RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Corse

Arrêté n°2024-20 du 8 janvier 2024

Modifiant l'arrêté n°2021-46 relatif à l'expérimentation « EVA CORSE »

la directrice générale de l'Agence Régionale de Santé de Corse,
Chevalier de l'ordre national du mérite
Chevalier de la légion d'honneur

Vu la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de sécurité sociale pour 2018 et plus particulièrement son article 51 ;

Vu le décret n°2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentation pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu le décret du 20 mars 2019 portant nomination de la directrice générale de l'agence régionale de santé de Corse, Mme Marie-Hélène LECENNE ;

Vu la circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 ;

Vu les avis favorables du comité technique de l'innovation en santé du 20 décembre 2020 et du 19 décembre 2023 concernant l'expérimentation dénommée « EVA CORSE » ;

Vu l'arrêté n°2021-46 portant autorisation de l'expérimentation « EVA CORSE »

ARRETE

Article 1 : le cahier des charges de l'expérimentation dénommée « EVA CORSE » annexé à l'arrêté n°2021-46 portant autorisation de l'expérimentation « EVA CORSE » est remplacé par le cahier des charges modifié en annexe du présent arrêté.

Article 2 : l'article 1 de l'arrêté n°2021-46 portant autorisation de l'expérimentation « EVA CORSE » est modifié comme suit : les mots « pour une durée de 40 mois » sont remplacés par les mots « pour une durée de 50 mois avec une phase de préparation de 4 mois ».

Article 3 : le directeur de l'organisation des soins de l'agence régionale de santé de Corse est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié, ainsi que ses annexes, au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Corse.

Article 4 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours hiérarchique auprès du tribunal administratif de Bastia dans le délai de deux mois, à compter de sa notification ou de sa publication au recueil des actes administratifs. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application « Télérecours citoyens » accessible par le site www.telerecours.fr.

La Directrice Générale de l'ARS de Corse,

Marie-Hélène LECENNE

Fait à Ajaccio le 8 janvier 2024

PROJET D'EXPÉRIMENTATION D'INNOVATION EN SANTÉ – CAHIER DES CHARGES

EVA CORSE

PERSONNE CONTACT : Dr Antoine FAURE praticien hospitalier cardiologue SMR mention spécialisée « affections cardio-vasculaires » CH de Bastia mél : antoine.faure@ch-bastia.fr mobile : 0660832210

Résumé du projet

Les maladies cardio-vasculaires sont le chef de file des maladies chroniques, avec 15,7 millions de décès en 2016, elles représentent la 1re cause de mortalité dans le monde.
Dans ce contexte, leur prévention et leur absence de récidive est un enjeu majeur de santé publique. Les données de la littérature objectivent une diminution de 20 à 30% de mortalité et jusqu'à 40% de ré hospitalisation pour les patients ayant bénéficié d'une réadaptation cardio-vasculaire (RC).
Force est de constater que seulement ⅓ des patients éligibles bénéficient d'un tel programme. Parmi les freins identifiés, on note l'absence d'offre de soins à proximité du lieu de vie et l'absence de prescription.
Or, actuellement, un programme de réadaptation cardiaque ne peut se réaliser que dans un SMR à mention spécialisée « affections cardio-vasculaires » (SMR CV).
Le projet EVA Corse souhaite expérimenter un modèle organisationnel qui, pour des patients éligibles selon certains critères, apporterait une levée des freins énumérés par une prise en charge synergique et partagée entre un SMR CV et une équipe de soin primaire (ESP). L'objectif de cette prise en charge sera d'être plus flexible pour le patient en étant à proximité du domicile, avec le même niveau de qualité et de sécurité qu'une prise en charge en RC « classique », mais en étant également moins coûteuse. Cette synergie de prise en charge, partagée entre les équipes expertes (SMR) et l'ESP améliorerait la prévention et la prise en charge des maladies cardio-vasculaires, le renforcement de l'appropriation et de l'adhésion du patient au programme, mais également des équipes (acteurs hospitaliers et acteurs de proximité) au parcours de soin que représente la RC de son inclusion à son suivi. Cette organisation innovante décloisonnant le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire sera coordonnée par le SMR CV référent avec un système de tarification intégrant des critères de qualité des soins, permettant d'assurer une appropriation de la prise en charge par les ESP avec une qualité au moins équivalente.
Cette expérimentation de type article 51 permettra d'évaluer l'efficacité et l'efficience de ce mode d'organisation dérogatoire de soins de RC en Corse. La population cible sera des patients à faible risque évolutif de réadaptation vivant à plus d'une heure d'un SMR CV.
Un parcours multidisciplinaire coordonné sera défini avec une prise en charge partagée : les 6 premières séances du programme de RC seront réalisées dans un SMR CV puis les 14 séances suivantes à proximité du lieu de vie du patient réalisées par une équipe de soins primaires (ESP) en lien avec le SMR CV.
Ce projet expérimentera un modèle de rémunération collective valorisant la qualité et l'efficience de la prise en charge à travers des primes dont le versement est conditionné à l'atteinte de certains indicateurs d'évaluation.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	
Régional	X
National	

CATÉGORIE DE L'EXPÉRIMENTATION :

	Cocher la case
Organisation innovante	X
Financement innovant	X
Pertinence des produits de santé	

DATE DES VERSIONS :
V1 : 12/07/2019
V2 : 02/10/2019
V3 : 19/12/2023

Description du porteur

M.ARNOULD Christophe Directeur général, Centre hospitalier de Bastia
Dr Antoine FAURE, SMR cardio, Praticien hospitalier cardiologue, Centre Hospitalier de Bastia site pilote
Le porteur a été autorisé à une activité de soins de suite et réadaptation mention spécialisée « affections cardio-vasculaires », il a développé un programme de prise en charge en hôpital de jour. Il a un recul de 2 ans et demi de fonctionnement.

Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation*

La liste ci-dessous est seulement indicative, d'autres équipes (ESP/MSP) pourront participer à l'expérimentation dans la limite de l'enveloppe budgétaire FISS dédiée*.**

Sites associés :

- *SMR cardio FINOSELLO Ajaccio, Dr Danielle Antonini, Centre SMR FINOSELLO*
- *MSP d'Ile Rousse, Dr Simeoni, Clarisse Goux*
- *MSP de Calenzana, Dr François Agostini, Rémi Marchett*
- *MSP Isulani, Dr Jean-Pierre Allegrini, Fanny Del Vescovo*
- *MSP de Cargèse, Dr Dominique Poggi, Ornella Leca*
- *MSP de Sartène, Dr Bernard Corneille, Véronique Begliomini*
- *MSP de Prunelli di Fiumorbu, Dr André Rocchi, Nathalie Sanchez*
- *MSP de San Nicolao, Dr Christophe Hébert, Célia Rossi*
- *ESP de Pianottoli, Dr Claire Beauvois , Nathalie Quilichini*
- *ESP Corte Dr TOMI cardiologue Corte, Drs Poggi et Ghionga*
- *ES spécialisée Dr Cathy DANIELS cardiologue Bonifacio*

Les coordonnées du porteur et des partenaires, ainsi que leurs signatures numérisées sont renseignées en Annexe 1.

Table des matières

1. Contexte et Constats 6

1.1 Contexte 6

1.2 Constat 6

1.3 Sémantique 8

2. Objet de l'expérimentation (Résumé) 8

2.1 Objectifs stratégiques 8

2.2 Objectifs opérationnels 9

3. Description du projet 9

3.1 Modalités d'interventions et d'organisation proposées 9

3.2 La prise en charge en centre SMR 10

3.3 La prise en charge en ESP 12

3.4 La liaison avec les équipes (équipe SMR) 13

3.5 Formation des équipes (équipe SMR) 14

3.6 Fin de la prise en charge 15

4. Population Cible 16

4.1 Critères d'inclusion 16

4.2 Critères d'exclusion 16

4.3 Effectifs concernés par l'expérimentation 16

4.4 Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation 17

4.5 Terrain d'expérimentation 17

5. Durée de l'expérimentation 18

6. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre 18

7. Financement de l'expérimentation 19

7.1 Modèle de financement 19

7.2 Modalités de financement de la prise en charge proposée 20

8. Besoin de financement 30

8.1 Besoin de financement développement informatique 30

9. Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation 32

9.1 Aux règles de financements de droit commun 32

9.2 Aux règles d'organisation de l'offre de soins 33

10. Impacts attendus..... 33
11. Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées..... 34
12. Système d'information des patients inclus dans l'expérimentation..... 36
13. Liens d'intérêts..... 38
14. Eléments bibliographiques / expériences étrangères..... 38
Annexe 1. Coordonnées du porteur et des partenaires..... 39
Annexe 2. Catégories d'expérimentations..... 41
Annexe 3. Tableau détaillé du financement demandé..... 43
Annexe 4. Programme d'ETP..... 47
Annexe 5. Programme d'activité physique adaptée..... 48
Annexe 6. Évènements indésirables / Gradation..... 50
Annexe 7. SCORE INTERHEART..... 52

1. Contexte et Constats

1.1 Contexte

Le paradoxe de notre médecine moderne est l'existence d'une épidémie mondiale de maladies chroniques, malgré une augmentation de l'espérance de vie en rapport avec l'innovation thérapeutique. Ces maladies entrainent ainsi une diminution significative de la qualité de vie d'une population de plus en plus jeune (moins de 65 ans). Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont le chef de file de ces maladies chroniques, et avec 15,7 millions de décès en 2016, elles représentent la première cause de mortalité dans le monde.

Dans ce contexte, leur prévention et/ou leur absence de récidive est un problème prioritaire de santé publique. Or, ces maladies chroniques peuvent être modifiées et prévenues par un jeu complexe d'interventions dont la réadaptation cardiaque (RC) par sa prise en charge globale est un atout majeur avec une efficacité démontrée médico-économique.
En effet, les données de la littérature objectivent, une diminution de 20 à 30% de mortalité et jusqu'à 40% des ré-hospitalisations pour les patients bénéficiant d'une prise en charge en RC.

*E*n pratique, tout patient pour lequel un diagnostic de MCV est posé, est éligible à un programme de RC et ne pas lui proposer constitue une véritable perte de chance en termes de mortalité et de qualité de vie (Pavy et al.2012).

Seulement, 1/3 des patients éligibles bénéficient d'un tel programme, les freins du faible taux de participation des patients sont bien identifiés (Corré et al. Bull Epidémiol Hebd. 2016)
- **absence d'offre de soins à proximité du domicile**
- **absence de prescription**
- refus du patient
- âge avancé et comorbidité.

1.2 Constats

Tous ces éléments sont particulièrement prégnants en Corse avec un vieillissement marqué de sa population (les plus de 65 ans représentent 20,8 % de la population versus 17,5 % au niveau national source Eurostat), son caractère île-montagne, son réseau routier (zéro kilomètre d'autoroute et 8% de route nationale) rendant complexe l'offre de soin de proximité, des conditions socio-économiques défavorables augmentant le renoncement aux soins.

Malgré la présence de 2 SMR mention spécialisée « affections cardio-vasculaires » en Corse (un à Bastia et un à Ajaccio), environ 25% de la population se trouve à plus d'une heure de ces centres experts. Par ailleurs, les coordonnateurs de ces centres confirment une absence de prescription supérieure à 75% d'indications formelles à une RC de la part des confrères libéraux ou hospitaliers, qu'ils soient cardiologues ou médecins généralistes.

L'analyse de l'activité du SMR du CH de Bastia (période de 03/2017 - 10/2019) met en évidence les éléments suivants :

- un âge moyen des patients terminant leur programme de 64 ans
- les 2/3 des patients qui refusent la RC habitent hors du grand Bastia
- ces patients sont significativement plus âgés avec un âge moyen de 68 ans.

- 87 % des demandes de prise en charge pour une réadaptation CV émanent du centre hospitalier de Bastia (site recours de cardiologie interventionnelle pour le département de Haute Corse).

Dans notre expérience, un patient qui habite par exemple, la micro-région de Balagne, est à une distance moyenne de 60 kilomètres de Bastia. Or, compte tenu du réseau routier Corse (0 km d'autoroute, 331 km de route nationale à 2 voies, 2462 km de départementale), la durée du trajet de 3 heures (aller-retour) est supérieure ou égale à son temps de réadaptation. Nous constatons un abandon très fréquent précoce de la réadaptation, ou un refus de participation.

« *Au titre de la prévention primaire,* tous les patients à haut risque cardiovasculaire doivent bénéficier des traitements et des modifications comportementales comprenant l'éducation et les conseils diététiques, l'aide au sevrage tabagique et la pratique d'activités physiques régulières »

Les unités de SMR spécialisées en pathologies cardiovasculaires sont des lieux concentrant les compétences techniques et professionnelles de la prévention cardiovasculaire *permettant une prise en charge de* réalisation difficile sans accompagnement. »

Ainsi**, le haut risque cardiovasculaire bénéficie du plus haut grade de recommandation IA par les sociétés savantes de cardiologie pour des raisons de diminution de mortalité et du caractère médico-économique.**

Le travail du sociologue Luc Boltanski dans « les usages sociaux du corps » dans lequel il constate que les classes populaires et ouvrières ont un rapport à leur corps beaucoup plus utilitaire contrairement aux classes plus aisées. Cela fait qu'ils seront plus dans une logique de guérison que de prévention. (J'ai une douleur : j'attends qu'elle m'empêche de travailler avant d'aller chez le médecin et puis une fois guéri, c'est reparti dans mon mode de vie à risque).

