

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 21 avril 2023 modifiant l'arrêté du 17 janvier 2022 relatif à l'expérimentation « Inspir'Action »

NOR : SPRH2310397A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14 et suivants ;
Vu l'arrêté du 24 janvier 2023 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2023 ;

Vu l'arrêté du 17 janvier 2022 relatif à l'expérimentation « Inspir'Action » ;

Vu le cahier des charges modifié sur le projet « Inspir'Action » ;

Vu l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 28 mars 2023,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – L'annexe de l'arrêté du 17 janvier 2022 relatif à l'expérimentation « Inspir'Action » est remplacée par l'annexe du présent arrêté.

Art. 2. – Le directeur de la sécurité sociale et la directrice générale de l'offre de soins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 21 avril 2023.

*Le ministre de la santé
et de la prévention,*

Pour le ministre et par délégation :

*La sous-directrice
de la régulation de l'offre de soins,
A. HEGOBURU*

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*

Pour le ministre et par délégation :

*La cheffe de service,
adjoite au directeur de la sécurité sociale,*

D. CHAMPETIER

Nota. – Le cahier des charges cité à l'article 1^{er} ci-dessus sera publié et disponible sur le site internet du ministère de la santé et de la prévention.



PROJET D'EXPERIMENTATION D'INNOVATION EN SANTE – CAHIER DES CHARGES

Parcours de soins innovants de réadaptation dans la
bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Projet Inspir'Action



FHP
SSR

SYNDICAT DES SOINS DE SUITE
ET DE RÉADAPTATION



Parcours de soins innovants de réadaptation dans la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

NOM DU PORTEUR : Fédération de l'Hospitalisation Privée – Soins de Suite et Réadaptation (FHP-SSR)

PERSONNES CONTACT : M. Eric NOEL (06.79.02.08.90 ; enoel@fhp-ssr.fr),
Mme Catherine MIFFRE (06.11.56.85.36 ; catherine.miffre@korian.fr)

Résumé du projet

L'objectif de ce projet est de mettre en œuvre des parcours innovants de réadaptation respiratoire proposant un accompagnement modulable, coordonné et partagé pour répondre aux besoins spécifiques de chaque malade atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

L'innovation de ce modèle repose sur la volonté :

- de répondre d'une façon rationnelle à la diversité des profils des patients atteints de BPCO,
- de proposer un parcours de réadaptation d'intensité adaptée à l'évolution des capacités du malade,
- de s'inscrire dans une démarche d'autogestion collaborative de la maladie, favorisant ainsi, tout au long du parcours, la recherche d'une adhésion réelle du patient vers un changement durable de comportement l'amenant vers une amélioration significative de sa qualité de vie.

Cette nouvelle offre contribue à l'amélioration du parcours de soins en permettant d'intégrer le malade chronique plus précocement dans une démarche volontaire de réadaptation respiratoire initiée par le médecin adresseur et confortée par les interventions de l'équipe thérapeutique d'un SSR spécialisé dans la réadaptation respiratoire autour d'un projet personnalisé de soins.

Ce parcours coordonné par des professionnels du même territoire vise non seulement à éviter des ruptures prématurées de parcours, des ré-hospitalisations ou complications évitables y compris par un passage aux urgences hospitalières, mais vise également à évaluer un nouveau mode opératoire de parcours de réadaptation au long cours favorisant une amélioration durable de la qualité de vie du malade chronique.

Pour atteindre cet objectif, ce projet établira un continuum dans le parcours de réadaptation via un suivi régulier limité dans le temps favorisant ainsi l'adoption durable de nouveaux comportements chez les patients atteints de BPCO et finalement l'autonomie du malade chronique.

Pour cela, il a été construit un parcours innovant de réadaptation qui combinera une hospitalisation optionnelle en SSR à un suivi à distance obligatoire. L'originalité de ce parcours réside dans la mise en œuvre d'une solution de réadaptation respiratoire au long cours associant une phase d'amorçage proposant une forte intensité de réadaptation, une phase de maintien à distance des bénéfices acquis d'intensité variable sur 6 mois et enfin une phase d'autonomie à distance sur 12 mois.

La diversité de modèles proposée en phase d'amorçage suivis d'étapes à distance modulables permet de répondre aux problématiques multiples des patients BPCO présentant des facteurs de risque importants qui ne bénéficient pas à ce jour de suffisamment de solutions alternatives adaptées.

La réussite de ce parcours est liée à la déclinaison d'offres sous différentes modalités avec une orientation adaptée à la complexité de la pathologie, à la motivation du patient ainsi qu'aux caractéristiques psycho-socio-professionnelles de ce dernier.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	
Régional	
National	X

CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :

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

DATE DES VERSIONS :

08/03/2023

Numéro dossier
2959925



Table des matières

1.	Le porteur du projet	4
2.	Contexte et Constats	4
2.1.	<i>La Réadaptation respiratoire (RR) : une réponse reconnue par les autorités scientifiques et sanitaires</i>	5
2.2.	<i>La nécessité de faire évoluer les modalités de mise en oeuvre de la RR</i>	6
2.3.	<i>Un contexte favorable au changement</i>	7
3.	Les objectifs du projet	7
4.	Description du projet.....	13
4.1.	<i>Profil de la patientèle</i>	14
4.2.	<i>L'adressage concerté</i>	15
4.3.	<i>La cohorte visée</i>	17
4.4.	<i>Le parcours</i>	18
4.5.	<i>Les outils numériques</i>	26
4.6.	<i>Effectifs concernés dans la mise en oeuvre de l'expérimentation</i>	30
4.7.	<i>Durée de l'expérimentation</i>	30
4.8.	<i>Gouvernance et suivi de la mise en oeuvre</i>	31
5.	Présentation des partenaires impliqués dans la mise en oeuvre de l'expérimentation	33
5.1.	<i>Professionnels de santé libéraux</i>	33
5.2.	<i>Maisons de santé et Communautés professionnelles territoriales de santé</i>	34
5.3.	<i>Associations de patients</i>	34
5.4.	<i>Entourage du patient</i>	34
5.5.	<i>Embarquer les partenaires et les parties prenantes</i>	34
6.	Terrain d'expérimentation	35
7.	Modèle de financement	36
7.1.	<i>Financement dérogatoire</i>	37
7.2.	<i>Financement droit commun</i>	43
7.3.	<i>Synthèse des coûts de fonctionnement opérationnel</i>	44
7.4.	<i>Calcul des économies de santé</i>	44
7.5.	<i>Calcul des frais d'ingénierie</i>	46
7.6.	<i>Synthèse du besoin de financement Art.51</i>	48
7.7.	<i>Montage administratif et financier du projet</i>	49
8.	Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées	49
9.	Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation	50
10.	Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel.....	51
11.	Liens d'intérêt.....	51
12.	Annexes	52



1. LE PORTEUR DU PROJET

Ce programme est construit par la FHP-SSR (Fédération de l'Hospitalisation Privée Soins de Suite et de Réadaptation). Ce syndicat professionnel rassemble les établissements privés de Soins de Suite et Réadaptation ; il regroupe 460 établissements employant 25 000 professionnels prenant en charge plus de 375 000 patients annuellement.

En tant que porteur de projet, la FHP-SSR a identifié, parmi ses adhérents, 10 établissements spécialisés en réadaptation respiratoire, répartis sur 6 régions souhaitant participer à la mise en place de cette expérimentation afin de valoriser l'activité des établissements SSR privés au travers :

- De la médecine de réadaptation,
- De l'expertise dans la prise en charge des maladies chroniques,
- De la capacité d'innovation,
- Du partenariat « SSR + médecine de ville +associations de patients ».

Les 10 établissements partenaires de cette expérimentation sont autorisés à la mention « Affections respiratoires » pour les modalités de prise en charge en hospitalisation complète et hospitalisation de jour.

