

Agence Régionale de Santé

IDF-2019-12-30-017

ARRÊTÉ DIRNOV-2019/13

relatif au projet d'expérimentation

PARCOURS DES PATIENTS INSUFFISANTS
CARDIAQUES SEVERES

ARRÊTÉ DIRNOV-2019/13
relatif au projet d'expérimentation
PARCOURS DES PATIENTS INSUFFISANTS CARDIAQUES SEVERES

Le Directeur Général de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France,

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

Vu le décret du 25 juillet 2018 portant nomination de Monsieur Aurélien ROUSSEAU, maître des requêtes au Conseil d'Etat, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France, à compter du 3 septembre 2018 ;

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 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 l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé du 27 décembre 2019 concernant le cahier des charges du projet d'expérimentation « Parcours des patients insuffisants cardiaques sévères » ;


Vu le cahier des charges du projet d'expérimentation annexé au présent arrêté ;

ARRETE

Article 1 : L'expérimentation innovante en santé du projet « Parcours des patients insuffisants cardiaques sévères » est autorisée à compter de la date de publication du présent arrêté pour une durée de 4 ans, telle que précisée dans le cahier des charges ;

Article 2 : L'expérimentation est mise en œuvre sur cinq sites d'Ile-de-France. Le projet est expérimenté par cinq groupements hospitaliers universitaires de l'AP-HP que sont :

- AP-HP Mondor ;
- AP-HP Sorbonne Université ;
- AP-HP Centre – Université de Paris ;
- AP-HP Nord – Université de Paris ;
- AP-HP Université Paris Saclay.



Article 3 : La répartition des financements de l'expérimentation fera l'objet d'une convention spécifique conclue avec chaque financeur (Agence Régionale de Santé et Assurance Maladie).

Article 4 : Le Directeur de la l'innovation, de la recherche et de la transformation numérique de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au recueil des actes administratifs de la région Ile-de-France.

Article 5 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication. La juridiction administrative compétente peut être saisie par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr

Fait à Paris, le 30 décembre 2019

Le Directeur général
de l'Agence Régionale de Santé
Île-de-France

SIGNE

Aurélien ROUSSEAU

Cahier des charges
pour les projets d'expérimentation d'innovation en santé

PARCOURS DES PATIENTS INSUFFISANTS CARDIAQUES SEVERES
25 novembre 2019

SOMMAIRE

Table des matières

Objet et finalité du projet d'expérimentation / Enjeu de l'expérimentation	3
Présentation du projet innovant	6
Objectifs du dispositif et population cible	11
Impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation.....	13
Durée de l'expérimentation envisagée	14
Champ d'application territorial proposé.....	16
Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation (ou groupe d'acteurs).....	21
Catégories d'expérimentations	22
Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation	23
Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement	24
Modalités de financement de l'expérimentation	28
Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées	31
Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées.....	32
Liens d'intérêts	32
Éléments bibliographiques.....	33
ANNEXE A : Patients très sévères.....	36
ANNEXE B : GHU APHP.Saclay	37
ANNEXE C : GHU APHP.Centre	49
ANNEXE D : GHU APHP. Mondor.....	54
ANNEXE E : GHU APHP. Nord	64
ANNEXE F : GHU APHP. Sorbonne.....	69
ANNEXE G : Réhospitalisations et recette moyenne annuelle	76
ANNEXE H : Détails calcul budget et gains	77
ANNEXE I Modèle de montée en charge CECICS.....	78

Objet et finalité du projet d'expérimentation / Enjeu de l'expérimentation

1. L'insuffisance cardiaque en France, dans les pays occidentaux et les recommandations européennes

L'insuffisance cardiaque (IC) est une maladie grave et fréquente qui touche 2,3% de la population adulte (Tuppin P, Arch Cardiovasc Dis. 2016 ; DREES 2017) soit environ 1,5 millions patients en France. L'insuffisance cardiaque est en augmentation constante du fait du vieillissement de la population. On dénombre 165 000 hospitalisations annuelles en France avec 45% de ré-hospitalisations dans l'année et 25% à trois mois après hospitalisation pour décompensation aiguë d'IC et 29% de décès dans l'année (Tuppin P, Arch Cardiovasc Dis. 2014). Des résultats concordants ont été retrouvés dans une étude menée à l'AP-HP (Laveau F et al Arch Cardiovasc Dis. 2017). Ces ré-hospitalisations concernent majoritairement les 10% des patients atteints d'une insuffisance cardiaque sévère non stabilisée dont la gravité va conduire à des ré-hospitalisations et au décès.

Ces patients sévères requièrent une coordination importante et permanente entre domicile, ville et hôpital. Il s'agit d'une coordination (Médecin traitant (MT)-Hôpital) en amont de l'entrée à l'hôpital, directement dans la filière spécialisée pour éviter le passage aux urgences, et à la sortie de l'hôpital vers le médecin traitant ou le cardiologue afin d'optimiser le traitement médical ou rythmologique. Cette optimisation est fondamentale car elle seule permet d'améliorer la survie, la qualité de vie et de diminuer les ré-hospitalisations. Malheureusement, la chute de la démographie médicale (-15% de consultations en 15 ans) et l'absence de structure de coordination en France ne permettent pas d'envisager une amélioration à organisation constante.

Ainsi, malgré une recommandation très forte (niveau de preuve : I-A) basée sur des preuves scientifiques et économiques, de la société Européenne de cardiologie (ESC), il n'existe pas en France de structure multidisciplinaire pour coordonner, surveiller et optimiser le traitement des patients en insuffisance cardiaque (Ponikowski P et al, European Heart Journal (2016) 37, 2129–2200). Pour autant dans des pays comme le Royaume-Uni, ces structures multidisciplinaires existent impliquant des infirmières spécialisées dans l'insuffisance cardiaque coordonnant le parcours des patients et optimisant la thérapeutique. Ces structures ont démontré leur impact sur la réduction des hospitalisations (-25% au Royaume-Uni par rapport à la France). L'ESC a créé un référentiel pour ce métier (Rilley JP, European Journal of Heart Failure (2016) 18, 736–743). Ces infirmières spécialisées existent depuis de nombreuses années dans d'autres pays occidentaux et notamment comme les Pays-Bas, aux USA, en Suisse et/ou au Québec avec des démonstrations scientifiques de leur bénéfice en termes de coût et de prévention des ré-hospitalisations.

2. La problématique française de l'insuffisance cardiaque et le projet d'expérimentation

Ce projet propose de mettre en place et d'évaluer une nouvelle structure de coordination, de télésurveillance et d'optimisation thérapeutique des patients insuffisants cardiaques sévères, adaptée au fonctionnement du système de soins français et s'appuyant sur un protocole de coopération. Il s'agit d'une prise en charge graduée en fonction de la sévérité de l'insuffisance cardiaque et de son caractère stable ou non, du fait des **problématiques actuelles** :

- **L'absence d'organisation actuelle du parcours** de soin (ville-hôpital-ville) est particulièrement délétère pour ces patients sévères et les soignants car la prise en charge est souvent réalisée dans

l'urgence conduisant à l'orientation des patients vers des professionnels ou des lieux non adaptés à leur prise en charge (urgences surchargées, services non spécialisés, sortie non organisée).

- **L'insuffisante optimisation thérapeutique** : on estime que la moitié des patients ayant une insuffisance cardiaque ne bénéficie pas de l'ensemble des traitements recommandés et s'ils les ont environ 50% n'ont pas la dose maximale (de Groote P, Eur J Heart Fail. 2009 ; Groote P, M. Eur J Heart Fail. 2007 ; Logeart D et al Eur J Heart Fail. 2013 ; et DGOS/ATIH <http://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-coordination> accès 31 mai 2018). Une optimisation de leur traitement pourrait améliorer leur pronostic (Vorilhon C et al, Arch Cardiovasc Dis. 2016). Les causes de l'absence d'optimisation des traitements sont multiples. La principale est la chute de la démographie médicale responsable de l'impossibilité pour les patients en sortie d'hospitalisation d'avoir une prise en charge rapide et également de l'impossibilité pour les médecins d'avoir accès à des formations sur toutes les pathologies et notamment l'insuffisance cardiaque. Un médecin généraliste (MG) dispose de 17 minutes par consultation et voit moins de 10 patients insuffisants cardiaques par an (Données Syndicat de la MG).

- Ces patients insuffisants cardiaques sévères présentent une **situation médicale complexe**. Ils sont porteurs de comorbidités combinées (BPCO, diabète, insuffisance rénale), sont d'un âge élevé, sont atteints de cardiomyopathies complexes (post-cancer, infiltratives) et/ou peuvent nécessiter une transplantation cardiaque. Ces patients sont souvent sous traités du point de vue de l'insuffisance cardiaque du fait de la difficulté à les prendre en charge (Gastelurrutia P, et al Int J Cardiol. 2014, Vaillant-Roussel H et al, Int J Clin Pharmacol Ther. 2018 May 24).

- En outre, plus de la moitié des patients insuffisants cardiaques (sévéres) sont **porteurs de prothèses rythmiques** (pacemakers ou défibrillateurs), dont la **prise en charge est aujourd'hui insuffisante** et pourrait être optimisée tant sur le plan médical que rythmologique par une coordination des équipes (Massoulié G et al. Am J Cardiol. 2018 et Crisan S et al Clin Inter Aging. 2018).