En Corse, 1 habitant sur 5 vit avec moins de 970 euros par mois. La grande pauvreté touche de plus en plus de personnes, notamment des femmes. Son caractère rural ile-montagne, l'offre de soin de proximité, les conditions socio-économiques défavorables accentuent le renoncement aux soins et l'absence d'accès à la prévention.

Les acteurs de soins et usagers sont conscients et sensibles à ces éléments :

- Le projet a été approuvé à l'unanimité par la commission des usagers du centre hospitalier de Bastia (CDU du 25/06/2020 avis favorable à l'unanimité)

- Plusieurs équipes ont émis l'hypothèse de réaliser des soins de réadaptation cardiaque au sein de leur maison de santé : cette demande se confronte à 2 écueils : il n'existe pas d'acte dans la nomenclature, la réadaptation cardiaque ne peut se réaliser qu'en SMR à mention cardio-vasculaire

Ces éléments ont conduit le porteur de projet à proposer aux populations situées à plus d'une heure d'un centre de réadaptation cardio-vasculaire une alternative innovante en lien avec les équipes de soins de proximité selon un programme défini et coordonnée par le centre.
La réplicabilité de cette expérimentation sur d'autres territoires semble pertinente et faisable. Les conditions de l'expérimentation sont une qualité et une sécurité de prise en charge non inférieure.

1.3 Sémantique

D'un point de vue sémantique, et pour une meilleure compréhension de l'expérimentation, il est important de différencier :

- le haut risque cardiovasculaire : probabilité importante de survenue d'un accident cardio-vasculaire, il s'évalue en calculant le risque cardiovasculaire global
- le risque de réadaptation : il se stratifie en fonction des données de l'anamnèse, de l'échographie cardiaque et du holter ECG, c'est la probabilité de faire un accident en cours de RC.

Par exemple, les patients à haut risque cardiovasculaires sont souvent à faible risque de réadaptation, de manière paradoxale, ce sont les patients les moins réadaptés malgré un niveau de recommandation le plus élevé possible (classe IA) et un bénéfice incontestable de la RC en termes de diminution de la mortalité et survenue d'accident cardio-vasculaire.

- La réadaptation cardiaque est une phase 2 de transition entre le séjour hospitalier (phase 1) et le retour à la maison (phase 3), c'est une période active sous **surveillance médicale** et d'éducation comportementale vis-à-vis des facteurs de risque cardiovasculaire (alimentation, sédentarité, psycho-social, tabac…). Cette phase 2 ne peut s'effectuer qu'en SMR cardio.

2. Objet de l'expérimentation (Résumé)

L'expérimentation consiste à prendre en charge, selon un chemin clinique établi par le centre de réadaptation cardio-vasculaire, des patients en prévention primaire et secondaire de pathologies cardio-vasculaires et à bas risque de réadaptation cardio-vasculaire, ayant un lieu de vie distant de plus d'une heure d'un centre SMR CV.

Cette prise en charge est réalisée par deux équipes :

- 6 séances par l'équipe pluri professionnelle du SMR CV
- 14 séances en proximité par l'équipe pluri professionnelle (ESP) de proximité en lien avec le SMR de référence.

L'équipe experte (SMR CV) accompagnera l'équipe de premier recours pour assurer la bonne réalisation de la prise en charge de proximité.

2.1 Objectifs stratégiques

Les objectifs sont :

- Améliorer la prévention et la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires

  Tout gain de capacités physiques de 1 MET correspond à une diminution de mortalité de 13%. Ainsi l'évaluation des capacités physiques à l'effort pendant l'expérimentation permet de mesurer l'impact sur la mortalité. La capacité physique est reconnue aujourd'hui comme le **marqueur pronostic indépendant de longévité le plus puissant** (Myers et coll. Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. N Engl J Med. 2002; 346:793–801). Cet objectif est directement corrélé à la mortalité et à l'efficacité du projet d'expérimentation.

  En pratique, un programme efficace sera défini par une augmentation de 15 à 20 % des capacités physiques à l'effort en fin de programme par rapport au début (du programme).

  L'augmentation des capacités physiques a pour corollaire une diminution de morbidités, une diminution des hospitalisations et ré hospitalisations, une augmentation de la qualité de vie et une meilleure réinsertion socio professionnelles des patients.

- Éviter le renoncement aux soins en favorisant la prise en charge de proximité et en assurant une équité dans la prise en charge sur l'ensemble du territoire.

- Permettre l'appropriation de la prise en charge par la pratique et le partage d'expérience par une démarche d'ouverture du secteur hospitalier et de connexion des équipes quel que soit leur lieu d'exercice. Ainsi le projet a pour objectif de rendre acteur l'équipe du premier recours au repérage des populations à haut risque cardio-vasculaire et à l'importance de la prise en charge des facteurs comportementaux dans le cadre de la réadaptation CV et de créer le lien avec l'équipe experte du SMR qui permet un continuum dans la prise en charge avec des outils et des messages communs.

2.2 Objectifs opérationnels

Ces objectifs stratégiques impliquent l'appropriation par l'ensemble des professionnels de la nécessité d'une prise en charge globale (émotions, activités physiques et alimentation) et du caractère collectif de cette dernière tant d'un point de vue de l'organisation que de la rémunération. Nous serons donc amenés à évaluer cette appropriation.

- Comprendre la nécessité d'une prise en charge globale par les PS pour se l'approprier
- Garantir l'émergence et l'accès à une plateforme numérique support de la coordination entre ESP et centres experts.
- Garantir des retours d'expérience entre professionnels hospitaliers et libéraux pour harmoniser les bonnes pratiques.
- Comprendre le cas échéant les difficultés organisationnelles de mise en place de ce nouveau schéma de prise en charge de la réadaptation cardiaque : problèmes de formation des acteurs et de d'appropriation de la prise en charge, d'outils de gestion et de pilotage de l'opération, de coordination entre acteurs impliqués.
- Apprécier l'évolution de la représentation qu'ont les professionnels de santé de leur activité.

3. Description du projet

3.1 Modalités d'interventions et d'organisation proposées

3.1.1 Le recrutement

Les modalités de recrutement sont identiques au recrutement actuel des patients bénéficiant d'une réadaptation cardiaque au SMR centre hospitalier de Bastia et au SMR d'Ajaccio.
La majorité des patients sont adressés par le réseau de cardiologues de ville ou hospitaliers, médecins libéraux, dans les suites d'un incident cardiaque (maladie coronarienne découverte à l'occasion d'un angor, test d'ischémie, syndrome coronaire aigu, décompensation cardiaque, trouble du rythme) au SMR de Bastia ou Ajaccio (FINOSELLO).

Les médecins coordonnateurs des équipes de soins primaires seront également formés au screening des patients avec une sensibilisation sur les indications de la réadaptation cardiaque, dont la prévention cardio-vasculaire avec l'utilisation des scores disponibles notamment score Interheart (cf. annexe) .

3.1.2 L'inclusion des patients

L'inclusion du patient ne peut se réaliser qu'au SMR cardio de Bastia ou SMR cardio d'Ajaccio par les cardiologues des deux SMR CV (Dr Faure pour Bastia et Dr Antonini pour Ajaccio).
La procédure d'inclusion comprend la vérification des critères d'inclusion et de non-inclusion.

Les examens réalisés lors de l'inclusion sont :

- un questionnaire médical comprenant le diagnostic de la pathologie, les antécédents médicaux et chirurgicaux, le traitement du patient ;
- un examen clinique avec son poids, sa taille, son périmètre abdominal mesuré en centimètres ainsi que son tour de hanche mesuré en centimètres, la recherche de signes de décompensation cardiaque et d'une valvulopathie significative à l'auscultation est réalisée ;
- la réalisation des scores : score de risque modifiable INTERHEART sans examen de laboratoire, score d'adhésion au régime méditerranéen, questionnaire de flexibilité psychologique AAQ2
- un électrocardiogramme ;
- une épreuve d'effort ;
- une échographie cardiaque

3.2 La prise en charge en centre SMR

3.2.1 L'organisation

La Société française de Cardiologie (SFC) préconise que la responsabilité et la coordination des SMR spécialisés en pathologie cardiovasculaire soient attribuées à un cardiologue ayant bénéficié, si possible, d'une formation post-universitaire en réadaptation cardiaque.

Les compétences paramédicales obligatoires comprennent les professions d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de diététicien et d'assistant de service social.

Les locaux professionnels doivent comporter le matériel permettant le suivi cardiologique, la prise en charge des urgences et la réalisation du programme de RC.

- une "salle d'urgence" équipée pour permettre les gestes d'urgence et de réanimation cardiaque
- un plateau technique permettant la réalisation des examens non invasifs pour l'évaluation fonctionnelle et la surveillance des patients
- un plateau de reconditionnement à l'effort
- une salle pédagogique

3.2.2 Le déroulé

Les 6 premières séances sont réalisées dans le SMR de référence à Bastia ou Ajaccio. Elles permettent une surveillance de l'activité d'endurance par télémétrie, pour les 6 premières séances, comme cela est indiqué dans les recommandations. Cette surveillance permet de requalifier le risque de la

réadaptation en fonction des données des séances (permet de détecter à l'effort : des complications, la présence d'une ischémie résiduelle, la survenue de trouble du rythme…).
La fréquence des séances est de 3 à 5 par semaine.
La prise en charge de plusieurs patients simultanément est favorisée compte tenu des effets positifs de l'entraînement collectif sur l'adhésion des patients. En effet, l'activité groupale permet une démarche collective intégrant la coopération sociale (théorie socio-cognitive Netz et coll., 2005).

Chaque séance a une durée d'une demi-journée et est réalisée en ambulatoire. Elle a une durée 3 heures et comprend 3 activités :

- activité d'ETP animée par une IDE ou personnel paramédical formé à l'ETP ;
- activité d'entraînement en endurance sur matériel ergométrique sous la responsabilité du cardiologue ;
- activité d'entraînement en résistance dynamique avec réalisation d'un circuit patient sous la surveillance du MK/APA

Ces activités sont encadrées par l'équipe pluridisciplinaire du SMR, elles sont pratiquées dans le cadre du soin. Les données obtenues sont recueillies par interrogatoire et questionnaire.

Pour l'ETP sont recueillis l'identification du patient par numéro unique, l'identification de l'intitulé de la séance d'ETP, la date de la séance, un questionnaire de satisfaction patient, un questionnaire d'évaluation des connaissances quand la séance correspond à une séance de synthèse.
Le programme d'ETP est décrit en annexe 4.

Pour l'activité d'endurance, sont recueillis, l'identification du patient par numéro unique, la date de la séance, le recueil par auto-mesure de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque en début et fin de séance. Cette auto-mesure est encadrée par l'équipe de professionnels de santé, elle fait partie du savoir-faire de surveillance en termes d'objectifs d'ETP.
Sont également recueillis si la FCE a été atteinte lors de l'activité, si l'activité comprenait du fractionné et le nombre de pics de fractionné, les seuils d'intensité de l'activité, la durée totale de la séance. La survenue de trouble du rythme à la télémétrie.
Le recueil des perceptions subjectives de l'effort concernant la dyspnée et la fatigue musculaire sur échelle visuelle de 0 à 10 font également partie du savoir-faire et des objectifs ETP.
L'équipe chargée de la supervision des usagers est formée à cadrer le déroulement général de la séance à chaque séance et de manière systématique (règles des séances).
La télémétrie du patient lors de la réalisation des séances d'endurance n'est pas obligatoire.

Pour l'activité en résistance dynamique sont recueillis, la date de la séance, l'identification du patient, la couleur des élastiques utilisés, l'utilisation d'haltères, bâtons, bracelets et leur masse, le nombre de répétition, le recueil des perceptions subjectives de l'effort concernant la dyspnée et la fatigue musculaire sur échelle visuelle de 0 à 10.
Le programme d'activité physique adapté est décrit en annexe 5.

3.3 La prise en charge en ESP

3.3.1 L'organisation

Elle est définie autour d'un médecin référent (généraliste ou spécialiste) qui va coordonner l'exercice. Son rôle est la sélection des patients éligibles à l'expérimentation, il participe également à la rédaction diffusion et validation des procédures d'événements indésirables en relation avec le SMR de référence et avec les acteurs locaux de soins.

L'équipe est constituée d'au moins une infirmière diplômée d'état formée aux 40 heures d'éducation thérapeutique et d'un masseur kinésithérapeute ou éducateur en activité physique adaptée.

