur la base des résultats observés, une phase de financement prospectif pourra être expérimentée pour les acteurs volontaires les plus matures. Dans cette phase, il s'agira de verser un forfait « pour solde de tout compte » à un acteur unique chargé de répartir ensuite le montant entre les différents acteurs mobilisés dans la prise en charge. Cette phase reste à construire à l'aune des premiers résultats de la phase rétrospective.

● Comment le modèle est-il construit ?

● Sur quelle base ?

Il est fondé sur la base des dépenses observées nationales encadrées de l'assurance maladie (*il ne s'agit pas d'un forfait à dire d'experts*) en 2014-2016 : GHS, GHT, GME, actes, honoraires (*y compris les honoraires durant les séjours MCO, HAD dans le secteur privé lucratif et non lucratif*). Le coefficient de spécialisation pour le SSR est pris en compte.

● Quel est le périmètre du forfait ?

À la suite de travaux nationaux menés avec les professionnels et l'ATIH, le périmètre du forfait a été volontairement restreint afin de n'englober que les soins ayant une forte probabilité d'être en lien avec l'épisode de soins :

- Périmètre restreint dans le temps : à 45 jours en préopératoire ; à 90 jours en post-opératoire pour la colectomie pour cancer et pour la PTH, 180 jours pour la PTG ;
- Panier de soins précis inclus : séjours hospitaliers MCO, SSR, HAD, consultations chirurgicales et anesthésiques, soins IDE et de kinésithérapie. *Pour ces soins, ce qui relève de la liste en sus (molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables) n'est pas pris en compte, tout comme les dépassements d'honoraires³.*

² Même si l'objectif à terme, selon les résultats intermédiaires de l'évaluation de la phase rétrospective, est d'envisager la faisabilité d'un paiement « prospectif » (un forfait délivré au début de l'épisode de soins).

³ Même s'ils ne sont pas pris en compte dans les calculs, il est demandé aux professionnels de stabiliser leur niveau de dépassement d'honoraires sur la période de l'expérimentation.

- Ne sont pas pris en compte les autres soins réalisés (*consultations du médecin traitant, autres médecins spécialistes, imagerie, médicaments, biologie*), qui ne sont pas inclus dans le périmètre en l'absence de possibilité de pouvoir démontrer, compte tenu des systèmes d'information, leur imputabilité à l'EDS.

Remarque : Si le médecin traitant joue un rôle essentiel dans la prise en charge globale du patient (suivi des maladies chroniques par exemple) et doit être informé de l'EDS, il n'est pas impliqué en direct dans la continuité des soins de l'EDS qui est règlementairement sous la responsabilité de l'équipe de soins hospitalière.

● Quel type de parcours ?

Deux types de parcours de base ont été identifiés (avec ou sans SSR/HAD) et il a été possible de déterminer statistiquement, en fonction des caractéristiques du patient, vers quel type de parcours le patient a le plus de chance d'être orienté (*i.e.* prédiction statistique des parcours). Chaque parcours correspond à des dépenses moyennes (forfait de base). Ces dépenses ont été ajustées en fonction des caractéristiques des patients.

● Comment se présente le forfait concrètement ?