- **Des difficultés dans le développement de la télémédecine**. Les balances et boîtiers connectés permettraient de prévenir les décompensations cardiaques. Actuellement, leur développement est essentiellement réalisé dans le cadre du programme "ETAPes". Le premier obstacle au développement de la télésurveillance de l'insuffisance cardiaque est la gestion des alertes médicales qui sont extrêmement chronophage du fait du temps nécessaire quotidien pour surveiller les patients et également du temps nécessaire pour gérer les alertes (interrogatoire des patients sur leur pathologie, leur traitement, sur le facteur déclenchant, coordination de la prise en charge avec le médecin traitant, le cardiologue, l'IDE (infirmier), organisation du transfert vers l'hôpital si nécessaire...). Le deuxième obstacle est d'avoir une masse critique suffisante de patients atteints d'une même pathologie dans son cabinet pour se lancer dans la télésurveillance spécifique à cette pathologie. Tout ceci explique pourquoi les médecins de ville se retrouvent en difficulté pour utiliser la télésurveillance chez les patients insuffisants cardiaques.

- **Une filière d'expertise non visible et non accessible à la ville** pour des avis ou transferts et une non coordination du parcours ville-hôpital-ville. En cas d'urgence, les patients consultent leur médecin généraliste qui se retrouve souvent obligé d'adresser ces patients aux urgences faute de possibilité d'avoir un avis cardiologique ou une consultation dans l'urgence. Il en résulte un encombrement des urgences et une hospitalisation dans des services ou structures non spécialisés dans l'insuffisance cardiaque (IC). Le parcours des patients intra-hospitaliers n'étant pas coordonné,

les patients sortent sans être optimisés et sans avoir une coordination de leur parcours vers la ville. Pour autant, un certain nombre de patients auraient pu être mieux pris en charge en ville si les MG avaient pu avoir l'avis spécialisé et l'accès à une filière spécialisée. L'absence de visibilité de la filière de soins insuffisance cardiaque nuit à la bonne orientation des patients et à leur optimisation.

Ainsi, les médecins libéraux et hospitaliers sont dans l'incapacité de faire face seuls à l'afflux des patients IC, à la gestion de leur parcours de soins dans l'urgence ou non (ville-hôpital-ville), à l'optimisation de leur traitement, et sont en difficulté pour intégrer des outils innovants (télésurveillance) du fait du temps nécessaire pour traiter les alertes (appeler les patients et améliorer le plan de soins) et pour former les acteurs paramédicaux, en sus de leur travail quotidien. Les médecins de ville (principalement généralistes) ne peuvent bénéficier d'avis thérapeutique et ou d'orientation de leurs patients vers des consultations spécialisées ou d'orientation directe dans une filière d'expertise.

Qu'est ce qui est proposé dans ce nouveau dispositif?

La politique régionale menée par l'ARS vise à développer une organisation territoriale avec 2 volets complémentaires, selon la gravité de l'état du patient :

-1^{er} volet : prise en charge des malades les plus graves, avec une organisation à point de départ hospitalier,

-2^e volet : prise en charge en ville pour les patients moins sévères.

Il a été acté de débiter par les malades les plus graves avec un point de départ hospitalier, objet de cette expérimentation, et de développer ensuite l'intégration de la ville pour les moins sévères et le transfert de la prise en charge des patients les plus stables dans un parcours de soins usuel.

Le nouveau dispositif porté par le présent projet se concentre ainsi sur la prise en charge des malades les plus graves, et repose sur une nouvelle organisation comportant :

- la structuration d'une **cellule d'expertise et de coordination pour l'insuffisance cardiaque sévère (CECICS)**, dispositif coopératif, pluri professionnel (cardiologues et infirmiers spécialisés dans l'insuffisance cardiaque) assurant la coordination, la télésurveillance et l'optimisation thérapeutique par transfert de compétence. Elle met ses compétences à disposition pour les patients et les professionnels de santé (ville et hôpital) du territoire.
- la mise en œuvre de **différents modules de prise en charge** visant à lever les principales difficultés actuelles de prise en charge, adaptés à chaque patient (médecine personnalisée) en fonction de ses besoins, de son accord et de celui de son médecin traitant et de son cardiologue ; ces modules viennent en appui du suivi réalisé par les médecins de ville (traitants et cardiologues) si ils le jugent nécessaire.
- le développement du **maillage territorial avec les acteurs hospitaliers**, selon les territoires GHT/ESPIC/HIA/FINC94...
- le développement de la **coopération avec la médecine de ville** (cabinets, maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé) **au fur et à mesure de la structuration territoriale** notamment *via* les CPTS et les dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

Un tel dispositif ne peut pas être mis en place et financé dans le cadre de la réglementation actuelle.

Présentation du projet innovant

Cette partie présente l'organisation de la CECICS dans le parcours de soins des malades les plus sévères, ses missions, sa composition, les différents modules de prise en charge du patient et enfin, pour construire un dispositif territorial, un focus est fait sur la coopération avec les organisations de ville.

1. Le dispositif coopératif appuyé sur la CECICS

La CECICS assure la prise en charge coordonnée des patients entre les professionnels de santé de ville et les autres professionnels hospitaliers dans une optique transversale pour permettre le maintien à domicile des patients suivis dans le dispositif.

Ainsi, la stratégie de prise en charge cardiologique globale reste du ressort du cardiologue référent du patient. La prise en charge globale du patient relève toujours de son médecin traitant. Les équipes de soins de ville déjà impliquées autour du patient seront respectées et informées.

La CECICS intervient comme une équipe pluri professionnelle en appui, associant cardiologue et personnels paramédicaux, qui assure des **activités d'expertise ciblées** (évaluation orientation des patients, télésurveillance (TLS) avec gestion des alertes, titration) et une **fonction de coordination** (ex : s'assurer qu'un suivi est bien prévu avec le cardiologue référent du patient selon les modalités de son choix et informer les médecins de ville de tout ce qui a pu être fait par la CECICS).

La CECICS s'insère dans un maillage territorial impliquant les médecins hospitaliers (cardiologues, gériatres, réanimateurs...) et de ville (médecins généralistes et cardiologues), d'autres professionnels de santé (pharmaciens, IDE, diététiciens, ...) ainsi que les dispositifs d'appui à la coordination (au fur et à mesure de leur structuration). La proposition d'adhésion à une charte partagée de fonctionnement qui permette d'avoir une filière visible et coordonnée pour une meilleure orientation des patients (téléphone, email, plateforme de téléexpertise,...) sera faite.

Les missions de la CECICS comportent des activités d'expertise et des activités de coordination :

- Mettre à disposition un **service d'expertise à distance** :
 - o Pour les professionnels de santé particulièrement de ville, la CECICS apporte un appui afin de limiter l'errance diagnostique et le retard de prise en charge. Elle peut aider les médecins (si besoin) dans l'optique de maintenir les patients au domicile et d'éviter les passages aux urgences. Elle est accessible notamment via un numéro dédié et via l'outil régional de téléexpertise Ortif.
 - o Pour les patients, la CECICS répond aux questions des patients suivis, avec orientation selon la situation (passage de l'infirmier PRADO, envoi vers son médecin traitant ou cardiologue de ville, consultation hospitalière...).
- **Coordonner le parcours intra-hospitalier** : repérage des patients y compris hors cardiologie, orientation et intégration dans la filière spécialisée de l'insuffisance cardiaque.
- **Evaluer la situation du patient en lien avec son médecin traitant et son cardiologue référent** et proposer des modules adaptés de prise en charge (cf détail ci-dessous)
 - o En particulier : repérage de la fragilité et orientation vers les services gériatriques ambulatoires ou hospitaliers.
- **Mettre en œuvre certains modules proposés** (cf ci-après) en fonction du patient et du souhait de son équipe de soins
 - o Télésurveillance (toutes solutions agréées par la DGOS possibles)
 - Education/accompagnement thérapeutique sur l'IC,
 - Mise en place et explications aux patients des outils de télésurveillance,
 - Gestion des alertes et adaptation du plan de soins et des thérapeutiques
 - o Consultations de titration pour optimisation du traitement de fond de l'IC

- Consultations non programmées en cas de déstabilisation du patient
- Sortie précoce pour poursuivre la prise en charge au domicile (traitement diurétique intraveineux) en Hospitalisation à domicile (HAD - cf ci-dessous).
- **Contribuer, en lien avec les autres acteurs du territoire, à initier le DMP/ dossier Terr-e santé** dans sa version adaptée (formalisation nécessaire pour l'échange des informations avec les acteurs de ville en cours).
- **Assurer la coordination avec les médecins référents du patient** (cardiologue et médecin traitant) et autres professionnels de santé de ville impliqués :
 - Organisation de la sortie en accord avec les médecins de ville (information MT et cardiologue et consultation rapide en post-hospitalisation) et inscription complémentaire dans PRADO (CPAM).
 - Transmission d'informations par la CECICS tout au long de la prise en charge qu'elle assure pour le patient, avec comptes- rendus de gestion d'alerte, de consultation de titration, d'urgence....
 - Vérification que le suivi classique du patient est bien en place (rendez-vous MT, cardiologues....).