Les locaux indispensables sont :

- une salle d'urgence avec un brancard, chariot d'urgence et traitements de première nécessité, tensiomètre, oxygène, canule de Guedel, défibrillateur est indiqué conformément au projet de loi rendant obligatoire la présence de DAE dans les Établissements recevant du public le 13 juin 2018 (obligation indépendamment de l'article 51 mis à disposition avant le 1er janvier 2022)
- les professionnels de santé doivent attester d'une formation aux gestes de premier secours de niveau 2 (cette attestation est obligatoire indépendamment de l'article 51 : arrêté 1er juillet 2019)
- un plateau de reconditionnement à l'effort avec une surface minimale de 4 m² par patient recommandée, la prise en charge groupale de plus de 5 patients ne semble pas indiquée
- une salle pédagogique destinée à l'information et éducation thérapeutique.

3.3.2 Le déroulé

L'ESP réalise les 14 séances suivant les 6 premières en SMR sous télémétrie.
La fréquence des séances et de 3 à 5 par semaine.
La prise en charge de plusieurs patients simultanément est favorisée compte tenu des effets positifs de l'entrainement collectif sur la qualité des soins. En effet, l'activité groupale permet une démarche collective intégrant la coopération sociale (théorie socio-cognitive Netz et coll., 2005).

L'ESP organise les prises de rendez-vous qui la concernent.
Concernant l'ETP, les rendez-vous sont organisés en fonction du contenu des ateliers ETP patient, l'objectif est de faire correspondre le calendrier des patients entre eux et avec les thématiques d'ETP.
Pour le circuit training, il est conseillé une participation collective des patients.

Chaque séance a une durée d'une demi-journée et est réalisée dans les locaux d'une ESP. Elle a une durée de 3H et comprend 2 activités :
- activité d'ETP 1H
- activité en circuit training de 2H

Les données présentées ci-après sont recueillies par interrogatoire et questionnaire.

Pour l'ETP, sont recueillis l'identification du patient par numéro unique, l'identification de l'intitulé de la séance d'ETP, la date de la séance, un questionnaire de satisfaction patient, un questionnaire d'évaluation des connaissances quand il s'agit d'une séance de synthèse.

Le programme ETP est décrit en annexe 4.

Pour l'activité en circuit training sont recueillis, l'identification du patient par numéro unique, la date de la séance, le recueil par auto-mesure de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque en début et fin de séance.
Le recueil des perceptions subjectives de l'effort concernant la dyspnée et la fatigue musculaire sur échelle visuelle de 0 à 10 font également partie du savoir-faire et des objectifs ETP.
Une remarque générale concernant le déroulement général de la séance est également demandée à la personne référente qui prend en charge le patient.
Le programme de circuit en training est décrit en annexe 5.

Les évènements indésirables ainsi que leur gradation sont décrits en annexe 6 leur gestion fera l'objet d'**un protocole spécifique rédigé avec le médecin coordonnateur du SMR du CH de Bastia, les acteurs de soins locaux, le médecin référent de l'ESP. Il sera validé et diffusé par l'ensemble des professionnels de santé en tenant compte :**

- Des spécificités territoriales de l'ESP
- De la gravité de l'événement indésirable

3.4 La liaison avec les équipes (équipe SMR)

Le rôle du médecin SMR coordonnateur est de s'assurer du bon déroulement de la prise en charge du patient par l'ESP :

- Il est disponible pour répondre aux questions spécifiques des équipes de l'ESP transmises par MSS
- Il peut modifier le programme de circuit training ou d'ETP selon les fiches de liaisons transmises par MSS
- Il vérifie le bon déroulement de la formation des équipes de l'ESP lors des formations spécifiques au circuit training ou à l'ETP et le bon déroulement des séances de supervision
- Il vérifie la déclaration de tout événement indésirable

Le temps de coordination spécifique pour ce médecin pour les 14 séances d'un patient est défini par :

- Un temps de STAFF de 2h en moyenne (pour coordonner la prise en charge du patient) ;
- Un temps de suivi de 2h en moyenne (gestion des flux de données).

Le rôle de l'IDE coordinateur est de s'assurer de la bonne composition des groupes de patients avant leur prise en charge en MSP.

- Il informe les équipes qui adressent des patients des suites données à leur prise en charge (inclusion ou non dans EVACORSE).
- Il est informé des calendriers des sessions des équipes et s'assure de la bonne continuité de la prise en charge entre SMR et MSP : les patients éligibles à EVACORSE sont convoqués pour la première séance dès lors que l'IDE coordinateur du SMR s'est assuré qu'ils pourraient bénéficier d'une prise en charge en aval afin d'éviter les abandons.
- Il s'assure que les groupes de patients envoyés aux équipes sont suffisamment nombreux.
- Il renseigne toutes les données de coordination dans le SI dédié.
- Il entretient un lien régulier avec les coordinatrices des MSP pour ajuster régulièrement les calendriers au regard des contraintes diverses.

Ce poste est le point d'entrée dans le SMR pour les équipes de premier recours. Il assure une coordination ville-hôpital. Pour les besoins du projet, le temps de travail estimé de ce coordinateur est de 0,6 ETP pour environ 200 patients inclus dans l'année. A l'issue de cette expérimentation, le temps de travail de ce coordinateur sera plus finement évalué.

3.5 Formation des équipes (équipe SMR)

Les équipes bénéficient d'une formation avec un respect des exigences qualité dictées par la loi dans l'outil DATADOCK. L'établissement s'est inscrit dans des démarches afin d'obtenir l'agrément DPC, ce qui permettra aux équipes de pouvoir disposer d'une formation leur permettant de satisfaire à leur obligation triennale de formation. L'avantage de formation délivrée par le CHB serait la possibilité d'une certification de la formation.

Sont clairement définis :

- Les objectifs de formation, les moyens techniques, pédagogiques et d'encadrement
- Le suivi pédagogique, les moyens de suivi d'exécution et d'appréciation des résultats
- L'évaluation de la formation
- L'ensemble des documents pédagogiques remis pour la formation

Cette formation sera réalisée sur le centre hospitalier de Bastia et comprend 2 journées

- Jour 1 : éducation thérapeutique 3H formation théorique + 3H amélioration des pratiques professionnelles,
- Jour 2 : circuit training 3H formation théorique + 3H amélioration des pratiques professionnelles, apprentissage du module web permettant l'accès à la fiche de liaison ESP-SMR dématérialisée.

- **Une Plateforme web collaborative**

C'est un outil de communication destiné à faciliter et optimiser la collaboration entre les différents acteurs du parcours. Sa particularité est qu'aucune donnée à caractère personnel telles que définies par l'article 2 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, dite relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ne peut être partagée, en dehors du service de messagerie sécurisé de type MS Santé mis en place entre les différents professionnels de santé du dispositif.

Elle comprend :
Pour les patients :

- ✔ la possibilité de poser des questions concernant leur alimentation, leur activité physique et leur traitement et ainsi créer une base de connaissance documentaire structurée ;
- ✔ les sources documentaires en rapport avec l'éducation thérapeutique dont ils ont bénéficié, une information plus globale à destination des familles de patient est également mise à disposition ;
- ✔ Un agenda des différents rendez-vous peut être visualisé par le patient.

Un module web mis en place par les professionnels

- ✔ les principaux rappels d'indication et contre-indication de la réadaptation mis en place.
- ✔ Le calcul des scores modifiable INTERHEART sans examen de laboratoire est possible ainsi qu'un score d'adhésion au régime méditerranéen
- ✔ Contact facilité avec le SMR de référence

3.6 Fin de la prise en charge

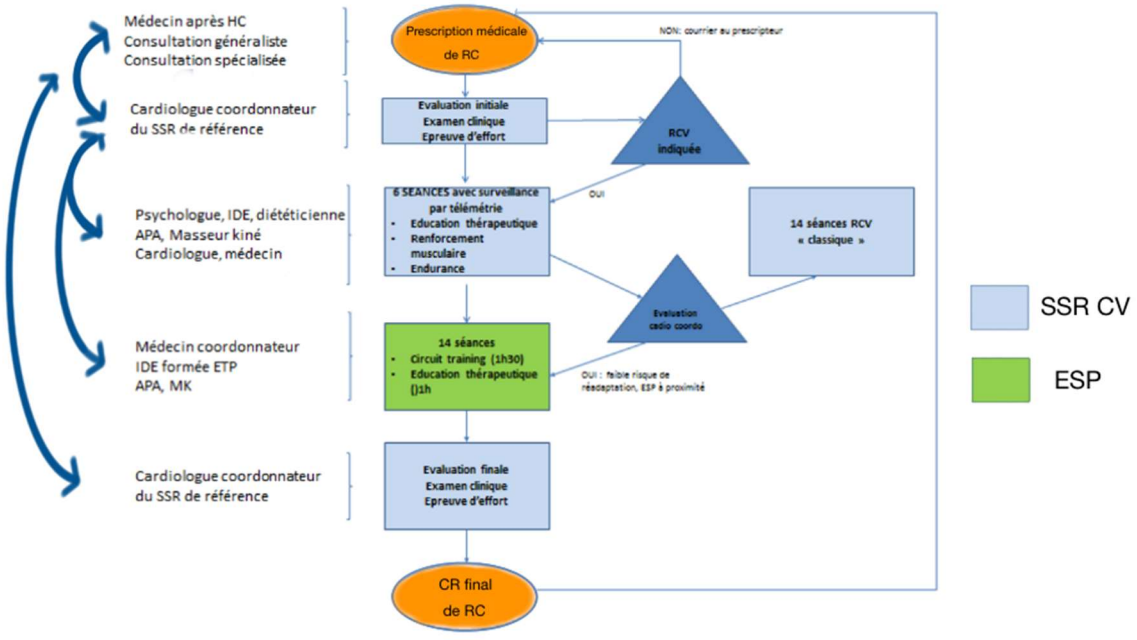
Elle est réalisée dans le centre de SMR de référence à Ajaccio ou Bastia.
Elle est programmée quand les 20 séances de suivi sont complétées. Le recueil de la date d'entrée dans l'expérimentation puis la date de fin sont notifiés.
Le nombre de séances réalisées est recueilli. Tout événement indésirable est notifié, daté et sa cause est déterminée.

La réalisation des scores par questionnaires est effectuée : score de risque modifiable INTERHEART sans examen de laboratoire, score d'adhésion au régime méditerranéen.

Un examen clinique permet de recueillir les données sur le poids, la taille, la fréquence cardiaque, le périmètre abdominal et le tour de hanche. La recherche de signes d'insuffisance cardiaque et de valvulopathie cliniques est réalisée. L'épreuve d'effort finale est également réalisée.

La personne est informée de la variation de ses capacités physiques à l'effort, de la variation de son score d'adhésion au régime méditerranéen, de la variation de son poids et de la variation de son rapport taille/hanche.

<u>Le Chemin clinique du patient est repris ci-dessous, il précise les tâches et les ressources humaines nécessaires</u>



4. Population Cible

La population étudiée correspond à des patients avec une indication de RC, dont le risque évolutif de réadaptation est bas, et à plus d'une heure d'un centre expert.

4.1 Critères d'inclusion

- Haut risque cardio-vasculaire
- Artérite oblitérante des membres inférieurs
- Syndrome coronaire aigu stabilisé
- Angor stable
- Patient après angioplastie coronaire programmée
- Insuffisance cardiaque à fonction systolique préservée

4.2 Critères d'exclusion

- Personne visée aux articles L. 1121-5 à L. 1121-8 et L. 1122-12 du code de la santé publique, définie par femme enceinte, parturiente ou allaitante, personne privée de liberté par décision judiciaire ou administrative, mineur, personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale, personne hors d'état d'exprimer leur consentement
- troubles du rythme non maîtrisés
- hypertension artérielle non maîtrisée ou chute de la pression artérielle à l'effort
- ischémie myocardique résiduelle
- Fraction d'éjection inférieure à 45 %
- épanchement péricardique de moyenne à grande abondance
- insuffisance cardiaque décompensée
- hypertension artérielle pulmonaire
- maladies infectieuses ou inflammatoires en cours d'évolution
- thrombus intracardiaque
- capacités fonctionnelles à l'effort < 6 METS

4.3 Effectifs concernés par l'expérimentation

D'après Van Der Weijden & al (2007), les patients à haut risque cardiovasculaire éligibles à une réadaptation cardiaque représentent 17% de la population de médecine générale. En Corse, ce sont environ 100 000 personnes qui habitent à plus d'une heure de trajet des centres SMR mention cardiovasculaire. Le potentiel de recrutement est donc de 17 000 patients. Toutefois, compte tenu de la durée d'expérimentation envisagée et des ressources à disposition dans les MSP de la région et de leur niveau de maturité, nous estimons les inclusions de la façon suivante :

- 2021 : 20 inclusions (mise en place du projet, formation, mise en place des groupes pilotes)
- 2022 : 120 inclusions (toutes les équipes ne sont pas opérationnelles)
- 2023 : 200 inclusions (certaines équipes sont encore en montée en charge)
- 2024 : 350 inclusions
- 2025 (2 mois) : 80 inclusions

  Soit un total de 770 inclusions sur toute la durée du projet.

4.4 Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation

Les professionnels concernés par l'expérimentation sont décrits au chapitre IV paragraphe 3-4-5

4.5 Terrain d'expérimentation

Le terrain d'expérimentation concerne la région Corse.

