

## **Arrêté n° 2021-5436 relatif au projet expérimental**

### ***Projet d'expérimentation d'une clinique ambulatoire de la maladie chronique pour améliorer la prise en charge (bilan initial, suivi et traitement) des patients atteints de maladies chroniques***

#### **Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie**

**Vu** le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 662-50-14 et suivants ;

**Vu** l'arrêté du 27 janvier 2021 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2021 ;

**Vu** le décret du 24 octobre 2018 portant nomination du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie (Monsieur RICORDEAU Pierre), à compter du 5 novembre 2018 ;

**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** la décision du Directeur Général de l'ARS Occitanie n° 2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature ;

**Vu** les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 14 décembre 2020 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2021, du 8 mars 2021 arrêtant le budget rectificatif N°1 et du 18 mai 2021 arrêtant le budget rectificatif N°2 ; et du 29 septembre 2021 arrêtant le budget rectificatif N°3 ;

**Vu** l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 05 novembre 2021 ;

**Vu** le cahier des charges annexé ;

**Considérant** que l'objectif de l'expérimentation est de mettre en place, pour les patients porteurs d'une ou plusieurs maladies chroniques dont l'état de santé nécessite un suivi renforcé sur demande de leur médecin traitant, un modèle d'organisation de soins ambulatoires avec un haut niveau de coordination entre les médecins spécialistes, les médecins traitants, les professionnels du champ paramédical ainsi que les patients, pour des bilans pluri-professionnels et une prise en charge gradués et optimisés ;

**Considérant** que ce projet est conforme aux dispositions susvisées, qu'il répond à une véritable problématique de santé publique ;

## Arrête:

**Article 1<sup>er</sup>** : L'expérimentation d'une clinique ambulatoire de la maladie chronique portée par l'Alliance ClinAvenir à Toulouse est autorisée à compter de la date de publication du présent arrêté dans les conditions précisées par le cahier des charges en annexe I et sous réserve de la conclusion des conventions prévues à l'article 4 du présent arrêté.

**Article 2** : La durée de l'expérimentation est de 54 mois à compter de l'inclusion du premier patient.

**Article 3** : Le projet expérimental est mis en œuvre dans le département de la Haute-Garonne sur un territoire correspondant au Grand Toulouse.

**Article 4** : La répartition des financements du projet expérimental d'une clinique ambulatoire de la maladie chronique fait l'objet d'une convention spécifique conclue avec chaque financeur (ARS et Assurance Maladie - CNAM),

**Article 5** : Le Directeur des projets de l'Agence Régionale de Santé Occitanie 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 Occitanie,

**Article 6** : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent, ceci dans un délai de deux mois à compter de sa publication au recueil des actes administratifs.

Le tribunal administratif peut notamment être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet [www.télérecours.fr](http://www.télérecours.fr).

Montpellier, le 18 novembre 2021

**Le Directeur Général  
de l'Agence Régionale de Santé Occitanie**

**Pierre RICORDEAU**

Pour le Directeur Général de  
l'Agence Régionale de Santé Occitanie et par délégation  
le Directeur du Premier Recours

  
**Pascal DURAND**

## ANNEXE I : CAHIER DES CHARGES RELATIF À L'EXPÉRIMENTATION

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

#### Projet d'expérimentation d'une clinique ambulatoire de la maladie chronique pour améliorer la prise en charge (bilan initial, suivi et traitement) des patients atteints de maladies chroniques

**Porteur** : Clinavenir–Toulouse

**Contact** : Dominique PON – Directeur (dpon@clinique-pasteur.com ; 05 62 21 30 40)

Le projet présenté dans cette lettre consiste en la construction d'un modèle de clinique ambulatoire proposant **un parcours de soins optimisé pour la prise en charge des patients présentant une/des maladie(s)** d'un groupe de pathologies chroniques définies. La réalisation de ce projet s'appuie sur la participation de l'ensemble des cliniques privées de l'alliance Clinavenir. Le territoire sélectionné pour cette expérimentation correspond au Grand Toulouse.

Ce projet vise à mettre en place un modèle d'organisation de soins de haut niveau de **coordination entre les médecins spécialistes, les médecins traitants, les professionnels du champ paramédical ainsi que les patients**, avec un recours aux **technologies innovantes de l'information**. La mobilisation de ces moyens humains et techniques permettra de construire et de s'assurer du bon suivi d'un **plan personnalisé de soins** conforme aux recommandations nationales et internationales pour chaque patient inclus dans le programme.

Cette expérimentation a pour objectif, d'une part, de **faciliter l'accès à une offre de soins adaptée et de qualité**, et d'autre part, **d'optimiser la consommation du temps médical, des moyens humains et financiers** pour une meilleure **amélioration de la santé et la qualité de vie des patients et pour préserver leur autonomie**.

#### CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	X
Régional	
National	

#### CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :

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

#### DATE DES VERSIONS :

V5 : Décembre 2020

V6 : Avril 2021

V7 : Juillet 2021

V8 : Septembre 2021

V9 : Octobre 2021

## Table des matières

Description du porteur .....	2
Contexte et Constats.....	3
<b>I. Objet de l'expérimentation (Résumé).....</b>	<b>5</b>
<b>II. Objectifs.....</b>	<b>6</b>
<b>III. Description du projet.....</b>	<b>7</b>
<b>1. Modalités d'interventions et d'organisation proposées (services/parcours/outils).....</b>	<b>7</b>
<b>2. Population Cible.....</b>	<b>20</b>
<b>3. Effectifs concernés par l'expérimentation .....</b>	<b>22</b>
<b>4. Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation.....</b>	<b>23</b>
<b>5. Terrain d'expérimentation.....</b>	<b>25</b>
<b>6. Durée de l'expérimentation.....</b>	<b>25</b>
<b>7. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre .....</b>	<b>26</b>
<b>IV. Financement de l'expérimentation .....</b>	<b>26</b>
<b>1. Modèle de financement .....</b>	<b>26</b>
<b>2. Modalité de financement de la prise en charge proposée.....</b>	<b>27</b>
<b>3. Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités /économies potentielles.....</b>	<b>33</b>
<b>4. Besoin de financement.....</b>	<b>35</b>
<b>V. Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation.....</b>	<b>36</b>
<b>VI. Impacts attendus .....</b>	<b>37</b>
<b>VII. Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées .....</b>	<b>39</b>
<b>Informations recueillies sur les patients indus dans l'expérimentation .....</b>	<b>41</b>
<b>VIII. Obligations règlementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel .....</b>	<b>42</b>
<b>IX. Liens d'intérêts.....</b>	<b>42</b>

## Description du porteur

Ce programme a été construit par Clinavenir<sup>1</sup>, une alliance de onze cliniques privées indépendantes d'Occitanie : Pasteur, Rive Gauche, Médipôle Garonne, Saint Exupéry, Aufrery, Gascogne, Monié, Château de Vernhes et Minimes, la clinique des Pyrénées et la clinique de Montberon. Ce réseau de cliniques accueille environ 90 000 patients par an. L'alliance a été créée dans le but de construire un modèle d'établissements hospitaliers privés responsable et durable et de proposer une offre de soins adaptée et de qualité.

Clinavenir est particulièrement qualifié pour déployer ce projet, en raison de l'expertise des cliniques du réseau dans l'ensemble des pathologies incluses dans le programme, ainsi que par les projets en cours de réalisation, visant à améliorer l'offre de soins.

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

Dans le but de mener à bien ce programme, l'ensemble des acteurs de la chaîne de prise en charge des patients seront intégrés pour déployer un parcours de soins optimisé :

- Cliniques membres de Clinavenir : en tant que porteur de projet, Clinavenir souhaite impliquer l'ensemble des membres de son réseau à la mise en place de cette expérimentation afin de valoriser leurs activités au travers :
  - De l'expertise dans la prise en charge des maladies chroniques,
  - De la capacité d'innovation,
  - Du partenariat « Cliniques privées + médecine de ville + associations de patients ».
  
- Professionnels de santé libéraux médicaux et paramédicaux : La réussite de ce projet est dépendante de la bonne intégration des professionnels de santé présents sur le territoire d'expérimentation. Les services et soins proposés par les cliniques Clinavenir pourront servir d'appui aux professionnels de santé libéraux dans le suivi des pathologies chroniques et l'éducation thérapeutique. Parmi les professionnels de santé libéraux intégrés à cette expérimentation, il est essentiel de citer le **médecin traitant**. La prise en charge proposée dans ce programme ne se substitue pas à celle du médecin traitant mais le soulage des tâches de suivi et surveillance et vient le soutenir dans la prise en charge des patients complexes. Son implication, qu'il soit généraliste ou spécialiste, sera la suivante :
  - L'adressage des patients constituant ainsi la deuxième porte d'entrée au programme.
  - L'accord avant l'intégration des patients au programme pour les patients adressés par le médecin Clinavenir.
  - La validation du plan de soins construit par le médecin coordinateur ou le médecin spécialiste de la clinique.
  - La réception d'un bilan de suivi périodique via les outils de coordination tout au long de la prise en charge (compte rendu des séances d'ETP et/ou des consultations dont le patient a bénéficié, synthèse des alertes de télésurveillance en cas d'écart à la normale, etc.)
  - Le suivi d'un ensemble d'indicateurs pour garantir la continuité de la prise en charge du patient à la sortie du programme.

---

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

- Associations de patients : Parallèlement, les associations de patients seront sollicitées pour la mise en œuvre de cette expérimentation. Les associations de patients auront un rôle de conseil pour s'assurer de la bonne « expérience patient », notamment à travers le support à la conception du programme ainsi qu'à la création des questionnaires d'évaluation du ressenti patient.

## Contexte et Constats

Les maladies chroniques, définies par l'OMS comme « un problème de santé qui nécessite une prise en charge de plusieurs années ou plusieurs décennies » recouvrent de nombreuses affections relevant de spécialités médicales différentes et concernent une part importante de la population. En France, on considère que plus d'un tiers de la population est atteinte d'une pathologie chronique<sup>2</sup>.

Malgré les progrès médicaux, la prévalence de certaines maladies chroniques et des complications associées a continué d'augmenter ces dernières années<sup>3</sup> :

- Augmentation de la prévalence du diabète traité pharmacologiquement de 4,4 à 4,7% entre 2010 et 2013 (soit près de 3M de personnes),
- Augmentation de l'incidence de l'Insuffisance Rénale Chronique Terminale (IRCT) de 2% par an, augmentation qui serait majoritairement liée à celle du diabète,
- Augmentation des hospitalisations pour exacerbations de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) entre 2000 et 2014,
- Etc.

D'un point de vue économique, l'impact des pathologies chroniques est également non négligeable :

- Pour la NASH (Nonalcoholic steohepatitis), une étude rétrospective à partir des données du PMSI entre 2009 et 2015 a montré que le coût annuel de prise en charge d'un patient passe de 5 076€ avant le diagnostic à 7 736€ après diagnostic<sup>4</sup>,
- Une étude des données de l'Assurance Maladie de 2013<sup>5</sup> a montré que le coût moyen annuel de prise en charge d'un patient diabétique en France est estimé à 6 506€. Ce montant peut s'élever à 12 890€ pour les patients insulino-dépendants. Il est intéressant de noter que les hospitalisations représentent en moyenne un tiers de ces coûts,
- Une étude conduite sur les données de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB<sup>6</sup>) a démontré que la consommation de soins annuelle moyenne attribuable à la BPCO était de 5 516€<sup>6</sup>. En parallèle, une hausse de la fréquence d'hospitalisations dues aux exacerbations de la BPCO est observée ces dernières années. Cette hausse s'est accompagnée par une augmentation de 10% des coûts entre 2007 à 2012<sup>7</sup>.

<sup>2</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/>

<sup>3</sup> L'état de santé de la population en France, rapport 2017, DREES, Santé Publique France

<sup>4</sup> Boursier J. et al., Hospitalization costs and risk of mortality in adults with nonalcoholic steatohepatitis: Analysis of a French national hospital database, [EClinical Medicine, Volume 25, Août 2020](#)

<sup>5</sup> Charbonnel B. et al., Direct Medical Costs of Type 2 Diabetes in France: An Insurance Claims Database Analysis, *Pharmacoeconomics*, Volume 219, Août 2017

<sup>6</sup> Laurendeau C. et al., Prise en charge et coûts de la bronchopneumopathie chronique obstructive en France en 2011, *Revue des maladies respiratoires*, Volume 32, Issue 7, Septembre 2015, Pages 682-691

<sup>7</sup> Molinari N. et al., Rising total costs and mortality rates associated with admissions due to COPD exacerbations, [Respiratory research, 2016](#)

Ces chiffres montrent notamment que les hospitalisations non programmées (exacerbations, décompensations, etc.) des maladies chroniques présentent un fardeau lourd en termes de dépenses et de santé publique, avec un poids des hospitalisations potentiellement évitables importants dans certaines pathologies (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Taux d'hospitalisation et HPE dans certaines pathologies

Pathologies	Taux d'hospitalisation	HPE
Insuffisance cardiaque aiguë	67%	47%
Maladie coronaire chronique	27%	18%
BPCO	44%	29%
Diabète	6%	2%

Dans de nombreux cas, les patients sont touchés par plusieurs maladies chroniques de manière concomitante. La HAS a déjà évoqué les problématiques que rencontrent actuellement cette frange de la population : difficultés de gérer ses maladies de manière simultanée, limitations fonctionnelles, etc. restreignant ainsi leur accès aux soins. Ainsi, il existe un besoin fort d'intervention coordonnée d'acteurs de différents secteurs (ambulatoire, hospitalier, médico-social, etc.).