Ainsi, la CECICS ne se substitue pas au cardiologue référent qui assure la bonne prise en charge cardiologique (suivi habituel pour les patients sous TLS, réévaluation en fin de titration, indication de traitements spécifiques comme PM / CRT / DAI, bilan pré-greffe), ni au médecin traitant qui coordonne la prise en charge globale du patient. Elle permet de les soulager de tâche de suivi et surveillance en lien avec eux. Elle s'articule avec les dispositifs de coordination territoriaux organisés par l'ARS, quand ils sont effectifs sur le territoire.

Le tableau ci-dessous, explique en quoi la structure proposée diffère de l'expérimentation ETAPES et comment elle peut-être complémentaire de PRADO :

	ETAPES	CECICS	PRADO
Télésurveillance	Oui	Oui : Sont inclus en plus d'ETAPES les patients non hospitalisés à haut risque d'aggravation (prévention de l'hospitalisation)	Non
Avis expert urgent pour les soignants de ville	Non	Oui	Non
Coordination			
- Ville vers hôpital (entrée)	Non	Oui	Non
- Intra-hospitalière	Non	Oui	Non
- Hôpital vers ville (sortie)	Non	Oui	Oui
Education thérapeutique	Oui	Oui	Oui
Optimisation des traitements médicaux et rythmologiques	Non	Oui	Non

2. Composition et fonctionnement de la CECICS :

La CECICS est composée d'une équipe pluri professionnelle : au minimum cardiologue et IDE mais pouvant être élargie à d'autres paramédicaux (diététicien,..), pharmacien et à un minimum de personnel administratif. Elle est sous la responsabilité d'un cardiologue, médecin coordonnateur de la CECICS. Les modalités d'organisation et de travail reposent sur un protocole de coopération qui a reçu **un avis favorable de la HAS le 20 novembre 2019**. Associé à une formation conséquente *ad hoc* (programme institutionnel AP-HP monté par l'équipe d'Henri Mondor, 1^{ère} session réalisée en février 2019), ce protocole de coopération permet de garantir une prise en charge commune et partagée avec les médecins de l'IC dans la CECICS.

Rôle des IDE :

Elles sont en interaction permanente avec le cardiologue de la CECIS et en lien autant que nécessaire avec l'équipe de soins de ville du patient pour les missions suivantes :

- coordination du parcours intra hospitalier ;
- liaison avec la prise en charge de ville ;
- information, accompagnement thérapeutique, éducation thérapeutique du patient ;
- gestion de la télésurveillance ;
- consultations de titration ;
- consultations non programmées.

Le détail de leurs actions dans le cadre de la délégation de tâches ainsi que les outils et la formation sont détaillés dans le protocole de coopération.

Rôle du cardiologue :

- coordination de la cellule ;
- rôle spécifique, tel que prévu, dans le cadre du protocole de coopération entre cardiologue et IDE :
 - o être joignable pendant tout le temps de travail de l'IDE délégué
 - o réviser au moins 10% des dossiers
 - o superviser systématiquement les nouveaux patients inclus au protocole
 - o superviser systématiquement les fins / sorties / suspensions de protocole
 - o intervenir dans les consultations où le délégué a besoin d'un avis (téléphonique ou en présentiel) ;
- consultations/téléconsultations de titration des patients très complexes (cardiopathies carentielles, cardiopathies restrictives, cardiopathies infiltratives, cardiopathies post-chimiothérapie, suivis de myocardite du sujet jeune, etc.) et sortant du cadre du protocole de coopération ;
- consultations non programmées complexes (multiples facteurs déclenchants, hors champ du protocole de coopération : infection, arythmies...) ;
- réponse aux demandes d'avis médical venant des médecins de ville sur la plateforme téléphonique, ou par télé-expertise.

Rôle du diététicien (quel que soit son mode d'exercice), si présent :

- adaptation du régime alimentaire en complément des indications de l'IDE ;
- éducation en présentiel ou en télé-entretien.

Le projet mobilise aussi en tant que de besoin pour la prise en charge du patient, les médecins hospitaliers (cardio-rythmologues, gériatres, urgentistes, réanimateurs...), les professionnels de santé de ville (MT, cardiologue, pharmacien, IDE, diététicien...), les assistantes sociales, ainsi que tout autre compétence nécessaire au parcours de soins en coopération avec les structures existantes et les médecins du patient (cardiologue référent et médecin traitant).

3. Les modules de prise en charge des patients

Les modules répondent aux principales difficultés de prise en charge identifiées et sont complémentaires d'un suivi classique. Ils sont proposés au patient selon ses besoins. La plupart sont mis en œuvre par la CECICS en lien avec l'équipe de soins du patient:

Module 1 : Télésurveillance avec accompagnement thérapeutique proposée par la CECICS (toutes solutions techniques/fournisseurs agréés par la DGOS possibles).

Module 2 : Optimisation du traitement de fond des patients le nécessitant soit par le cardiologue de ville, soit en relais par la CECICS avec des consultations rapprochées de titration des médicaments (présentielle/ou à terme téléconsultation) incluant un temps d'éducation thérapeutique à chaque consultation.

Module 3 : Réalisation, en cas de besoin (suite à un appel via la plateforme téléphonique ou une alerte de TLS), de consultations non programmées pour éviter le passage SAU et si nécessaire (soignants de ville non disponibles) par les IDE de la CECICS.

Module 4 : Identification de la fragilité gériatrique par la CECICS, puis orientation et prise en charge cardio-gériatrique spécialisée en ambulatoire (consultations, HDJ...) pour le traitement et prévention de la fragilité pour maintien à domicile des personnes âgées, en cas de besoin.

Module 5 : Hospitalisation au domicile en substitution à l'hospitalisation classique si possible pour les patients nécessitant des traitements diurétiques intraveineux à forte dose (Ex : protocole CHU Mondor-HAD-APHP en place à Mondor depuis 4 ans dont la validation est en cours).

Module 6 : Télésuivi des prothèses rythmiques implantées liées à l'insuffisance cardiaque (DAI et CRT) si nécessaire avec prise en charge des alertes selon le cahier des charges ETAPES par un rythmologue, en liaison avec cardiologue et médecin traitant

Les modules adaptés aux besoins d'un patient sont identifiés notamment à partir des éléments suivants :

- Fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) réduite ($\leq 40\%$)
- Traitement médicamenteux non optimisé
- En cours d'aggravation récente avec haut risque de décompensation
- Age et comorbidités (score de fragilité, échelle SEIGA)
- Troubles du rythme e/o choc électrique
- Souhait du cardiologue référent et du médecin traitant
- Conditions de vie du patient.

4. Construction du dispositif territorial et coopération avec la ville

Sur l'approche territoriale de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque et notamment l'articulation avec le premier recours et les dispositifs d'appui existants, il est acté un pilotage conjoint AP-HP et ARS en cohérence avec le projet régional porté par l'ARSIF qui vise à organiser le parcours des patients insuffisants cardiaques en 2 volets complémentaires selon la gravité.

Dans tous les cas, les CECICS, intervenant dans la prise en charge des patients sévères, développent une « offre de services socle », en mettant à disposition des médecins du territoire :

- un numéro d'appel pour avis médical *via* l'Appli Direct AP-HP (cf *infra*),
- un accès pour des demandes d'avis en téléexpertise *via* notamment les outils régionaux comme ORTIF,
- une organisation, sur simple demande, de formations et staffs croisés.

La structuration de projets avancés de coopération se met en place, dans le cadre de la stratégie régionale, à partir des « animations territoriales pour l'amélioration du parcours des insuffisants cardiaques », organisées par l'ARS, l'assurance maladie et l'établissement de santé dans le cadre du volet pertinence du CAQES. Cela permet d'ajuster le modèle à la situation de chaque territoire et de développer des actions en fonction de sa maturité, dans le but de construire les organisations territoriales selon le modèle proposé. A ce jour 14 « animations territoriales » ont eu lieu en Ile de France, dont 3 sur les territoires des hôpitaux de l'AP-HP. L'état d'avancement des projets est présenté ci-après (cf tableau par DMU page 19).

Cette démarche s'inscrit également dans le plan stratégique de l'AP-HP qui comporte un objectif affirmé de meilleure coopération avec la médecine de ville pour améliorer le parcours des patients. Dans ce cadre, l'AP-HP met en œuvre depuis 2015 un plan d'actions structuré avec notamment :

- Le programme «Médecins Partenaires» qui propose à tout médecin d’Ile de France d’entrer dans un réseau et de bénéficier d’informations régulières *via* une newsletter. L’AP-HP travaillant à 3 engagements :
 - o La mise à disposition de numéros de téléphone permettant aux médecins de ville de joindre directement un médecin senior de l’AP-HP pour avis médical. Près de 250 lignes, dont une cinquantaine 24h24, sont désormais disponibles dans l’ »Appli Direct AP-HP »,
 - o Possibilité offerte aux médecins traitants de prendre RV en ligne pour le compte de leurs patients,
 - o Envoi des documents dès la sortie, par mail sécurisé si le médecin de ville en dispose.
- Le développement de coopérations partenariales avec des structures de ville : les hôpitaux de l’AP-HP et une cinquantaine de structures de ville ont développé soixante coopérations. Les structures partenaires sont majoritairement des centres de santé mais aussi des maisons de santé et déjà 2 CPTS. Ce dernier type de partenaires ne fera que se développer au fur et à mesure de leur structuration.