La population Corse se caractérise par la faible densité de sa population, le vieillissement et la pauvreté de ses habitants. La Corse compte en 2017, 330 000 habitants avec une densité au kilomètre carré très basse (en 2014 37.4 habitants au Km2 soit presque 5 fois moins que la moyenne nationale) qui en fait une des régions les moins peuplées de France. La part des plus de 65 ans s'établit à 21.4 % contre 18.4 % au plan national. Ce phénomène de vieillissement devrait se poursuivre dans les années à venir, lié à l'augmentation de l'espérance de vie et au solde migratoire, la part des plus de 65 ans pourrait représenter selon l'INSEE environ 28 % de la population en 2028 et un tiers en 2040. La part des plus de 75 ans (10.7% en 2016 / 9.1 % moyenne nationale) devrait doubler d'ici 2050. Le taux de pauvreté (nombre de personnes vivant avec moins de 60% de revenu médian) est de 20.2% contre 14% en moyenne sur le continent et est ainsi le plus élevé de la France métropolitaine.

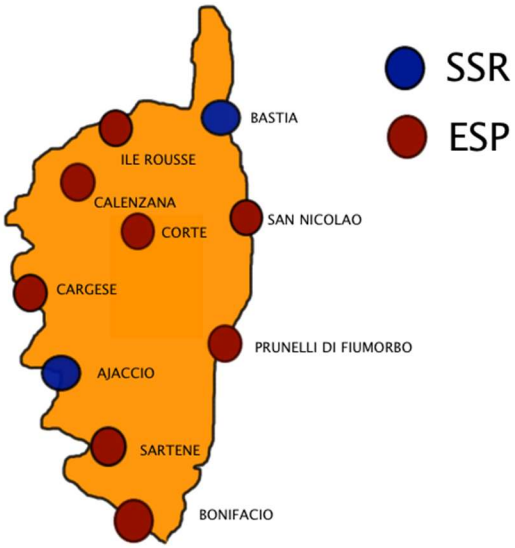
Extrait du PRS2 :

« Le taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants (période 2012-2014) est supérieur de 9.5 par rapport au territoire national (192.8 Corse versus 183.3 France entière), avec une mortalité prématurée plus élevée pour les cardiopathies ischémiques. Par ailleurs, la prévalence de l'ALD 5 (insuffisances cardiaques, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires et congénitales) est de 2011 patients en ALD pour 100 000 versus 1645 pour le territoire national.

Le taux de recours standardisé à l'angioplastie coronaire est en évolution depuis 2012 avec un taux de 3,89 versus 2,49 pour le territoire national plaçant la Corse en première position. En parallèle, le taux de recours au pontage coronarien est de 0,28 versus 0,29 au niveau national plaçant la Corse en 9ème position sur les 17 régions. Ces éléments conduisent à poursuivre les actions engagées dans le PRS 1 en développant la filière de prise en charge intégrant la dimension préventive. Par ailleurs, un travail d'analyse des taux de recours afin de mieux appréhender le contexte épidémiologique mais aussi les pratiques des intervenants sera développé au cours du PRS2. »

Deux établissements de santé sont autorisés à une activité de soins et de réadaptation mention spécialisée « affections cardio-vasculaires ». Il s'agit du centre hospitalier de Bastia et du CRF le FINOSELLO à Ajaccio.

Les équipes de soins primaires sont représentées sur la carte ci-dessous, elles comportent des exercices coordonnées en MSP (labélisées ou en cours de labélisation) et des Equipes de Soins spécialisés.



5. Durée de l'expérimentation

La durée estimée du projet est **de 50 mois dont 4 mois de montée en charge**. Un patient est inclus dans le dispositif sur une durée moyenne de 2 mois pour la réalisation des 20 séances.

a. Planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre du projet d'expérimentation

Phase 1: 4 mois de montée en charge à compter de l'autorisation

Phase 2: T0 + 4 mois : inclusion 1er patient

Arrêt des inclusions : 24/01/2025

6. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre

Un comité de suivi sera mis en place

Sa composition :

- Le porteur de projet
- La fédération de l'exercice coordonnée et un ou deux représentants de MSP et ESP spécialisées
- Le représentant du site SMR associé et son médecin cardiologue
- Un membre de la commission des usagers (CDU)

L'agence régionale de santé sera invitée ainsi que la DCGDR présente au sein de la cellule d'instruction de l'article 51.
Le comité pourra inviter les URPS s'il le souhaite.

Son fonctionnement :
Le comité de suivi se réunira à minima tous les 6 mois et en fonction des besoins à la demande d'un des membres.
Un compte rendu de chaque réunion sera rédigé et porté à la connaissance de l'ensemble des partenaires.

Un rapport de l'activité réalisée sera systématiquement présenté par le porteur de projet qui a la charge du suivi du projet et qui centralise les données d'activité.

7. Financement de l'expérimentation

7.1 Modèle de financement

L'expérimentation propose de tester un modèle de rémunération collective valorisant la qualité et l'efficience de la prise en charge à travers des primes dont le versement est conditionné à l'atteinte de certains indicateurs d'évaluation. Le modèle de rémunération des équipes envisagé est dérogatoire à plusieurs titres :

- La rémunération envisagée est collective : elle rétribue l'équipe ville hôpital qui se charge de redistribuer les montants selon les contributions de chacun.

- Elle valorise une prise en charge de plusieurs patients simultanément compte tenu des effets positifs de l'entraînement collectif sur la qualité des soins. En effet, l'activité groupale permet une démarche collective intégrant la coopération sociale (théorie socio-cognitive Netz et coll., 2005)

- Elle valorise la qualité de la prise en charge à travers des primes conditionnées à l'observation d'une amélioration des principaux indicateurs de qualité de la prise en charge (METS, score Interheart, adhésion au régime méditerranéen).

Dans un souci d'efficience, ce modèle doit viser une prise en charge moins onéreuse qu'une hospitalisation de jour en SMR (estimée à, en moyenne, 160€ pour de la réadaptation cardiaque).

Le modèle financier proposé suit les principes suivants :

- **Une rémunération de base** calculée à partir des taux horaires des professions concernées.

- Une « **prime d'efficience** » qui rémunère le temps supplémentaire de coordination consacré à trouver des créneaux de prise en charge commun pour les patients.

- Une « **prime qualité** » qui rémunère la qualité des soins prodigués par les équipes de soins primaires en fonction de l'atteinte des indicateurs médicaux déterminés dans le cahier des charges.

7.2 Modalités de financement de la prise en charge proposée

7.2.1 Méthode de calcul utilisée

1 La rémunération de base

Elle est fondée sur le temps passé avec les patients (prise en charge effective) et pour les patients (coordination) soit un temps de prise en charge effective et un temps de coordination.

Un temps de prise en charge effective : Séance de 3h

- **2h** de renforcement musculaire et cardio training par séance (MK).
- **1h** d'Education Thérapeutique du Patient par séance (IDEL ou tout autre professionnel formé à l'ETP : taux horaire d'une IDEL utilisé).

Un temps de coordination :

- Temps de STAFF par patient sur les 14 séances en ESP : 2h (en moyenne), soit par séance 0,14
- Temps de coordination par patient par séance pour organiser des prises en charge collectives (cf. encadré ci-dessous pour une explication de l'estimation des temps de coordination):

1 patient	2 patients	3 patients	4 patients	5 patients
13 minutes	26 minutes	39 minutes	52 minutes	1 heure 5 min

- Temps de suivi par patient par le médecin coordonnateur du SMR pour les 14 séances : 2h, soit par séance 0,14

Encadré : le temps de coordination

Pourquoi des temps de coordination aussi longs ?

Le calcul des temps de coordination présenté ci-après se fait sur la base de l'expérience des infirmières coordinatrices du SSR de Bastia (CHB). En effet, lors de la conception du cahier des charges, elles ont insisté sur le fait qu'il était complexe de réunir les patients au sein des mêmes séances : les séances d'ETP ne sont pas les mêmes pour tous les patients. Il existe un socle commun, puis chaque patient choisit un certain nombre d'ateliers en fonction de ses préférences et de son stade d'avancement dans la réadaptation cardiaque. Respecter le choix des patients tout en conservant la volonté de réaliser des ateliers **collectifs** d'ETP génère des difficultés de coordination importantes. En effet, faire concorder les emplois du temps des patients qui ont les mêmes préférences en termes de prise en charge consomme un temps soignant important. Les professionnels qui conçoivent les emplois du temps doivent nécessairement connaitre le contenu des séances d'ETP. On ne peut donc pas s'appuyer sur du temps de secrétaire médicale.

Par ailleurs, on pourrait penser, compte tenu d'un nombre plus faible de patients à prendre en charge pour les ESP, que le temps de coordination est moindre. Ce n'est pas nécessairement le cas dans la mesure où moins de patients implique moins de « combinaisons gagnantes » pour constituer des groupes.

Le coût de prise en charge effectif :

Le temps de prise en charge est considéré comme fixe par rapport au nombre de patients :

- Taux horaire d'un Masseur Kinésithérapeute (MK) estimé par la DCGDR de Corse : 36€

- Taux horaire d'une Infirmière Diplômée d'Etat Libérale (IDEL) estimé par la DCGDR de Corse : 28€.

Quel que soit le nombre de patients (limité à 6 max), le masseur Kinésithérapeute touchera 72€ (2h*36€), tandis que le professionnel chargé de dispenser l'atelier d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) sera rémunéré 28€ (taux horaire IDEL).

Le temps de coordination, dans la mesure où il est exclusif pour chaque patient est rémunéré selon le nombre de patients soit :

- Staff MK : 72€ pour le MK sur les 14 séances (2h de STAFF*36€) par patient
- Staff et coordination IDEL :

56€ (2h*28€) + 84€ (13min * 14 séances / 60min * 28€ taux horaire IDEL) pour l'IDEL sur les 14 séances par patient.

- Staff et suivi médecin SMR

170€ (2h*85€) + 170€ (2H* 85€/h pour un PH) pour le SMR sur les 14 séances par patient.

Synthèse du calcul de la rémunération de base en fonction du nombre de patients pris en charge au cours d'une séance

Nombre de patients	1			2			3			4			5			6		
Hypothèses taux horaires	MK	IDE	SMR-CH (Médecin)															
Tx horaire	36 €	28 €	85 €	36 €	28 €	85 €	36 €	28 €	85 €	36 €	28 €	85 €	36 €	28 €	85 €	36 €	28 €	85 €
Hypothèses temps de travail (en h)	MK	IDE	SMR-CH (Médecin)															
Temps moyen de **prise en charge** par patient **par séance** (en h)	2	1		constant car rémunération "à l'heure" ne tenant pas compte du nombre de patients														
Temps moyen de coordination par patient (1 séance) en h		0,21			0,43			0,64			0,86			1,07			1,29	
Temps moyen de STAFF par patient (14 séances)	0,14	0,14	0,14	0,29	0,29	0,29	0,43	0,43	0,43	0,57	0,57	0,57	0,71	0,71	0,71	0,86	0,86	0,86
Temps moyen de suivi des patients (14 séances)			0,14			0,29			0,43			0,57			0,71			0,86
Temps de travail moyen en heures pour 1 séance	2,14	1,36	0,29	2,29	1,71	0,57	2,43	2,07	0,86	2,57	2,43	1,14	2,71	2,79	1,43	2,86	3,14	1,71
Rémunération de base en € pour 1 patient (14 séances)	77 €	38 €	24 €	82 €	48 €	49 €	87 €	58 €	73 €	93 €	68 €	97 €	98 €	78 €	121 €	103 €	88€	146 €
Taux horaire	36 €	28 €	85 €	36 €	28 €	85 €	36 €	28 €	85 €	36 €	28 €	85 €	36 €	28 €	85 €	36 €	28 €	85 €
Rémunération de base			139 €		179 €			218 €			258 €			297 €			337€	
Rémunération de base par patient			139 €		89 €			73 €			64 €			59 €			56€	

2 Le calcul des “primes”

La rémunération de base étant dépendante du nombre de patients pris en charge, l’économie générée est d’autant plus forte que le nombre de patients pris en charge est élevé. Par exemple, une séance à 1 patient coûte 139 € par patient contre 51 € par patient dans une séance à 6 personnes. Par ailleurs, les prises en charge collectives sont souhaitées pour obtenir de meilleurs résultats auprès des patients : en groupe, l’effet d'entraînement social est plus important et les patients adhèrent mieux à la prise en charge. En réadaptation cardiaque, on fait l’hypothèse que des séances en groupe sont normalement corrélées à une meilleure qualité de prise en charge parce qu’elles génèrent une meilleure adhésion à la prévention des risques cardiovasculaires. La taille des groupes est néanmoins limitée vu les contraintes matérielles et physiques en MSP.

Il faut donc inciter les acteurs en santé à :

- s’organiser pour programmer des séances collectives en majorité entre 4, 5 voire 6 patients.
- s’organiser pour que malgré le nombre de patients, les prises en charge soient d’une qualité équivalentes à celles en SMR.