Au vu des éléments, la mise en place de parcours innovants pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques est devenue une priorité de Santé Publique. Une réflexion doit ainsi être menée autour de la mise en place d'une approche globale de la prise en charge des patients atteints d'une ou plusieurs pathologies chroniques. Dans ce sens, la HAS a organisé son action autour de trois enjeux essentiels<sup>8</sup> :

- « Evoluer vers une gestion prospective et coordonnée de la prise en charge par une juste articulation des professionnels entre eux.
- Harmoniser les pratiques autour des points critiques du parcours de soins tout en prenant en compte la nécessaire personnalisation des prises en charge.
- Favoriser la participation et l'implication du patient dans sa prise en charge. »

Deux dimensions essentielles sont évoquées :

- La mise en œuvre mieux coordonnée des bonnes pratiques professionnelles,
- La facilitation du parcours de soins des malades, notamment pour leur suivi<sup>9</sup>.

En 2017 l'ARS Occitanie<sup>10</sup> évoquait l'importance du levier ambulatoire comme élément fondamental de la mise en place de nouvelles organisations susceptibles de relever les défis actuels du système de santé dans la région et notamment l'augmentation des maladies chroniques. Ainsi, dans le PRS Santé 2022, l'ARS Occitanie s'engage sur les quatre points ci-dessous :

- Accompagner **la personne** pour lui permettre d'être **acteur** de sa santé,
- Améliorer l'organisation des services de santé pour une **accessibilité renforcée** sur l'ensemble du territoire et pour toutes les catégories de populations,
- Renforcer la coordination des acteurs pour **des prises en charge adaptées**, de bonne intensité et continues grâce à des innovations organisationnelles et techniques, notamment la e-santé,
- Promouvoir et garantir **la qualité, la sécurité et la pertinence** des prises en charge et des accompagnements.

<sup>8</sup> Parcours de soins maladies chroniques, HAS, 2013

<sup>9</sup> Prise en charge des malades chroniques, HAS, 2013

<sup>10</sup> Projet régional de santé Midi-Pyrénées, 2012-2017

Il s'agit donc de fédérer tous les acteurs œuvrant autour de la personne pour qu'elle devienne actrice de son *empowerment* en termes de prévention comme de prise en charge de sa maladie chronique. Cette prise en charge doit se recentrer, non plus sur la maladie, mais sur le patient dans sa globalité, sur l'optimisation de sa qualité de vie dans une vision systémique.

Cet empowerment doit notamment passer par l'éducation thérapeutique des patients. Aujourd'hui, ces programmes d'éducation sont conçus par pathologie et ne prennent pas en compte les besoins des patients poly pathologiques. La HAS évoque le besoin de construire des solutions pour ces patients, qui ne reposent pas sur la somme de plusieurs programmes d'éducation. Cela explique, en partie, la faible adhérence des patients aux programmes d'ETP existants, seulement 6 à 8% des patients ont accès à l'éducation thérapeutique<sup>11 12</sup>.

Ces actions doivent également s'accompagner d'une réflexion autour de nouvelles formes de rémunération permettant de faire tomber les barrières d'un fonctionnement en silo et favorisant ainsi une prise en charge globale et coordonnée.

Ce projet est issu des **réflexions croisées de médecins spécialistes au sein de Clinavenir** et de la synthèse de **différents dispositifs actuellement opérationnels ou en expérimentation** : la CLIC (Clinique de l'Insuffisance Cardiaque), le Centre de plaies et cicatrisation, Diabscop, Emy Santé, les programmes d'ETP à destination des patients diabétiques, porteurs d'ulcère veineux et de prévention de la récurrence de l'infarctus du myocarde, etc. Il semblerait aujourd'hui pertinent de décroiser ces services qui fonctionnent encore en silo par pathologie.

## **I. Objet de l'expérimentation (Résumé)**

Le projet consiste à mettre en œuvre un modèle de prise en charge globale des patients atteints de pathologies chroniques sur un même site géographique, depuis la phase de bilan jusqu'au suivi du patient. Les médecins spécialistes et les fonctions supports constituées de professionnels paramédicaux et du champ de l'accompagnement psychologique et social interviennent dans le bilan initial, le traitement et le suivi des maladies chroniques conformément aux recommandations de bonnes pratiques.

Au sein d'une même unité de lieu, des moyens humains et techniques seront mutualisés pour créer une infrastructure « clé en main » sur laquelle viendront se plugger des vacations de médecins spécialistes en présentiel ou télé-médecine.

Cette structure n'a pas vocation à se substituer au réseau de soins primaires mais à lui venir en appui pour le bilan initial puis le traitement et le suivi des maladies chroniques avec ou sans comorbidités associées. La place de référent du médecin traitant est maintenue.

Ce modèle d'organisation va requérir un haut niveau de coordination qui sera effectuée par des infirmières coordinatrices et un médecin coordinateur. Le recours aux nouvelles technologies de l'information sera bien sûr indispensable : télé-médecine, télésurveillance, télésuivi, guichet unique sous forme de plateforme de rendez-vous, objets connectés, etc.

---

<sup>11</sup> Evaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques (ETP), HAS, 2018

<sup>12</sup> Facilitating Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes, The American Diabetes Association, Diabetes Care Volume 43, Supplement 1, Janvier 2020



## II. Objectifs

### 1. Objectifs stratégiques

Trois objectifs stratégiques ont été identifiés dans le cadre de ce projet :

- Faciliter l'accès aux soins : pour que le patient puisse bénéficier du juste soin au bon moment, il est nécessaire que sa prise en charge soit graduée. Il doit pouvoir accéder lorsque son état le nécessite à une offre spécialisée, en maintenant la fluidité dans son parcours et dans les interactions entre les professionnels qui le prennent en charge. C'est le premier objectif de notre dispositif.
- Améliorer la qualité de vie des patients et préserver leur autonomie : L'éducation thérapeutique, le télésuivi et la personnalisation de la prise en charge du patient, à travers ce parcours de soins optimisé, a pour principal objectif d'améliorer la qualité de vie et le quotidien du patient, ainsi qu'à prévenir l'aggravation de sa/ses pathologie(s) et la perte de son autonomie. Cet objectif est commun et prioritaire pour la politique de santé régionale et nationale.
- Créer un modèle de *disease management* à la française : Le *disease management* se focalise sur la relation entre le médecin et le patient dans le cadre d'un plan de soins, la prévention des complications en utilisant des recommandations scientifiquement fondées et les stratégies visant à accroître les capacités des patients à se prendre en charge (*empowerment*). C'est un mode innovant de prise en charge, qui consiste concrètement à regrouper des professionnels de santé médicaux et paramédicaux de différentes spécialités au sein d'une même structure et de fournir des soins complets, coordonnés et adaptés.

### 2. Objectifs opérationnels

#### Hospitalisation

- Réduire les fréquences et durées d'hospitalisation des malades chroniques grâce à un suivi et traitement personnalisé conforme aux recommandations de la HAS ;

#### Optimisation des organisations existantes

- Diminuer le nombre de consultations itératives en développant un lieu d'accueil spécifique pour le bilan initial médical et paramédical ;
- Libérer du temps médical de praticiens généralistes et spécialistes grâce à une nouvelle répartition des tâches, une nouvelle organisation (télémédecine, délégation / supervision, IPA, etc.) ;
- Mettre en place une prise en charge adaptée au niveau de sévérité du patient en identifiant les patients à plus faible compliance ou plus fort risque pour intensifier les interventions à leur égard ;

## **Personnalisation et autonomisation du patient**

- Soutenir la notion de patient empowerment : formations de groupe transverses avec l'appui de patients experts, dialogues individualisés avec un infirmier spécialisé (coordonnateur de soins) sur la pathologie ;
- Evaluer les causes d'une faible compliance médicamenteuse ou comportementale parmi les suivantes : niveau de connaissance de la maladie, statut socioéconomique, environnement social, réduction des facultés physiques et/ou cognitives.

### **III. Description du projet**

#### **1. Modalités d'interventions et d'organisation proposées (services/parcours/outils)**

##### **a. Mise en place de lieux d'accueil des patients :**

Pour la concrétisation du projet, un premier lieu d'accueil des patients spécifique au projet sera aménagé au sein de la Clinique Pasteur. Cette structure offrira un plateau technique complet et suffisant pour répondre aux objectifs de l'expérimentation. Un second lieu du même type pourra être déployé en cours de projet, au sein de la clinique Monié.

Ces lieux d'accueil serviront à la réalisation des bilans initiaux à l'entrée des patients dans le programme ainsi qu'une partie du suivi récurrent :

- Réalisation des bilans initiaux : Des moyens techniques et humains seront mis en place pour permettre la réalisation de bilans médicaux et paramédicaux pour tous les patients bénéficiant du programme. Cette étape sera assurée par le médecin coordinateur, l'infirmière coordinatrice, les médecins spécialistes et un ensemble de paramédicaux.
- Activité des ressources de coordination : Ces lieux d'accueil seront également les lieux d'activités des infirmières coordinatrices et du médecin coordinateur.

##### **b. La coordination du parcours de soins**

Une coordination à deux niveaux sera mise en place :

###### **1) Niveau 1 - Coordination de l'ensemble du programme :**

La coordination médicale et paramédicale sera assurée par un médecin coordinateur et un chef de projet soignant, respectivement.

Le rôle du médecin coordinateur consistera à assurer la coordination de l'ensemble des intervenants médicaux (médecins spécialistes, médecins adresseurs, ...), l'animation des relations avec les médecins partenaires, le positionnement du dispositif dans les organisations et les institutions en place, ainsi que la définition des parcours de santé, en organisant les circuits de prises en charge et en structurant les échanges d'informations avec le chef de projet soignant.

Quant au chef de projet soignant, il travaillera en collaboration avec le médecin coordinateur et sera responsable de la mise en place de la coordination de l'ensemble des équipes soignantes, l'organisation de la structure d'accueil et des formations pour les professionnels de santé concernés, la définition des parcours de santé, la coordination des actions de l'équipe soignante ainsi que la gestion, en termes de ressources humaines, des équipes mobilisées.

Au-delà des aspects médicaux et paramédicaux, un chef de projet sera présent pour la gestion opérationnelle du programme. Son rôle sera de travailler en collaboration avec le médecin

coordinateur et le chef de projet soignant, d'élaborer le plan d'action de la mise en œuvre du projet, d'identifier les outils nécessaires à la réalisation de l'ensemble des phases. Il sera également responsable de la collecte des indicateurs de suivi nécessaires à l'évaluation et à la répartition des forfaits ainsi que la formalisation des processus organisationnels, médicaux et financiers et de leur application dans une démarche qualité.

- 2) Niveau 2 - Coordination du parcours de soins de chaque patient : Celle-ci sera assurée par une infirmière coordinatrice (IDEC) et le médecin coordinateur. L'infirmière coordinatrice sera responsable de la coordination lors du bilan initial, du suivi éducationnel des patients, le suivi du respect du PPS ainsi qu'une partie du télésuivi. Le médecin coordinateur supervise l'activité des IDEC, a la charge de la synthèse des éléments relatifs à la construction des plans personnalisés de soins (PPS) pour les patients ayant plusieurs pathologies chroniques. Il assurera également une partie du télésuivi ainsi que la réévaluation de l'ensemble des patients ayant bénéficié d'hospitalisations non programmées.

### **c. Les outils informatiques et organisationnels déployés pour l'expérimentation**

Clinavenir dispose d'un certain nombre de solutions informatiques et organisationnelles d'ores et déjà fonctionnelles au sein de ses établissements qui pourront servir de support au cours du projet. Dans le cadre de cette expérimentation le scope d'utilisation de ces solutions sera étendu et les patients et médecins pourront ainsi s'appuyer sur des outils ayant déjà démontrés leur efficacité :

Dopasoins : Le cœur du SI de la Clinique ambulatoire de la maladie chronique est d'abord basé sur le logiciel de dossier patient informatisé Dopasoins. Il s'agit d'une solution générique de suivi des soins permettant aux soignants d'interagir entre eux. Cet outil correspond au back-office du portail patient, les deux solutions étant ainsi interopérables.

Portail patient : Le deuxième logiciel socle est un portail informatisé, développé au départ par la Clinique Pasteur et aujourd'hui commercialisé sous le nom de Yooli. Ce portail est aujourd'hui utilisé par Clinavenir comme interface entre les établissements et les patients afin de préparer leur venue en hospitalisation de jour. Le patient peut ainsi renseigner toutes les informations requises par l'établissement de santé (informations administratives, résultats d'examens, etc.) en amont de sa venue. Il retrouve également sur ce portail l'ensemble des informations à connaître en vue de son hospitalisation. En parallèle, les équipes de soins peuvent s'assurer en amont de l'arrivée du patient que l'ensemble des éléments nécessaires ont été renseignés afin, si besoin, de procéder à une relance de ce dernier.

A ce jour, le portail patient est utilisé en amont des hospitalisations uniquement. Dans le cadre du projet d'expérimentation détaillé dans cette lettre, des fonctionnalités opérationnelles mais encore non utilisées par Clinavenir pourront être déployées pour assurer le suivi du patient en aval de la phase de bilan. Les fonctionnalités concernées sont les suivantes : renseignement et suivi des consultations, intégration de l'ensemble des résultats d'examens, suivi de constantes renseignées par le patient dans l'outil. Ce portail pourra ainsi servir d'outil de suivi du PPS et de télésuivi du patient.

Tableau 2 - Taux d'utilisation actuel de l'espace patient par catégorie d'âge

Age	Utilisation
-18 ans	80%
19-30 ans	75%
31-40 ans	71%
41 -50 ans	71%
51-60 ans	68%
61-70 ans	63%
70+ ans	51%

Dopasoins et Yooli intégreront très prochainement les référentiels et services socles de la feuille de route nationale du numérique en santé (INS, PSC, MSSanté, DMP notamment), en intégrant les objectifs du programme Ségur numérique. Yooli a par ailleurs vocation à rejoindre le store de l'Espace Numérique de Santé dès 2022.

Comme tout DPI (Dossier Patient Informatisé), au-delà de l'intégration des référentiels et services socles nationaux, Dopasoins a évidemment vocation à intégrer des connecteurs pour les outils régionaux de coordination de parcours complexe déployés dans le cadre du programme e-Parcours.