Ce plan d’action est porté dans le cadre d’un COPIL ville-Hôpital avec la mise en place de référents ville-hôpital dans tous les groupes hospitaliers depuis 2016.

Des éléments de précision des démarches propres aux GHU et aux DMU de cardiologie sont résumés dans le tableau (page 19) et détaillés dans les fiches d’engagement en annexe.

Objectifs du dispositif et population cible

1. Quels sont les objectifs du projet d'expérimentation ?

Les données de la littérature montrent que l'on peut attendre :

- Une diminution (Agrinier et al., *Int J Cardiol.* 2013, François Alla, et al. *European Journal of Heart Failure*, 2018, Laborde-Castérot et al. "Medicine 2018.) du nombre de jours d'hospitalisations sur l'année et une diminution du nombre d'hospitalisations sur l'année (-8% selon l'étude d'Agrinier et al pour un réseau de soin avec moins d'intervention- figure ci-dessous)

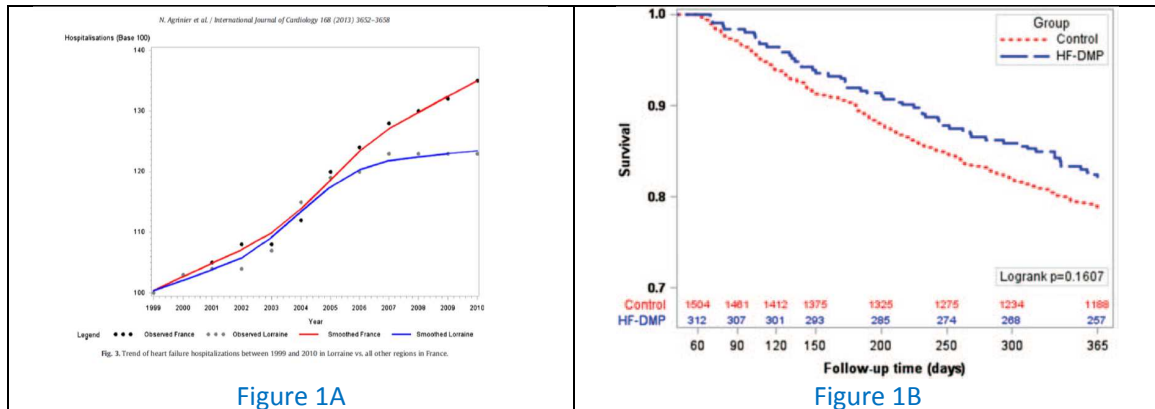


Figure 1A : Résultat du réseau ICALOR (Agrinier et al); Figure 1B: Kaplan-Meier survival curves according to the group (heart failure disease management programme [HF-DMP] and control). The numbers of patients still at risk of death are indicated. From Laborde-Castérot et al. *Medicine* (2016) 95:37

- Une diminution de la mortalité (environ -3 à 5% d'après les études)
- Pour les patients porteurs de prothèse, une diminution des chocs appropriés et inappropriés, une diminution des consultations pour le contrôle des prothèses, une diminution des hospitalisations pour arythmies atriales et AVC (Guedon Moreau et al. *Eur Heart J* 2013; Guedon Moreau et al, *Europace* 2014 ; Mabo et al *Eur Heart Journal* 2012)

Ces études ont aussi montré la nécessité de prendre en compte la vulnérabilité et la sévérité des patients et notamment leur fragilité.

Ainsi, les **objectifs du projet** sont :

- Augmenter la proportion de patients ayant les traitements recommandés et ce à dose maximale efficace : hypothèse d'une cible de 80% des patients pris en charge dans le dispositif ;
- Augmenter la proportion de patients bénéficiant d'une réadaptation à l'effort : hypothèse d'une cible de 15 à 20% de prescriptions d'activité physique ou de réadaptation, la réalisation dépendant des places disponibles);
- Diminuer le nombre annuel de jours cumulés d'hospitalisation conventionnelle pour IC (séjours de plus d'1 nuit) : hypothèse d'une cible ambitieuse de -20% ;
- Diminuer la mortalité : hypothèse d'une environ -3 à 5% d'après les études ;
- Pour les patients porteurs de prothèses, diminuer les chocs appropriés et inappropriés, diminuer les consultations pour le contrôle des prothèses, diminuer les hospitalisations pour arythmies atriales et AVC.
- Améliorer la satisfaction et la qualité de vie des patients.

Il faut prendre en compte la sévérité, les comorbidités, le syndrome de fragilité et les conditions de vie pour interpréter les indicateurs.

2. Quelle est la population ciblée par le projet d'expérimentation ?

La population ciblée par le projet est celle des patients insuffisants cardiaques graves/ sévères qui représentent environ 10% des insuffisants cardiaques.

Les patients inclus sont tout d'abord des patients hospitalisés présentant l'une des situations suivantes

- Hospitalisation au cours des 30 derniers jours pour une poussée d'IC (séjours avec un diagnostic principal – DP- I500, I501, I502 ou I509 ; I110 cardiopathie hypertensive avec IC, I130 et I132 cardionéphropathie hypertensive avec IC et R 570 choc cardiogénique)
OU
- Hospitalisation au moins une fois au cours des 12 derniers mois pour une poussée d'IC aigüe ou décompensée et actuellement en NYHA¹ >= II avec BNP >100 pg/ml ou NT Pro BNP >300 pg/ml

Parmi ces patients ayant un antécédent d'hospitalisation, nous avons identifié une catégorie de « patients très sévères » définis par des critères (choc cardiogénique, cardiopathie infiltrative...) recueillis lors de l'hospitalisation index ([Annexe A](#)). Cette catégorie de patients est caractérisée par une gravité alliée à des coûts et des risques plus importants. La population-cible «très sévère» peut être estimée à 23% des hospitalisations index. *NB: le nombre de patients ayant une cardiopathie infiltrative est probablement sous-estimé actuellement.*

Les patients inclus seront enfin aussi ceux qui présentent une aggravation récente (dans le mois) d'une insuffisance cardiaque sans hospitalisation pour IC aigüe, le but étant de la prévenir, incluant :

- o NYHA classe ≥ III avec BNP>300 ou NTpro BNP>1000
- o Et/ou majoration du traitement diurétique avec au moins doublement de la dose (intensification du traitement pour déstabilisation).

Ces patients seront identifiés selon 2 voies : soit à partir des consultations hospitalières, soit par les médecins de ville. Ils ne seront inclus que les 2 dernières années de l'expérimentation afin de laisser le temps nécessaire à la structuration territoriale et à la construction des liens avec la ville.

Les patients inclus dans le projet sont donc répartis en 3 groupes :

- Les patients « **très sévères** » avec antécédents d'hospitalisations avec critères de gravité particulière
- Les patients « **sévères** » : les autres patients hospitalisés pour décompensation d'insuffisance cardiaque
- Les patients « **instables** » jamais hospitalisés mais à risque fort d'aggravation

¹ Classification fonctionnelle NYHA pour les IC : classe I pas de limitation, classe II limitation légère de l'activité, classe III limitation marquée de l'activité, classe IV symptômes présents même au repos.

Impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation

Les impacts attendus dans les deux ans de mise en place du projet puis rapidement au niveau national sont :

1. Pour les patients

- Pouvoir devenir acteur de sa maladie grâce à l'amélioration de la diffusion de l'éducation thérapeutique et accompagnement thérapeutique en complément des actions de ville ;
- Renforcement de la prise en charge à domicile et diminution du recours à l'hospitalisation non programmée :
 - o Diminution des passages au SAU et meilleure visibilité des acteurs et du parcours.
 - o Diminution du nombre de jours d'hospitalisations en HC sur l'année
 - o Développement de l'hospitalisation à domicile ;
- Amélioration de la survie et de la qualité de vie ;
- Prévention de la fragilité, des effets secondaires des médicaments et limitation des institutionnalisations ;
- Prise en charge coordonnée, organisée, avec visibilité de la filière de soin et accès facilité à l'expertise.

2. Pour les professionnels de santé en ville et à l'hôpital

- Mise en place d'une organisation interprofessionnelle repensée à l'aide de protocoles de coopération ;
- Une anticipation des difficultés/complications avec gestion des alertes ;
- Amélioration de la coordination ville-domicile-hôpital et moins de consultations urgentes désorganisées ;
- Optimisation de la gestion des transferts vers l'hôpital et de la gestion des lits et des entrées et des sorties ;
- Participation à des projets innovants ;
- Satisfaction d'un travail coordonné avec diminution des facteurs de stress liés à la prise en charge de malades complexes à forte mortalité ;
- Diminution de l'isolement et possibilité de recours immédiat à une filière de soin coordonnée.

3. Pour l'assurance maladie :

- Permettre une expérimentation de la mise en place d'un parcours de soins, avec une coordination médico infirmière, réaliste et de grande ampleur dans différents types de territoires. Le tout dans le cadre d'une évaluation de l'impact ;
- Intégration du programme PRADO dans un dispositif plus complet ou positionnement en relais le cas échéant ;
- Validation du modèle pour le financement du parcours de soin des patients IC ;
- Meilleure utilisation des médicaments, meilleure observance et moins d'effets secondaires ;
- Meilleure qualité des soins à coûts constants (voir diminution) ;
- Amélioration des critères de morbi-mortalité ;
- Validation d'un modèle pour lutter contre l'hétérogénéité de la prise en charge.