Exemple de la PTH

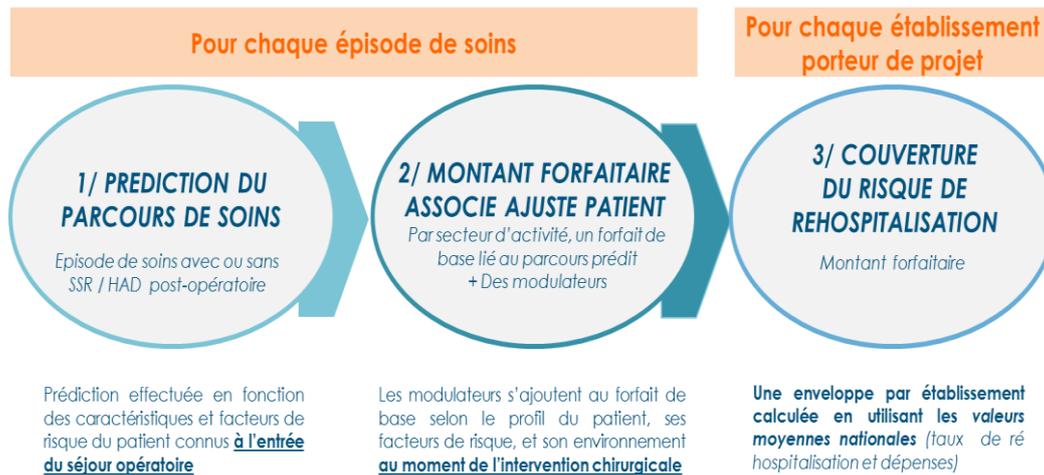
FORFAIT DE BASE					
Ex DG	Parcours		Ex OQN		
	sans SSR	Parcours avec SSR		sans SSR	Parcours avec SSR
Forfait de base	4 355,50	8 449,99	Forfait de base	3 690,79	7 632,55
Modulateurs :					
- Actes autres que NEKA014 et NEKA020	101,98	614,21	- Actes autres que NEKA014 et NEKA020	162,00	302,08
- Age >= 80 ans	751,74	1 129,72	- Age >= 80 ans	517,46	896,70
- CMU-C	55,93		- CMU-C	58,14	
- Comorbidités locomotrices	116,53	613,95	- Comorbidités locomotrices	142,38	497,69
- Comorbidités cognitives	176,79	659,11	- Comorbidités cognitives	152,43	555,37
- Comorbidités socio-environnementales	429,23	389,10	- Comorbidités socio-environnementales	177,49	140,60
- Autres comorbidités	122,14	350,39	- Autres comorbidités	84,48	297,57
- Patient non hébergé en EHPAD en entrée ou sortie du séjour inaugural	369,84	206,54	- Patient non hébergé en EHPAD en entrée ou sortie du séjour inaugural	384,40	206,54
Séjours en RAAC	898,21	898,21	Séjours en RAAC	390,03	390,03

À ces forfaits de base (avec ou sans SSR/HAD) s'ajoutent des « modulateurs » permettant de prendre en compte, dès l'entrée dans l'EDS, les caractéristiques du patient en termes de type d'intervention, d'âge, de comorbidités, d'éventuel isolement social, etc. Ces modulateurs permettent l'ajustement au risque mais aussi d'éviter le risque de sélection des patients. Ils sont calculés par secteur d'activité (public/ privé non lucratif et lucratif).

● Comment sont prises en compte les réhospitalisations dans le forfait ?

Sur la base des travaux avec les professionnels et l'ATIH, seules les réhospitalisations (MCO, SSR, HAD) en lien avec l'EDS sont prises en compte (liste limitative préétablie) dans le forfait. Le risque de réhospitalisation (MCO, SSR, HAD) dans le parcours, contrairement au recours à l'HAD et au SSR

évoqué *supra* (cf. *Quel type de parcours*), ne peut pas être prédit, aucun déterminant n'ayant pu être identifié par les experts et *via* les données disponibles. C'est pourquoi, un montant forfaitaire de dépense rapporté à l'établissement où a lieu l'intervention est attribué en fonction de la moyenne nationale de réhospitalisation observée pour les prises en charge ciblées.



Comment éviter le risque de sélection des patients ?

La quasi-totalité des patients peut être incluse dans l'EDS, les critères d'exclusion étant peu restrictifs (*exclusion : patients décédés au cours de l'EDS ou en soins palliatifs*).

L'ajustement aux risques faisant varier le forfait, permet de prendre en compte les surcoûts de dépenses.

Des mécanismes de sauvegarde ont été prévus afin que les patients ayant des EDS particulièrement compliqués et générateurs de dépenses soient exclus :

- EDS ayant une DMS initiale particulièrement élevée au-delà du 99e percentile de la distribution nationale (exemple : 25 jours pour la PTH) ;
- EDS ayant généré des dépenses au-delà du 97e percentile de la distribution nationale (ex : 15 400 euros pour la PTH).