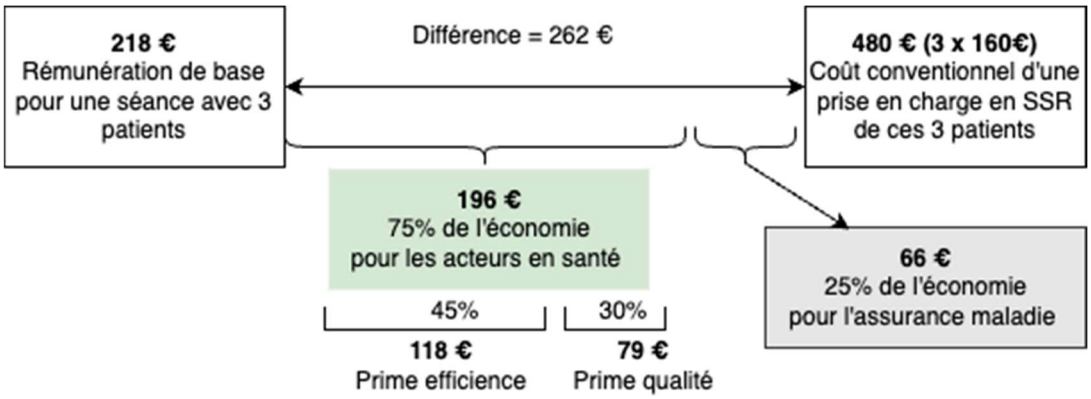
Pour cela 2 primes sont envisagées :

- une prime d’efficience qui vise à valoriser le travail de coordination significatif à réaliser pour une bonne articulation entre SMR et MSP.
- une prime qualité qui vise à valoriser la bonne prise en charge des patients et contrebalancer un potentiel effet pervers de la prime efficience qui consisterait à maximiser le nombre de patients au sein des séances sans tenir compte de la qualité des soins.

Pour garantir un modèle économique efficient, les primes sont calculées à partir de la différence entre une séance traditionnelle de réadaptation cardiovasculaire (tarif SMR HDJ de 160 €) et la rémunération de base des acteurs en santé. Autrement dit, **on reverse une part de l’économie générée aux acteurs en santé** (cf. points suivants).

2.1 Conception générale du modèle

Le schéma ci-dessous détaille à l'aide d'un exemple d'une séance de 3 patients comment sont calculées les primes d'efficience et de qualité.



Les 2 primes sont calculées à partir de l'économie générée quand on compare le coût d'une prise en charge traditionnelle en SMR pour 3 patients et le coût de la **rémunération de base** des acteurs impliqués dans EVACORSE.

2.2 La prime efficience en détails

Rappel : cette prime a pour objectif d'inciter les acteurs en santé à se coordonner pour assurer des séances en groupe.
Si plusieurs patients sont pris en charge en même temps dans la limite de 6 patients, une prime est versée à l'équipe d'un montant équivalent à 45% de l'économie réalisée en comparaison d'une prise en charge SMR. Par exemple, si une équipe réalise une séance avec 3 patients, sa rémunération de base est de 218 €. En la comparant au tarif usuel d'une HDJ de SMR pour une réadaptation cardiaque, la prime d'efficience s'élève alors à (160 x 3 – 218) x 0,45 = 118 €.

Cette prime n'est envisagée que parce qu'une prise en charge collective pour les soins de réadaptation cardiaque est considérée comme bénéfique pour les patients. En effet, des "effets d'entraînement" sont souvent observés lors des séances de réadaptation cardiaque collectives (aspect ludique d'un effort collectif versus une contrainte quand l'effort est individuel).

L'ensemble de la rémunération (base + primes efficience et qualité) est versé à la SISA (ou l'association loi 1901) ainsi qu'à l'établissement de santé hébergeant le SMR. Ces sommes sont reversées aux structures morales et non directement aux professionnels.

NB : l'équipe hybride est constituée de l'équipe ESP MSP et de l'équipe du SMR

Nombre de patients	1	2	3	4	5	6
Rémunération de base	139 €	179 €	218 €	258 €	297 €	337 €
Economie liée à la prise en charge collective	- €	141 €	262 €	382 €	503 €	623 €
Montant prime efficience pour équipe hybride	- €	64 €	118 €	172 €	226 €	281 €
Rémunération base + efficience	139 €	242 €	336 €	430 €	523 €	617 €

2.3- La prime qualité en détails

En fonction de l'atteinte d'indicateurs de qualité (gain de METS, score adhésion au régime méditerranéen, cf. cahier des charges), une prime qualité d'un montant équivalent à 30% de la différence entre le tarif d'une HDJ en SMR et la rémunération de base est versée.
En reprenant le même exemple que précédemment, si une équipe réalise une séance avec 3 patients, sa rémunération de base est de 218 €. En la comparant au tarif usuel d'une HDJ de SMR pour une réadaptation cardiaque, la prime qualité s'élève alors à (160 x 3 – 218) x 0,30 = **79 €**.
A la discrétion de l'équipe ESP-SMR, la prime qualité peut être répartie entre les deux structures.

NB : l'objectif de cette prime n'est pas de rémunérer les offreurs les plus performants mais plutôt de les inciter à prendre en considération des variables clefs dans une prise en charge de réadaptation cardiaque comme l'évolution du gain de METS des patients.

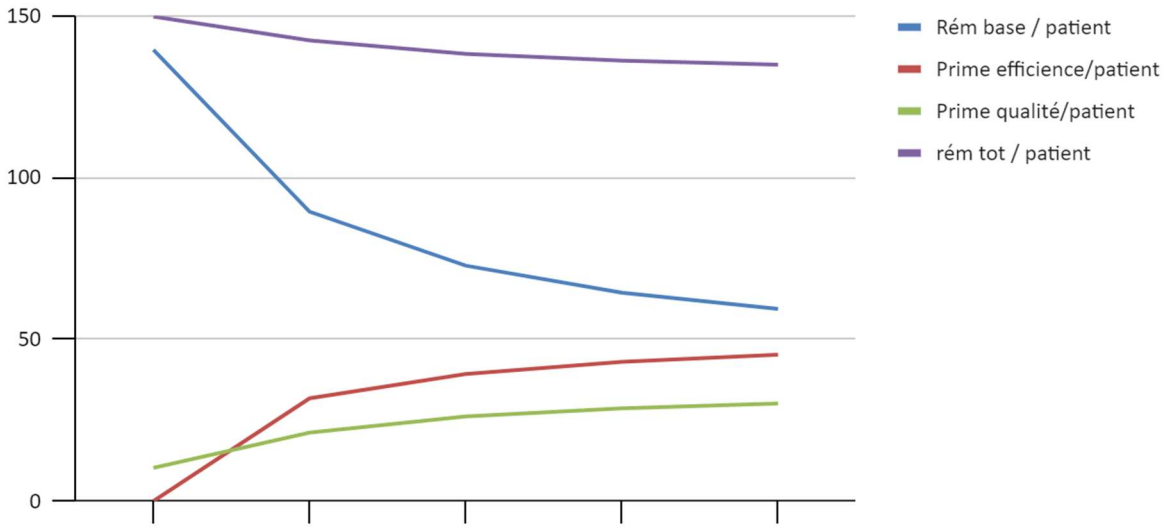
Nombre de patients	1	2	3	4	5	6
Rémunération de base	139 €	179 €	218 €	258 €	297 €	337 €
Economie liée à la prise en charge collective	- €	141 €	262 €	382 €	503 €	623 €
Montant prime efficience pour équipe hybride	- €	64 €	118 €	172 €	226 €	281 €
Montant prime qualité pour équipe hybride		42 €	79 €	115 €	151 €	187 €
Rémunération totale	139 €	285 €	415 €	544 €	674 €	804 €

En synthèse

Nombre de patients	1	2	3	4	5	6
Rémunération de base	139 €	179 €	218 €	258 €	297 €	337 €
Economie liée à la prise en charge collective	- €	141 €	262 €	382 €	503 €	623 €
Montant prime efficience pour équipe hybride	- €	64 €	118 €	172 €	226 €	281 €
Montant prime qualité pour équipe hybride		42 €	79 €	115 €	151 €	187 €
Rémunération base + efficience	139 €	242 €	336 €	430 €	523 €	617 €
Rémunération base + efficience par patient	139 €	121 €	112 €	107 €	105 €	103 €
Rémunération totale	139 €	285 €	415 €	544 €	674 €	804 €
Rémunération totale par patient	139 €	142 €	138 €	136 €	135 €	134 €

Le graphique ci-après permet de comprendre la structure des coûts d'une prise en charge hybride en réadaptation cardiaque :

La courbe violette représente la rémunération totale de l'équipe hybride par patient, elle se calcule en « sommant » les courbes bleues, vertes et rouges. La rémunération de base par patient, étant pour partie indépendante du nombre de patients pris en charge, chute considérablement quand plusieurs patients sont traités de manière collective. Cet effet est corrigé par les primes qualité et efficience mais de manière assez modérée pour que la rémunération totale par patient diminue quand même en fonction du nombre de patients pris en charge collectivement



Modalités de partage de la rémunération entre les structures d'exercice coordonné et les SMR

- Dans ce tableau, nous détaillons une possibilité de partage de la rémunération entre une structure d'exercice coordonnée et un centre SMR. Concernant le partage de la rémunération de base, chaque structure perçoit la rémunération liée à son temps de travail détaillé dans le tableau page 20.
- Concernant la prime efficience, dans la mesure où l'effort de coordination est partagé entre les MSP et le SMR, cette dernière est redistribuée à 70% pour les MSP et 30% pour le SMR. Le taux plus faible pour le SMR est compensé par un "effet volume" car il travaille en lien avec plusieurs équipes.
- Pour la prime qualité, on suppose que le SMR comme la MSP sont responsables de la qualité des soins. Par conséquent, elle est partagée de la manière suivante : 45% pour le SMR et 55% pour l'ESP.

Nombre de patients	1		2		3		4		5		6	
Acteurs équipe	MSP	SMR	MSP	SMR	MSP	SMR	MSP	SMR	MSP	SMR	MSP	SMR
Rémunération base	139 €		179 €		218 €		258 €		297 €		337 €	
Répartition	115 €	24 €	130 €	49 €	145 €	73 €	161 €	97 €	176 €	121 €	191 €	146 €
Prime efficience	- €		64 €		118 €		172 €		226 €		281 €	
Répartition	- €	- €	44 €	19 €	82 €	35 €	120 €	52 €	158 €	68 €	196 €	84 €
Prime qualité	10 €		42 €		79 €		115 €		151 €		187 €	
Répartition	6 €	5 €	23 €	19 €	43 €	35 €	63 €	52 €	83 €	68 €	103 €	84 €
TOTAL	150 €		285 €		415 €		544 €		674 €		804 €	
	121 €	29 €	198 €	87 €	271 €	144 €	344 €	200 €	417 €	257 €	490 €	314 €

1. Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités /économies potentielles

La soutenabilité financière du modèle proposé tient simplement au fait que la prise en charge hybride coûte moins cher qu'une prise en charge traditionnelle. En effet, nous ne cherchons pas à montrer ici l'efficience liée à une réadaptation cardiaque dans la mesure où cette pratique est déjà remboursée par l'assurance maladie et que son intérêt médico-économique n'est donc plus à prouver. Le tableau ci-dessous compare les coûts liés à une prise en charge traditionnelle pour des patients éloignés à plus d'une heure d'un SMR versus les coûts associés à une prise en charge hybride.

Hypothèse :

- On estime à 70% le nombre de patients pris en charge en prévention primaire. Ces patients, compte tenu des règles actuelles de remboursement par l'Assurance Maladie ne peuvent pas bénéficier des transports sanitaires.
- On estime à 30% le nombre de patients pris en charge dans le cadre d'une prévention secondaire. Ces patients sont eux éligibles à un remboursement par l'Assurance Maladie des transports sanitaires pour se rendre sur le site du SMR.
- On estime qu'un aller-retour en transport sanitaire pour les patients ciblés dans l'expérimentation coûte en moyenne 200€ à l'Assurance Maladie.
- Le coût moyen de la prise en charge dans le modèle hybride est estimé à 136€ (i.e. 4 patients par séance en moyenne avec prime qualité attribuée du fait de la présence d'organes de coordination au sein des MSP et du SMR). En effet, en fonction du nombre de patients par séance, le tarif évolue.

DANS LE MODÈLE 1, on fait l'hypothèse que les patients ne sont pas éligibles à des transports sanitaires en prévention primaire (pas d'arrêt maladie). LE COÛT TOTAL POUR UNE PRISE EN CHARGE EN SMR EST CALCULÉ COMME SUIT : (231 x (200€ x 20)) + (770 x (20 x 160€)) = 3 388 000,00 €.

LE COÛT TOTAL D'UNE PRISE EN CHARGE HYBRIDE : ((231 x (200€ x 6)) + (770 x (160€ x 6)) + (770 x (14 x 136€)) = 2 482 480,00 €

DANS LE MODÈLE 2, on fait l'hypothèse que même les patients en prévention primaire sont éligibles à des transports sanitaires. LE COÛT TOTAL POUR UNE PRISE EN CHARGE EN SMR EST CALCULÉ COMME SUIT : 770 x 20 x (160€+200€) = 5 544 000,00 €.