Durée de l'expérimentation envisagée

1. Quelle est la durée envisagée du projet d'expérimentation proposé ?

Il faut prévoir une expérimentation sur **4 ans** pour arriver à l'inclusion des patients cibles.

2. Quel est le planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre du projet d'expérimentation ?

Le protocole de coopération entre professionnels de santé qui structure l'organisation des CECICS envoyé à la HAS le 12 octobre 2018 pour avis conforme, a reçu un **avis positif du collège de la HAS le 20 novembre 2019.**

Les étapes pour mettre en œuvre une CECICS sont :

- Mise en place du personnel de la CECICS
 - o Recrutement de personnels
 - o Formation du personnel
 - au protocole de coopération : des IDE sont formées dans chaque GHU (de premières IDE ont bénéficié d'une session en février 2019)
 - sur l'insuffisance cardiaque
- Mise en place du protocole de coopération (une fois l'arrêté ARS pris)
 - o Adhésion des équipes au protocole de coopération
- Mise en place de la télésurveillance (y compris accompagnement thérapeutique)
 - o Choix du prestataire
 - o Installation du matériel
 - o Mise en œuvre des organisations,
- Organisation du module de rythmologie le cas échéant
- Organisation du parcours gériatrique
- Déclinaison de la stratégie de coopération ville-hôpital-ville.

Pour le site pilote Henri Mondor, la mise en œuvre a été anticipée et le développement se mettra en place avec l'avis positif de la HAS sur le protocole. Dans les autres sites, le nombre d'étapes à remplir est variable selon ce qui a déjà mis en œuvre et planifié (cf fiches d'engagement avec réponse aux critères d'éligibilité de chaque site et tableau de synthèse ci-après).

Nous pouvons prévoir une mise en œuvre dans un délai maximum de 6 mois après l'autorisation du ministère. Puis, une phase de montée en charge progressive des inclusions site par site, en sachant que le nombre de malades pris en charge par un IDE dans la CECICS dépend de la lourdeur des patients (cf modèle économique).

Nous avons réalisé des estimations du nombre de patients qui seront inclus sur 4 ans progressivement à partir du nombre de patients hospitalisés pour décompensation d'insuffisance cardiaque (6087 dans les GHU de l'AP-HP). La cible est difficile à fixer de manière certaine car il faut tenir compte des décès, des patients qui refuseront, de ceux qui seront transférés en SSR, des patients poly pathologiques dont l'IC ne sera pas au 1^{er} plan, des patients inclus avant hospitalisation...

Néanmoins, pour assurer une maîtrise du budget prévisionnel, nous proposons de limiter le nombre de patients suivis par les CECICS, avec une **cible autour 2000 patients suivis la 4^{ème} année d'expérimentation**, soit en cumulé un total de 4880 suivis annuels.

Nous prévoyons une montée en charge progressive sur 4 ans.

CECICS APHP	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Nb de suivis annuels cumulés
Montée en charge (en %)	30%	45%	70%	100%	
Montée en charge du nb patients suivis	580	900	1400	2000	4 880
<i>HMN</i>	<i>200</i>	<i>280</i>	<i>350</i>	<i>400</i>	<i>1230</i>
<i>APHP.5</i>	<i>100</i>	<i>150</i>	<i>300</i>	<i>450</i>	<i>1000</i>
<i>APHP.6</i>	<i>80</i>	<i>120</i>	<i>200</i>	<i>300</i>	<i>700</i>
<i>APHP.7</i>	<i>100</i>	<i>170</i>	<i>250</i>	<i>400</i>	<i>920</i>
<i>Saclay</i>	<i>100</i>	<i>180</i>	<i>300</i>	<i>450</i>	<i>1030</i>

Champ d'application territorial proposé

1. Éléments de diagnostic

- Contexte et constats ayant conduit à la proposition de projet d'expérimentation.
- Quels sont les atouts du territoire sur lequel sera mise en œuvre l'expérimentation ?
- Quelles sont les spécificités éventuelles du territoire ?
- Quels sont les dysfonctionnements ou ruptures de parcours éventuels observés ?

Comme nous l'avons montré en introduction, l'insuffisance cardiaque est une maladie grave, fréquente, en augmentation constante du fait du vieillissement de la population. Elle touche 2,3% de la population adulte (Tuppin P, Arch Cardiovasc Dis. 2016 ; DREES 2017). En Ile-de-France, les hospitalisations pour insuffisance cardiaque sont en continuelle augmentation.

De la même façon, nous avons indiqué les principales difficultés de prise en charge : absence d'organisation du parcours de soin, situation complexe des malades, manque de temps médical pour le développement de la télémédecine ou l'optimisation du traitement, filière spécialisée non visible ou accessible pour la ville.

Les difficultés de temps médical sont retrouvées en Ile de France et le PRS 2 (p 101) pose précisément les constats suivants :

- La région Île-de-France est la première région de France métropolitaine touchée par les difficultés d'accès à un médecin généraliste : 37% de la population francilienne est en effet située dans une « zone d'intervention prioritaire », soit plus de 4,5 millions d'habitants,
- Une très forte hétérogénéité dans la répartition des professionnels de santé,
- Un dispositif de formation très riche mais qu'il convient de coordonner et de renforcer,
- Des conditions de travail de plus en plus difficiles, aussi bien en établissement de santé qu'en exercice libéral, avec notamment en petite couronne des surcoûts liés à la cherté de la région.

C'est pourquoi nous proposons, via les CECICS, un modèle plus intégré de prise en charge de l'IC, centré sur les malades sévères, qui assure et/ou coordonne, selon les cas, les aspects de la prise en charge non effectifs à ce jour afin d'améliorer le pronostic des malades.

Ce dispositif pour les insuffisants cardiaques sévères doit être pensé en articulation avec l'organisation à mettre en place dans les territoires pour les malades les moins sévères (et les plus nombreux). Selon les situations locales ce dispositif se coordonnera donc avec les structures existantes ou en développement (CPTS, PTA, ...).

Ce projet est cohérent avec le plan « Ma santé 2022 » et s'intègre dans le PRS 2 de l'ARS Ile de France dans la mesure où il répond à plusieurs objectifs de l'axe 1 <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-07/PRS2-schema-regional-sante.pdf>

- ⇒ Faire émerger et soutenir des territoires de coordination à l'initiative des acteurs
- ⇒ Optimiser les parcours grâce aux services et outils numériques
- ⇒ Mettre en place un accompagnement thérapeutique de proximité
- ⇒ Expérimenter des modes de financement favorisant la qualité des parcours

Ce projet concerne les territoires desservis par les Départements médicaux universitaires (DMU) assurant la prise en charge de l'IC sévère de 5 Groupes hospitalo-universitaires (GHU) de l'AP-HP. Cette candidature par DMU est cohérente avec la réorganisation de l'AP-HP et l'implication de la collégiale de cardiologie. Les DMU candidats sont listés dans le tableau ci-dessous.

GHU	DMU candidat	Coordinateur CECICS AP-HP
APHP. Mondor	Le DMU médecine est structuré en 3 axes : cardiovasculaire (service de cardiologie et UF de cardiologie interventionnelle), neurologie/ rééducation (MPR) et médecine aigue (SAU, DAU, SAMU, réanimation médicale, médecine interne, rhumatologie, gériatrie, néphrologie, immunologie, soins palliatifs...). Ses principaux objectifs sont d'optimiser les parcours patient et les réseaux ville-Hôpital, de proposer une expertise médicale dans la prise en charge pluri thématique et d'intégrer des soins de support. Le service de cardiologie a conçu et le projet d'organisation du parcours de l'IC sévère à l'aide des CECICS.	Pr Thibaud Damy
APHP. Sorbonne Université	DMU ARCHIMEDE : Alliance Réanimation Cardiologie Chirurgie cardiothoracique et vasculaire, Médecine Interne, Endocrinologie, Diabète et nutrition. Le DMU a une implication forte et ancienne dans le suivi de l'insuffisance cardiaque aussi bien sur l'implantation territoriale, l'ETP que la prise en charge de l'IC grave et terminale.	Pr Richard Isnard
APHP. Centre - Université de Paris	DMU CARTE (cardiovasculaire, rénal, transplantations et neurovasculaire) qui inclut les services de cardiologie de Cochin et HEGP et celui de réadaptation cardio-vasculaire de Corentin Celton. Avec comme projets : unité bi-site sur insuffisance cardiaque, développement du diagnostic de l'IC/ cardiomyopathies, prise en charge de l'IC grave (assistance circulatoire et greffe).	Pr Albert Hagège
APHP. Nord - Université de Paris	Le DMU regroupe les services de cardiologie et diabétologie de Bichat et Lariboisière, la chirurgie cardiaque de Bichat et la réanimation médicale de Lariboisière. L'insuffisance cardiaque est un thème privilégié : expertise et notoriété de longue date des 2 sites ; mise en place d'une équipe mobile, de consultation post-hospitalisation ; greffe cardiaque et activité importante d'assistance circulatoire ; structure ambulatoire de réadaptation cardiaque et ETP (CERCA).	Pr Damien Logeart
APHP. Université Paris Saclay	Le DMU CORREVE comprend les services de médecine intensive réanimation, de cardiologie, de néphrologie, de chirurgie vasculaire, d'explorations fonctionnelles et de génétique. Sur le plan cardiologique, il s'articule entre les services de cardiologie de Bicêtre et d'Ambroise Paré (bi site, regroupant les activités cardiologiques de Raymond Poincaré). L'insuffisance cardiaque est un thème prioritaire du DMU. Cela est renforcé de part un focus particulier sur les Co pathologies comme l'insuffisance rénale ou l'insuffisance hépatique.	Pr Patrick Jourdain