Quels sont les principes de partage des risques entre les acteurs et l'assurance maladie (AM) ?

Il convient de rappeler que durant la phase expérimentale dite rétrospective, les modalités de rémunération ne changent pas pour l'ensemble des acteurs, y compris en ce qui concerne les dépassements d'honoraires qui n'entrent pas dans le champ de l'expérimentation et peuvent être perçus par ailleurs.

Le partage des risques ne concerne donc que les montants correspondant à la différence entre le niveau des dépenses AM constatées et le forfait cible calculé. Si des marges positives sont dégagées (*moindre dépense constatée par rapport au forfait cible calculé*), une redistribution peut intervenir sur une partie de cette enveloppe pour les acteurs (*plafonnement du bonus à hauteur de 10% de la dépense constatée*) dès lors qu'ils ont atteint un niveau de qualité suffisant.

Si les dépenses constatées sont supérieures au forfait (*excès de dépense observé par rapport au forfait cible calculé*), le risque est partagé entre les acteurs et l'AM. L'application des malus sera cependant limitée puisqu'elle n'est prévue qu'à partir de la 3^e année. Le malus est plafonné à hauteur de 3% de la dépense constatée et ne s'applique pas en cas de niveau de qualité satisfaisant.

Pour les acteurs extérieurs à l'établissement MCO réalisant la prise en charge, aucun malus ne s'appliquera, seul le bonus pourra être redistribué. Cette part de bonus n'est pas encore fixée. Des règles générales de répartition seront déterminées nationalement lors de la phase à blanc. En effet, il paraît nécessaire de disposer des données relatives aux dépenses constatées en vie réelle avant de les fixer. Chaque projet, sur la base de ces règles générales, disposera d'une marge de manœuvre pour fixer ses règles locales en fonction des partenaires en présence. Des conventions seront à établir avec l'AM pour que celle-ci opère la répartition concrète des financements issus du bonus.

C'est l'AM qui se chargera de répartir ces bonus/malus directement aux acteurs. Concrètement, des conventions type seront à la disposition des acteurs dès lors qu'ils auront été identifiés dans le cadre du projet EDS.

Quel est l'intérêt à agir pour les acteurs inclus dans EDS et pour l'établissement MCO réalisant la chirurgie en particulier ?

L'amélioration de la qualité de la prise en charge constitue le premier intérêt à agir pour les acteurs. Le modèle proposé valorise la qualité des soins, ce qui peut être moins le cas dans le cadre d'un paiement à l'acte ou avec la T2A. Une enveloppe qualité est attribuée proportionnellement aux résultats du score qualité fondé sur des indicateurs identifiés.

En comparant d'une part les dépenses observées tout au long du parcours et d'autre part le forfait cible, des marges positives peuvent être dégagées et sont susceptibles d'être redistribuées entre les acteurs, sous condition qu'un niveau de qualité minimum soit atteint.

Si le taux de réhospitalisation est plus bas que la moyenne nationale, les dépenses constatées seront inférieures à celles du forfait et une marge positive pourra être dégagée. Il s'agit d'une incitation vertueuse à des pratiques de soins limitant les complications évitables. En effet, une meilleure prise en charge du patient en amont/pendant/après l'intervention permet d'assurer de façon anticipée une gestion des facteurs de risque et de limiter les complications.

L'intérêt des acteurs de l'établissement MCO où se déroule l'intervention est de transférer de façon pertinente les patients en SSR ou en HAD au regard des caractéristiques de ces derniers.

Si l'établissement MCO réduit les transferts en SSR/HAD alors que ceux-ci étaient pertinents et nécessaires, il peut générer des réhospitalisations pour complications. Dans ce cas, sa dépense constatée augmentera d'autant et il ne pourra pas générer de marges positives. De plus, il peut voir ses indicateurs qualité se dégrader et ne plus être éligible à l'enveloppe qualité. Il en est de même s'il ne prévoit pas en post-séjour des modalités de suivi et de prise en charge en ville adaptées avec les acteurs de ville (IDEL, Kinésithérapeutes) et en lien avec le médecin généraliste.