Groupe	Etablissement	Dpt	Région
ELSAN	Clinique de Saint Orens	31	OCCITANIE
INICEA	Clinique du souffle La Solane	66	OCCITANIE
INICEA	Clinique du souffle La Vallonie	34	OCCITANIE
INICEA	Les Trois Tours	13	PACA
INICEA	Centre Souffle Le Pontet	01	AURA
LNA SANTE	Le Clos Champirol	42	AURA
ORPEA	Clinique Pierre de Soleil	74	AURA
LNA SANTE	Institut Médical de Sologne	41	CENTRE VAL DE LOIRE
LNA SANTE	Institut de Réadaptation d'Achères	78	IDF
	Clinique de la Mitterie	59	NORD

2. CONTEXTE ET CONSTATS

Les maladies chroniques sont définies selon l'Organisation Mondiale de la Santé comme des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Il convient de distinguer les maladies chroniques transmissibles (ex : VIH) des maladies chroniques non transmissibles (ex : maladies cardiovasculaires), ces dernières étant reconnues comme la première cause de mortalité dans le monde et représentant à elles seules plus de 60% des décès annuels. A la vue de ces chiffres alarmants et de leur caractère évitable, la 68^{ème} assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies (ONU) a introduit en 2014 auprès des états la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles comme question de justice sociale pour les nouvelles générations.

Les maladies chroniques non transmissibles sont principalement causées par 4 facteurs de risques que sont le tabac, le manque d'activité physique, l'abus d'alcool et une alimentation malsaine. Bien que généralement incurable, il est possible de freiner leur évolution en réduisant l'exposition à ces facteurs via des changements de comportement durables.



Parmi elles, la BPCO est une maladie respiratoire chronique en forte évolution encore mal diagnostiquée et donc mal traitée. Plusieurs études menées sur le territoire français témoignent du poids économique et médical de la BPCO. La prévalence de la BPCO est estimée à environ 7,5 % de la population adulte (Roche et al. 2008¹). Les coûts de santé associés sont considérables, puisque la BPCO représente chaque année 800 000 journées d'hospitalisations et 3,5 milliards de dépenses (Detournay et al. 2004)². Bien que probablement sous-estimée, la mortalité liée à la BPCO en France est conséquente, avec des taux bruts de mortalité à 18/100 000, soit 12000 décès annuel³. La principale complication de la BPCO est l'exacerbation, qui peut se définir comme une aggravation des symptômes respiratoires souvent d'origine infectieuse. Elle constitue le principal poste de dépenses dans la BPCO, pouvant représenter jusqu'à 57% du coût direct total de la prise en charge d'un patient (Miravittles et al. 2003)⁴.

2.1. LA READAPTATION RESPIRATOIRE (RR) : UNE REPOSE RECONNUE PAR LES AUTORITES SCIENTIFIQUES ET SANITAIRES

A ce jour, la réadaptation respiratoire (RR) est considérée comme le traitement de référence pour la BPCO tous stades confondus (stade modéré, sévère et très sévère). En effet, elle est reconnue grade A par la haute autorité de santé ainsi que par les sociétés savantes françaises et internationales (Guide HAS BPCO ; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease ; BTS 2013)^{5 6 7} pour :

- Améliorer la capacité d'exercice, l'état de santé, la qualité de vie et la guérison après hospitalisation pour exacerbation,
- Diminuer la dyspnée, l'anxiété et la dépression liées à la maladie et le nombre d'hospitalisations et le nombre de jours à l'hôpital.

Elle est également considérée comme le principal traitement pour :

- Diminuer le nombre de réadmissions et le nombre de consultations en urgence (COPD 2012)⁸
- Améliorer la survie (grade B) ;
- Diminuer les coûts de santé (Spruit MA et al. 2013)⁹

La réadaptation respiratoire est définie comme « une intervention globale et individualisée, reposant sur une évaluation approfondie du patient, incluant, sans y être limitée, le réentraînement à l'effort, l'éducation, les changements de comportement visant à améliorer la santé globale, physique et psychologique des personnes atteintes de maladie respiratoire chronique et à promouvoir leur adhésion à long terme à des comportements adaptés à leur état de santé. »

Les objectifs de la réadaptation respiratoire sont :

- L'augmentation de la capacité fonctionnelle d'effort du patient ;
- Le développement de changements de comportement nécessaires à une amélioration de sa santé ;
- L'adhésion à long terme à ces comportements.

La réadaptation respiratoire **s'appuie sur deux composantes principales** : le réentraînement à l'exercice avec la reprise d'activités physiques adaptées et l'éducation thérapeutique (ETP) auxquels sont associés le sevrage tabagique, le bilan et suivi nutritionnels et la prise en charge psycho-sociale.

Le réentraînement à l'exercice (intégrant entre autre, le réentraînement des membres inférieurs associé à des exercices d'endurance et de force, et le réentraînement des membres supérieurs et des muscles respiratoires inspiratoires) est individualisé et doit répondre aux besoins de chaque patient.



L'éducation thérapeutique doit répondre aux besoins spécifiques de chaque patient identifié par le diagnostic éducatif. Elle a pour objectif de permettre au patient de mieux vivre avec sa maladie par l'acquisition durable de changements de comportement, et ainsi d'améliorer son état de santé et sa qualité de vie. Elle vise à faire acquérir au patient (en lien avec son entourage) des compétences lui permettant de gérer sa BPCO, de réaliser lui-même les gestes liés aux soins, de prévenir les complications évitables et de s'adapter à sa situation. De plus, dans le cadre de la réhabilitation respiratoire, elle doit conduire à l'autogestion pour amener le patient à des comportements différents : il se pose des questions et y apporte lui-même les réponses. Elle doit être pratique, le thérapeute apportant au patient des buts concrets et réalisables.

2.2. LA NECESSITE DE FAIRE EVOLUER LES MODALITES DE MISE EN OEUVRE DE LA RR

D'un point de vue pratique, le format de la réadaptation respiratoire en France, est assez standardisé. Il est à 90% réalisé en SSR en hospitalisation complète pendant une durée de 4 à 6 semaines. Malgré un coût relativement élevé des programmes de réadaptation, les évaluations économiques ont montré que la diminution de la consommation de soins qui en résultait (notamment via une réduction des exacerbations), compensait le coût relatif à leur mise en place (Griffith et al. Thorax 2001 ; Golmohammadi et al. Lung, 2004 ; Katajisto et al. Int J of COPD, 2017)^{10, 11, 12}. Toutefois, même si les bénéfices sur l'état de santé des participants sont indéniables, force est de constater que dans leurs formats actuels, les programmes de RR sont loin d'être optimaux. En effet, **les effets obtenus au cours des séjours, ne sont pas maintenus à long terme**. Dans ce contexte, la mise en place de séjour itératif devient la seule alternative (Foglio et al. 2007)¹³. En effet, ce type d'intervention de courte durée et proposée sans continuité dans les soins ne permet pas d'assurer des changements de comportements durables considérés pourtant indispensables pour maintenir un bon état de santé. Ainsi, plus de 80% des patients atteints de BPCO ayant participé à un programme de réadaptation respiratoire demeurent insuffisamment actifs à l'issue du programme (Soicher et al. 2012 ; Saunders et al. 2015)^{14, 15}.

Par ailleurs, **l'accès à la réadaptation respiratoire reste très limité**, puisque seulement 10% des patients éligibles en bénéficient chaque année en France (Jebrak et al. 2010)¹⁶. Parmi les raisons expliquant cette faible participation, des difficultés d'ordre environnemental et social sont régulièrement évoquées. Des problématiques organisationnelles (éloignement de la famille, gestion de l'activité professionnelle sur des durées de séjour de 4 semaines), l'absence de structure/format adapté à disposition ou encore des problématiques de transport sont les plus rapportées (Rochester et al. ERJ Open Research, 2018)¹⁷.