Ces candidatures répondent aux critères d'éligibilité identifiés c'est-à-dire qu'ils disposent à la fois du potentiel humain, de la structuration et de la volonté pour débiter rapidement :

- **Avoir 1 cardiologue clinicien expérimenté en insuffisance cardiaque chargé du projet**
- **Avoir au moins 1 IDE identifié**, dédié au projet et formé au protocole de coopération insuffisance cardiaque clinique organisée par l'AP-HP.
- **Être prêt à débiter la télésurveillance de l'IC /rythmologie** pour ceux qui n'ont pas déjà commencé.
- **Avoir un parcours gériatrique structuré** au sein des services avec une collaboration avec les gériatres et les unités gériatriques aiguës (UGA).
- **Avoir une stratégie de travail partagée** pour informer et travailler avec les acteurs de ville dans le projet. Et notamment proposer un numéro pour avis médical pour les médecins de ville.
- **S'engager dans une stratégie de reporting** dans le cadre du projet

Ces candidatures ont pris en compte les critères de priorisation identifiés par l'ARS Ile de France et qui visent essentiellement à apprécier la maturité des organisations et des liens de l'ensemble des acteurs concernés au niveau territorial :

- Forte implication dans la prise en charge de l'ICC décompensée, avec des files actives de séjours MCO importantes
- Présence sur le territoire d'une structure de coordination territoriale opérationnelle (PTA, Dispositif d'Appui à la Coordination, CPTS..) permettant d'appuyer la structuration et le développement du lien ville-hôpital,

- Mobilisation effective des différentes structures et dispositifs d'aval au MCO (transfert en SSR cardio, implication dans PRADO, intérêt pour la télésurveillance des patients ICC,...),
- Organisation effective de l'établissement pour hospitaliser les patients en cardiologie ou gériatrie directement, sans passer par les urgences.

Le résumé de l'avancement de chaque DMU au regard des critères d'éligibilité et de priorisation de l'ARS est présenté dans le tableau ci-après, le détail est disponible dans les fiches de chaque DMU en Annexe ([ANNEXES B, C, D, E et F](#)).

	APHP.Saclay	APHP. Centre	APHP.Mondor	APHP.Nord	APHP. Sorbonne
Coordonnateur	Pr P Jourdain	Pr A Hagège	Pr T Damy	Pr D Logeart	Pr R. Isnard
Formation des IDE pour la CECIS					
Nb IDE formés au protocole de coop	3 en 2019	3 en 2019	5 dont 2 ont écrit le protocole de coopération et forment	1 en 2019	3 en 2019
Critère de priorisation ARS 1 : organisation de la ville et coopérations					
Structure sur le territoire	PTA onco 94 Osmose	CPTS 14 - Projet M2A	Futur DAC 94 est (réseau Partage). Club des CPTS. Réseau FINC	M2A 9-10-19 Projet de CPTS 10e, 18e	CPTS 13 Réseau des cardios libéraux .
Avancement des projets de coordination avec la ville	<ul style="list-style-type: none"> • GHU : Terr eSanté, coopération avec centres de santé ... • Coopération avec médecins de ville (via PTA, réseau de cardios de ville, amicale de MG) avis rapide, consultations • Elaboration d'outils communs avec PTA et CPTS, Formation 	<ul style="list-style-type: none"> • GHU : eparcours Particip 13-14 • Partenariat avec cardiologues et MG correspondants pour les patients IC : circuit court admission, consultation urgentes, formations • ETP incluant IC accessible sur site web 	<ul style="list-style-type: none"> • Réunion territoriale du parcours ICC (CAQES) en octobre 2018 • Réseau de cardios de ville : avis et conseils thérapeutiques faible taux de passage au SAU • Création 2017 CECICS pour pec à domicile avec ligne tél • Formations MG et Cardiologue 	<ul style="list-style-type: none"> • GHU : COPIL ville-hôpital, Portail ville-hôpital, postes partagés (9 dont 1 cardiologue) • Réunion du parcours IC fixée le 27/11/19 (CAQES) • Formations médecins de ville 	<ul style="list-style-type: none"> • GHU : coopération CPTS 13, Particip 13-14, postes partagés • Réunion territoriale du parcours IC (CAQES) réalisée en 10/19 • Réseau cardios de ville : ligne tél pour pec urgente directe, gestion alertes de TLS. • Réseau RESICARD avec ETP
Critère de priorisation ARS 2 : mobilisation effective des différentes structures et dispositifs d'aval					
Organisation de la filière avec le SSR	OUI	OUI : SSR cardiovasculaire de Corentin Celton dans DMU	OUI	OUI : centre de réadaptation cardiaque IC dans DMU	OUI
PRADO IC nb adhésions 2018	34	13	115	49	16
Télesurveillance IC	OUI	OUI	OUI	En cours de mise en place.	OUI
Télesurveillance rythmologie	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Organisation parcours gériatrique	<ul style="list-style-type: none"> • OUI avec la gériatrie du GHU • RCP, cours anticoagulants 	<ul style="list-style-type: none"> • OUI avec la gériatrie du GHU 	<ul style="list-style-type: none"> • OUI avec la gériatrie du GHU • UFcardiogériatrie, Télémed 	<ul style="list-style-type: none"> • OUI avec la gériatrie du GHU • Implication dans PAERPA 	<ul style="list-style-type: none"> • OUI avec la gériatrie du GHU • Implication ds IPEP 13-14
Critère de priorisation ARS 3 : organisation effective de l'établissement pour hospitaliser directement en cardiologie/gériatrie					
Ligne dédiées pour médecins de ville	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Diffusion des lignes	Mise en service mi-juillet 2019 d'une application « Direct AP-HP » permettant aux médecins de ville d'Ile de France de joindre plus de 200 lignes téléphoniques (dont près de 50 dites d'urgences joignables 24h/24) de médecins seniors de l'AP-HP pour avis médical direct				
Critère de priorisation ARS 4 : file active importante en I Cardiaque					
File active	1141	1139	969	1072	1307
Expertise particulière liée à l'insuffisance cardiaque	Centre de référence cardio myopathies et trouble du rythme Plan stratégique (2018) centré sur l'insuffisance cardiaque en lien avec le territoire .	Objectifs DMU : unité bi-site sur IC, développement du diagnostic, prise en charge de l'IC grave (assistance circulatoire et greffe)	Centre de référence amylose A l'origine du projet avec création CECICS ; Projet d'optimisation du parcours IC, ETP, Expertise télémedecine	Expertise (RCP, travaux scientifiques). Projets IC : ETP, réadaptation cardiaque ambu, greffe, assistance circulat, équipe mobile, consultation post-hospit	Centre de référence Maladies Cardiaques Héritaires, Implication ancienne en IC : réseau ville-hôpital resicard, ETP, greffe, rythmologie, TLS

2. Champ d'application territorial

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial Et observations éventuelles
Local		
Régional	X	
Interrégional		
National	X	

Le champ d'application peut être national. Nous proposons, dans le cadre de cet article 51, une première série d'implantations en Ile de France centrées sur certains sites clés en termes de pré requis et de population.

Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation (ou groupe d'acteurs)

Le porteur de ce projet est l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP). Ce projet est soutenu et réalisé avec la Collégiale de Cardiologie de l'APHP (Président Pr Damien Logeart). Ce projet mobilise également un ensemble large de professionnels hospitaliers et de ville autour du patient dans l'objectif de favoriser sa prise en charge à son domicile.

L'AP-HP étant un hôpital universitaire, elle est à même d'assurer la formation des futurs acteurs des CECICS. Ce point est important à souligner car la rapidité et l'efficacité de la mise en action de ce projet dépend de la capacité à former les acteurs notamment au protocole de coopération sur un temps court.

Au-delà des sites engagés dans le présent cahier des charges, l'expérimentation pourra être élargie à d'autres structures disposant d'un service de cardiologie (AP-HP ou hors AP-HP) dans une 2^{ème} phase pour peu qu'elles répondent aux mêmes critères d'éligibilité.

- Compléter le tableau ci-dessous pour :
 - o Présenter le porteur du projet d'expérimentation.
 - o Préciser l'implication d'autres acteurs
 - o Préciser les modalités d'organisation et de pilotage (gouvernance) du projet d'expérimentation.

	Entité juridique et/ou statut	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone
Porteur	AP-HP 3 avenue Victoria 75004 Paris	Jérôme Marchand-Arvier, DGA AP-HP jerome.marchand-arvier@aphp.fr Prs Damien Logeart - Thibaud Damy- Patrick Jourdain, Collégiale de cardiologie. damien.logeart@aphp.fr thibaud.damy@aphp.fr patrick.jourdain@aphp.fr Correspondant : Dr Sophie de Chambine 01.40.27.36.86 - sophie.dechambine@aphp.fr

Un COPIL interne AP-HP sera mis en place associant notamment des représentants des sites engagés, de la collégiale et du siège afin d'assurer l'organisation globale du projet et son suivi.