Quel est l'intérêt à agir pour le SSR ou l'HAD ?

Il convient de rappeler que durant la phase rétrospective de l'expérimentation, les modes et les niveaux de financement ne sont pas modifiés.

Après la phase dite à blanc, ou phase d'apprentissage, où seules les données sont recueillies (*12 mois pour la colectomie pour cancer, 18 mois pour la PTG et PTH*), seuls s'appliqueront pour les SSR et le HAD les bonus dès lors qu'ils auront pu être générés.

Aucun malus n'est applicable pour eux, celui-ci pouvant être repris seulement pour les établissements MCO ayant réalisé l'intervention chirurgicale⁴.

Des règles générales de répartition des bonus seront déterminées nationalement lors de la phase d'apprentissage dite à blanc. En effet, il paraît nécessaire de disposer des données relatives aux dépenses constatées en vie réelle avant de les fixer. Chaque projet, sur la base de ces règles générales, disposera d'une marge de manœuvre pour fixer ses règles locales en fonction des partenaires en présence. Des conventions seront à établir avec l'AM pour que celle-ci opère la répartition concrète des financements issus du bonus.

Les SSR et les HAD inclus sont donc des partenaires à part entière de l'EDS. Les coopérations avec les équipes de soins chirurgicales sont donc essentielles pour optimiser le parcours de soins des patients relevant du SSR ou de l'HAD. Ainsi, l'organisation anticipée (*dès qu'elle est possible*) du transfert en SSR ou en HAD, en amont du séjour chirurgical, est essentielle. Des protocoles partagés de prises en charge peuvent concourir à optimiser les soins MCO/HAD/SSR et à organiser les modalités de sortie du SSR/HAD.

S'agissant des indications de transfert en HAD et SSR, les pratiques de soins, notamment la mise en œuvre de la RAAC, limitent de plus en plus les besoins de soins techniques au sortir du séjour chirurgical. L'isolement, le manque d'autonomie du patient, les conditions de logement restent des indications incontournables du SSR.

Les besoins de soins à domicile y compris de prestations hors soins (*portage des repas, aide-ménagère*) peuvent être des indications à l'HAD quand les conditions de logement et la présence d'un aidant le permettent.

Ainsi, l'évaluation des besoins en SSR ou en HAD, en amont du séjour chirurgical, est importante.

Des règles générales peuvent être réfléchies en commun en fonction des contextes locaux, des besoins identifiés (fonction du profil de la patientèle), de la disponibilité de l'offre de SSR/HAD.

Cette démarche peut contribuer à fluidifier les parcours permettant de réduire les DMS lors du séjour chirurgical, à optimiser la pertinence et la qualité des parcours justifiant le recours aux SSR/HAD.

⁴ Pour mémoire, ce malus est plafonné, applicable uniquement à compter de la 3^e année d'expérimentation et seulement si le niveau de qualité des soins est insuffisant.

Quel est l'intérêt à agir pour les acteurs de la ville ?

Les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes

La prise en charge des patients dans le cadre de l'EDS impose une coordination extrahospitalière pour la réalisation, le cas échéant, des soins prescrits, avant l'intervention chirurgicale et à la sortie d'hospitalisation, en particulier des soins infirmiers et de kinésithérapie.

Infirmiers (IDE) et masseurs-kinésithérapeutes (MK) participent à l'information du patient en ré-explicitant, le cas échéant, les modalités de la prise en charge sur la base des informations reçues par l'équipe de soins hospitalière. Des soins peuvent également être requis pour préparer le patient en amont de son intervention.

Si la continuité de la prise en charge chirurgicale est assurée par l'équipe de soins hospitalière, les IDE et les MK sont à même de détecter des signes cliniques justifiant de réajuster la prise en charge post-opératoire initialement prévue. Ainsi les IDE et les MK sont des partenaires, à part entière, de l'EDS. Le développement d'une collaboration étroite entre ces derniers et l'équipe de soins hospitalière est donc essentiel. Ainsi, la mise en place de protocoles partagés de soins peut concourir à améliorer la qualité des soins (*réduction des complications, amélioration des résultats cliniques, de l'expérience et de la qualité de vie des patients*).