Outre la problématique d'accès à la réadaptation respiratoire, les patients atteints de BPCO souffrent plus largement **d'un manque de suivi et d'un accès aux soins non conforme avec les recommandations** de la HAS¹⁸. Par exemple, alors que la HAS recommande que le patient soit régulièrement réévalué (au moins une fois par an) et qu'un suivi à long terme soit coordonné par un pneumologue, seuls 38% des patients BPCO consultent un spécialiste annuellement en France (Foo et al. 2016)¹⁹. À la suite d'une hospitalisation pour exacerbation, il est également montré que 33% des patients ne consultent pas leur médecin adresseur dans les 7 jours qui suivent leur sortie d'hôpital, que 71 % ne consultent pas leur pneumologue dans les 3 mois et que 49% et 72% des patients ne bénéficient pas de soins infirmiers et de kinésithérapie dans les deux mois²⁰. Dans ce contexte, de nombreux patients reçoivent des traitements inadaptés à leur état, avec des conséquences évidentes sur la gestion de la maladie. Ainsi, les bronchodilatateurs, traitement indispensable à la stabilisation de l'état respiratoire, ne sont pas prescrits chez 11 % des BPCO sévères (stades III et IV). De même, moins de la moitié des patients BPCO reçoivent une vaccination antigrippale (Foo et al. 2016) et près de 20% des patients ne reçoivent aucun traitement en lien avec la BPCO. Dans le même temps, les corticoïdes inhalés (CSI) sont prescrits chez 55,2 et 59,4 % des stades I et II (qui ne relèvent pas de ce traitement)²¹, et près d'un tiers des patients se retrouvent sous oxygénothérapie alors qu'ils ne répondent pas aux critères d'indication (Antadir 2018)²². Cet écart important avec les recommandations a des conséquences majeures sur l'évolution de l'état de santé des patients. A titre d'exemple, dans les 6 mois suivant une hospitalisation pour bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), 43% des patients sont réhospitalisés (18% pour pathologies respiratoires, 7% pour pathologies cardiaques et 18% pour toute autre cause)²³



Fort de ces constats, un collectif composé de 74 médecins, patients et experts a lancé en 2017 un appel pour une nouvelle organisation des soins pour une meilleure articulation entre la ville et l'hôpital²⁴. Plus précisément, le rapport pointe du doigt :

- Un système de soins inspiré de la prise en charge des maladies aiguës, et donc au format inadapté pour les maladies chroniques. En effet, **les malades chroniques nécessitent un accompagnement plus global intégrant toutes les répercussions de la maladie et adapté aux situations individuelles, professionnelles et territoriales de chaque individu.**
- Une coordination peu développée, mais indispensable, entre tous les professionnels : médecine de ville, hôpital, SSR et autres acteurs. En effet, **la coordination doit nécessairement passer par un groupe intégré de professionnels qui se connaissent, travaillent ensemble**, peuvent se joindre par téléphone, disposent d'un dossier médical partagé et se préoccupent à la fois de l'aval et de l'amont de leur activité.

2.3. UN CONTEXTE FAVORABLE AU CHANGEMENT

Depuis quelques années, nous avons pu mesurer une véritable prise de conscience des acteurs de la RR sur les limites rapportées précédemment. En effet, certains s'amusent à dire que la « RR dans son format actuel, est à bout de Souffle ». Il est évident qu'une meilleure coordination des soins et un suivi individualisé limiteraient ces situations ainsi que les surcoûts associés. A ce titre, de nombreuses expérimentations ont pu tester et évaluer les bénéfices associés à un accompagnement sur plusieurs mois ou années. Toutefois, faute de modèle économique associé, ces expérimentations restent aux stades d'études et les résultats positifs rapportés ne sont jamais transposés et généralisés à l'ensemble des patients (*ref Ries, Guell*)

Toutefois, la crise sanitaire en 2020, nous a tous contraints de nous réinventer et repenser nos organisations dans un contexte d'urgence. Et aujourd'hui, ce qui semblait compliqué, devient possible...Notamment la RR « hors les murs », est devenue une réalité.

Ainsi, la fermeture de l'HDJ en SSR a conduit les professionnels à proposer en urgence des soins à distance des malades pour réduire *les pertes de chances*. La réglementation portant sur le suivi des patients via la télé-médecine s'est donc étoffée et ses applications se sont multipliées. Ce développement en urgence a réellement fait évoluer les mentalités des malades et des professionnels de santé sur ces nouveaux modes de prises en charges et nécessite désormais une organisation robuste médico-économique.

3. LES OBJECTIFS DU PROJET

Le projet qui fait l'objet d'une description détaillée au chapitre 3, a pour objet la mise en place par des professionnels du territoire de santé, de parcours innovants de réadaptation respiratoire BPCO proposant une prise en charge globale avec un accompagnement modulable, coordonné et partagé pour répondre aux besoins spécifiques de chaque malade atteint de BPCO et qui **vise une amélioration durable de changements de comportements et de la qualité de vie du patient.**

L'objectif général de ce projet d'expérimentation est de mettre en place des parcours de réadaptation innovants proposant une prise en charge globale, adaptée et coordonnée pour tous les malades atteint de BPCO.



Ce parcours d'intensité thérapeutique modulable selon les besoins des patients et coordonné par un coordinateur de suivi bénéficiera de l'approche multidimensionnelle d'un programme de réadaptation respiratoire, prenant en compte les recommandations des sociétés savantes et de l'HAS.

Cet objectif principal du modèle présenté se décline en objectifs associés de nature différente qui peuvent être répertoriés de la façon suivante :

✓ **Objectifs cliniques :**

- **Un changement de comportement durable et mesurable**

Dans son format actuel, la réadaptation respiratoire impose des interventions relativement courtes, d'une durée généralement comprise entre 4 et 6 semaines. Or, le changement de comportement est un processus qui prend du temps et qui nécessite donc un accompagnement à long terme (*Prochaska et al. 1997*). De plus, les maladies chroniques alternent généralement des phases stables et des phases de dégradation ou récurrence. Elles nécessitent donc un traitement au long cours coordonné avec un renouvellement et un suivi permanent. L'expérimentation présentée ici a pour **vocation de travailler avec le patient dans le temps** et ainsi de viser une **modification durable des comportements**. En effet, le programme de suivi s'inscrit sur 18 mois, temps estimé nécessaire à l'adoption de comportements favorables pour le patient et nécessaire pour mesurer les bénéfices de la réadaptation (maintien/une amélioration de la qualité de vie, diminution de la fréquence des exacerbations et du recours aux urgences).

- **Une prise en compte de la diversité des malades BPCO**

Ce **projet s'adresse à tous les patients BPCO**, en proposant une offre de soins adaptable à tous les stades de la maladie chronique et surtout adaptée aux spécificités et à la diversité des malades (situation socio-professionnelle, personnelle, proximité d'un centre, motivation ...). Il représente donc une **alternative innovante et enrichie de l'offre de soins**.

Il touchera notamment une population beaucoup plus large que celle ciblée par le dispositif PRADO, réservé aux patients en post-exacerbation. De même, il **apportera une réponse aux limites de l'offre actuelle tout en répondant aux recommandations de la HAS (rapports de juin 2014 et décembre 2018) en incitant l'orientation vers l'hospitalisation de jour et la prise en charge à domicile**. En effet, la HAS recommande la mise en place d'une réadaptation respiratoire pour les patients BPCO à partir du stade II de la pathologie²⁵, à partir du moment où « le patient présente une dyspnée, une intolérance à l'exercice ou une diminution de ses activités quotidiennes malgré un traitement médicamenteux optimisé », ainsi qu'à la suite d'une hospitalisation pour exacerbation. La HAS complète sa recommandation en promouvant la réadaptation en ambulatoire ou au domicile du patient afin de faciliter l'accès à ce type de soins pour l'ensemble des patients éligibles. Cependant, aujourd'hui la majorité de l'offre de séjours de réadaptation respiratoire est réalisée en hospitalisation complète ce qui peut s'avérer contraignant pour les patients (éloignement du domicile et de la famille, crainte de l'hospitalisation, arrêt de travail incompatible avec une activité professionnelle. La densité faible des SSR spécialisés en réadaptation respiratoire sur le territoire réduit l'accessibilité aux soins et implique une perte de chance pour ces patients.