LE COÛT TOTAL D'UNE PRISE EN CHARGE HYBRIDE : 770 x ((200€ x 6) + (160€ x 6) + (14 x 136€)) = 3 129 280,00 € €

MODÈLE 1 : Prévention primaire non éligible au transport	Nb patients total	Nb patients en prévention secondaire	Coûts transport	Occurrence transport	Occurrence pec SMR	Occurrence pec Hybride	Coût moyen Pec 6 premières séances	Coût moyen prise en charge 14 séances	**Calcul Coût total**
Prise en charge traditionnelle	770	**231**	200,00 €	20	20	0	160,00 €	160,00 €	**(231 x (200€ x 20)) + (770 x (20 x 160€)) =** 3 388 000,00 €
Prise en charge hybride				6	6	14	160,00 €	136,00 €	**((231 x (200€ x 6))+(770 x (160€ x 6)) + (770 x (14 x 136€)) =** 2 482 480,00 €
								Différentiel	**905 520,00 €**

MODÈLE 2 = Prévention primaire éligible au transport	Nb patients total	Nb patients en prévention secondaire	Coûts transport	Occurrence transport	Occurrence pec SMR	Occurrence pec Hybride	Coût moyen Pec 6 premières séances	Coût moyen prise en charge 14 séances	**Calcul Coût total**
Prise en charge traditionnelle	**770**	231	200,00 €	20	20	0	160,00 €	160,00 €	**770 x 20 x (160€+200€) =** 5 544 000,00 €
Prise en charge hybride				6	6	14	160,00 €	136,00 €	**770 x ((200€ x 6) + (160€ x 6) + (14 x 136€)) =** 3 129 280,00 €
								Différentiel	**2 414 720,00 €**

8. Besoin de financement

8.1 Besoin de financement développement informatique

La mise en œuvre de cette expérimentation nécessite des outils informatiques ad hoc.

8.1.1 Besoin SI outils

Licence filemaker serveur 5 utilisateurs 960 euros HT/an

Pack hébergement AWS europe + BDD 360 euros HT/an

Nom de domaine 15 euros HT /an

Dans la mesure où il s'agit de dépenses de fonctionnement, ces frais devraient être couverts par la rémunération innovante proposée dans le cadre de ce projet.

8.1.2 Adaptation SI au projet

11 jours de développement 7150 euros HT initiation du projet

- Adaptation logiciel métier pour article 51 : 3 jours
- Module synchronisation 1,5 jours
- Module paramétrage de dossier 0,5 jour
- Module web 3 jours
- Module de scoring 1 jour
- Mise en conformité du développement 2 jours

Développement d'une application WEB à destination de l'ensemble des médecins de ville pour évaluer plus facilement le risque cardiovasculaire : 2 jours de développement 1300 euros HT

TOTAL : 8450 euros (7150+1300) sollicité sur le FIR.

8.1.3 Communication

Ce projet nécessitera une communication importante auprès des professionnels de santé des territoires pour les informer d'un outil facilitant l'orientation vers les SMR créé dans le cadre du projet. Des réunions permettront de présenter ces modalités de prise en charge hybride qui convaincront peut-être plus de patients de les suivre.
Compte tenu des déplacements à prévoir dans les territoires, des outils de communication à déployer … le coût estimé du budget de communication est de **15 000€.**

8.1.4 Cout de la formation

Le CHB devrait être certifié par l'organisme datadock® qui propose pour les professionnels suivant la formation un tarif de 300 euros HT par ½ journée
9 centres à former sur 2 jours soit **10 800 euros HT**

8.1.5 Temps d'attaché de recherche clinique (ARC) 0,2 ETP.

- Suivi qualitatif des données
- Recherche et queries concernant les données manquantes
- Suivi général du patient

8.1.6 L'ingénierie de projet

L'ingénierie de projet sera assurée par la Fédération Corse exercice Coordonné Innovation en Santé.

Synthèse du besoin de financement

Détail FIR

Thème	Sans formation euros	Avec formation euros
SI (développement)	8450	8450
Communication	15 000	15 000
Formation	0	10 800
Total hors ARC	23 450	34 250

- 2021 : 20 inclusions (mise en place du projet, formation, mise en place des groupes pilotes)
- 2022 : 120 inclusions (toutes les équipes ne sont pas opérationnelles)
- 2023 : 200 inclusions (certaines équipes sont encore en montée en charge)
- 2024 : 350 inclusions
- 2025 (2 mois) : 80 inclusions

	FISS	FIR	FIR avec formation incluse
Phase de construction (4 mois après validation du projet)	- €	23 450,00 €	34 250 €
2021 pour 20 patients	0€	5 941€	5 941€
2022 pour 120 patients	97 491,54€	10 185,60 €	10 185,60 €
2023 pour 200 patients	283 308,60€	10 185,60 €	10 185,60 €
2024 pour 350 patients	666 400 €	4 242,20 €	4 242,20 €
2025 pour 80 patients	152 320 €		
TOTAL	1 199 520,14€	54 005,00 €	64 804,40€
COÛT TOTAL DE L'EXPÉRIMENTATION (FISS + FIR)	1 253 525,14 € hors formation 1 264 324,54 € avec formation		

Cf. annexe 3

Concernant les fonds FIR, les frais pour le déploiement du système d'information sont à prévoir dès la phase d'amorçage du projet de même que le budget communication (cf. Annexe 3) et les formations si hors DPC. Pour les frais d'Assistant de Recherche Clinique, ils sont étalés au prorata de l'inclusion des patients.

9. Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation

9.1 Aux règles de financements de droit commun

I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites du financement actuel	Aujourd'hui, aucune rémunération pour des équipes ville-hôpital, dont une partie est conditionnée aux résultats de la prise en charge, n'est prévue dans le cadre du financement conventionnel.
Dérogations de financement envisagées (article L162-31-1-II-1°et et 3°) : • *Facturation,* • *Tarification,* • *Remboursement,* • *Paiement direct des honoraires par le malade,* • *Frais couverts par l'assurance maladie* • *Participation de l'assuré* • *Prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux*	La dérogation de financement consiste à créer une rémunération de l'équipe ville-hôpital pour une prise en charge de réadaptation cardiaque prévoyant une part fixe, et deux parts variables en fonction du nombre de patients pris en charge simultanément lors d'une séance et en fonction de la qualité des soins prodigués.

9.2 Aux règles d'organisation de l'offre de soins

II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites des règles d'organisation actuelles	L'organisation actuelle ne permet pas une prise en charge de réadaptation cardiovasculaire en dehors d'un SMR.
Dérogations organisationnelles envisagées (article L162-31-1-II-2°): • *Partage d'honoraires entre professionnels de santé* • *Prestations d'hébergement non médicalisé* • *Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements* • *Dispensation à domicile des dialysats*	Dérogation organisationnelles à travers une dérogation aux conditions techniques de fonctionnement et aux modalités de rémunération des acteurs de la prise en charge : ● Un partage d'honoraires entre professionnels et entre secteur d'activité Participation de professionnels de Santé libéraux à une prise en charge

9.3 Aux règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles

Non concerné

10. Impacts attendus

10.1 Impact en termes de service rendu aux patients

- Proposer une prise en charge efficace en termes de mortalité par l'intermédiaire de l'augmentation des capacités physiques avec en corollaire une diminution des morbidités, une diminution des hospitalisations et ré-hospitalisations, une augmentation de la qualité de vie, une meilleure insertion ou réinsertion socio-professionnelle
- Améliorer l'offre de soins de proximité avec diminution significative en corollaire du renoncement aux soins
- Intégrer les soins de proximité dans la prévention cardiovasculaire
- Sensibiliser tous les acteurs de santé de ce parcours de soin et renforcer le lien ville hôpital (SMR-ESP)
- Sensibilisation des patients à l'intérêt d'une vision globale de la réadaptation cardiovasculaire
- Sensibiliser les usagers au caractère modifiable des facteurs de risque cardio-vasculaires par le mode de vie

10.2 Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services.

- Le renforcement de l'adhésion des professionnels de proximité et hospitaliers à l'intérêt d'un parcours de soins de RC notamment dans sa dimension préventive. Il s'agirait ainsi d'intégrer dans leur pratique de prescription la prévention des risques cardiovasculaires, qu'elle soit primaire ou secondaire et de les sensibiliser à la promotion de la santé en tant qu'approche globale de la santé qui vise le changement des comportements mais aussi des environnements relatifs à la santé, via une gamme de stratégies individuelles et collectives (modes de vie, habitudes de vie) et environnementales (conditions de vie).

- Déterminer des leviers d'action d'un point de vue des pouvoirs publics pour favoriser l'émergence de transferts d'expertise répondant à des problématiques de rupture de parcours ou d'accès aux soins.

10.3 Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé

- Le modèle de rémunération de l'équipe ville-hôpital est moins coûteux que les tarifs de rémunération traditionnels des centres SMR. Ce projet cherchera donc à démontrer l'efficience de cette prise en charge hybride.

- A travers l'augmentation potentielle de la file active de patients pris en charge pour la réadaptation cardiaque, **nous nous attendons à une diminution de mortalité de 26% et de 31% des réhospitalisations à 1 an** (Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev 2011)

11. Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées

Trois questions évaluatives permettront de mesurer l'atteinte des objectifs du projet :

- Le dispositif est-il efficace en termes de service rendu ?
- Le dispositif est-il efficient ? Permet-il la maitrise des dépenses de santé ?
- Le dispositif est-il opérationnel ?

Les points qui restent à approfondir : la comparaison de la prise en charge en SMR exclusif et en SMR – MSP

Question évaluative	Thématique	Indicateurs proposés
Le dispositif est-il efficace ?	**Amélioration des capacités physiques à l'effort**	Il est mesuré par la variation des capacités physiques documenté à l'épreuve d'effort initiale et finale en watts ou en mets, ce paramètre est directement corrélé - - A l'efficacité de la RC → efficace si la variation est de 15 à 20% - A la mortalité → 1 MET de gagné est corrélé à une diminution de 13% des décès - A la morbidité corrélation avec une ↘ de récidive des événements et réhospitalisation - A la qualité de vie : directement corrélée à la variation des capacités physiques

	Evénements indésirables et sévérité de ces événements	- Nombre d'événements signalés et gravité - Nombre de recours au SMR et type d'incident pour ce recours - Nombre de recours SAMU et type d'incident pour ce recours - Nombre d'hospitalisation et type d'incident pour cette hospitalisation
	Amélioration des scores	**Score de risque cardiovasculaire** modifiable INTERHEART sans examen de laboratoire : son caractère modifiable permet d'évaluer de manière quantitative la modification du risque cardio-vasculaire **Score d'adhésion au régime méditerranéen**, il permet d'évaluer la compliance à une alimentation méditerranéenne, chaque augmentation de 2 points est associée à une réduction significative de la mortalité globale (8 %) et cardio-vasculaire (10%) **Questionnaire de flexibilité psychologique** AAQ2
	Réduction des inégalités territoriales de santé	- Comparaison des taux de refus de prise en charge une fois les équipes hybrides matures - Evolution du nombre de patients bénéficiant d'une RC dont le lieu de résidence est à une heure ou plus d'un centre SMR de référence.
	Amélioration des prescriptions	- Evolution annuelle du nombre de prescriptions en prévention cardio-vasculaire par rapport à T0
	Amélioration d'observance	Nombre de patients repérés / nombre de patients inclus en excluant les exclusions pour motif médical Nombre de patients ayant interrompus leur prise en charge pour motif non médical
	Expérience patient	- Satisfaction du patient pour sa prise en charge
	Expérience professionnels	- Satisfaction des professionnels de santé impliqués - Mesure de l'évolution des pratiques professionnelles (analyse quantitative et qualitative à construire)
Le dispositif est-il efficient ?	**Impact sur le cout**	- Comparaison du coût de prise en charge d'un patient résidant à une heure d'un centre SMR de référence à T0 avec le coût de prise en charge par une organisation hybride. (coût du transport et coût de la prise en charge)
Le dispositif est-il opérationnel ?	**Montée en charge du dispositif**	- Nombre de nouveaux patients - Suivi du nombre de refus et motifs - Nombre de PS 1er recours impliqué - Nombre de PS 1er recours sortis du dispositif, motif de sortie et taux - Lien avec l'équipe experte coordination entre le 1er recours et le SMR - Mesurer le flux entrant : Nombre d'appel au cardiologue coordinateur.

12. Système d'information des patients inclus dans l'expérimentation

12.1 Serveur central CHB

Les données médicales de l'expérimentation sont centralisées au CHB, sur un serveur Filemaker® qui offre une modularité exemplaire tout en respectant les plus hautes exigences en matière de sécurité :

- Cryptage des échanges
- Protection du fichier
- Déclaration à la CNIL

Ces données sont colligées lors des soins courants et de leurs coordinations. Elles sont partagées par des professionnels de santé qui font partie de la même équipe de soins telle que définie par la loi de santé Article L1110-12.
Le secret professionnel est obligatoirement respecté, il concerne la prise en charge d'une même personne, seules les informations nécessaires à la coordination sont partagées.
La personne est informée au préalable et peut toujours exercer son droit d'opposition.