En conclusion, DOPASOINS et Yooli seront à court terme totalement conforme à la Doctrine Technique nationale du Numérique en santé.

Emy santé : En parallèle, l'expérimentation s'appuiera également sur la solution Emy Santé, une solution qui facilite l'accès aux consultations de spécialistes pour les médecins adhérents (médecins généralistes intégrés à une MSP, etc.). L'objectif de cette solution est d'accélérer l'obtention des rendez-vous pour les patients ayant besoin de voir un spécialiste dans un délai contraint. A ce jour, les demandes de rendez-vous se font par formulaire transmis par messagerie sécurisée. D'ici le lancement du projet, cette fonctionnalité sera adaptée afin de pouvoir procéder aux demandes directement en ligne. Cette solution est donc parfaitement adaptée pour soutenir l'étape d'adressage et ainsi servir de guichet unique pour l'inclusion des patients dans le programme. Cette plateforme est actuellement mise en place et donc prête à être étendue au projet d'expérimentation. La plateforme fonctionnera comme *hotline* (numéro unique pour toute demande de rendez-vous comme d'informations) pour l'ensemble des médecins adresseurs, sans restriction et sans engagement de frais, moyennant la signature d'une convention par le professionnel de santé.

#### d. Répartition des patients

Deux groupes de niveaux de sévérité ont été définis selon le nombre de pathologies auxquelles est exposé un patient :

- **Groupe de patients monopathologiques (MONO)** : patients présentant une pathologie chronique du scope (cf. Tableau 4) et en échec thérapeutique malgré un parcours de prise en charge classique par le binôme médecin traitement/ médecin spécialiste.
- **Groupe de patients pluripathologiques (POLY)** : patients présentant plusieurs pathologies chroniques du scope du projet (cf. Tableau 4) et nécessitant donc une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée.

### e. Le parcours de soins :

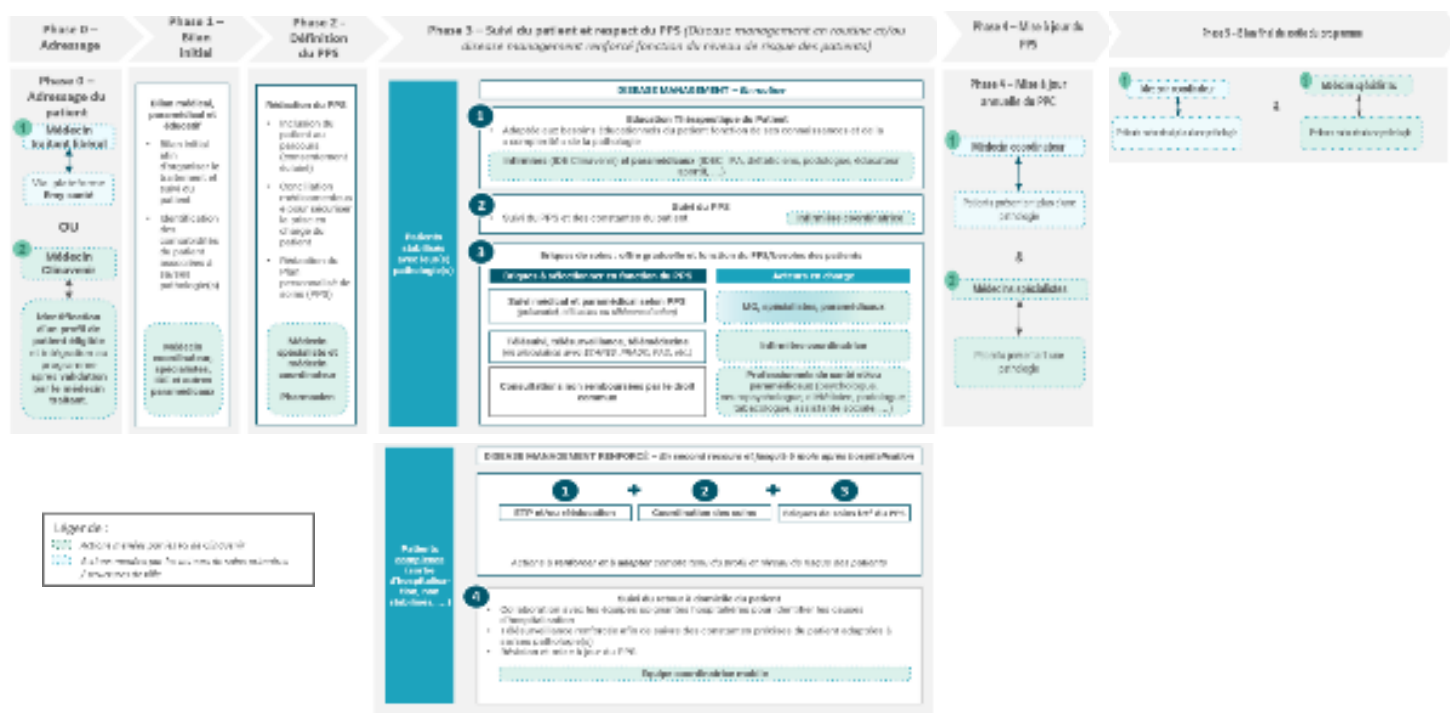


Figure 1: Vue générale du parcours de soins

Le parcours de soins se compose de 6 étapes (Figure 1) :

**Phase 0** : Entrée des patients dans le parcours

**Phase 1** : Bilan initial

**Phase 2** : Définition du plan personnel de soins (PPS)

**Phase 3** : Suivi du patient et respect du PPS

**Phase 4** : Mise à jour annuelle du PPS

**Phase 5** : Bilan final

#### 1) Phase 0 : Entrée des patients

L'objectif est de partir de la file active déjà existante au sein des cliniques Clinavenir. Cependant, l'intégration des médecins traitants à l'expérimentation est un facteur de réussite du projet. Par conséquent, deux portes d'entrée sont possibles pour les patients :

- Par le médecin *Clinavenir* : les patients éligibles peuvent être identifiés directement par les médecins Clinavenir. Afin d'impliquer le médecin traitant dans le projet, ce dernier sera contacté afin de collecter son accord pour la participation du patient à l'expérimentation. Si un accord est donné par téléphone, le consentement du médecin traitant est confirmé par courrier électronique via la plateforme *Emy Santé*. Le patient peut alors intégrer le parcours. Il sera directement contacté par Emy Santé afin d'organiser sa journée de bilan et de lui

donner ses accès au portail patient afin qu'il renseigne l'ensemble de ses informations administratives et exprimer son consentement éclairé quant à l'intégration du programme et la récupération des informations relatives à son traitement de son pharmacien d'officine<sup>13</sup>.

- **Par le médecin traitant** : lorsque le médecin traitant identifie un profil de patient qui pourrait bénéficier de l'expérimentation, il remplit un questionnaire sur la plateforme *Emy santé* permettant de confirmer l'éligibilité du patient. Après validation, le patient est directement contacté par Emy Santé sur le même format que pour les patients intégrés par un médecin Clinavenir.

## 2) Phase 1 : Bilan initial

### En amont du bilan :

A la suite de la prise de contact par le centre d'appel, et en amont du rendez-vous, une secrétaire médicale appelle le patient pour procéder à une vérification des informations renseignées lors de l'intégration au programme par le médecin et pour lui demander de compléter les documents manquants ou de réaliser des examens de biologie ou d'imagerie nécessaires pour son bilan initial. Lors de cette étape, la secrétaire médicale peut apporter son soutien au patient pour l'aider à naviguer sur le portail patient. Cette étape permettra également de récolter le consentement éclairé du patient quant à son intégration au programme.

Les examens demandés au patient prendront en compte son historique afin de ne pas reproduire des examens réalisés récemment (biologie de moins de 3 mois, dépistage de la rétinopathie dans l'année, etc.).

L'infirmière coordinatrice aura également la charge de prendre contact avec le pharmacien d'officine après consentement du patient afin de confirmer les traitements dispensés au patient (informations relatives à l'observance, etc.)

### Le jour du bilan :

Afin d'organiser la prise en charge et le suivi du patient sur les 2 années à venir, une journée de bilan au sein du lieu d'accueil Clinavenir sera organisée dès son entrée dans le parcours. Cette phase de bilan initial sera réalisée pour l'ensemble des patients intégrés au programme, qu'ils soient identifiés par leur médecin traitant ou par un médecin Clinavenir.

Ce bilan comprendra :

- **Un bilan médical** : Chaque patient bénéficiera de 3 à 4 consultations de spécialistes, adaptées à son profil de pathologie(s) / facteurs de risques (ex : les patients diabétiques pourront bénéficier d'une consultation par un diabétologue, un cardiologue et un médecin du sport). Ces consultations permettront d'identifier les besoins médicaux du patient, de potentiels comorbidités et dans le cas du médecin du sport, identifier le besoin de prescription d'une réadaptation à l'effort.

---

<sup>13</sup>Le professionnel de santé recueille, après avoir informé la personne concernée, son consentement pour qu'un autre professionnel de santé à qui il serait nécessaire de confier une partie de la prestation accède à son dossier médical partagé et l'alimente.

Pour les patients ayant déjà réalisé un des examens proposés récemment (biologie dans les 3 mois, bilan de rétinopathie dans l'année, etc.), il ne sera pas demandé de les réaliser de nouveau.

Cette phase de bilan pourra également actionner, selon les besoins des différents patients, des équipes spécialisées déjà présentes au sein des murs des cliniques du groupe :

- Equipe mobile de gériatrie
  - Chirurgien dentistes
- **Un bilan paramédical** : Ce bilan viendra compléter le bilan médical en récoltant toutes les informations pertinentes pour la personnalisation du plan de soins via une série de consultations :
- Infirmière coordinatrice : Prise des constantes, questionnaires, évaluation des connaissances, évaluation médico-sociale, etc.
  - Diététicien : Bilan nutritionnel
  - Psychologue : Bilan psychologique
  - Neuropsychologue : Diagnostic d'éventuels troubles cognitifs
  - Tabacologue : Evaluation de l'addiction et mise en place d'un programme de sevrage tabagique.
  - Educateur sportif : tests fonctionnels adaptés
- **Conciliation thérapeutique** : Chaque patient bénéficiera d'une phase de conciliation médicamenteuse effectuée par le pharmacien Clinavenir afin de prévenir et intercepter tout risque d'erreur dans le traitement du patient et de s'assurer de la sécurité de sa prise en charge. En cas de difficultés, le pharmacien Clinavenir pourra contacter le pharmacien d'officine. Le médecin traitant recevra la conclusion de la conciliation médicamenteuse.

Dans certains cas, les patients pourront intégrer le programme en sortie d'hospitalisation. Bien que ces patients aient bénéficié d'un bilan de sortie, la phase de bilan initial médical et paramédical leur sera également proposée étant donné les objectifs différents du bilan de sortie d'hospitalisation (bilan spécifique à la cause de l'hospitalisation) et du bilan initial de notre projet (approche plus large prenant en compte le patient et ses pathologies dans leur globalité).

Le médecin coordinateur et l'infirmière coordinatrice supervisent et s'assurent de la bonne organisation et de la transmission des flux d'information entre chaque acteur du programme.

### 3) Phase 2 : Définition du PPS

A la suite de la phase de bilan, une consultation de définition du PPS sera mise en place avec :

- le médecin spécialiste pour les patients atteints d'une pathologie unique
- le médecin coordinateur pour les patients polyopathologiques
- l'infirmière coordinatrice pour l'ensemble des patients

Au cours de cette consultation, un Plan Personnalisé de Soins (PPS) sera construit. **Son contenu sera adapté aux besoins du patient, selon son profil pathologique, l'existence de facteurs de risques et sa situation psychologique et sociale.** Il contiendra toutes les informations autour de la prise en charge du patient et pourra notamment contenir:

- le nombre de consultations médicales et paramédicales<sup>14</sup>.
- les caractéristiques et la fréquence du télésuivi : une série d'indicateurs seront identifiés en début de programme pour couvrir les besoins de l'ensemble des pathologies du scope de l'étude. Le médecin en charge de la rédaction du PPS pourra ainsi sélectionner les indicateurs les plus adaptés pour le suivi de leur patient. La fréquence de la remontée des informations sera également identifiée dans le PPS.
- la prescription de réadaptation à l'effort
- le suivi éducationnel à mettre en place : participation à des ateliers d'ETP ou à des actions éducatives.

Aucun de ces éléments ne sera obligatoire ou automatique. La prise en charge dont bénéficie déjà le patient sera prise en compte au moment de la rédaction afin d'éviter des doublons.

A la suite de la rédaction du PPS, le médecin traitant sera sollicité pour valider le contenu du PPS.

L'élaboration du PPS est accompagnée par la fourniture de matériel(s) nécessaires pour le suivi des indicateurs et constantes liés aux pathologies en question. Le type de matériel fourni sera adapté au profil (pathologies, matériel déjà disponible, etc.) de chaque patient et pourra comprendre :

- Balance ;
- Tensiomètre électronique d'automesure ;
- Saturomètre ;
- Podomètre.

Ces outils sont fournis aux patients dans un cadre de prêt de longue durée et seront récupérés à l'issue du programme pour être réutilisés par d'autres patients.

#### **4) Phase 3 : Suivi du patient et respect du PPS / "Disease management"**

La phase de disease management pourra s'étaler sur un à deux ans, avec une intensité qui variera selon les besoins du patient et qui s'adaptera entre la première à la deuxième année de suivi. A cette phase du programme, la prise en charge de chaque patient est fonction de son profil pathologique et du niveau de sévérité auquel il est attribué et sera suivie par les infirmières coordinatrices. Les briques de soins du "Disease management" seront composées de :

##### **i. Suivi du PPS par l'infirmière coordinatrice et télésuivi :**

Actuellement, la télésurveillance n'existe qu'en monopathologie et est peu paramétrable. En amont du lancement de l'expérimentation, une série d'indicateurs faciles à remonter sera identifiée par les équipes Clinavenir pour couvrir les besoins de l'ensemble des pathologies du scope de l'étude. Au moment de la constitution du PPS, le médecin spécialiste (patients monopathologiques) ou le médecin coordinateur (patients polyopathologiques) sélectionnera parmi ces indicateurs, celui/ceux qui est/sont le plus adapté(s) à chaque patient. La fréquence et la remontée des informations sera également identifiée dans le PPS.