Le parcours de soins proposé dans cette expérimentation permettra donc de rendre cette réadaptation plus accessible et mieux adaptée aux contraintes des patients en diversifiant les modalités de séjours (séjour HC plus courts, HDJ ou télé-réadaptation à domicile).

- **Une gradation des parcours pour répondre aux besoins évolutifs de chaque malade**



Au-delà de répondre aux spécificités et à la diversité des profils de patient, les parcours proposés dans cette expérimentation **permettront d'ajuster dans le temps les contenus et l'intensité en fonction des besoins et capacités des patients**. En effet, les parcours seront d'intensité thérapeutique modulable afin d'éviter tous risques de décrochage et de maintenir les acquis. De plus, grâce au suivi régulier du coordinateur de soins (appelé coordinateur de suivi par convention dans ce cahier des charges), le patient pourra bénéficier d'une approche multidimensionnelle, alliant Education Thérapeutique du Patient (ETP), Activité Physique Adaptée (APA), soutien nutritionnel, psychologique et motivationnel, qui pourra être adaptée en fonction de l'évolution du patient.

✓ Objectifs organisationnels et sociaux

- Vers un renforcement de l'expertise du médecin adresseur

Le renforcement de l'expertise du médecin adresseur se fera par un accompagnement permanent de l'équipe thérapeutique du SSR tout au long du projet et notamment :

- A l'adressage : Pour lui permettre de sélectionner la modalité de prise en charge de la phase d'amorçage la plus adaptée : mise en place sur la plate-forme INU des indicateurs médicaux et facteurs psycho-sociaux renseignés par le médecin SSR, d'un arbre décisionnel d'adressage,
- A la fin de la phase amorçage intensif : pour orienter vers le suivi préconisé par le SSR à partir des évaluations réalisées à l'issue de la phase amorçage intensif du programme de réadaptation
- Tous les 6 mois : télé-expertise avec médecin SSR pour envisager l'évolution du programme
- Tout au cours du déroulé du programme de réadaptation : informations sur la plate-forme INU et possibilité de contacts avec coordinateur de suivi et/ou médecin SSR

- Une évolution de la collaboration interprofessionnelle pour une amélioration de l'implication des médecins de ville dans les parcours

L'organisation adossée à ce projet (implication de coordinateurs de soins + utilisation d'outils numériques de suivi) participera au décloisonnement et l'optimisation des soins. En effet, ce projet expérimental permettra de promouvoir la collaboration interprofessionnelle via différents moyens :

- **La télé-expertise**, employée au moment de l'élaboration du PPS entre médecin adresseur et médecin SSR ainsi que lors de la réévaluation du suivi à domicile tous les 6 mois
- **Le déploiement de coordinateurs de suivi** suivant les patients et remontant toute alerte pertinente au médecin SSR, au médecin adresseur et plus généralement, via la plateforme de coordination, à l'ensemble de l'équipe médicale du patient
- **L'utilisation d'une plateforme web collaborative** permettant de partager les informations sur un patient et de communiquer de manière sécurisée entre professionnels de santé

De plus, dès la phase d'adressage et tout au long du programme de réadaptation respiratoire, les professionnels de ville seront en contact avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire selon le besoin. De même, le coordinateur de suivi en contact régulier avec les patients, produira des synthèses permettant l'évaluation des actions menées pour chaque malade par chaque intervenant. L'enjeu étant de limiter le temps passé des médecins sur des tâches à faible valeur ajoutée, d'augmenter leur niveau d'informations ainsi que leur capacité de décision et de diagnostic afin de renforcer l'efficacité de leurs prescriptions.



- La création de nouveaux métiers

La réorganisation des soins passe par la diversification de l'exercice des thérapeutes et débouche sur le développement des compétences vers un haut niveau de maîtrise. Ainsi, on assiste à la création des pratiques avancées initialement des Infirmiers pour être déployées sur les autres professions. La création de « care manager » ou coordinateur de suivi représente également des opportunités de promotion pour les professionnels et d'évolution vers des missions transversales.

Au-delà, l'initiation de la population vers de nouveaux comportements peut favoriser l'émergence dans le domaine sanitaire de métiers exerçant dans le secteur du handicap ou de l'éducatif, créant ainsi des passerelles intéressantes entre secteurs.

- Un modèle représentatif avec un fort potentiel de généralisation

Le projet est porté par une fédération d'établissements représentatifs du dispositif sanitaire en soins médicaux de réadaptation. Ce qui est un symbole fort de la volonté de la profession de s'impliquer dans la mise en œuvre d'un nouveau paradigme organisationnel et tarifaire autour de la prise en charge des maladies chroniques.

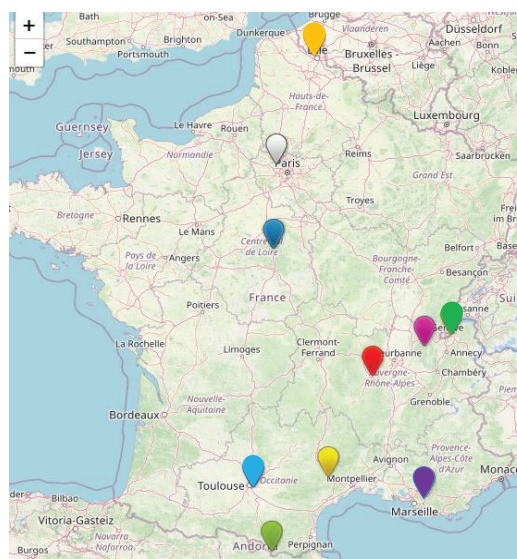
Il est prévu **d'intégrer 500 patients à l'expérimentation**, une cohorte importante et représentative pour une étude à l'échelle nationale.

La robustesse du projet repose sur le fait que les patients proviendront de 6 régions différentes, permettant d'avoir une cohorte représentative du territoire national avec une représentation des différentes catégories socio-professionnelles.

De plus, les 10 SSR présentent des caractéristiques très diverses passant par des établissements mono-activité bénéficiant d'une activité dense de réadaptation respiratoire à des établissements multi-activités qui développent dans un même lieu des programmes de réadaptation spécifiques à chaque discipline traitée. Cette diversité est un reflet réaliste du dispositif SSR français.

Répartition des établissements expérimentateurs sur la France :

	Clinique de Saint-Orens (ELSAN)
	Clinique du souffle La Solane (INICEA)
	Clinique du Souffle La Vallonie (INICEA)
	Les Trois Tours (INICEA)
	Clinique du Souffle Le Pontet (INICEA)
	Le Clos Champirol (LNA)
	Clinique Pierre de Soleil (ORPEA)
	Institut Médical de Sologne (LNA)
	Institut de Réadaptation d'Archères (LNA)
	Clinique La Mitterrie



10



✓ **Objectifs économiques :**

- **Un modèle économique simple et reproductible**

Le modèle décrit au chapitre 3 s'appuie sur

- **Un forfait socle suivi à distance** par 100 % des malades pendant une durée maximum de 18 mois renouvelable tous les 6 mois.
- Et **un forfait de suivi renforcé à distance** applicable sur une durée de 6 mois renouvelable sur les 18 mois pouvant bénéficier à 35 % des malades en moyenne sur la durée de l'expérimentation
- **Un forfait télé-réadaptation** qui couvre la prise en charge en télé-réadaptation des malades orientés vers cette solution novatrice de la mise en place d'un programme de réadaptation uniquement à distance qui concernera 30% de la cohorte à savoir 150 malades.