Ces activités sont encadrées par l'équipe pluridisciplinaire du SMR, elles sont pratiquées dans le cadre du soin. Les données obtenues sont recueillies par interrogatoire et questionnaire.

Seules des données strictement nécessaires et pertinentes pour répondre aux objectifs de l'expérimentation sont collectées, elles relèvent des catégories suivantes :

- Identification : initiales complétées d'un numéro d'inclusion et numéro de centre participant
- Santé : poids, taille, fréquence cardiaque, pression artérielle à l'effort et au repos, périmètre abdominal, tour de hanche, facteurs de risque cardiovasculaire, antécédents personnels et familiaux sont utilisés pour le score INTERHEART et épreuve d'effort lors de la l'inclusion puis la fin de l'expérimentation
- Informations signalétiques : âge et sexe sont utilisés pour le calcul du score INTERHEART et épreuve d'effort lors de la visite d'inclusion et visite de sortie d'étude
- Consommation de tabac, alcool : permet le calcul du score INTERHEART et score d'adhésion au régime méditerranéen
- Habitudes de vie et comportements : exercice physique (intensité, fréquence, durée), régime et comportement alimentaire permet le calcul du score INTERHEART et score d'adhésion au régime méditerranéen
- Concernant les professionnels de santé intervenant dans l'expérimentation - identité : nom, prénom, adresse, adresse électronique, téléphone ; formation ; mode et type d'exercice.

Les documents relatifs à l'expérimentation sont archivés conformément à la réglementation en vigueur.

Toutes les données, tous les documents et les rapports peuvent faire l'objet d'audit ou d'inspection.

Pour des raisons de sécurité, le serveur Filemaker® est isolé de l'extérieur, aucune information de ce serveur n'est directement accessible.

12.2 Module de saisie décentralisé dit module web

C'est un outil de communication, il est destiné à faciliter et optimiser la collaboration entre les différents acteurs du parcours. Sa particularité est qu'aucune donnée à caractère personnel telles que définies par l'article 2 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, dite relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ne peut être partagée.
Il comprend pour les professionnels :

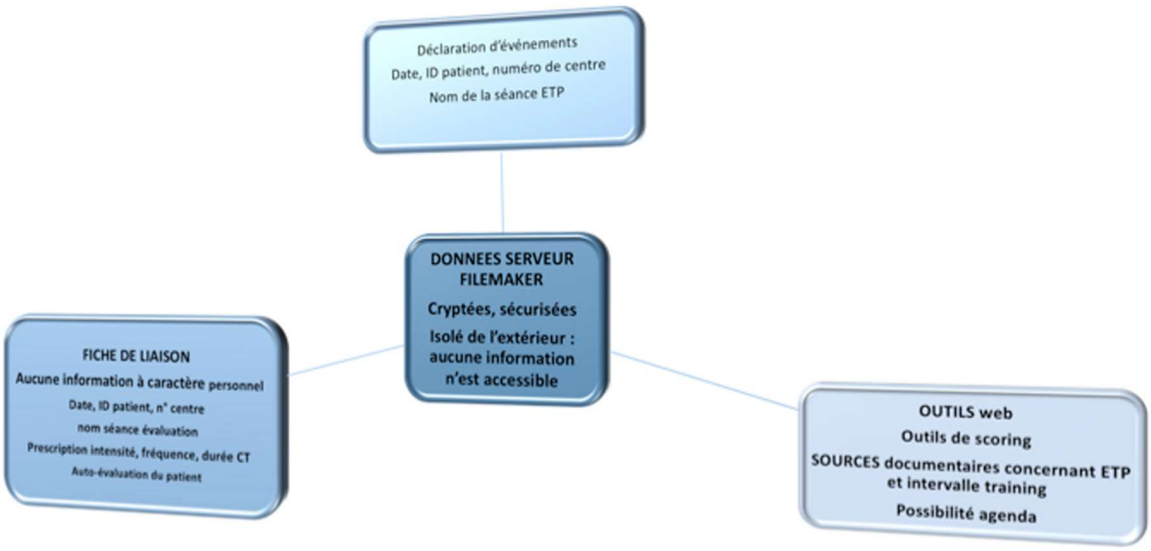
- ✔ Une **fiche de liaison :** aucune information de type personnelle n'est délivrée, elle comprend le titre des séances d'ETP que le patient doit réaliser, la prescription de la durée, du nombre de répétition, de la composition et de l'intensité de la séance d'intervalle training. Si nécessaire des points de vigilance sont précisés
- ✔ **La saisie des informations concernant les séances** au sein des ESP est autonome de toute connexion, elle se fait par la mise en place d'un processus de synchronisation bidirectionnel avec une connexion SSL et double authentification de la clé API.

Les informations sont ainsi poussées dans le serveur Filemaker® puis supprimées du module Web. Aucune information sur la pathologie du patient n'est disponible.
Sont renseignés : l'ID du patient, la date de la dernière séance, le numéro de séance

- ✔ **La déclaration d'événements indésirables**
- ✔ les principaux rappels d'indication et contre-indication de la réadaptation mis en place.
- ✔ Le calcul des scores modifiables INTERHEART sans examen de laboratoire est possible ainsi qu'un score d'adhésion au régime méditerranéen.

12.3 plateforme web interactive

- la possibilité de poser des questions concernant leur alimentation, leur activité physique et leur traitement et ainsi créer une base de connaissance documentaire structurée ;
- les sources documentaires en rapport avec l'éducation thérapeutique dont ils ont bénéficié, une information plus globale à destination des familles de patient est également mise à disposition ;
- Un agenda des différents rendez-vous peut être visualisé par le patient.



13. Liens d'intérêts

Le porteur de projet ne signale aucun lien d'intérêt.

14. Eléments bibliographiques / expériences étrangères

1. [1]Pavy et al., « French Society of Cardiology Guidelines for Cardiac Rehabilitation in Adults ».
2. [1]Joseph et al., « Prognostic Validation of a Non-Laboratory and a Laboratory Based Cardiovascular Disease Risk Score in Multiple Regions of the World ».
3. [1]A Trichopoulou, T Costacou, C Bamia, D Trichopoulos, « Adherence to a mediterranean diet and survival in a greek population. »
4. [1]Kendzierski et DeCarlo, « Physical Activity Enjoyment Scale ».
5. [1]Monestès et al., « Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II) ».

Annexe 1. Coordonnées du porteur et des partenaires

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteur	*Centre hospitalier de Bastia*	M. ARNOULD Christophe Direction générale Centre Hospitalier de Bastia BP 680 20604 Bastia Cedex Tél : 04 95 59 11 09	
Partenaires	*SMR cardio Bastia*	Dr Antoine FAURE Praticien hospitalier cardiologue Centre Hospitalier de Bastia BP 680 20604 Bastia Cedex Tél : 04 95 59 11 09 afaure@ch-bastia.fr	
	SMR cardio FINOSELLO Ajaccio	Dr Danielle Antonini Centre SMR FINOSELLO doc-dany@orange.fr 0614704062	
	MSP d'Ile Rousse	Clarisse Goux, Dr Simeoni *dominique-simeoni@wanadoo.fr* *clarisseinfirmiereliberale@gmail.com*	
	MSP de Calenzana	Dr François Agostini *agostinidoc@wanadoo.fr*	
	MSP Isulani	Dr Jean-Pierre Allegrini, Fanny Lomellini *fanny.lomellini@fccis.fr*	
	MSP de Cargèse	Dr Dominique Poggi, Ornella Leca *dominique.poggi@wanadoo.fr*	
	MSP de Sartène	Véronique Begliomini *bernard.corneille@wanadoo.fr* *verobeglio@orange.fr*	
	MSP de Prunelli di Fiumorbu	*Dr André Rocchi* *rocchi.andre@wanadoo.fr* *msp.fiumorbu@gmail.com*	
	MSP de San Nicolao	Dr Christophe Hébert Célia Rossi *rossicelia@hotmail.fr* *ch.hebert@wanadoo.fr*	
	ESP Corte	Dr TOMI Cardiologue corte Drs Poggi et Ghionga Médecins généralistes	

	ESP Pianottoli	Dr Beauvois Nathalie Quilichini, nathalie.quilichini20131@gmail.com Karine Minisini, karineminisini@gmail.com	
	ES spécialisée	Dr Cathy DANIELS cardiologue Bonifacio	

Annexe 2. Catégories d'expérimentations

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 –I-1°)	**Cocher**	**Si oui, préciser**
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité		
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	**X**	
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficience des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projet d'expérimentation d'expérimentations	**X**	
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	**X**	

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	**Cocher**	**Si oui, préciser**
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	**X**	
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	**X**	
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	**X**	

Modalités d'amélioration de l'efficience ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°)[1] :	**Cocher**	**Si oui, préciser**
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières		

[1] Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1)

3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		

Annexe 3. Tableau détaillé du financement demandé

Fonctionnement/ prise en charge					Source de financement		
Charges prévisionnelles		**Investissement**			Droit commun	FISS	FIR
Nature de la charge	Libellé détaillé	Coût unitaire	Qté nécessaire sur la durée du projet	TOTAL			
Système d'information	Développement Plateforme Web interactive et module Web pour transfert de données entre professionnels	7 150 €	1	7 150 €			7 150 €
	Développement Application Score pour praticiens	1 300 €	1	1 300 €			1 300 €
Formation ETP spécifique Réadaptation cardiaque	Formation sauf si DPC globalité	10 800 €	1	10 800 €			10 800 €
Charges prévisionnelles		**Fonctionnement**					
Nature de la charge	Libellé détaillé	Coût unitaire	Qté nécessaire sur la durée du projet	TOTAL			
RH médicales et paramédicales pour prise en charge*	PEC initiale SMR (6 premières séances)	160 €	4620 (6 x 770)	739 200 €	739 200 €		
	PEC en ESP - SMR	Cout global				1 199 520,14€	

Déploiement/Évaluation du projet							
Charges prévisionnelles		**Investissement**					
Nature de la charge	Libellé détaillé	Coût unitaire	Qté nécessaire sur la durée du projet	TOTAL			
Communication	Présentation du projet dans les micro-territoires auprès des professionnels de santé de proximité	15 000,00 €	1	15 000,00 €			15 000,00 €
Charges prévisionnelles		**Fonctionnement**					
Nature de la charge	Libellé détaillé	Coût unitaire par mois	Qté nécessaire sur la durée du projet	TOTAL			
Ressource humaine hospitalière	Assistant de recherche clinique	4 243.75 €	7.2 mois (0.2 ETP pour 36 mois)	30 555 €			30 555 €
				SOUS-TOTAUX	**739 200 €**	**1 199 520,14€**	**64 805 €**
				TOTAL	**2 003 525 €**		

* Le coût de la séance en ESP - SMR sélectionné est le coût moyen estimé (on estime à 4 patients en moyenne par séance).

Rappel des modalités de calcul du besoin en FISS

Ancienne estimation des besoins	FISS	FIR
Phase de construction (4 mois après validation du projet)	- €	34 250 €
2020 - 154 patients	323 400,00 €	5 941,60 €
2021 - 336 patients	705 600,00 €	10 185,60 €
2022 - 336 patients	705 600,00 €	10 185,60 €
2023 - 244 patients	512 400,00 €	4 242,20 €
TOTAL : 1070 patients	2 247 000,00 €	64 804,40€
COÛT TOTAL DE L'EXPÉRIMENTATION (FISS + FIR)	2 311 805 €	

	FISS	FIR	FIR avec formation incluse
Phase de construction (4 mois après validation du projet)	- €	23 450,00 €	34 250 €
2021 pour 20 patients	0€	5 941€	5 941€
2022 pour 120 patients	97 491,54€	10 185,60 €	10 185,60 €
2023 pour 200 patients	283 308,60€	10 185,60 €	10 185,60 €
2024 pour 350 patients	666 400 €	4 242,20 €	4 242,20 €
2025 pour 80 patients	152 320 €		
TOTAL	1 199 520,14€	54 005,00 €	64 804,40€
COÛT TOTAL DE L'EXPÉRIMENTATION (FISS + FIR)	1 253 525,14 € hors formation 1 264 324,54 € avec formation		

Etat de la consommation des fonds au 5 novembre 2023

	Budget prévisionnel maximal autorisé initial	Budget consommé au 5 novembre 2023	Budget prévisionnel maximal autorisé révisé
Frais liés aux soins (FISS)	2 247 000 €	204 079,14€	1 199 520,14€
Crédits d'amorçage et d'ingénierie	64 805 €	60 562,20€ *	64 804,40 €
Total	2 311 805 €	264 641,34€	1 264 324,54 €

**le CHB s'est engagé à fournir les justificatifs pour les dépenses en cours (coûts des formations sur site pour les nouvelles équipes / actions de communication), il reste par ailleurs une dotation FIR de 23 820€ à verser (annualisation du financement du poste d'assistant recherche clinique)*

Annexe 4. Programme d'ETP

C'est un programme autorisé (autorisation ARS du 6 juin 2017) d'éducation thérapeutique (ETP) en rapport avec le respect du cahier des charges d'éducation thérapeutique du patient par arrêté du 15 janvier 2015 qui permet de répondre aux critères qualités suivants :

- respect de la décision en cas de refus du patient (l'ETP n'est pas opposable au patient)

- professionnels formés à l'ETP (formations validantes) et à la pathologie coronarienne avec implication des cardiologues coordonnateurs des SMR cardio : tout professionnel participant à l'ETP bénéficiera d'une formation ad hoc qu'il soit en SMR ou ESP.