---

<sup>14</sup> Les consultations médicales et paramédicales faisant partie du suivi « classique » des patients ne sont pas comprises dans le cadre de ce projet d'expérimentation mais seront toutefois inscrites au PPS.



L'ensemble des patients bénéficieront d'un télésuivi avec un niveau d'intervention adapté à leurs besoins et à leurs niveaux de risque. Les actions au cours de cette étape du parcours sont les suivantes :

- Suivi du PPS sur l'outil numérique : l'infirmière s'assure que le patient a honoré l'ensemble de ses rendez-vous (médicaux, paramédicaux, éducatifs, sportifs, etc.),
- Récupération des données des examens médicaux et paramédicaux : l'infirmière prend contact de manière régulière avec le patient afin de récupérer et intégrer au système d'information l'ensemble des éléments issus de ses différents rendez-vous (comptes rendus biologiques, etc.) ainsi que les indicateurs sélectionnés dans le PPS. Le numérique ne devra pas être un frein à la prise en charge et le projet d'expérimentation ne devra pas créer de « fracture numérique ». C'est pourquoi il a été pris la décision qu'aucune donnée ne sera remontée par des objets connectés.

Analyse des données cliniques et remontée des écarts au médecin coordinateur : en cas d'écart à la normal, des alertes sont générées et seront traitées par l'infirmière coordinatrice qui pourra choisir d'avertir le médecin coordinateur afin de mettre en place des actions correctives. Ces actions seront soit médicales (consultations médicales, ajustement du traitement, etc.), soit éducatives (consultations d'alerte par un diététicien, une infirmière d'éducation, une APA) selon les besoins du patient. La gestion médicale n'est pas détaillée dans le cahier des charges car patient-dépendante. Cependant, elle sera réalisée dans le respect des Recommandations et les Gold Standards médicaux en coordination avec le médecin traitant.

## ii. Education du patient :

Au cours du parcours, l'ensemble des patients bénéficieront d'éducation thérapeutique afin de leur permettre d'acquérir ou de maintenir les compétences nécessaires pour bien vivre avec leur(s) pathologie(s). Cette phase éducative prendra des formes variables selon le niveau de sévérité du patient :

### **Pour les patients monopathologiques :**

Mise en place d'un programme d'ETP classique aujourd'hui financé par l'ARS. Les séances d'ETP comprendront :

- Un bilan éducatif initial : Cette étape sera réalisée par l'infirmière coordinatrice au cours de la journée de bilan. Il comprendra notamment une évaluation du degré de connaissance du patient de ses pathologies et de son engagement et participation dans sa propre prise en charge.
- Des séances d'ETP : Le nombre et le contenu des séances d'éducation thérapeutique seront décidés par le médecin en charge de la rédaction du PPS en début de parcours.
- Un bilan éducatif final : En aval des séances d'ETP, une évaluation du développement des connaissances du patient à la suite de la formation sera réalisée par l'infirmière de coordination.

### **Pour les patients polypathologiques :**

Les patients polypathologiques bénéficieront d'actions éducatives individuelles et transverses non plus basées sur la pathologie uniquement (programme d'ETP diabète, programme d'ETP BPCO, etc.) mais sur les besoins généraux des patients atteints de maladies chroniques.

Il s'agit de consultations éducatives individuelles et à proximité, « à la carte », considérant l'ensemble des pathologies et facteurs de risque des patients, leurs besoins et niveaux de sévérité. Ces séances permettront au patient d'avoir une formation complète autour de sa/ses pathologie(s) et des modalités de prise en charge (observance du traitement, nutrition, etc.).

Ces actions éducatives seront réalisées par les acteurs suivants :

- Diététicien : 1 session d'une heure par patient
- Infirmière d'éducation : 2 sessions d'une heure par patient
- APA : 1 session d'une heure par patient

Ces actions éducatives seront ensuite renforcées sur le long terme grâce à des consultations de suivi (cf. paragraphe suivant : consultations avec un neuropsychologue, suivi diététique avec un diététicien, suivi psychologique avec un psychologue, aide à l'arrêt du tabagisme et suivi avec un tabacologue).

Les professionnels intervenant dans les phases d'éducation sont formés et suivent les recommandations de l'HAS sur l'ETP pour inscrire ces actions éducatives dans une démarche d'ETP.

### iii. Offres de soins non remboursés dans le droit commun :

Une offre de soins complémentaire sera déployée pour répondre aux besoins transverses rencontrés lors de la prise en charge des pathologies chroniques. Les consultations proposées aux patients seront là aussi fonction des profils pathologiques et des facteurs de risque :

- Diététicien : Un suivi nutritionnel pour les patients dont l'enjeu alimentaire est important dans la prise en charge de leur(s) pathologie(s),
- Psychologue : Un suivi des évolutions psychologiques des patients souffrant de troubles psychologiques notamment ceux sous traitement antidépresseur,
- Neuropsychologue : l'intervention d'un neuropsychologue dans le cadre du bilan et la disponibilité de la filière gériatrique au sein des établissements Clinavenir permettront les actions suivantes :
  - › Réalisation du dépistage et à l'orientation de ces patients
  - › Adaptation des objectifs thérapeutiques aux patients ayant des troubles cognitifs : éviter la polymédication, limiter les traitements confusiogènes ou hypoglycémiants,
- Tabacologue : Une aide à l'arrêt du tabac et suivi pour les patients fumeurs,
- Activité Physique Adaptée (APA) : Organisation de séances de groupe (10 ou 4 patients) de réadaptation à l'effort. En parallèle, des vidéos adaptées seront disponibles dans l'espace patient. D'un point de vue opérationnel, des moyens et outils (partenaires, salles de sports, etc.) sont disponibles pour la mise en place de l'APA.
- Assistante sociale : Bilan de la situation médico-sociale des patients et orientation vers les assistantes sociales territoriales, jouant ainsi un rôle de relai vers les dispositifs existants dans le territoire.

La répartition de l'offre de soins non remboursés entre les trois groupes de patients est présentée dans le tableau ci-dessous :

Tableau 3 : Taux de recours aux offres de soins non remboursées par le droit commun par niveau de sévérité

	MONO	POLY
<b>Diététicien</b>	100% 1 séance / an	100% 2 séances / an
<b>Psychologue</b>	75% 1 séance / an	75% 2,5 séances / an
<b>Neuropsychologue</b>	+ de 65ans (50%) 1 consultation / an	
<b>Tabacologue</b>	Patients fumeurs (20%) 4 consultations / an	
<b>Assistance sociale</b>	100% 1 / an	
<b>Educateur sportif</b>	75% des patients Séance par groupe de 10 patients : - 2/semaine les 3 premiers mois - puis 1/ mois pendant 9 mois - puis 1 tous les 2 mois pendant 1 an (2 <sup>ème</sup> année de suivi)  Séance par groupe de 4 patients : - 2/semaine les 3 premiers mois - puis 1/ mois pendant 1 an 9 mois	75% des patients Séance par groupe de 10 patients (70% des patients polypathologiques concernés par l'APA) : - 2/semaine les 3 premiers mois - puis 1/ mois pendant 9 mois - puis 1 tous les 2 mois pendant 1 an (2 <sup>ème</sup> année de suivi)  Séances par groupe de 4 patients (30% des patients monopathologiques concernés par l'APA) : - 2/semaine les 3 premiers mois - puis 1/ mois pendant 1 an et 9 mois

Dans le cadre de l'expérimentation, l'offre de soins d'activité physique adaptée (APA) se différencie non seulement entre les patients monopathologiques et polypathologiques (fréquence graduelle) mais également au sein du groupe de patients polypathologiques (séances de groupe de 4 ou 10 participants selon les besoins du patient).

Les résultats du programme Capacity<sup>15</sup> montrent l'intérêt et l'impact de l'APA sur l'état de santé des patients polypathologiques ainsi que sur leur qualité de vie. Une diminution de la graisse abdominale, une amélioration des capacités à l'effort et une amélioration du bilan hépatique et de l'équilibre glycémique ont été constatés chez des patients présentant une à plusieurs affections, essentiellement cardiovasculaires, métaboliques, respiratoires et de santé mentale. Au vu de ces résultats, il a semblé essentiel de proposer des séances en groupes de taille restreinte (4 patients) et donc concentrées sur les besoins spécifiques des patients pour une part des patients polypathologiques, afin de s'assurer d'un impact médical fort.

Également, le nombre moyen de séances minimum à proposer a été défini à 33 séances pour chaque année de suivi. En effet, la réduction de ce nombre de séances est liée à un risque important de décrochage des patients. Si la motivation n'est pas entretenue, tout l'investissement initial pourrait être perdu. Des études<sup>16</sup> appuient ces propos en montrant l'importance de déployer un dispositif d'APA avec une fréquence soutenue et sur le long terme :

<sup>15</sup> Capa-city est un centre d'APA mettant en place un programme adressé aux personnes de tous âges, obèses ou en surcharge pondérale, compliquée ou non d'une ou plusieurs pathologies (diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, maladies cardiovasculaires...) et aux personnes valides en situation de fragilité et/ou de sarcopénie (personnes âgées >70 ans, personnes atteintes de cancers...). Une cohorte de patients a été suivie pendant 4 mois afin d'établir l'impact du programme sur l'état de santé.

<sup>16</sup> Ninot G. et al., Justification scientifique de la prescription en première intention de programmes d'activité physique à visé thérapeutique dans les maladies chroniques, BEH, Novembre 2020, Santé Publique France

- Diabète : L'expertise collective Inserm recommande en première intention la prescription d'un programme d'APA, supervisé et progressif d'au moins 3 mois combinant au minimum, 3 séances d'endurance d'intensité modérée à forte et 2 séances de renforcement musculaire par semaine pour garantir la baisse la plus importante d'HbA1c chez les patients DT2.
- AOMI: L'expertise collective Inserm recommande la mise en place du protocole de Gardner en phase initiale, pendant 2 à 3 mois pour atteindre un volume d'entraînement total de 1 500 à 2 000 minutes

Ces séances d'APA seront réalisées dans le respect des recommandations de la HAS<sup>17 18</sup>.

#### **iv. Consultations d'alertes :**

Dans le cadre du télésuivi, les alertes générées et traitées par l'infirmière coordinatrice en collaboration avec le médecin traitant pourront se traduire par la mise en place de consultations « d'alertes » afin de proposer une prise en charge soutenue répondant aux besoins du patient à un temps T. L'objectif de ces consultations sera de corriger les constantes du patient. Ces consultations pourront être réalisées par :

- Le diététicien
- L'infirmière d'éducation
- L'APA

Ces consultations ne constituent pas un doublon mais viennent en support des autres activités de soins prévues dans le cadre de l'expérimentation. Ces consultations sont déclenchées par le médecin coordinateur lors de la phase « d'analyse des données remontées par l'infirmière & prise de décision ».

#### **v. Suivi du retour à domicile**

Dans le cas d'une hospitalisation non programmée (décompensation, exacerbation, etc.) d'un des patients intégrés à l'expérimentation, le médecin coordinateur et l'infirmière coordinatrice prendront connaissance du dossier médical afin d'identifier les causes de l'hospitalisation et de mettre en place des actions correctives.

Cette étape pourra être réalisée via différents canaux :

- Téléconsultation
- Déplacement de l'équipe mobile au chevet du patient pour les patients hospitalisés au sein de la clinique Pasteur,
- Déplacement de l'équipe mobile au domicile du patient dès sa sortie d'hospitalisation dans certains cas.

Le médecin coordinateur pourra décider de réviser le PPS afin de l'adapter aux problématiques rencontrées par le patient pour éviter une potentielle rechute. Parmi les éléments du PPS qui pourront être adaptés, il est possible de noter :

---

<sup>17</sup> Maladie chronique : une ordonnance d'activité physique sur mesure, HAS – 11/2019

<sup>18</sup> Activité : adapter la prescription à la situation du patient, HAS – 11/2019

- Renforcement du téléseui lors du retour à domicile (nouveaux indicateurs suivis, fréquence révisée, etc.),
  - Renforcement des actions médicales et/ou éducatives
  - Renforcement des consultations,
  - Etc.
- Le médecin traitant sera prévenu de toute modification du PPS.

#### **5) Phase 4 : Mise à jour annuelle du PPS et suivi au cours de la deuxième année**

A l'issue de la première année de suivi, une consultation de révision du PPS du patient sera réalisée sur un même format identique à la définition du PPS. Cette étape permettra de préparer la transition avec le médecin traitant sur la 2<sup>ème</sup> année de suivi. En effet, lors de la deuxième année du projet, un programme de suivi allégé et à distance sera mis en place pour l'ensemble des patients. Ce suivi allégé contiendra les actions suivantes :

- Le suivi du PPS et le téléseui par l'infirmière coordinatrice et le médecin coordinateur sur le même format que pour l'année 1
- Les consultations d'alertes sur le même format que pour l'année 1
- Les séances de sport sur un format allégé par rapport à l'année 1

#### **6) Phase 5 : Bilan final**

Après deux ans de suivi et à la sortie du programme, un bilan final sera programmé pour l'ensemble des patients. La réalisation de ce bilan aura un format proche de la mise à jour annuelle du PPS avec une consultation par le médecin spécialiste pour les patients monopathologiques et par le médecin coordinateur pour les patients polyopathologiques.

L'infirmière coordinatrice contribuera également à l'élaboration du bilan final notamment sur la composante médico-sociale.

Cette consultation sera complétée par une consultation par un médecin du sport permettant d'évaluer les capacités fonctionnelles du patient et de prescrire un programme d'APA assurant ainsi la continuité de l'évolution.