Chacune des phases fait l'objet d'une description détaillée dans le cahier des charges.

Cette méthode permet une simplification des process de facturation et peut être facilement étendue.

- **Un positionnement renforcé plus visible auprès de la médecine du premier recours et ouvert à une population à ce jour « oubliée »**

Le parcours de soins proposé dans cette expérimentation vise à rendre cette réadaptation plus accessible et mieux adaptée aux contraintes des patients en diversifiant les modalités de séjours (séjour HC plus courts, HDJ ou télé-réadaptation à domicile), faisant écho aux recommandations des sociétés savantes internationales de pneumologie.⁷ Au vu de la faible prescription de la réadaptation et des raisons énoncées, le nouveau parcours permettrait d'augmenter considérablement le nombre de patients susceptibles de bénéficier d'un programme de réadaptation respiratoire.

Le protocole proposé dans le cadre de cette expérimentation permet d'apporter une réponse aux limites de l'offre actuelle tout en répondant aux recommandations de la HAS (rapports de juin 2014 et décembre 2018). Nous proposons en effet de privilégier l'HDJ pour les patients, dès que nous aurons pu nous assurer que cela ne constituera pas une perte de chance pour lui et/ou que l'hospitalisation complète ne représente pas pour lui une option plus pertinente. Cette expérimentation ira même plus loin en proposant **une alternative à l'hospitalisation** moins coûteuse à travers la **télé-réadaptation totale ou partielle**.

Au total le programme prévoit d'orienter **45% des malades vers une prise en charge ambulatoire** pour les patients les moins complexes. Les autres patients resteront sur une proposition de réadaptation initiale en hospitalisation complète avec des DMS réduites en résidentiel du fait de la continuité du programme à distance.

- **Baisse des hospitalisations en court séjour et gain en année de vie**

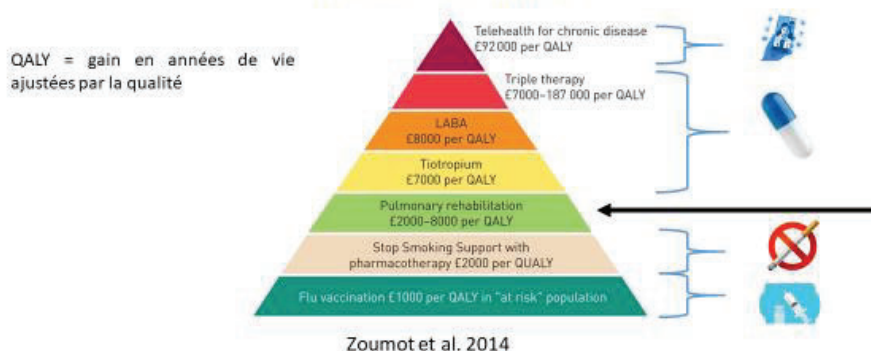
L'hypothèse de Cockram et al. 2006 démontre qu'il est possible de diviser par un facteur 7 les admissions des hospitalisations à la suite d'un programme de réadaptation pour les patients BPCO.



S'agissant du rapport coût/bénéfice examiné via le score QALY (gain année de vie ajusté par la qualité de vie), il est indéniable que la réadaptation respiratoire est un des traitements le plus efficace bien avant les traitements médicamenteux.

Introduction – Méthode

La réhabilitation respiratoire : Une intervention efficace au rapport coût bénéfice indéniable dans le traitement de la BPCO



- Baisse significative de la durée moyenne de séjour prévue en droit commun en SSR :

Le caractère novateur du projet s'appuie sur un **programme de réadaptation respiratoire dégressif en intensité** associant une phase d'amorçage intensive en présentiel ou en distanciel avec un suivi à distance au long cours.

La malade acquiert, ainsi, pendant la phase d'amorçage intensive, des capacités qu'il doit optimiser pendant toute la phase d'acquisition maîtrisée via un suivi à distance adapté à son besoin en temps réel en faisant appel aux différentes composantes thérapeutiques de la réadaptation respiratoire (cf description chap 1)

En contrepartie de la création du suivi à distance au long cours, il est envisagé la diminution de la durée moyenne de séjours des hospitalisations complètes d'un minimum de 2 semaines à 4 semaines et de la baisse des séances en hospitalisation à temps partiel variable selon l'état de santé du malade.

✓ Augmenter la pertinence du recours aux traitements médicamenteux et aux dispositifs médicaux

Pour les patients atteints de BPCO, la prise en charge médicale au cours de la réadaptation aura également pour but d'adapter la consommation de soins, notamment en réduisant le recours à certaines thérapies telles que l'oxygénothérapie. En effet les prescriptions en oxygénothérapie à long terme sont parfois maintenues alors que les patients ne répondent plus aux critères de prescription. D'après *Pavlov et al., 2018*²⁶, environ 21% des patients se voient remettre une prescription non-ajustée aux critères. Pour ces patients, une réduction des soins non-pertinents est réalisable par un suivi régulier et une évaluation en SSR. Cela permettrait en outre de réaliser une économie de coûts liée aux erreurs de maintien des prescriptions non pertinentes.



4. DESCRIPTION DU PROJET

Ce projet s'inscrit dans un parcours défini :

Le patient est inclus dans le dispositif par l'intermédiaire de son médecin généraliste ou spécialiste qui l'adresse vers la structure de Soins de Suite et de Réadaptation. C'est la phase d'adressage concerté qui démarre le parcours innovant proposé. En effet, cette phase permet le lien entre le médecin de ville et l'équipe spécialisée du SSR et constitue le lien interprofessionnel et intersectoriel nécessaire dans le suivi des malades chroniques. Pour ce faire, il a été créé un module d'adressage qui permet de guider le médecin adresseur dans son évaluation des capacités du malade à intégrer le mode d'entrée le plus adapté.

Dès l'entrée dans le dispositif, le patient bénéficie d'une offre de soins diversifiée. En effet, ce projet repose sur un **innovation organisationnelle de prise en charge** avec 2 phases associées d'intensité modulable :

- **Phase « d'amorçage intensif »** (d'une durée variable selon les modes d'admission) avec une offre de réadaptation d'amorçage adaptable en fonction des besoins et des capacités du patient (stade de la pathologie, fragilité, distance entre domicile et SSR, possibilité de connexion aux outils numériques...). L'expérimentation propose, parmi la diversité de l'offre de réadaptation d'amorçage au sein du SSR, une prise en charge à distance, pour les patients les plus autonomes, organisée et coordonnée par le SSR. La diversification de l'offre d'amorçage selon 4 parcours différents permet à tous les patients d'accéder à une offre adaptée, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent où bien souvent le SSR était identifié comme la seule mission d'hospitalisation à temps complet ou partielle réservée à des malades présentant des stades avancés de la maladie.

4 parcours d'amorçage sont proposés :

- Hospitalisation sur 3 semaines,
- Hospitalisation sur 2 semaines,
- HDJ sur 18 venues
- Télé-réadaptation à distance sur 18 séances

- **Phase « d'acquisition maîtrisée »** (18 mois) : uniquement à distance

Cette phase démarre par une période de 6 mois consacrée au **maintien** des bénéfices acquis lors de la phase d'amorçage pour entretenir le malade chronique dans une dynamique active de recherche d'autonomie.