Les représentations professionnelles locales et régionales des IDE et des MK peuvent être des relais pour assurer le lien ville/hôpital et organiser les modalités générales de ces coopérations.

À noter, l'organisation de la prise en charge et de l'articulation ville/hôpital doit être réalisée dans le respect du principe du libre choix du patient des professionnels de soins en ville.

Par ailleurs, durant la phase dite de financement rétrospectif, les modes de rémunération et les niveaux de financement ne sont pas modifiés. Après la phase d'apprentissage dite à blanc, où seules les données sont recueillies (*12 mois pour la colectomie pour cancer, 18 mois pour la PTG et PTH*), seuls s'appliqueront pour les acteurs de la ville, que sont les IDE et les MK, des bonus dès lors qu'ils auront pu être générés.

Aucun malus n'est applicable pour eux, celui-ci pouvant être repris seulement pour les établissements MCO ayant réalisé l'intervention chirurgicale⁵.

Des règles générales de répartition des bonus seront déterminées nationalement lors de la phase d'apprentissage, dite à blanc. En effet, il paraît nécessaire de disposer des données relatives aux dépenses constatées en vie réelle avant de les fixer. Chaque projet, sur la base de ces règles générales, disposera d'une marge de manœuvre pour fixer ses règles locales en fonction du contexte qui leur est propre et des partenaires en présence. Des conventions seront à établir avec l'AM pour que celle-ci opère la répartition concrète des financements issus des bonus.

⁵ Pour mémoire, ce malus est plafonné, applicable uniquement à compter de la 3^e année d'expérimentation et seulement si le niveau de qualité des soins est insuffisant.

● Le médecin traitant

Le médecin traitant (MT) est au cœur du parcours de soins de l'utilisateur, il en est l'interlocuteur privilégié et donc l'acteur principal. C'est lui qui soigne régulièrement le patient, qui le connaît, lui et son environnement ; il prend en charge sa santé dans la continuité (*contribution au diagnostic de la pathologie justifiant l'intervention chirurgicale, gestion au long court des maladies chroniques dont est éventuellement atteint le patient...*).

Pour autant, le MT n'est pas en charge de la continuité des soins chirurgicaux à la sortie du patient, celle-ci étant sous la responsabilité de l'équipe médicale hospitalière. Toutefois, la prise en charge globale du patient par le MT doit s'articuler avec l'EDS chirurgical. C'est pourquoi, il est informé du projet d'intervention et des suites opératoires par l'équipe hospitalière, afin de lui permettre d'assurer la continuité de la prise en charge globale du patient dans le cadre de son parcours de soins (*reprise éventuelle du traitement des pathologies chroniques...*). Par sa bonne connaissance du patient et de son environnement (entourage, isolement), il est à même de signaler, le cas échéant, à l'équipe hospitalière, des difficultés qui seraient à anticiper en amont de l'intervention chirurgicale. Il peut, en outre, contribuer à rassurer le patient en ré-explicitant, le cas échéant, les étapes de la prise en charge chirurgicale, à l'appui des informations reçues par l'équipe de soins hospitalière.

Les consultations du MT ne sont pas incluses dans le périmètre du forfait de l'EDS, elles sont, par conséquent, prises en charge de façon inchangée dans le droit commun (*paiement à l'acte dans le cadre de l'activité libérale notamment*).

● Pour aller plus loin

- [Page dédiée à l'expérimentation EDS sur le site du ministère des solidarités et de la santé \(cliquer ici\)](#)
⇒ Rubriques « système de santé et médico-social » > « parcours des patients et des usagers » > « article 51 »
- [Page dédiée aux appels à projets dont celui pour EDS, sur le site du ministère des solidarités et de la santé \(cliquer ici\)](#)
⇒ Rubriques « système de santé et médico-social » > « parcours des patients et des usagers » > « article 51 »
- [Pour toute information : episodesdesoins@sante.gouv.fr](mailto:episodesdesoins@sante.gouv.fr)