Ce bilan final a pour objectif de préparer le patient à retrouver un suivi classique, de faire le lien avec le médecin traitant et ainsi s'assurer de conserver le bénéfice du programme dans le temps.

En amont de ce bilan final, la sortie du patient est libre à tout moment du parcours. A chaque sortie de parcours, un courrier associé à l'ensemble des données médicales obtenues au cours du projet sera envoyé à son Médecin Traitant sous le format d'une synthèse.

#### **7) Articulation avec le médecin traitant**

Ce parcours n'a pas pour objectif de remplacer l'organisation de ville, mais a pour but de mettre en place des acteurs « modulables » pour faciliter la PEC du patient : « Une MSP de 2nd recours, une MSP

de spécialistes que le 1er recours peut solliciter ». De nombreux échanges ont eu lieu avec l'URPS Occitanie et notamment son président. Le projet est accueilli très favorablement dans ce positionnement d'organisation libérale de 2nd recours étant donné qu'il répond à des attentes exprimées par les équipes de médecine de ville.

L'articulation avec le médecin traitant (qu'il soit généraliste ou spécialiste) débute dès la phase d'adressage avec la possibilité d'inclure directement leurs patients dans le projet d'expérimentation via la plateforme Emy Santé.

Lors du suivi, l'articulation entre la Clinique des Maladies Chroniques et le médecin traitant se déroulera de la manière suivante :

- Accès aux données du patient (après accord de ce dernier) via le portail patient / Yooli
- Envoi de courriers au médecin traitant :
  - o À la suite de la phase de bilan et de rédaction du PPS,
  - o A la suite de la conciliation médicamenteuse,
  - o À la suite de chaque mise à jour du PPS,
  - o À la suite de chaque alerte traitée par l'équipe de coordination,
  - o A la sortie du patient (fin de programme ou après une sortie anticipée).

## **8) Articulation avec le projet régional de santé**

La proposition de ce parcours de soins optimisé se croise avec les thèmes transversaux du projet régional de santé 2<sup>ème</sup> génération, de l'Occitanie. Parmi ces thèmes on retrouve l'organisation des soins, la prévention et la promotion de la santé, la transformation numérique en santé et l'amélioration de la qualité, la sécurité et la pertinence de l'offre de soins. De ce fait ce projet de parcours de soins optimisé viendra appuyer les engagements du PRS2 à savoir :

- Repérage et accompagnement précoces, par la prise en compte non pas que de la pathologie du patient mais aussi aux comorbidités associées et à son exposition à des facteurs de risque.
- Implication et responsabilisation du patient à travers l'éducation thérapeutiques des patients et le développement du concept de l'*empowerment*.
- Meilleur accès aux soins dans les territoires par une présence médicale et soignante accrue, à travers les différents lieux d'accueil équipés de moyens humains et techniques complets et adaptés.
- De nouvelles formes d'organisation permettant de renforcer la coordination entre professionnels de santé, l'élément central du projet étant de réunir différents profils de professionnels de santé et de coordonner leur activité pour une offre de soins complète et de qualité.
- Exigence de qualité, sécurité et pertinence à chaque étape de la prise en charge et de l'accompagnement des patients, assurée à travers le bilan initial et la conciliation médicamenteuse en amont et le plan personnalisé de soins pour chaque patient en aval de l'intégration au programme.

La concrétisation de l'expérimentation s'appuiera notamment sur les ressources des différents dispositifs de coordination et d'offre de soins, notamment en termes de ressources humaines pour les

HAD, les CPTS, les MSP, etc. Lors de la généralisation, les programmes de prise en charge pourront s'appuyer sur les structures présentes dans les territoires concernés.

## 2. Population Cible

Le choix des pathologies à intégrer à l'expérimentation s'est basé sur une série de critères :

- Epidémiologie des pathologies en Haute-Garonne,
- Poids dans la dépense de santé totale,
- Part moyenne des hospitalisations,
- Part moyenne des hospitalisation potentiellement évitables (HPE),
- Capacité à faire par les équipes des établissements Clinavenir.

L'ensemble des pathologies sélectionnées est présenté dans le Tableau 4. La population cible correspond donc aux patients atteints de l'une ou plusieurs de ces pathologies, quels que soient la prise en charge dont ils bénéficient, leur situation sociale et les facteurs de risques associés.

A ces pathologies peuvent s'ajouter des facteurs de risque. Dans le cadre de cette expérimentation, nous avons choisi d'en sélectionner trois, en utilisant une méthodologie identique à celle utilisée pour la sélection des pathologies. Les facteurs de risque retenus sont : Obésité (IMC $\geq$ 30), l'âge ( $\geq$ 75ans) et le risque psychiatrique (patients sous traitement antidépresseur).

Tableau 4 : Pathologies sélectionnées dans le cadre du projet Article 51 "Clinique des pathologies chroniques"

Groupe de pathologies	Pathologies ciblées
<b>Maladies cardiovasculaires (CV)</b>	Hypertension artérielle Maladie coronaire chronique Insuffisance cardiaque chronique et aiguë Syndrome coronaire aigu Thromboses veineuses profondes Embolie pulmonaire Artériopathie oblitérante du membre inférieur
<b>Diabète</b>	Diabète de Type 1 Diabète de Type 2
<b>Maladies inflammatoires chroniques intestinales</b>	Maladie de Crohn, Rectocolite hémorragique
<b>Maladies respiratoires</b>	Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
<b>Maladies du foie</b>	NASH
<b>Maladies rénales</b>	Insuffisance rénale chronique
<b>Cancers (patients traités par thérapies orales uniquement)</b>	Cancer du sein Cancer de la prostate Cancer colorectal

### a. Critères d'inclusion

Les patients inclus seront identifiés sur la base de critères médicaux et d'un besoin d'une prise en charge médico-sociale :

- **Patients monopathologiques** : les patients présentant une seule pathologie du scope (cf. Tableau 4) pourront être inclus à l'expérimentation sur la base des critères suivants :

Diabète :

- Diabète diagnostiqué dans l'année ;
- Difficulté de prise en charge à domicile : problème de compliance aux traitements et aux recommandations diététiques ;
- Diabète déséquilibré.

Insuffisance cardiaque :

- Patient ayant présenté une décompensation cardiaque, hospitalisé ou non ;
- Diagnostic récent d'une insuffisance cardiaque ;
- Difficulté de prise en charge à domicile : problème de compliance au traitement et au recommandation diététique.

Maladies coronariennes :

- Patient ayant présenté un SCA ;
- Patient coronarien difficile à prendre en charge (équilibre des facteurs de risque, activité physique, trouble psychologique, ...) ;
- Patient récemment hospitalisé pour revascularisation.

Artériopathie des membres inférieurs :

- Patient présentant des facteurs de risque non contrôlé ;
- Patient au stade de claudication nécessitant un encadrement pour la reprise et le maintien de l'activité physique ;
- Patient récemment hospitalisé pour revascularisation.

Maladies inflammatoires chroniques intestinales :

- Patient sous immunosuppresseurs ;
- Patient sous biothérapies : anti-TNF, anti-Intégrine, anti-Interleukine, ... ;
- Patient présentant des troubles de l'observance et des troubles nutritionnels ;
- Patient avec complications de la maladie : fistule, sténose, abcès ;
- Patient avec MICI et pathologie associée : SPA, cholangite sclérosante, uvéite, ... ;
- Patient en suivi post opératoire pour limiter le risque de récurrence post op à long terme.

Cancer (prostate / sein / colorectal) :

- Patient traité par thérapie orale

Insuffisance rénale chronique :

- Patient présentant une autre pathologie du scope, en plus de son insuffisance rénale

NASH :

- Patients présentant une fibrose sévère

BPCO :

- Patient dès la première exacerbation, avec hospitalisation ou non



- **Patients pluripathologiques** : patients présentant plusieurs pathologies du scope du projet (cf. Tableau 4) et nécessitant donc une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée

Que ce soit pour les patients monopathologiques ou pluripathologiques, le besoin d'une prise en charge médico-sociale sera identifié sur la base des critères suivants :

- Patients avec un parcours de soins difficile en ville,
- Faible accès aux professionnels libéraux,
- Patients avec un parcours avec des pertes de chance et des risques d'aggravation : éloignement, complexité du patient et risque de rupture de la PEC,
- Difficultés ressenties par le médecin traitant pour assurer une PEC de qualité au patient.

Dans tous les cas, l'accord du médecin traitant devra être obtenu.

#### **b. Critères d'exclusion**

- Opposition de la part du médecin traitant à l'intégration au programme, s'il n'en est pas le prescripteur ;
- Patients âgés de moins de 18 ans ;
- Patient présentant des troubles cognitifs pour lesquels un aidant ne peut pas les accompagner dans la bonne compréhension des informations données dans le cadre du programme ;
- Patients présentant des troubles psychiatriques ne permettant pas la réalisation du PPS et/ou un accompagnement à distance,
- Patients bénéficiant d'une prise en charge dans l'un des dispositifs suivants : PRADO, programme d'ETP, ETAPES, MAIA, PTA, forfait MRC (afin d'éviter tout risque de doublon). La participation au dispositif Asalée ne fait pas partie des critères d'exclusion<sup>19</sup>.

### **3. Effectifs concernés par l'expérimentation**

Dans le cadre de cette expérimentation, un total de 1 350 patients pourra être suivi. Une montée en charge progressive sera mise en place avec 450 patients inclus la première année, 575 patients inclus la 2<sup>ème</sup> année et 325 patients inclus la 3<sup>ème</sup> année. Un rapport intermédiaire sera produit à mi-parcours (2,5 ans d'expérimentation) afin de faire la preuve de concept de l'organisation mise en place pour prendre en charge les patients en lien avec la médecine de ville. Selon les premiers résultats de cette évaluation, des ajustements pourront être envisagés notamment en terme d'implémentation du dispositif, de coordination avec la médecine de ville, d'ajustement des forfaits avec le cas échéant l'introduction soit d'un intéressement à la performance à répartir entre les acteurs, soit d'un risk sharing basé sur la performance.

Une extraction des données du PMSI a été réalisée afin de s'assurer que la volumétrie de patients est atteignable. Ainsi, le nombre de patients hospitalisés au sein des cliniques Clinavenir est estimé à environ **10 000 patients sur l'année 2019** pour les pathologies considérées. Il est essentiel de noter que cette file active est sous-estimée étant donné qu'une part des patients pris en charge au sein de Clinavenir pour ces pathologies n'a pas bénéficié d'hospitalisation.

---

<sup>19</sup> Pour Asalée, le principe de coordination et de subsidiarité fera foi.

Les données détaillées relatives au nombre de patients par pathologie sont présentées dans le tableau ci-dessous. Ces données correspondent donc à une hypothèse basée sur la ventilation actuelle au sein des cliniques Clinavenir. Ces données pourront être validées au moment de l'évaluation du projet.

Tableau 5 : Extraction PMSI des patients traités au sein des cliniques Clinavenir (2019)

Pathologie	Nombre de patients
BPCO	864
Cancer du colorectal (thérapie orale)	99
Cancer du sein (thérapie orale)	171
Cancer de la prostate (thérapie orale)	90
Diabète	2 092
HTA	1 324
Insuffisance cardiaque	2 329
Maladie coronaire chronique	4 974
SCA	793
Artériopathie oblitérante du membre inférieur	880
Thromboses veineuses profondes	114
Embolie pulmonaire	153
NASH	400 ( <i>estimation</i> )
MICI	225
Insuffisance rénale	534
<b>Total</b>	<b>9 849</b>

En appliquant le système de répartition des patients selon le nombre de pathologie sur la file active de patients de l'année 2019 de Clinavenir (uniquement pour les pathologies ciblées par l'expérimentation), la répartition en 2 niveaux a été obtenue :

- Groupe de patients monopathologiques : 62% des patients
- Groupe de patients polyopathologiques : 38% des patients

#### 4. Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation

Les professionnels intervenant au cours du projet, ainsi que les actions respectives, sont listés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6 : Professionnels de santé concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation