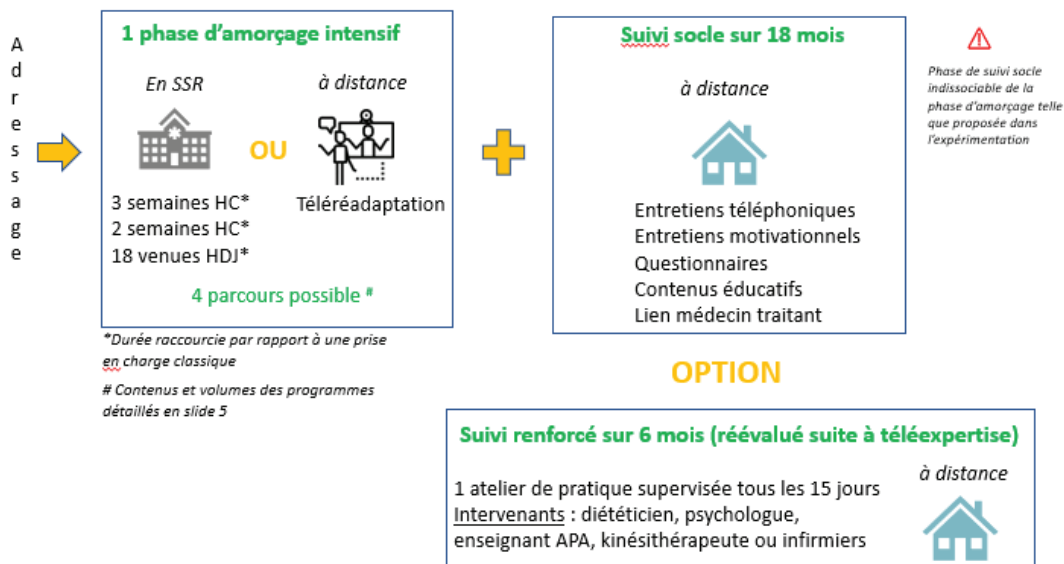
Puis elle se poursuit sur 12 mois avec un objectif d'atteinte d'**autonomie**. Cette dernière étape doit permettre au malade chronique et à son entourage d'adapter d'une manière durable son comportement dans les actes de la vie journalière et de confirmer l'amélioration de sa qualité de vie.

Pour y parvenir, certains patients auront besoin d'un accompagnement plus important. Pour ceux-là, il est prévu un suivi renforcé basé sur des ateliers supervisés réguliers avec des professionnels de santé mobilisés selon les besoins.

Pendant toute la phase d'acquisition maîtrisée, une palette d'outils distanciels, utilisée avec une diversité et une intensité adaptée aux besoins de chaque patient, sera à disposition d'un coordinateur de suivi dédié et de l'équipe pluridisciplinaire SSR pour atteindre les objectifs d'autonomisation du patient.



Représentation synthétique du dispositif :



Suivi renforcé sur 6 mois (réévalué suite à téléexpertise)

à distance

1 atelier de pratique supervisée tous les 15 jours
Intervenants : diététicien, psychologue,
enseignant APA, kinésithérapeute ou infirmiers

4.1. PROFIL DE LA PATIENTELE

Les critères d'inclusion sont volontairement très larges permettant ainsi de toucher une patientèle BPCO qui, historiquement, ne bénéficiait pas de réadaptation respiratoire et pourtant totalement éligible (cf recommandations sociétés savantes et HAS).

Critères d'inclusion	
BPCO	<p>Tous patients BPCO Intolérance à l'effort, Et/ou dyspnée (MMRC ≥ 1), Et présentant un handicap d'origine respiratoire : réduction des activités sociales (personnelles ou professionnelles) en rapport avec l'altération de l'état de santé Et/ou exacerbation récente (<4 semaines) Capacité du patient ou de l'aidant/proche à utiliser les outils numériques</p>
Critères d'exclusion	
BPCO	<p>Patients/aidants non équipés ou en incapacité cognitive d'utiliser l'outil numérique Contre-indications à la réadaptation respiratoire Refus du patient</p>



4.2. L'ADRESSAGE CONCERTÉ

L'adressage des patients vers le programme d'expérimentation se fera selon des caractéristiques cliniques et sociales par le prescripteur.

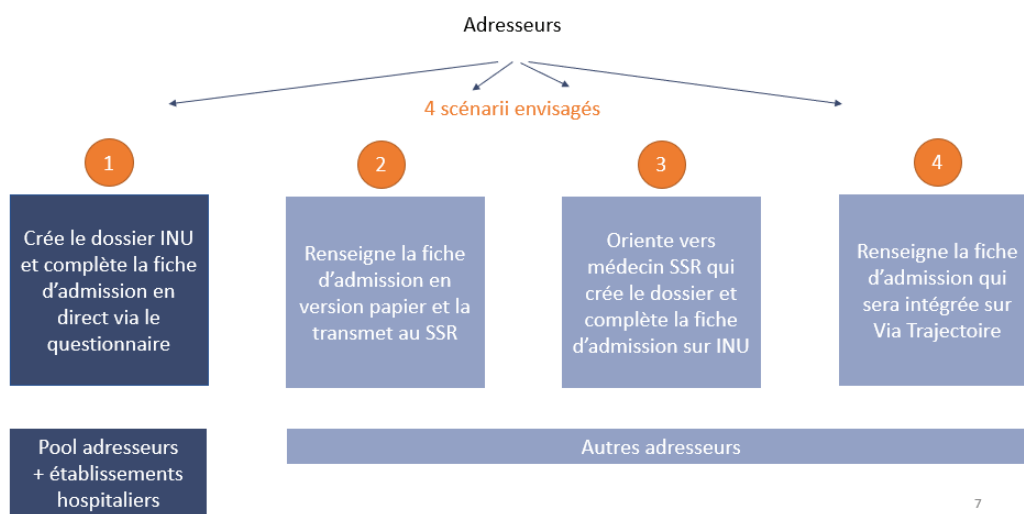
Le prescripteur sera le **médecin adresseur** (qu'il s'agisse d'un **médecin généraliste** ou d'un **pneumologue**) ou l'établissement MCO.

Il aura été sensibilisé à l'existence de l'expérimentation et sensibilisé aux modalités d'inclusion dans le dispositif par le médecin SSR de l'établissement expérimentateur pendant la phase préparatoire du projet.

A cette étape d'adressage, le médecin adresseur transmettra l'ensemble des informations relatives au patient, au médecin du SSR qui sera en charge de définir le Plan Personnalisé de Soins (PPS). L'adressage du patient peut se faire depuis la ville (médecin traitant ou spécialiste de ville) ou depuis les structures hospitalières (services de médecine, chirurgie, urgences, SSR, HAD ...).

Afin de faciliter l'évaluation du patient et la transmission des données au SSR, une « plateforme d'adressage » sera mise en place. Grâce à cet outil, le médecin adresseur sera guidé et renseignera les différents indicateurs médicaux et facteurs psycho-sociaux relatifs au patient qui seront complétés par la suite par le médecin du SSR lors du bilan initial.

Dans un souci d'adaptation aux contraintes des adresseurs, 4 scénarios de transmission des informations ont été déterminés :



L'ensemble de ces indicateurs permettra au praticien du SSR de sélectionner la modalité de prise en charge de la phase d'amorçage la plus adaptée au profil du patient.

Sur la base des éléments transmis par le médecin adresseur, un bilan initial réalisé par le centre SSR pourra venir compléter les renseignements lorsque certaines informations ne seront pas connues.