Catégories d'expérimentations

- A quelle(s) catégorie(s) d'expérimentations répond le projet ?
Il est possible de combiner les catégories.

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)	Cocher
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	X
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	X
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité 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	
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher
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'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°)² :	Cocher
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	
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.	

² 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)

Déroptions envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation

Au moins une dérogation, et plusieurs réponses sont possibles.

I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites du financement actuel	<p><i>Non financement des activités réalisées pour des patients externes par un infirmier dans le cadre d'un protocole de coopération</i></p> <p><i>Financement partiel et pour une patientèle spécifique d'activités à distance (télésurveillance, télé conseil...).</i></p> <p><i>Le financement actuel n'incite pas à réaliser les actions préventives visant à diminuer les ré-hospitalisations</i></p>
<p><u>Déroptions de financement</u> envisagées (article L162-31-1-II-1° et 3°) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Facturation,</i> • <i>Tarifcation,</i> • <i>Remboursement,</i> • <i>Paiement direct des honoraires par le malade,</i> • <i>Frais couverts par l'assurance maladie</i> • <i>Participation de l'assuré</i> • <i>Prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux</i> 	<p><i>Déroptions à la tarification à l'acte,</i></p> <p><i>Déroptions pour les critères d'admission, de contenu et le mode de financement de l'équipe de soins par rapport au cahier des charges Etapes de télésurveillance de l'IC</i></p> <p><i>Intégration des actions des diététiciens dans le forfait</i></p>

II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites des règles d'organisation actuelles	<i>Décrire</i>
<p><u>Déroptions organisationnelles</u> envisagées (article L162-31-1-II-2°):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Partage d'honoraires entre professionnels de santé</i> • <i>Prestations d'hébergement non médicalisé</i> • <i>Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements</i> • <i>Dispensation à domicile des dialysats</i> 	<i>Décrire</i>

Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement

1. Volumétrie de patients

Pour les 10 sites de l'AP-HP, les données issues de l'année 2017 montrent 6087 hospitalisations liées à une poussée d'insuffisance cardiaque (hors chirurgie). Les taux de ré-hospitalisation pour motif d'insuffisance cardiaque (hors chirurgie) sont particulièrement élevés, avec une moyenne de 63%. Nous proposons de limiter à 2000 patients à la 4^{ème} année d'expérimentation avec une répartition entre les 3 catégories de patients définies (cf [Population cible](#)).

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Nb suivis annuels cumulés sur 4 ans
Nombre de patients suivis	580	900	1 400	2 000	4 880
<i>dont déjà hospitalisés "très sévères"</i>	<i>580</i>	<i>600</i>	<i>600</i>	<i>600</i>	<i>2 380</i>
<i>dont déjà hospitalisés "sévéres"</i>		<i>300</i>	<i>750</i>	<i>1 300</i>	<i>2 350</i>
<i>dont "instables" (non hospitalisés mais à fort risque)</i>			<i>50</i>	<i>100</i>	<i>150</i>

Une première estimation peut être formulée dans l'hypothèse d'une montée en charge, initialement centrée sur les patients « très sévères », qui représenteront à terme 25% des patients suivis (part équivalente dans les hospitalisations 2017). Pour les patients « instables » et donc non hospitalisés à fort risque, il est proposé qu'ils représentent 5% des patients pris en charge en fin d'expérimentation quand les liens avec la ville seront mieux structurés.

2. Périmètre de financement

Les éléments indiqués en gras ne sont pas financés et pour la télésurveillance sont dérogatoires à Etapes.

Activités CECICS			Financement existant à ce jour	Financement dans le cadre du projet article 51
Plateforme téléphonique pour PS et patient			0	Forfait art 51
Coordination du parcours intra hospitalier			Dans le séjour mais mal mis en œuvre	Forfait art 51
Evaluation de la situation du patient pour orientation dans les différents modules			0	Forfait art 51
Mise en œuvre de certains modules	Module 1	PEC en télésurveillance	Etapes pour patients éligibles - 0 pour les patients non hospitalisés mais à haut risque d'aggravation	Forfait art 51 + Etapes pour solution technique
		Traitement des alertes	Etapes pour patients éligibles - 0 pour les patients non hospitalisés mais à haut risque d'aggravation	Forfait art 51 + Etapes pour solution technique (alertes niveau 1)
		Accompagnement thérapeutique	Etapes pour patients éligibles - 0 pour les patients non hospitalisés mais à haut risque d'aggravation	Forfait art 51
	Module 2	Consultation titration	0 pour IDE / cs pour médecins (mais pas de disponibilité)	Forfait art 51 pour IDE
	Module 3	Consultations non programmées	0 pour IDE / cs pour médecins (mais pas de disponibilité)	Forfait art 51 pour IDE
Coordination avec les médecins du patient			0 pour les patients externes	Forfait art 51
Modules complémentaires hors CECICS	Module 4	Cardiogériatrie	T2A hors forfait	T2A hors forfait
	Module 5	HAD	T2A hors forfait	T2A hors forfait
	Module 6	TLS rythme Etapes	Etapes Rythmo	Etapes Rythmo

3. Modèle économique

Il repose sur :

- la définition d'un **forfait par patient** pour les 3 catégories de patients (très sévères, sévères, instables) et calculé à partir de l'expérience de l'équipe de cardiologie d'Henri Mondor. Ce forfait **vient en complément du forfait Etapes** de télésurveillance médicale et éducation du patient dans le suivi de l'IC.
- le **forfait industriel pour la solution technique de télésurveillance** (dans Etapes ou dans le FISS selon les catégories de patients, *cf infra*)

FORFAIT PATIENT CECICS

Le montant de ce forfait a été évalué à partir des temps passés par l'équipe de la CECICS préfiguratrice de Mondor pour la prise en charge des différentes catégories de patients.

- Modélisation pour les patients « très sévères »

Ce type de patients nécessitant **19 heures de travail infirmier par patient et par an**, l'organisation de la cellule permettrait le suivi de 80 patients par ETP d'infirmier. Le temps de travail des infirmiers se décomposerait de la façon suivante :

- 1 heure d'inclusion et orientation du patient dans les différents modules de prise en charge;
- 30 minutes de formation à la solution technique ;
- 8 heures de traitement des alertes (ex : 2 alertes par patient et par an, durée de 4h/ alerte) ;
- 4,5 heures d'accompagnement thérapeutique ;
- 2 heures pour les consultations de titration (pour 50% des patients) ;
- 3 heures d'autres missions (consultations non programmées, coordination intra hospitalière, temps de coordination dans l'équipe, permanence téléphonique, terri-santé).

Ces activités CECICS représentent **1000€ par an par patient**, équivalent à ces 19h de travail infirmier. **Le financement demandé pour le forfait article 51 des patients « très sévères » est donc de 660€ annuels** venant en complément du forfait patient Etapes (télésurveillance + ETP) de **340€ annuels**. Le versement est demandé par période de six mois.

- Modélisation pour les patients « sévères »

Pour les patients ne répondant pas aux critères de haute gravité présentés ci-dessus, le temps effectif mobilisé par les infirmiers est plus incertain. Il est proposé de s'appuyer sur l'hypothèse de **10,5h d'infirmier par an et par patient**, soit un infirmier pour 150 patients. Le temps de travail se décomposerait de la façon suivante :

- 1 heure d'inclusion et orientation du patient ;
- 30 minutes de formation à la solution technique ;
- 4 heures de traitement des alertes (2 alertes par patient et par an, durée de 2h par alerte)
- 3 heures d'accompagnement thérapeutique ;
- 2 heures pour les consultations de titration (4h pour 50% des patients).

Ces activités CECICS représentent **600€ par an par patient**, équivalent à ces 10,5h de travail infirmier. **Le financement demandé pour le forfait article 51 des « patients sévères est donc de 260€ annuel** venant en complément du forfait patient Etapes (télésurveillance + ETP) de **340€ annuel**. Le versement est demandé par période de six mois.

- Modélisation pour les patients « instables »

L'instabilité de la situation et la forte mobilisation de moyen pour gérer la situation aiguë et éviter l'hospitalisation les a fait traiter comme des « patients très sévères ».

Le financement demandé est donc un forfait global patient couvrant l'ensemble du parcours de soins en CECICS, versé par période de six mois. Ce forfait représente environ **1000€ par an** pour ces patients « instables ». Il couvre les coûts mobilisés pour les patients, et sera complété par le forfait technique des industriels (hors critères Etapes) pris dans ce seul cas sur FISS (*cf infra*).

FORFAIT INDUSTRIEL POUR LA SOLUTION TECHNIQUE

Le financement de la solution technique de télésurveillance adopterait un modèle proche d'ETAPES, 600€ par an et patient quelle que soit la gravité du patient, directement versé par l'assurance maladie aux prestataires techniques. Le modèle se démarquerait d'ETAPES sur trois points :

- Obligation de traitement des alertes techniques de 1^{er} niveau pour le prestataire ;
- Ouverture aux patients encore non hospitalisés mais à fort risque de dégradation ;
- Pas de « bonus » versé en cas de réduction des dépenses.