Professionnels impliqués	Rôle(s)
<b>Chef de projet (salarié Clinavenir)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travaill e en collaboration avec le Médecin coordinateur de projet</li> <li>• Organise et mets en œuvre du projet ART51</li> <li>• Elab ore le plan d'action de la mise en œuvre du projet</li> <li>• Identifie et met en place les outils nécessaires à la réalisation de toutes les phases du projet (SI, facturation, paiement au forfait, évaluation externe), conformément aux engagements du cahier des charges</li> <li>• Développe et collecte les indicateurs du suivi du projet nécessaires à l'évaluation et à la répartition des forfaits,</li> <li>• Formalise les processus organisationnels, médicaux et financiers et s'assure de leur application dans une démarche qualité</li> <li>• Organise des réunions du comité opérationnel.</li> </ul>
<b>Médecin coordinateur (salarié Clinavenir)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mets en place la coordination de l'ensemble des intervenants qui participent au fonctionnement médical de la structure (services médicaux, paramédicaux, biomédicaux...)</li> <li>• Ani me les relations avec les médecins partenaires (les spécialistes et les généralistes adresseurs)</li> <li>• Contribue au positionnement du dispositif dans les organisations et les institutions en place</li> <li>• Contribue à la définition des parcours de santé, en organisant les circuits de prises en charge et en structurant les échanges d'informations avec l'infirmière chef de projet.</li> <li>• Agrège les informations nécessaires à la construction du PPS de l'ensemble des médecins traitant libéraux et les médecins Clinavenir pour les patients pluri pathologiques,</li> <li>• Elab ore le PPS pour les patients pluri pathologiques,</li> <li>• A la charge du bilan des patients hospitalisés,</li> <li>• Mets à jours le PPS annuellement pour les patients pluri pathologiques,</li> <li>• Suit et fait remonter les informations d'intérêt à l'équipe médicale.</li> </ul>
<b>Chef de projet soignant (salarié Clinavenir)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travaill e en collaboration avec le Médecin coordinateur de projet</li> <li>• Travaill e en collaboration avec le chef de projet</li> <li>• Mets en place la coordination de l'ensemble des équipes soignantes nécessaires au fonctionnement de la structure (IDEC, podologue, psychologue, diététicienne, éducateur APA, secrétaire médicale...)</li> <li>• Organise la structure d'accueil (adaptation des locaux, installation SI...)</li> <li>• Organise les formations pour les professionnels de santé concernés</li> <li>• Définit les parcours de santé, en organisant les circuits de prises en charge et en structurant les échanges d'informations avec le chef de projet médical, création ou adaptation des outils et documents de liaison</li> <li>• Prépare l'information des patients et de leurs familles par la réalisation de différents documents (plaquettes, affiches...)</li> <li>• Contribue à l'information des professionnels partenaires</li> <li>• Supervise la coordination des actions et des interventions de l'équipe soignante</li> <li>• Gestion RH des équipes mobilisées</li> </ul>
<b>Médecins généralistes (Libéraux)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalise les consultations habituelles de suivi,</li> <li>• Est informé du PPS et des modifications apportées</li> <li>• Est informé de la conciliation médicamenteuse</li> </ul>
<b>Spécialistes (Libéraux)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation des consultations de bilan,</li> <li>• Rédige le PPS pour les patients ayant une seule pathologie,</li> <li>• Réalise les consultations habituelles.</li> </ul>
<b>Infirmière coordinatrice (salarié Clinavenir)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalise la phase de bilan médico-social et éducatif du patient</li> <li>• Elab oration du PPS</li> <li>• A la charge de la coordination du parcours du patient (contrôle et respect du PPS)</li> <li>• Suit les constantes du patient et remonte les écarts au médecin coordinateur</li> </ul>
<b>Autres acteurs libéraux (Podologue, diététicien, psychologue, éducateur sportif, assistante sociale, etc.)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ani me les ateliers d'ETP</li> <li>• Réalise les consultations d'évaluation dans le cadre du bilan initial</li> <li>• Réalise les consultations classiques (podologie, nutrition / diététique, psychothérapie, APA, etc.) non couvertes par le droit commun</li> </ul>
<b>Pharmacien Clinavenir</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A la charge de la conciliation médicamenteuse</li> </ul>
<b>Pharmacien d'officine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Est contacté par l'infirmière de coordination lors de la phase de pré-bilan (confirmation des traitements, adhérence, etc.) en cas d'accord du patient</li> <li>• Peut être contacté par le pharmacien Clinavenir lors de la conciliation médicamenteuse, en cas de besoin</li> </ul>
<b>Secrétaire médicale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hotline EmySanté</li> <li>• Relance des patients en amont du bilan initial</li> </ul>

## 5. Terrain d'expérimentation

En raison de la répartition géographique des établissements de santé participant à l'expérimentation, et donc de l'origine géographique des patients qui pourront intégrer le projet, le territoire sélectionné correspond au Grand Toulouse (Figure 2).



Figure 2 – Territoire concerné par l'expérimentation

Des réflexions sont en cours afin d'assurer une articulation à l'expérimentation des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et/ou des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) localisées dans cette zone géographique.

## 6. Durée de l'expérimentation

La durée de ce projet est estimée à 5 ans. Une hypothèse d'un démarrage du programme à la suite du premier recrutement au 2<sup>nd</sup> semestre (S1) 2022 est émise (cette hypothèse dépendra du respect du calendrier prévisionnel en amont de la mise en œuvre du programme).

Les 6 premiers mois correspondent à une phase d'amorçage du programme, faisant suite à la publication du cahier des charges et seront notamment destinés à réaliser les travaux suivants :

- Déploiement de la communication auprès des professionnels de santé du territoire,
- Préparation de l'ensemble des outils nécessaires au bon déroulement du projet,
- Formation des professionnels de santé.

Les années suivantes seront consacrées au fonctionnement opérationnel de l'expérimentation.

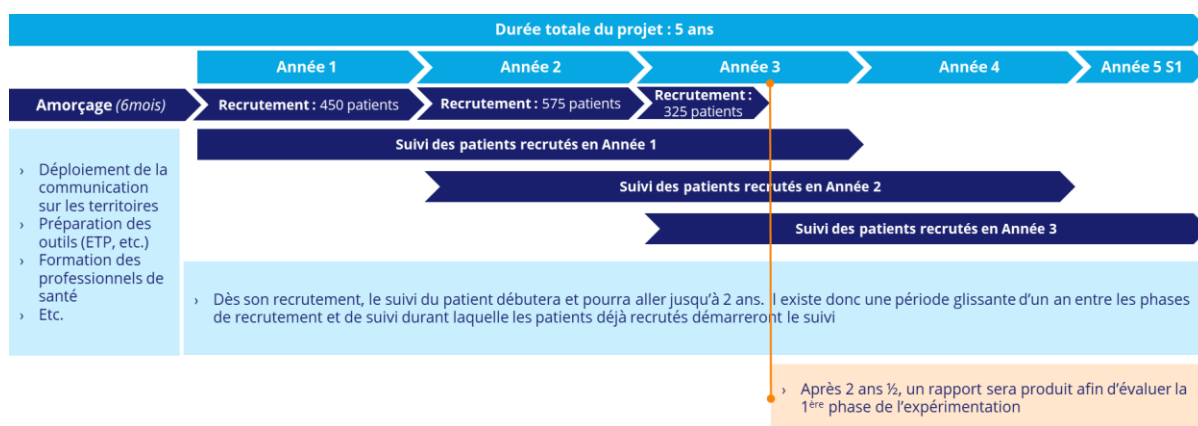


Figure 3 - Planning de l'expérimentation

## 7. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre

- Pour la gouvernance et le suivi de la mise en œuvre du projet, un comité opérationnel sera mis en place :
  - Composé de l'équipe opérationnelle, à savoir le/les médecins coordinateurs, les infirmières coordinatrices, les médecins spécialistes impliqués et deux représentants de l'équipe administrative de Clinavenir.
  - Le comité organise un suivi :
    - Tous les mois jusqu'à la fin de la 2<sup>ème</sup> année
    - Tous les 2 à 3 mois sur les 3 dernières années

## IV. Financement de l'expérimentation

### 1. Modèle de financement

La tarification à l'acte, majoritaire aujourd'hui dans notre système de santé, cloisonne les rapports entre les professionnels et ne permet ni la coordination ni un accompagnement biopsychosocial des patients en maladie chronique : focalisation sur le curatif, les phases aiguës au détriment de l'accompagnement dans la durée et de la prévention secondaire. Les effets systémiques de la maladie chronique sont sous-estimés.

L'approche que nous souhaitons mettre en œuvre est celle d'une bascule d'un financement à l'acte ou à l'activité à un financement au forfait de l'ensemble de l'activité de prise en charge des patients opérée par la clinique des maladies chroniques :

Etant donné la stratégie de gradation des soins décrite plus haut, un total de 5 forfaits sera défini :

- Forfait de bilan
- Forfait Année 1 : 2 forfaits, 1 pour les patients mono pathologiques et 1 pour les patients poly pathologiques

- Forfait Année 2 : 2 forfaits, 1 pour les patients mono pathologiques et 1 pour les patients poly pathologiques

Par patient et par prise en charge, ce sont 5 forfaits qui seront mobilisés en fonction du profil mono ou polypathologique du patient. A titre indicatif, le montant moyen de 2 222€ sur 2 ans par patient.

## 2. Modalité de financement de la prise en charge proposée

### a. Montants de prise en charge

Le détail des dépenses « Enveloppe Article 51 » par phase est indiqué dans le tableau ci-dessous :

Tableau 7 Dépenses estimées pour 2 années de prise en charge par patient

	Coûts Art51 par patient MONO	Coûts Art51 par patient POLY
<i>Forfait pré-bilan + bilan</i>		
Management médical et infirmier	231 €	231 €
Phase 0 - Pré-bilan	21 €	21 €
Phase 1 - Bilan initial médical et paramédical	203 €	203 €
Phase 2 - Définition du PPS	219 €	219 €
Emy Santé + coûts maintenance SI Année 1	11 €	11 €
Signature électronique	1 €	1 €
<b>Coût pré-bilan + bilan</b>	<b>687 €</b>	<b>687 €</b>
<i>Forfait suivi - Année 1</i>		
Management médical et infirmier	69 €	69 €
Phase 3a - ETP et actions éducatives	- €	184 €
Phase 3b - Suivi du PPS et télésuivi du patient	229 €	418 €
Phase 3c - Consultations hors droit commun	182 €	295 €
Phase 3d - Consultations d'alerte	69 €	173 €
Phase 3e - Retour à domicile	- €	54 €
Phase 4 - Mise à jour annuelle du PPS	100 €	100 €
Coûts de maintenance SI Année 2	7 €	7 €
Autres frais (SMS de rappel de rdv)	1 €	1 €
<b>Coût total Année 1</b>	<b>658 €</b>	<b>1 301 €</b>
<i>Forfait suivi - Année 2 (87,5% des patients)</i>		
Management médical et infirmier	79 €	79 €
Phase 5a - Suivi du PPS et télésuivi du patient	229 €	418 €
Phase 5b - Consultations hors droit commun	42 €	104 €
Phase 5c - Consultations d'alertes	16 €	36 €
Phase 5d - Retour à domicile	- €	54 €
Phase 6 - Bilan final	225 €	225 €
Coûts de maintenance SI Année 3	7 €	7 €
Autres frais (SMS de rappel de rdv)	1 €	1 €
<b>Coût total Année 2</b>	<b>600 €</b>	<b>924 €</b>

## En synthèse

<b>Montant par patient</b>	
<b>Forfait 1 MONO ou POLY- Forfait bilan -</b>	687€
<b>Forfait 2 MONO- Forfait suivi Année 1-</b>	658€
<b>Forfait 3 POLY - Forfait suivi Année 1-</b>	1301€
<b>Forfait 4 MONO - Forfait suivi Année 2 -</b>	600€
<b>Forfait 5 POLY - Forfait suivi Année 2 -</b>	924€

### b. Financements nécessaires à la mise en œuvre de l'expérimentation

En parallèle des coûts de fonctionnement opérationnel, des crédits d'amorçage et d'ingénierie ont également été calculés :

#### Lancement du projet :

- Gestion de projet (sur les 6 mois d'amorçage) :
  - Mise en place de la stratégie de communication
  - Logistique du projet (gestion prestataires, etc.)
  - Organisation et animation des réunions (construction des contenus, etc.)
  - Présentation du projet lors des soirées formation et sensibilisation
- Formation des professionnels de santé : Un plan de formation et de sensibilisation au programme a été mis en place selon les différentes phases du parcours :
  - Formations des professionnels paramédicaux à l'ETP
  - Formation spécialisée en coordination de parcours de soins pour les infirmières coordinatrices

Tableau 8 - Plan de formation des acteurs intervenant

		Nombre de professionnels concernés	Nb d'heure de formation / professionnel	Coût de la formation	Coût de remplacement / professionnel	Coût total de la formation
<b>ETP</b>	Professionnels paramédicaux	4	40	1 100 €	1 800 €	11 600 €
<b>Coordination</b>	Infirmières coordinatrices	2	200	4 000 €	9 000 €	26 000 €
<b>Sensibilisation au programme</b>	Médecins spécialistes Infirmières coordinatrices	30 médecins spécialistes 6 IDEC	4	- €	- €	- €
<b>Hotline et pré-bilan</b>	Secrétaires médicales	2	8	- €	162 €	324 €



- Développement d'un écran spécifique au projet Article 51 pour la plateforme EmySanté
- Développement du matériel nécessaire pour la mise en œuvre des actions éducatives
- Communication à l'ensemble des professionnels de santé du territoire

**Suivi du projet :**

- Gestion de projet et facturation (sur les 3 ans de phase opérationnelle du projet depuis l'inclusion du premier patient jusqu'à la fin du suivi).

*Tableau 9 - Dépenses estimées pour la mise en œuvre de l'expérimentation (FIR)*

Phase	Dépense totale
Dépense totale (totalité de l'expérimentation)	<b>533k€</b>
<b>Lancement du projet</b>	
Gestion de projet	40k€
Direction médicale	20k€
Chef de projet soignant	Pas de demande de financement pour ce poste
Formation des professionnels de santé	38k€
Développement écran spécifique projet Art51 pour EmySanté	12k€
Développement du matériel éducatif	60k€
Communication et frais généraux	15k€
<b>Suivi du projet (totalité de l'expérimentation)</b>	
Gestion administrative ( <i>facturation</i> )	89k€
Gestion du projet ( <i>Suivi et logistique</i> )	240k€
<b>Gouvernance (totalité de l'expérimentation)</b>	
Comité opérationnel	20k€

### c. Méthode de calcul utilisée

Le montant des dépenses a été calculé en se basant sur les hypothèses suivantes :

- Coûts horaires chargés
- Pourcentage de patients concernés par chaque intervention et durées d'interventions
- Coût des outils organisationnels et systèmes d'informations

Les consultations spécialistes à la phase du bilan initial sont prises en charge à 100% dans le droit commun sans reste à charge patient.