Le patient sera orienté vers une des modalités suivantes, la plus adaptée à sa situation médico-psycho-sociale, et variables selon le niveau de motivation du patient et le niveau de sévérité de la maladie. Les modalités proposées aux patients sont les suivantes :

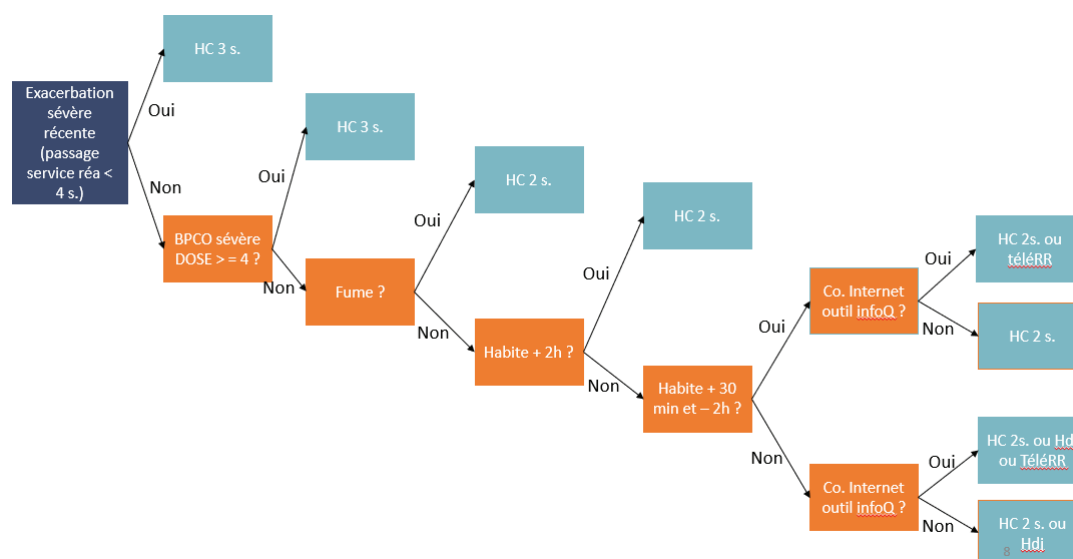
- **Hospitalisation complète de 3 semaines (HC 3S)**
- **Hospitalisation complète de 2 semaines (HC 2S)**
- **Hospitalisation de jour (HDJ)**
- **Télé-réadaptation (SSR à distance)**

Ainsi, un « profilage » du patient permettra de l'orienter vers le parcours le plus favorable pour lui. Un arbre décisionnel construit par l'équipe médicale du projet servira de référence pour la décision d'orientation. Chaque établissement utilisera ce même outil d'orientation comme outil d'aide à la décision pour l'orientation des patients vers la phase d'amorçage.

Les patients dits « complexes », avec une exacerbation sévère récente et/ou un score Dose ≥ 4 , seront systématiquement orientés vers une hospitalisation de 3 semaines, tandis que les patients modérés à légers seront orientés vers un des 3 parcours en fonction de leur profil (médical, motivationnel, social, géographique...).

Dans le cas de figure où plusieurs modalités coexistent pour le même patient, le choix sera fait par ce dernier, en accord avec le médecin qui le prend en charge au sein de l'établissement SSR. Dans ce cas, les critères utilisés seront majoritairement l'accessibilité géographique du patient, sa capacité à être connecté à des outils numériques ainsi que sa motivation.

Arbre décisionnel d'orientation vers les différentes modalités de prise en charge en phase d'amorçage intensif :



Choix du Score DOSE

Le score DOSE sera utilisé comme indicateur de référence pour qualifier le degré de complexité du patient et l'orienter vers les différentes prises en charge proposées.

Selon la littérature le score DOSE (Dyspnée, Obstruction, Smoking status et fréquence d'Exacerbation) est un bon prédicteur de l'état de santé du BPCO ; il tient compte notamment du tabagisme du patient et de ses antécédents.

Il a été choisi pour sa simplicité de mise en œuvre,



La cotation DOSE est un score composite défini à partir de 4 données majeures de la sévérité fonctionnelle respiratoire et des symptômes associés à la BPCO, qui sont classiquement recueillis dans le cadre du suivi d'un patient BPCO : Dyspnée, Obstruction, Smoking status et fréquence d'Exacerbation. Ces 4 variables permettent de déterminer un niveau de sévérité qui se veut plus global et intégratif et donc plus simple et adapté dans le cadre de cette évaluation initiale pour l'orientation.

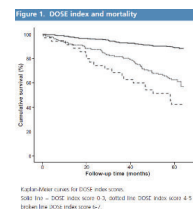
En effet, il permet à un médecin adresseur non équipé pour les tests fonctionnels (réalisation des tests à l'effort par exemple) de réaliser lui-même cette première évaluation. Il est donc plus adapté que le BODE en routine pour les médecins prescripteurs de ville et leur donne la possibilité de participer à l'évaluation initiale du patient. En effet, dans un contexte de sous-évaluation de la pathologie BPCO, il a semblé opportun de pouvoir élargir aux médecins traitants l'accès à des outils simples d'évaluation du malade

L'échelle HAS reprend individuellement chaque composante du score DOSE mais détermine autant de niveaux de sévérité que d'indicateurs. Le tableau ci-dessous montre la composition du DOSE et la correspondance avec la cotation HAS.

Le choix de ce score est donc motivé par :

- La notion de score composite et de vision intégrative (à noter que dans sa validation scientifique, ce score est associé au risque de mortalité des patients, ce qui en fait un facteur de pronostic intéressant)
- Le respect des dimensions préconisées par l'HAS
- Une réalisation par le médecin adresseur sans équipement particulier lui permettant d'évaluer plus efficacement le recours à la réadaptation respiratoire et participer activement à l'orientation dans le dispositif

	DOSE index point				Correspondance guide HAS
	0	1	2	3	
D MRC dyspnoea score scale	0-1	2	3	4	Echelle de dyspnée mMRC
O Obstruction FV1% predicted	>50%	30-49%	<30%		Sévérité de l'obstruction bronchique : VEMS
S Current smoking Status	Non-Smoker	Smoker			Statut tabagique
E Exacerbations / year	0-1	2-3	>3		Nombre exacerbations par an



4.3. LA COHORTE VISEE

Le nombre de patients à intégrer à l'expérimentation a été fixé à **500 au total**, soit une moyenne d'inclusion de 50 patients par établissement expérimentateur à répartir sur les 4 modalités de prise en charge.

La volumétrie a été estimée en se basant sur la capacité des établissements expérimentateurs à absorber une charge de travail complémentaire. Ces derniers ont notamment été sélectionnés en raison de leur dynamisme sur la prise en charge de la BPCO et/ou possèdent déjà une file active représentative.

Pour atteindre cet objectif, le médecin SSR (avec l'aide éventuellement du coordinateur de suivi) aura pour mission de contacter ses adresseurs pour leur présenter la démarche d'expérimentation/nouvelle offre du SSR et de leur communiquer les informations relatives à cette expérimentation.