En termes d'enveloppe de financement, pour les patients « très sévères » et « sévères », le forfait technique télésurveillance peut entrer dans Etapes au vu des critères d'inclusion ; en revanche **pour les « patients instables » jamais hospitalisés, le forfait pour les industriels devra être pris sur le FISS (et versé directement aux industriels) car hors des critères d'inclusion d'Etapes.**

Synthèse des forfaits CECICS patients et industriels

3 forfaits annuels	GLOBAL	ETAPES		FISS	
		Industriel	Forfait patient CECICS	Industriel	Forfait patient CECICS
Forfait annuel pour patients très sévères	1 600 €	600 €	340 €	- €	660 €
Forfait annuel pour patients sévères	1 200 €	600 €	340 €	- €	260 €
Forfait annuel pour patients instables à risque élevé d'hospitalisation	1 600 €	- €	- €	600 €	1 000 €

4. Potentiel de gains pour la collectivité

L'équilibre économique associé à ces forfaits (patients et industriels) est lié à la réduction des hospitalisations pour insuffisance cardiaque.

Pour les sites de l'AP-HP, les données issues de l'année 2017 montrent que, pour 6087 hospitalisations liées à une poussée d'insuffisance cardiaque (hors chirurgie), les taux de ré-hospitalisations pour motif d'insuffisance cardiaque (hors chirurgie) sont particulièrement élevés, avec une moyenne de 63%.

Nous avons analysé les recettes moyennes annuelles des hospitalisations et ré hospitalisation pour les différentes catégories de patients (détail du mode de calcul en [ANNEXE G](#)).

Le modèle est donc équilibré dans les conditions suivantes (par an):

Type de population	Coût équipe de soins	Coût solution technique	Estimation frais annuels d'hospitalisation (à affiner)	Hypothèse de gains	Conditions d'équilibre
Patient déjà hospitalisés « très sévères »	1000€	600€	11 851 €	-20% hospitalisation pour IC	-13% HC IC
Patients déjà hospitalisés « sévères »	600€	600€	7 489€	-20% hospitalisation pour IC	-16% HC IC
Patients non hospitalisés mais à fort risque d'aggravation	1000€	600€	8180€	-20% hospitalisation pour IC	-19,5% HC IC

Pour la cohorte des patients entrés dans l'étude (4880 « suivis annuels »), les gains possibles ont été estimés en tenant compte :

- Des dépenses annuelles d'hospitalisation estimées pour chaque catégorie de patients
- De l'hypothèse d'une diminution de 20% des hospitalisations
- Du montant des forfaits Patient de cet article 51 pour chaque catégorie de patients
- Du montant des forfaits industriels pour la solution technique (Etapes et hors Etapes).

Synthèse	GLOBAL	ETAPES	FISS
Financement total CECICS sur les 4 ans	6 868 000 €	4 446 200 €	2 421 800 €
Frais d'hospitalisations sans CECICS sur les 4 ans	47 031 530 €		
Frais d'hospitalisations avec CECICS sur les 4 ans	37 625 224 €		
Différence de frais d'hospitalisation sur les 4 ans	9 406 306 €		
Gains sur les 4 ans	2 538 306 €		

Le détail des modalités de calcul est présenté en [ANNEXE H](#).

Modalités de financement de l'expérimentation

- Préciser les besoins de financement pour le plan de montée en charge prévisionnelle du projet d'expérimentation et les éventuels besoins d'aide au démarrage.

L'AP-HP demande un financement correspondant à l'investissement réalisé pour concevoir ce projet et pour permettre son déploiement pluri sites de manière simultanée : écriture du protocole de coopération, des algorithmes décisionnels, conception des modules de formation et organisation de la 1^{ère} session (50 000€, pour un temps passé de 0,4 ETP IDE + 0,25 ETP cadre + 0,2 ETP PHC) réalisé en 2019.

- Pour toute la durée du projet d'expérimentation, détailler les besoins nécessaires en termes de :
 - Ingénierie et fonctions support.

Pour l'ensemble des sites, il est nécessaire **d'accompagner le pilotage et la montée en charge du projet**, de suivre la qualité de l'activité dans chaque DMU, d'animer le lien inter CECICS, de favoriser l'harmonisation des pratiques et de participer à la structuration des liens avec la ville, de gérer le secrétariat du COFIL du projet.

Ces missions seront menées par :

- **Un chef de projet (80000€/an)** qui aurait un profil de cadre de santé expérimenté
 - Assure la gestion de ce projet multi sites
 - Feuille de route du déploiement du projet
 - Aide au montage des CECICS de chaque GHU avec adaptation aux situations locales
 - Coordination des différentes équipes IDEC, suivi des IDEC, harmonisation des pratiques,
 - Implication forte dans la coordination avec les partenaires de la ville
 - Organisation des COFIL
- **Aidé d'un (55000€/an) puis 2 chargés de mission, le 2^{ème} sur les 2 dernières années du projet**
 - Chargé du suivi d'avancement du projet,
 - Déploiement de l'outil de suivi des patients
 - Assure le contrôle qualité longitudinal et transversal des données
 - Réalise le secrétariat de la gestion de projet : planification des réunions, convocation, comptes rendus...
 - Structure le reporting pour les tutelles, pour le financement...
 - Le 2^{ème} poste pour les années 3 et 4, permettra particulièrement d'organiser et structurer les liens avec la ville pour la prise en charge de la 3^{ème} catégorie de patients en situation d'aggravation rapide et n'ayant pas été encore hospitalisés.

Pour la **formation** (CECICS pilote Mondor) : organisation des formations au protocole de coopération des IDE intervenant dans les CECICS. Une 1 session de 7 jours/an et l'organisation des stages seront assurées, 35 000€/an.

- Besoins en systèmes d'information.

Les professionnels de chaque CECICS utilisent différents outils en interne : le dossier patient ORBIS et des outils de suivi infirmier de la traçabilité des actions engagées. Ce projet nécessite la convergence des outils de suivi afin d'assurer le pilotage global de cette expérimentation multi sites. Devant l'absence d'outils disponibles, un outil de suivi a été développé à Mondor sur une base locale. Il permet d'assurer la traçabilité des actions, de faciliter la continuité des soins dans l'équipe CECICS, de piloter la montée en charge du dispositif et les critères de qualité.

Lorsque qu'un outil régional/institutionnel sera opérationnel, les conditions de migration seront immédiatement analysées.

Dans l'intervalle, le budget de 30 000€ doit permettre de développer un outil de pilotage de même structure que celui fait en local à Mondor mais sur une base partagée permettant à toutes les CECICS de disposer du même outil et facilitant le pilotage de la montée en charge du projet.

Pour le projet : pilotage, sécurité et qualité, tableau de bord

- File actives (patients suivis et à programmer), modules engagés,
- volumes et types alertes
- Traçabilité des actions et des contacts.

Pour chaque CECICS : traçabilité, continuité des soins et sécurisation de la délégation

- listing des patients suivis et à programmer
- suivi des alertes
- Un support regroupant les contacts de ville du patient (médecins laboratoires)
- suivi de toutes les modifications thérapeutiques et données vitales (ex potassium)

Pour les patients et les professionnels de ville

- Réponse rapide
- Sécurité assurée des décisions d'adaptation thérapeutique

- Evaluation (si l'évaluateur est proposé par le porteur du projet).

L'évaluation est confiée par l'Assurance Maladie à un prestataire extérieur (budget non prévu dans ce cahier des charges) qui assurera, le cas échéant, le recueil des données nécessaires.

- Présenter un budget prévisionnel distinguant les dépenses d'investissement, les dépenses de fonctionnement ainsi que les recettes prévisionnelles.

BUDGET INGENIERIE

Site	Type	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Total
Transversal AP-HP	Chefferie de projet et chargés de mission	135 000 €	135 000 €	190 000 €	190 000 €	650 000 €
	Outil informatique	30 000 €	- €	- €	- €	30 000 €
	Ecriture protocole de coopération, algorithmes et montage formation	50 000 €	- €	- €	- €	50 000 €
CECICS Henri Mondor	Formation annuelle au protocole de coopération	35 000 €	35 000€	35 000 €	35 000 €	140 000 €
TOTAL		250 000 €	170000 €	225 000 €	225 000 €	870 000 €

BUDGET FORFAITS FISS (patients et industriels)

Dans cette hypothèse, le coût annuel de l'expérimentation ne dépasserait pas **0,9 M€ sur le FISS** et un **coût global inférieur à 2,5 M€ sur la durée de l'expérimentation** :

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4
Nombre de patients suivis	580	900	1 400	2 000
<i>dont patients "très sévères"</i>	<i>580</i>	<i>600</i>	<i>600</i>	<i>600</i>
<i>dont patients "sévères"</i>		<i>300</i>	<i>750</i>	<i>1 300</i>
<i>dont patients « instables »</i>			<i>50</i>	<i>100</i>
Somme forfaits patients CECICS "très sévères"	382 800 €	396 000 €	396 000 €	396 000 €
Somme forfaits patients CECICS "sévères"	- €	78 000 €	195 000€	338 000 €
Somme forfaits patients CECICS "instables"	- €	- €	50 000 €	100 000 €
Somme forfaits industriels pour patients instables			30 000 €	60 000€
Total annuel budget FISS	382 800 €	474 000 €	671 000 €	894 000 €
Total budget FISS sur 4 ans	2 421 800 €			

Des exemples de montée en charge sont présentés en [Annexe I](#). Les estimations présentées de montée en charge sont indicatives, la répartition entre patients « très sévères » et « patients sévères » pouvant varier fortement suivant les sites hospitaliers.