*Tableau 10 - Synthèse des coûts horaires chargés utilisés*

Spécialité	Coût horaire chargé
Médecin coordinateur	100€
Infirmière coordinatrice	45€
Secrétaire médicale	20€
Cardiologue	100€
Médecin vasculaire	100€
Diabétologue	100€
Hépatologue	100€
Gastro-entérologue	100€
Pneumologue	100€
Oncologue	100€
Néphrologue	100€
Médecin du sport	80€
Podologue	45€
Diététicien	45€
Psychologue	45€
Neuropsychologue	45€
Pharmacien hospitalier	50€
Tabacologue	23€
Assistante sociale	30€
Educateur sportif	49€

Tableau 11- Synthèse des hypothèses nécessaires au calcul des dépenses

	Phase	Mission	PS	% patients	Durée
Démarrage du parcours	Pré-bilan	Relances patients	Secrétaire médicale	100%	30mn / patient
		Appel pharmacien d'officine	Infirmière coordinatrice	100%	15mn / patient
	Bilan	Consultation spécialiste	Médecins spécialistes	100%	3,5 consultations d'1h / patient
		Questionnaire, prise des constantes, etc.	Infirmière coordinatrice	100%	1h / patient
		Bilan nutritionnel	Diététicien	100%	1h / patient
		Bilan psychologique	Psychologue	100%	1h / patient
		Bilan neuropsychologique	Neuropsychologue	50%	1h / patient
		Bilan tabagisme	Tabacologue	20%	30mn / patient
		Conciliation thérapeutique	Pharmacien	100%	15mn / patient
		Tests fonctionnels	Educateur sportif	80%	30mn / patient
	PPS	Elaboration du PPS	Médecin coordonnateur	100% des POLY = 38% des patients	1h / patient
		Elaboration du PPS	Médecin spécialiste de la pathologie	100% des MONO = 62% des patients	1h / patient
Participation à l'élaboration du PPS		Infirmière coordinatrice	100%	1h / patient	
Première année de suivi	ETP	Programme ETP "classique"		100% des MONO = 62% des patients	Programme classique (8h) par groupe de 8 patients / 2ans
		Actions ETP spécifique maladies chroniques	Infirmière d'éducation	100% des POLY = 38% des patients	2h / an / patient
			Diététicien		1h / an / patient
		APAP		1h / an / patient	
	Suivi du PPS	Suivi du PPS sur l'outil numérique	Infirmière coordinatrice	100%	MONO: 1h/patient/an POLY: 2h/patient/an
		Récupération des données	Infirmière coordinatrice	100%	MONO: 1h/patient/an POLY: 2h/patient/an
		Analyse des données et remontées d'écarts	Infirmière coordinatrice	100%	MONO: 2h/patient/an POLY: 2h/patient/an
		Gestion des écarts	Médecin coordonnateur	100%	MONO: 30mn/patient/an POLY: 1h30/patient/an
	Consultations non remboursées	Diététicien		100%	MONO : 1 consultation de 30mn / an POLY : 2 consultations de 30mn / an
		Neuropsychologue		Patients de plus de 65 ans : 50%	1 consultation de 30min / an
		Psychologue		75%	MONO : 1 consultation d'1h/patient / an POLY : 2,5 consultations d'1h/patient / an
		Tabacologue		20%	4 consultations de 30mn / patient / an
		Assistante sociale		100%	1 consultation / patient / an
		APA		75%	MONO : groupe de 10, 2/semaine les 3 premiers mois puis 1/ mois pendant 9 mois POLY : 70% des patients : groupe de 10 patients : 2/semaine les 3 premiers mois puis 1/ mois 30% des patients : groupe de 4 patients, 2 fois par semaine les 3 premiers mois puis 1/ mois
	Consultations d'alerte	Infirmière d'éducation		100%	MONO : 1 consultation de 30mn / an POLY : 2,5 consultations de 30mn / an
		Diététicien		100%	MONO : 1 consultation de 30mn / an POLY : 2,5 consultations de 30mn / an

		APA		100%	MONO : 1 consultation de 30mn / an POLY : 2,5 consultations de 30mn / an
	<b>Retour à domicile</b>	Consultation longue et mise à jour du PPS	Médecin coordonnateur	25% des POLY = 10% des patients	2h / patient
		Réalisation d'un nouveau bilan éducatif	Infirmière coordinatrice	25% des POLY = 10% des patients	1,5h / patient
	<b>Mise à jour annuelle du PPS</b>	Révision et mise à jour du PPS	Médecin spécialiste	100% des MONO = 62% des patients	1h / patient
		Révision et mise à jour du PPS	Médecin coordonnateur	100% des POLY = 38% des patients	1h / patient
<b>Deuxième année de suivi</b>	<b>Suivi du patient</b>	Suivi du PPS sur l'outil numérique	Infirmière coordinatrice	100%	MONO : 1h/patient/an POLY : 2h/patient/an
		Récupération des données	Infirmière coordinatrice	100%	MONO : 1h/patient/an POLY : 2h/patient/an
		Analyse des données et remontées d'écarts	Infirmière coordinatrice	100%	MONO : 1h/patient/an POLY : 2h/patient/an
		Gestion des écarts	Médecin coordonnateur	100%	MONO : 30mn/patient/an POLY : 1h30/patient/an
	<b>Consultations non remboursées</b>	APA		75%	<b>MONO</b> : groupe de 10 :1x tous les 2 mois <b>POLY</b> : 70% des patients : groupe de 10, 1 séance tous les deux mois 30% des patients : groupe de 4, 1x/ mois
	<b>Consultations d'alertes</b>	Infirmière d'éducation		100%	MONO : 1 consultation de 30mn / an POLY : 2,5 consultations de 30mn / an
		Diététicien		100%	MONO : 1 consultation de 30mn / an POLY : 2,5 consultations de 30mn / an
		APA		100%	MONO : 1 consultation de 30mn / an POLY : 2,5 consultations de 30mn / an
	<b>Suivi du retour à domicile</b>	Consultation longue et mise à jour du PPS	Médecin coordonnateur	25% des POLY = 10% des patients	2h / patient
		Réalisation d'un nouveau bilan éducatif	Infirmière coordinatrice	25% des POLY = 10% des patients	1,5h / patient
	<b>Bilan final de sortie du parcours</b>	Réalisation d'un bilan final de sortie	Médecin coordonnateur	100% des POLY = 38% des patients	1h / patient
			Médecin spécialiste	100% des MONO = 62% des patients	1h / patient
Médecin du sport			100%	1h / patient	
Infirmière coordinatrice			100%	1h / patient	

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

Afin d'estimer le potentiel d'économie d'une approche telle que celle que nous souhaitons mettre en place dans le cadre de cette expérimentation, nous avons tout d'abord recherché l'effet moyen du disease management sur un groupe de patients atteints de pathologies chroniques. A ce jour, il existe peu de littérature évaluant l'impact de tels programmes sur une population polypathologiques. En effet, les publications existantes se concentrent généralement sur une pathologie unique. Ainsi, nous

avons choisi d'identifier des articles évaluant l'impact budgétaire de la mise en place de programmes proches de celui que nous souhaitons déployer sur un panel de pathologies larges afin de moyenniser cet effet dans un second temps.

Tableau 12- Calcul de l'impact budgétaire moyen de solutions de disease management sur les coûts de prise en charge

Pathologie étudiée	Coût prise en charge (usual care)	Coût de la prise en charge (avec intervention)	Impact sur les coûts	Source
Diabète	6 506€	4 814€	- 26%	Da Costa Correia et al (2008)
Asthme / diabète / coronaropathie	\$5 564	\$5 175	- 7%	Counsils M. S. & Liu Y. (2003)
BPCO	\$589	\$388	- 34%	Chuang C. et al., (2011)
Insuffisance cardiaque / Diabète	\$16 712	\$9 065	-46%	Reilly et al. (2016)
Insuffisance cardiaque	\$8 080	\$6 459	-20%	Gonzalez Guerrero et al. (2018)
		<b>Moyenne</b>	<b>-31%</b>	

En parallèle, nous avons identifié la dépense annuelle moyenne pour l'ensemble des pathologies du scope de l'expérimentation via la **Cartographie des dépenses de l'Assurance Maladie**. Nous avons moyenné ces montants en les pondérant par rapport au nombre de patients concernés dans la file active des patients Clinavenir. Nous avons ainsi calculé un montant moyen de dépenses annuelles par patient de 4 728€.

Ainsi, il est possible d'espérer une économie sur 2 ans de suivi de **2 916€/ patient** en moyenne via la mise en place de ce programme.

#### 4. Besoin de financement

Le besoin de financement total est de 3 532 133€, le montant total des prestations dérogatoires est de 2 999 409€.

La synthèse des besoins de financement est décrite ci-dessous :

Tableau 13 - Tableau de synthèse de financement

	% de patients	Année 1 : phase de préparation de 6 mois	Année 1 (1ère inclusion)	Année 2	Année 3	Année 4	Total
Nb de patients inclus		-	450	575	325	-	1 350
Forfait bilan (1 forfait)	100%	- €	309 082 €	394 938 €	223 226 €	- €	927 245 €
Forfait suivi année 1 pondéré (2 forfaits : un pour les mono et un pour les poly)	100%	- €	338 378 €	498 543 €	381 239 €	- €	1 218 159 €
Forfait suivi année 2 pondéré (2 forfaits : un pour les mono et un pour les poly)	87,50%	- €	- €	237 400 €	349 629 €	266 976 €	854 005 €
<b>Total prestations dérogatoires (FISS)</b>		- €	<b>647 459 €</b>	<b>1 130 881 €</b>	<b>954 093 €</b>	<b>266 976 €</b>	<b>2 999 409 €</b>
<b>Total CAI (FIR)</b>		<b>187 424 €</b>	<b>88 200 €</b>	<b>86 700 €</b>	<b>85 200 €</b>	<b>85 200 €</b>	<b>532 724 €</b>
<b>Total expérimentation (FISS+FIR)</b>		<b>187 424 €</b>	<b>735 659 €</b>	<b>1 217 581 €</b>	<b>1 039 293 €</b>	<b>352 176 €</b>	<b>3 532 133 €</b>

Les crédits d'amorçage pourront être versés lors des 6 premiers mois de phase de construction du projet expérimental. Le reste du financement pourra être versé tous les 6 mois à partir du premier recrutement.

## **V. Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation**

### **a. Aux règles de financements de droit commun**

A ce jour, le secteur de ville est majoritairement financé par la rémunération à l'activité. Ce type de financement crée un cloisonnement entre les différents acteurs du secteur, notamment les professionnels de santé généralistes et spécialistes, les auxiliaires médicaux et les assistantes sociales, freinant ainsi la coordination de la prise en charge des patients multi-pathologiques. Ce programme permet d'assurer une prise en charge globale du patient de toutes ces pathologies et facteurs de risque auxquels il est exposé via le PPS et une continuité de l'offre sur la durée à travers le suivi du respect du PPS et le suivi des constantes médicales. C'est pourquoi un financement forfaitaire semestriel ou annuel semble le plus propice pour organiser la continuité de la prise en charge.

A titre d'exemple, le financement à l'acte ne permet pas de prendre en compte la prévention primaire chez les patients exposés à certains facteurs de risque qui permettrait d'éviter des complications et des hospitalisations.

De plus, le financement à l'activité ne permet pas non plus d'adresser les enjeux de qualité et d'efficacité des prises en charge en évitant les actes non pertinents.

Il existe donc une réelle opportunité d'améliorer le financement de la prise en charge des patients avec une ou plusieurs maladie(s) chronique(s), permettant de répondre aux enjeux de coordination, de qualité et d'efficacité.

Le modèle de financement proposé déroge à plusieurs articles du code de la sécurité sociale concernant les principales règles de facturation des professionnels de santé et offreurs de soins concernés, ainsi que des maisons pluriprofessionnelles de santé, à savoir :

- L. 162-1-7
- L. 162-5
- L. 162-9
- L. 162-12-2
- L. 162-14-1
- L. 162-22-10
- L.4113-5
- Dernier alinéa de l'article L.6133-1

### **b. Aux règles d'organisation de l'offre de soins**

Le cloisonnement entre les secteurs et entre les professionnels de santé ne permet pas une prise en charge holistique des patients présentant une ou plusieurs pathologie(s) chronique(s) ainsi qu'un nombre de facteurs de risque.

Par ailleurs, Clinavenir est particulièrement qualifié pour déployer ce projet, en raison de l'expertise des cliniques du réseau dans l'ensemble des pathologies incluses dans le programme, ainsi que par les outils organisationnels et informatiques actuellement opérationnels visant à améliorer l'offre et la coordination des soins.

De nouvelles modalités organisationnelles autour de la construction d'un Plan Personnalisé de Soins (PPS) du patient seront proposées via ce projet expérimental :

Un adressage des patients par les médecins traitants ou les médecins Clinavenir en collaboration avec le médecin traitant.

Une consultation médicale longue permettant de rédiger le PPS adapté au profil du patient selon une trame prédéfinie.

Des ateliers d'éducation thérapeutique du patient, le formant sur sa ou ses pathologie(s) afin d'optimiser ses capacités de se prendre en charge "empowerement"

Un suivi de routine ou renforcé du PPS selon le profil de sévérité du patient.

Des briques de soins non remboursés dans le droit commun spécifiques aux besoins du patient (Des consultations de diététicien, psychologue, neuropsychologue et tabacologues ; APA ; assistant social)

En ce sens, le programme proposé déroge aux articles suivants du code de la santé publique :

- Le premier alinéa de l'article L. 6111-1, en tant qu'il limite les missions des établissements de santé, afin de leur permettre de proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation, le cas échéant en déléguant cette prestation,
- Le 3° de l'article L. 6122-2, en tant qu'il impose la satisfaction des conditions techniques de fonctionnement prévues à l'article L. 6124-1 relatives à l'organisation et à la dispensation des soins, pour la durée de l'expérimentation.

## **VI. Impacts attendus**

### **a. Impact en termes de service rendu aux patients**

#### **Sur le processus de prise en charge**

##### **- La réduction du temps dédié au traitement de la maladie**

Le malade chronique reste au moins partiellement imbriqué dans la vie sociale, familiale et professionnelle. Il devrait donc passer le moins de temps possible dans les structures de soins. La concentration des consultations médicales et paramédicales sur une journée ou une demi-journée va permettre de réduire le temps consacré à la maladie, la fatigue et la tension qui lui sont liées.

##### **- Un accès aux soins facilité**

Un guichet unique pour le patient et pour le médecin traitant va être mis en place : un seul numéro de téléphone et un Espace Patient informatisé pour organiser les formalités administratives, le parcours, etc. Ce guichet unique fonctionnera à la fois comme *hotline* (numéro unique pour toute demande de rendez-vous comme d'informations). De nombreuses études américaines sur le *disease management* ont montré que l'entretien téléphonique proactif guidé par les recommandations de bonnes pratiques présentait le meilleur rapport coût/efficacité.