- diagnostic éducatif formalisé dans un guide d'entretien élaboré par l'équipe éducative : il est centré sur les connaissances du patient, ses représentations de sa maladie, de sa santé et de son traitement et il tient compte du contexte psycho-social

- compétences à acquérir négociées au sein d'un contrat d'éducation

- les séances collectives sont privilégiées pour le partage d'expérience

- un conducteur de séance est élaboré pour chaque intervention

le programme d'ETP comprend principalement 4 thèmes :

- la maladie, les signes d'alerte, la thérapeutique
- l'alimentation cardioprotectrice de type régime méditerranéen
- l'activité physique adaptée
- les facteurs de risque avec notamment gestion du stress et sevrage tabagique

Une séance de synthèse est organisée à la fin de chaque cycle, la vérification des connaissances y est réalisée.

Le programme est conçu, structuré par un comité de pilotage comprenant une équipe pluridisciplinaire : médecins, cardiologues, pharmaciens, IDE, diététicienne, assistante sociale, masseur-kinésithérapeute, APA.

Le médecin coordonnateur de ce programme s'assure du contenu de l'ETP.

Le programme est évalué à 3 niveaux

- Satisfaction du patient
- Compétences acquises
- Impact du programme

Une charte d'éthique et de confidentialité sont obligatoires, elles sont mises à la disposition des patients de façon systématique

Pour la mise en œuvre du programme un avenant sera sollicité auprès de l'agence

Annexe 5. Programme d'activité physique adaptée

Le reconditionnement à l'effort comprend 2 types d'activités, elles sont prescrites, supervisées et évaluées par le cardiologue. Elles sont adaptées au patient selon ses capacités fonctionnelles déterminées lors de l'épreuve d'effort d'inclusion.

Au sein du SMR

1-**Les activités d'entraînement en endurance** sont réalisées à chaque séance, elles comprennent 5 minutes d'échauffement 30 à 40 minutes d'endurance et 5 minutes de récupération.

Le choix du matériel ergométrique (cyclo-ergomètre, tapis, ergomètre à bras…) utilisé est prescrit fonction du patient et de ses pathologies associées.

Les 6 premières séances sont réalisées sous télémétrie, ainsi qu'une surveillance de la pression artérielle avant et après effort, de la posture du patient sur l'ergomètre et le recueil des perceptions subjectives de l'effort concernant la dyspnée et la fatigue musculaire sur échelle visuelle de 0 à 10.

Les premières séances sont prescrites en intensité constante à la fréquence cardiaque d'entraînement FCE déterminée lors des premières séances.

Les séances suivantes sont réalisées en fractionné, selon l'intensité : phases de haute intensité (80 à 95 % de la puissance maximale aérobie) pendant 30 secondes puis phase de récupération active (20 à 30 % de la puissance maximale aérobie) pendant 2minutes.

L'échauffement et la récupération active sont conservés.

2- **Les activités d'entraînement en résistance dynamique** regroupent le renforcement musculaire et la musculation segmentaire : exercices réalisés avec de petites haltères, des bracelets lestés, des bandes élastiques succession de 8 à 10 types de mouvements différents répétés 10 à 15 fois, une faible intensité (30 à 50 % de la force maximale développée) d'une durée de 30 minutes, en tenant compte de problèmes mécaniques éventuels.

L'adhésion à la pratique d'une activité physique peut être contrariée par une relation parfois inverse entre l'intensité de l'activité et l'amusement. Les séances d'endurance à intensité intermittente sur cyclo-ergomètre sont utilisées de manière systématique dans nos centres SMR avec un gain significatif des capacités fonctionnelles mais au prix d'une appréhension de certains patients lors de la réalisation des séances.

Nous proposons une activité à haute intensité avec des mouvements simples et accessibles au poids du corps sans matériel spécifique, avec des phases de récupération active comprenant un renforcement musculaire.

Au sein de l'ESP

3- Une séance d'endurance à type de circuit training (CT) avec 5 pics (P) de répétition d'un mouvement stéréotypé 1 minute et une récupération active (R) de 2 minutes avec mouvements de renforcement musculaire. Les 5 minutes d'échauffement et de récupération sont conservées.

Pics de 60 secondes	Récupération active de 120 secondes
P1 levées de genoux	R1 abduction bilatérale des épaules
P2 courir sur place	R2 flexions avant-bras
P3 jumping jack	R3 extensions avant-bras
P4 squats	R4 tirage dorso-lombaires
P5 fentes	R5 boxing

Dans notre observation, la séance de circuit training proposée permet des résultats identiques en termes de travail cardio-vasculaire lors des pics, avec une difficulté d'effort perçu identique mais un score de plaisir plus important.

Les avantages de ce circuit sont multiples avec un plaisir renforcé, une adhésion à long terme renforcée permettant la phase de préparation du retour à domicile, le ressenti des bons groupes musculaires, une efficacité et sécurité identique en terme de travail cardio-vasculaire, le mouvements sont simples et accessibles au poids du corps, ne nécessitant pas l'achat de matériel onéreux spécifique, le renforcement musculaire, la proprioception, le gainage et la respiration sont intégrés dans ce programme et permettent de soulager la charnière dorso-lombaire.

Annexe 6. Évènements indésirables / Gradation

La survenue de complications lors de toute réadaptation cardiaque est possible mais extrêmement faible évaluée à 0,74 par millions d'heure d'exercice.

Dans le cadre de l'expérimentation, le risque de complication est bien inférieur, parce que la population de l'expérimentation est sélectionnée à bas risque évolutif.

Les recommandations préconisent les premières séances de réentrainement à l'effort sous télémétrie, notre expérimentation ne déroge pas à cette règle, car les premières séances sont réalisées au SMR ressource sous télémétrie.

L'arrêt de la télémétrie est possible chez les patients à bas risque de réadaptation après 6 premières séances réalisées sous télémétrie, ce qui est également le cas dans le cadre de notre expérimentation.

Les évènements indésirables graves sont définis par la survenue d'un décès, d'un infarctus du myocarde et/ou de manœuvres de réanimation.

Les évènements indésirables sont de 2 types :

- risque évolutif propre à la pathologie

- survenue d'événement au cours de la réadaptation

Ils concernent 3 domaines :

- les complications musculo-articulaires : ils imposent un arrêt temporaire de l'expérimentation, une reprise sera possible après guérison, une prise en charge médicale sera proposée au patient

- la survenue d'une ischémie myocardique : tout syndrome coronaire aigu bénéficie d'une prise en charge selon le protocole local d'urgence, une hospitalisation sera alors nécessaire, la survenue d'un angor implique la consultation du cardiologue traitant du patient

- la survenue d'un trouble du rythme selon la tolérance et selon protocole d'urgence, une hospitalisation sera proposée au patient, elle pourra reprendre après stabilisation.

Événements indésirables	Degré 1 (léger)	Degré 2 (modéré)	Degré 3 (sévère)	Degré 4 * (menace vitale)
Troubles du rythme	/	Extrasystoles ventriculaires isolées	Trouble du rythme symptomatique nécessitant un traitement	Arythmie nécessitant une hospitalisation
Ischémie	/	Douleur atypique	Apparition d'un angor d'effort	Infarctus du myocarde et syndrome coronaire aigu
Hypertension artérielle	Augmentée < 20 mmHg	Permanente augmentée > 20 mmHg	Permanente PAD > 110 mmHg	Hypertension artérielle maligne
Dyspnée	À l'effort	Activité habituelle	Au repos	Nécessitant une assistance respiratoire
Complications ostéo-articulaires	Permet de continuer les séances	Arrêt temporaire sans soins	Arrêt temporaire avec soins	Arrêt définitif
Arrêt de l'expérimentation	Temporaire	Abandon	Hospitalisation	Décès

Pour chaque ESP, un protocole spécifique de prise en charge des principaux événements indésirables sera rédigé avec le médecin coordonnateur du SMR, le SMUR, le médecin référent de l'ESP et validé et diffusé par l'ensemble des professionnels de santé en tenant compte

- Des spécificités territoriales de l'ESP
- De la gravité de l'événement indésirable la rédaction diffusion et validation des procédures d'urgence en relation avec le SMR de référence et le SMUR.

Annexe 7. SCORE INTERHEART

La responsabilité des facteurs de risques cardiovasculaires dans la survenue des maladies cardiovasculaires a clairement été établie notamment par une étude prospective de cohorte de Framingham. L'étude cas témoin INTERHEART de Salim Yusuf menée dans 52 pays confirme que neuf facteurs de risque modifiables sont puissamment corrélés au risque d'IDM quel que soit l'origine ethnique avec un effet multiplicatif de ces facteurs. Salim Yusuf a affirmé « qu'auparavant, la conception générale admise voulait qu'il n'était possible de prévoir que la moitié des risques d'IDM (Framingham) mais que selon les résultats observés dans INTERHEART, ce serait plutôt plus de 90%. Tous les facteurs pris en compte sont faciles à identifier et sont tous modifiables. Cette étude permet de souligner 4 points importants à propos du risque d'accidents coronariens aigus : la valeur prédictive du tour de taille, l'effet cumulatif des FDR, le rôle du tabac et celui du diabète. L'effet cumulatif des FDR souligne la nécessité de réfléchir en termes de risque cardiovasculaire absolu (ou global) et non par simple addition des FDR.

Le tabac est, de façon générale, le FDR le plus répandu et le plus toxique.

Enfin le diabète s'impose comme un FDR majeur, quelle que soit la région du monde et l'origine ethnique.

Enfin, l'analyse des facteurs psychosociaux (stress permanent au travail, ou à la maison, difficultés financières et événements pénibles dans l'année précédant l'IDM) a fait l'objet d'une publication à part. Tous ces résultats restent valables quelle que soit la région, l'ethnie et le sexe. Dans le cadre de la consultation de médecine générale, les conclusions d'INTERHEART peuvent aider à mieux prendre en charge les patients

De cette étude sont validés deux scores modifiables, leur caractère modifiable a donc une visée éducationnelle et motivationnelle. Le score correspond à :

Entre 0 et 9 : Faible risque cardiovasculaire

Entre 10 et 15 : Risque modéré

Entre 16 et 48 : Risque élevé d'infarctus

Homme de plus de 55 ans ou femme de plus de 65 ans	❑ oui	❑ non	2
ANTECEDENTS			
Antécédent d'infarctus chez les parents au 1er degré	❑ oui	❑ non	4
Antécédent de diabète, traitement pour le diabète ou régime	❑ oui	❑ non	6
Antécédent hypertension artérielle, traitement de l'hypertension artérielle	❑ oui	❑ non	5
Ancien fumeur (tabagisme sevré depuis 12 mois)	❑ oui	❑ non	2
TABAGISME			
Tabac actif à 1-5 cigarettes / jour	❑ oui	❑ non	2
Tabac actif à 6-10 cigarettes / jour	❑ oui	❑ non	4
Tabac actif à 11-15 cigarettes / jour	❑ oui	❑ non	6
Tabac actif à 16-20 cigarettes / jour	❑ oui	❑ non	7
Tabac actif > 20 cigarettes /jour	❑ oui	❑ non	11
Tabac passif (exposition à la fumée supérieure à 1 heure/ semaine)	❑ oui	❑ non	2
HUMEUR			
L'année passée vous êtes vous senti triste ou déprimé plus de 2 semaines consécutives	❑ oui	❑ non	3
Avez-vous un stress permanent ou plusieurs épisodes de stress	❑ oui	❑ non	3
RAPPORT TAILLE SUR HANCHE			
Rapport Taille/Hanche > 0,964	❑ oui	❑ non	4
Rapport Taille/Hanche compris entre 0,87 et 0,963	❑ oui	❑ non	2
ALIMENTATION			
Mangez-vous de la viande rouge/volaille plus de 2 fois par semaine	❑ oui	❑ non	2
Mangez-vous des aliments frits ou fast-food plus de 3 fois par semaine	❑ oui	❑ non	1
Avez-vous une activité sédentaire ou légère lors de vos périodes de repos (assis, marche lente, regarder la TV, lecture)	❑ oui	❑ non	2
Existe-t-il des jours ou vous ne mangez pas de légume	❑ oui	❑ non	1
Existe-t-il des jours ou vous ne mangez pas de fruit	❑ oui	❑ non	1
Prenez-vous de collations salées une fois par jour (charcuterie,chips,	❑ oui	❑ non	1
ACTIVITE PHYSIQUE			
Avez-vous une activité sédentaire ou légère lors de vos périodes de repos (assis, marche lente, regarder la TV, lecture)	❑ oui	❑ non	2
TOTAL			