- **Un projet de soins personnalisé**

Si l'adressage reste à l'initiative du médecin traitant, le Projet de Soins Personnalisé organisant le traitement et suivi sera ensuite co-construit entre le médecin traitant et la clinique ambulatoire de la maladie chronique. Il se déclinera par une prise en charge coordonnée au domicile et à la clinique ambulatoire pondérée par des critères prenant en compte l'éloignement géographique du patient, son autonomie, l'offre de soins disponible autour de son domicile...

- **Un suivi complet pour une durée indéterminée**

On ne guérit pas d'une maladie chronique. Comme la définit l'OMS, c'est « un problème de santé qui nécessite une prise en charge de plusieurs années ou plusieurs décennies ». Le suivi et le traitement doivent s'organiser dans la durée et le patient doit apprendre à vivre avec et malgré sa maladie. La tarification à l'acte en se polarisant sur l'épisode aigu, ne favorise pas l'accompagnement à long terme, n'incite pas les professionnels à la coopération et ne finance pas la coordination pourtant indispensable.

Le suivi psychologique et social, la prévention secondaire et l'ETP dispensées par les personnels de soins et les patients experts ont pour but d'accompagner le patient dans son *empowerment* vis-à-vis de sa maladie chronique, d'améliorer sa qualité de vie et de soutenir les aidants.

- **Sur le résultat de la prise en charge**

En termes de mortalité, morbidité, hospitalisation, qualité de vie.

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

L'organisation de soins en réseau (soins primaires, 2<sup>nd</sup> recours spécialistes, paramédicaux) doit permettre de développer la coordination et de réduire les dépenses de santé en améliorant la qualité sur le principe des modèles de *disease management* ou *case management*.

- **Une nouvelle organisation en équipe**

Le système de délivrance des soins va s'organiser en équipe avec un clair partage du travail : le médecin spécialiste intervient principalement dans le bilan initial et dans les épisodes aigus et les membres de l'équipe assurent le suivi et traitement du patient sous délégation et/ou supervision du médecin coordinateur.

Le médecin coordinateur vient colliger et assurer le lien entre les différents intervenants dans le parcours de soins des patients. Il a notamment un rôle principal dans la construction du PPS et le suivi des patients complexes présentant plus d'une pathologie et ceux sortant d'une hospitalisation non programmée.

Cette organisation s'appuiera en partie sur le nouveau statut d'infirmière de pratique avancée (loi 2016-41 du 26 janvier 2016), habilitée à réaliser des prises en charge complexes, la coordination médecine de proximité ou ville - hôpital, des consultations de suivi sur patients stabilisés, des actes de

soins, des orientations et prescriptions pour la continuité des soins. C'est l'émergence de nouvelles organisations de soins avec une redistribution des rôles où l'on assiste à l'évolution des pratiques soignantes, où les savoirs individuels sont transformés en accroissement des compétences collectives. Le suivi du respect du PPS et la coordination ville – clinique ambulatoire seront réalisées par des infirmières coordinatrices.

#### - **La libération de temps médical**

L'organisation en équipe et le recours à des systèmes d'information et des outils numériques performants vont permettre de réduire le temps consacré aux tâches administratives (rédaction de lettres, comptes rendus, agrégation des données patients collectées...), permettant ainsi aux médecins spécialistes de libérer du temps médical pour les consultations complexes.

Par construction, un autre bénéficiaire de l'expérimentation devrait être le médecin généraliste qui pourra accéder à des ressources/compétences « rares » (au sens économique du terme) : consultations de praticiens spécialistes en présentiel ou en télémedecine et personnel dédié à la coordination et à l'organisation. Il devrait ainsi pouvoir se consacrer à ses missions cliniques et relationnelles.

#### **c. Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé**

La mise en place d'une clinique des maladies chroniques devrait dégager des marges importantes d'efficience pour le système de santé. Tout d'abord, elle peut permettre par le renforcement du suivi des patients chroniques de stabiliser ces patients, évitant hospitalisations et complications.

A plus court terme, d'autres impacts positifs en termes d'efficience sont également à attendre de cette expérimentation. Le modèle de clinique des maladies chroniques entend également optimiser et rationaliser le recours aux soins de premier recours et aux soins spécialisés dans le suivi des maladies chroniques

- en développant toutes les alternatives à la prise en charge séquentielle habituelle de la chronicité (digitalisation, télémedecine, délégation de tâches,...)
- en globalisant la prise en charge pour les patients polyopathologiques évitant ainsi soins en silo, doublons dans la prise en charge et examens inutiles

#### **VII. Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées**

De manière générale, les méthodes d'évaluation définies par les évaluateurs externes devront adresser différentes dimensions du projet :

- Identifier les enjeux auxquels répond l'expérimentation en termes de santé publique et d'organisation des soins (stratégies et structure)
- L'engagement des acteurs et leur implication dans le programme
- L'efficacité du projet en fonction des résultats et des objectifs définis dans le cahier des charges (impacts du projet)
- L'impact perçu par les patients (qualité de vie, etc.)

- L'efficacité du projet en fonction des ressources mobilisées, de leur pertinence et des résultats (processus, résultats).

A titre illustratif, la liste non exhaustive qui suit indique certaines dimensions du programme qui pourraient être mesurées :

- La qualité et la pertinence des soins (expérience des patients, qualité de vie, suivi des patients, traitements adaptés),
- Les recours et parcours de soins (consultations, éducation thérapeutique et suivi éducationnel, recours aux différentes briques de soins),
- L'efficacité opérationnelle du programmes (ressources médicales consacrées à la prise en charge des patients)
- L'efficacité clinique du parcours (nombre d'hospitalisations, stabilisation des patients),
- L'efficacité du programme (coûts évités et coût/efficacité)

Des indicateurs précis seront co-construits afin d'évaluer l'ensemble des dimensions du programme. Une combinaison de démarches qualitatives et quantitatives permettra la mesure de ces indicateurs. Les démarches qualitatives pourront s'appuyer sur des enquêtes patients, questionnaires, entretiens et les démarches quantitatives pourront s'appuyer sur les différentes bases de données de l'Assurance Maladie, ainsi que les données cliniques recueillies via les outils numériques. Les indicateurs d'évaluation sont représentés dans le tableau suivant :

Tableau 14 - Exemples d'indicateurs analysés pour l'évaluation du programme

Paramètre mesuré	Indicateurs utilisés
Résultat et impact (recours aux soins)	Nombre, fréquence et durée d'hospitalisation ; Nombre de passages aux urgences ; Nombre de patients inclus ; Nombre de patients perdus de vue / sortants ; Nombre de patients et nombre de patients par médecin ; Nombre de PPS ; Délai moyen entre l'entrée dans le parcours et le bilan initial.
Satisfaction des patients (et/ou leurs aidants)	PROMs (patient-reported outcome measures) génériques et/ou spécifiques (QoL, HRQoL, Profil de santé de Duke, ISPN...) ; PREMs (patient-reported experience measures) ; Participation des patients (Le ratio nombre de questionnaires envoyés / nombre de questionnaires retournés)
Satisfaction des médecins traitants	Questionnaire de satisfaction médecins traitants : Satisfaction médecin ? recommandation du programme ? Le programme lui apporte-t-il des changements appropriés dans sa pratique ? s'appuie-t-il ou fait-il référence au programme dans sa pratique ? Retour d'information satisfaisant ? A t'il modifié sa prise en charge (conformément aux référentiels) pour certains de ses patients ?
Processus de réalisation du programme	Pourcentage de personnes atteignant un objectif-cible (pourcentage de patients ayant cessé de fumer, ayant perdu du poids ou faisant de l'exercice physique régulièrement...) ; Pourcentage de patients ayant effectué les examens et consultations préconisés dans les recommandations de bonnes pratiques ; Pourcentage de patients dont les résultats aux examens se sont améliorés (type hémoglobine glyquée, taux de cholestérol...) ; Evolution des compétences des patients (capacité à faire connaître ses besoins, à comprendre, à s'expliquer, à ressentir sa maladie, à résoudre un problème quotidien lié à sa maladie, maîtrise des gestes techniques) ; Nombre de questionnaires EPICES remplis pour précarité sociale ; le cas échéant, intéressement distribué.
Moyens humains et financiers	Nombre de professionnels intervenants (pluridisciplinaires) ; Nombre de conventions signées (médecins, associations, libéraux...) ; Ressources mobilisées en dehors des soins courants dans le cadre du programme ; Degré d'adéquation entre la segmentation réalisée et la consommation de ressource

Cette évaluation devrait être menée le plus souvent possible de manière comparative :

- Les impacts cliniques majeurs (hospitalisations, complications, mortalité) et la performance médico-économique du programme pourraient être mesurés selon un design quasi-expérimental en comparaison avec une population identifiée dans le SNDS au moyen d'un score de propension
- L'efficacité opérationnelle du disease management multi-pathologies proposé pourrait être comparée à celle d'autres modèles intégrés de prise en charge mono-pathologies testés dans l'article 51 (DiVA, Insuffisants cardiaque IdF, etc.)
- Les indicateurs cliniques nécessitant des données non présentes dans les SNDS, les PROMs et les PREMs pourraient être collectés tout au long de l'expérimentation et comparés en avant/après. Il existe au sein de la clinique Pasteur une volonté forte de développer une solution permettant de mesurer les PROMs en routine. Une expérimentation est lancée dès maintenant pour les patients BPCO. L'évaluation de ce projet Article 51 pourra ainsi s'appuyer sur les outils déployés dans le cadre de cette expérimentation (questionnaire, outil numérique, etc.).

### **Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation**

Le suivi des indicateurs s'appuiera autant que possible sur des données déjà existantes dans les bases de l'Assurance Maladie et sur les données recueillies par Clinavenir dans le cadre des soins délivrés aux patients disponibles sur le système d'information. Dans ce cadre-là, les professionnels de santé sont responsables du traitement des données et de l'information préalable du patient.

De manière générale, selon le décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, le patient sera informé dès la première consultation de l'expérimentation et du partage possible des données le concernant entre les acteurs de sa prise en charge. Les patients peuvent s'opposer au partage d'information entre les professionnels de santé de l'expérimentation et pour l'évaluation.

Les éléments collectés dans les dossiers patients pourront être transmis au prestataire en charge de l'évaluation ou à l'Assurance Maladie via la plateforme afin de réaliser l'évaluation de l'expérimentation. L'Assurance Maladie est responsable du traitement des données sur la plateforme et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir la sécurité et la confidentialité des données personnelles qui seront collectées dans le cadre de cette expérimentation, conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées.

**VIII. Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel**



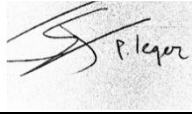
La plateforme patients / professionnels de santé sera compatible avec le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

**IX. Liens d'intérêts**

La liste des praticiens ou structures participant à l'expérimentation est présentée ci-dessous. En confirmant leur participation, chaque participant s'engage à faire une déclaration d'intérêts au titre des liens directs ou indirects avec des entreprises fabriquant des matériels ou dispositifs médicaux.

*Liste des praticiens et structures participantes (annexe 1)*

### Annexe1. Coordonnées du porteur et des partenaires

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées									
<b>Porteur</b>	Clinique Pasteur Toulouse 45 avenue de Lombez 31300 Toulouse	Dominique PON Directeur <a href="mailto:dpon@clinique-pasteur.com">dpon@clinique-pasteur.com</a> 05 62 21 30 40  Dr Caroline SANZ Endocrinologue  Dr Philippe LEGER Médecin vasculaire – Angiologue	  									
	<table border="1"> <tr><td>Clinique des Minimés</td></tr> <tr><td>Clinique Rive Gauche</td></tr> <tr><td>Clinique Saint-Exupéry</td></tr> <tr><td>Clinique Aufréry</td></tr> <tr><td>Clinique Médipôle Garonne</td></tr> <tr><td>Clinique Monié</td></tr> <tr><td>Clinique de Gascogne</td></tr> <tr><td>Clinique du Château de Vernhes</td></tr> <tr><td>Clinique des Pyrénées</td></tr> <tr><td>Clinique de Montberon</td></tr> </table>	Clinique des Minimés	Clinique Rive Gauche	Clinique Saint-Exupéry	Clinique Aufréry	Clinique Médipôle Garonne	Clinique Monié	Clinique de Gascogne	Clinique du Château de Vernhes	Clinique des Pyrénées	Clinique de Montberon	Dr Alain Delbos Président de Clinavenir <a href="mailto:v.nunes@clinavenir.fr">v.nunes@clinavenir.fr</a> 07 64 35 54 00
Clinique des Minimés												
Clinique Rive Gauche												
Clinique Saint-Exupéry												
Clinique Aufréry												
Clinique Médipôle Garonne												
Clinique Monié												
Clinique de Gascogne												
Clinique du Château de Vernhes												
Clinique des Pyrénées												
Clinique de Montberon												

## Annexe 2. Catégories d'expérimentations

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

Modalités de financement innovant ( <a href="#">Art. R. 162-50-1 – I-1°</a> )	Cocher	Si oui, préciser
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	X	<b>Forfait global ajusté sur les comorbidités du patient</b>
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins		
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 projets d'expérimentation d'expérimentations	X	<b>Bonus pondéré en fonction de critères de performance</b>
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	X	<b>Forfait collectif et bonus à redistribuer entre acteurs</b>

Modalités d'organisation innovante ( <a href="#">Art. R. 162-50-1 – I-2°</a> )	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>Participation pluriprofessionnelle au parcours de soins et partage des activités en fonction des compétences</b>
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social		
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	X	<b>Outil numérique de suivi et de coordination du parcours</b>

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé ( <a href="#">Art. R. 162-50-1 – II°</a> ) <sup>20</sup> :	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		
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.		

<sup>20</sup> 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)