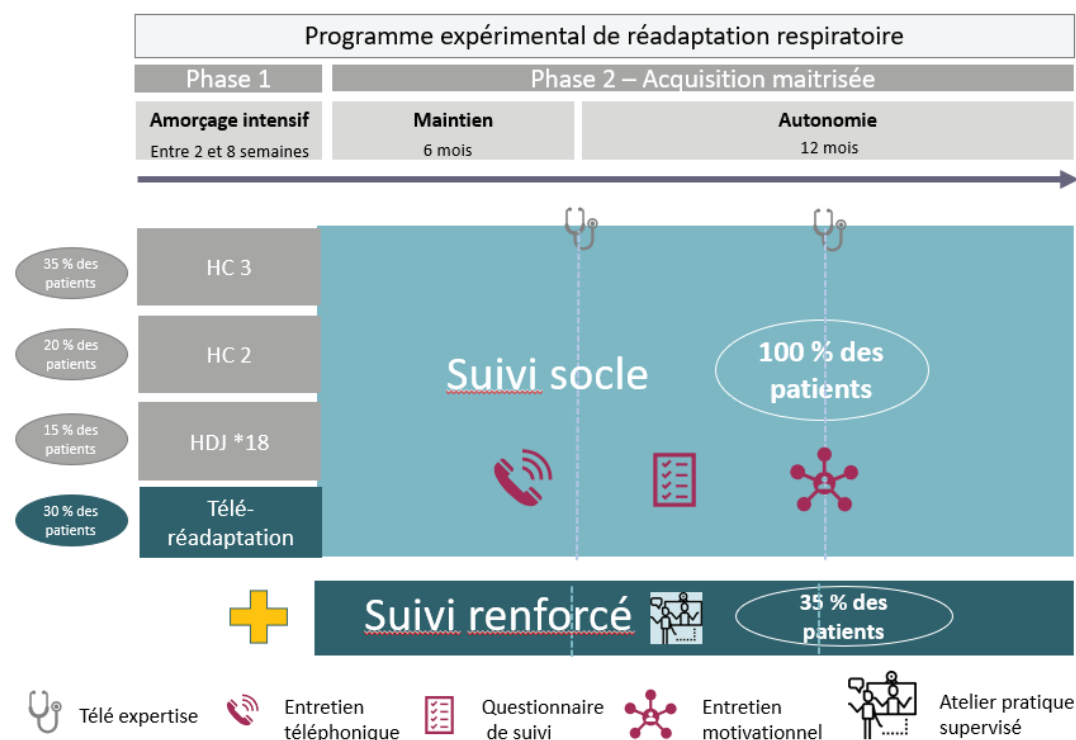
Toute une palette d'outils de communication sera alors déployée :

- **Flyer d'information** : Présentation des bénéfices, intérêts et finalités du projet, éléments pratico-pratiques, présentation de l'outil de suivi INU, rôle du CS, coordonnées du médecin SSR et du CS, lien vers la page internet
- **Page Internet dédiée** sur le site de chaque établissement : Présentation visuelle et finalité du projet, mention des critères d'exclusion, lien de téléchargement de la fiche d'admission, rôle et coordonnées du CS, modalités de connexion INU
- **Flyer de connexion INU** : Présentation INU, ses fonctionnalités, modalités de connexion et coordonnées du CS
- **Vidéo** : Présentation INU et modalités de connexion
- **Webinaires de lancement**



4.4. LE PARCOURS

Une fois les conditions d'éligibilité validées par le médecin adresseur et le médecin SSR, les patients repérés pourront intégrer le programme expérimental de réadaptation respiratoire que nous allons détailler dans les chapitres suivants :



4.4.1. PHASE 1 – Amorçage intensif

Suite à l'adressage, le patient démarre une phase d'amorçage intensif dans l'un des 4 parcours proposés par l'expérimentation :

- Hospitalisation complète SSR de 3 semaines (financement droit commun)
- Hospitalisation complète SSR de 2 semaines (financement droit commun)
- 18 venues d'hospitalisation de jour SSR (financement droit commun)
- 18 séances de 2 heures de télé-réadaptation à distance (financement dérogatoire Art 51)

Chacun d'eux propose une adaptation à l'offre de soins BPCO actuelle tout en respectant les recommandations en termes d'objectifs visés et de volumétrie pour prétendre aux bénéfices attendus et connus pour cette pathologie.

Quel que soit le parcours choisi, le patient se verra proposer :



➤ **Une Concertation pluridisciplinaire d'entrée :**

Préalable : Recueil et centralisation des différentes évaluations au sein de la plateforme INU par chaque professionnel concerné (questionnaire Qualité de vie, composition corporelle, EFX, TDM6, gazométrie de repos, état nutritionnel...)

Déroulé :

- Visite d'entrée avec le médecin SSR (durée 45')
- Sur la base des évaluations préalables et de la visite d'entrée : concertation pluridisciplinaire avec tous les thérapeutes pour fixation des objectifs thérapeutiques et sécuritaires de la phase d'amorçage intensif (durée 10 à 15' pour tous les professionnels concernés c'est-à-dire psychologue, IDE, kinésithérapeute, EAPA (Enseignant en Activité Physique Adaptée), diététicien (soit environ 12' x 5 durée 60')
- Restitution au patient par le médecin SSR des objectifs fixés et validation concertée (durée 15')

Pour les patients hospitalisés en SSR, cette concertation pluridisciplinaire se fait à J1 ou lors de la première venue en HDJ.

Pour les patients en télé-réadaptation, elle se fait en visioconférence avec le patient et l'équipe pluridisciplinaire ou en présentiel si nécessaire.

➤ **Un programme intensif de réadaptation**

Quelle que soit la modalité de prise en charge choisie, le processus de réadaptation s'adaptera aux caractéristiques du patient et à ses connaissances. Il sera réalisé sur place pour les patients hospitalisés et à distance pour les patients en télé-réadaptation grâce à des ateliers pratiques supervisés par les professionnels compétents.

Les patients en télé-réadaptation auront également des exercices à réaliser en autonomie. Leur efficacité sera vérifiée lors des sessions supervisées et l'assiduité du patient sera contrôlée.

Dans tous les cas, le processus de réadaptation sera constitué des éléments suivants, avec un nombre d'heures minimum à réaliser pour chaque objectif ou groupe d'objectifs thérapeutiques (*cf tableau en fin de paragraphe*) :

○ **Amélioration de la capacité fonctionnelle à l'effort**

L'objectif est de permettre au patient de retrouver des capacités physiques et respiratoires et de commencer à lui inculquer les bonnes pratiques à consolider pour la suite.

Il suivra un programme de réentraînement à l'effort par des exercices d'endurance, de renforcement musculaire, d'équilibre, de coordination, de motricité...

Intervenant principal : enseignant en activité physique adaptée

○ **Gestion de la maladie et des traitements**

Un programme d'éducation thérapeutique sera mis en œuvre pour permettre à l'ensemble des patients de changer son comportement de manière durable.

Intervenants principaux : IDE, psychologue, Médecin SSR.

○ **Suivi tabacologique** pour les patients fumeurs

Le sevrage tabagique est un des éléments principaux du traitement de la BPCO. En effet, comme mentionné dans le guide HAS, il permet de :

- Interrompre la progression de l'obstruction bronchique,



- Retarder l'apparition de l'insuffisance respiratoire,
- Prévenir et contrôler les symptômes,
- Réduire la fréquence et la sévérité des exacerbations,
- Améliorer la qualité de vie,
- Améliorer la tolérance à l'effort et à l'exercice.

D'un point de vue pratique, la prise en charge reposera sur une évaluation et un suivi continu et adapté.

Pendant la phase d'amorçage intensif, l'évaluation du tabagisme du patient et de l'entourage sera réalisée par le médecin traitant et par l'équipe SSR lors d'une consultation tabac systématique accompagnée par un professionnel formé aux risques liés au tabac à l'occasion du bilan initial d'entrée en phase d'amorçage intensif. Lors de cette phase intensive, le patient qui fume sera accompagné par une équipe pluridisciplinaire comprenant des tabacologues selon le protocole établi habituellement par la structure.

Des entretiens individuels personnalisés avec un professionnel formé aux risques liés au tabac seront mis en place, complétés par des ateliers collectifs sur des thèmes choisis tels que « l'impact de la fumée de cigarette », « arrêter de fumer sans grossir », « arrêter de fumer sans déprimer », « pratiquer une activité physique en sécurité », « maintenir l'arrêt dans la durée » ... Une prescription de traitements médicamenteux (dont les substituts nicotiniques) sera délivrée en fonction des besoins du patient.

Intervenant principal : tabacologue.

- **Gestion des troubles anxio-dépressifs** pour les patients fragiles psychologiquement

Intervenant principal : psychologue du SSR.

- **Amélioration de l'état nutritionnel** pour les patients nécessitant un soutien pour retrouver une alimentation équilibrée et diversifiée

Intervenant principal : diététicien du SSR.

- **Gestion des problématiques sociales** pour les patients en précarité sociale

Intervenant principal : assistante sociale du SSR en lien avec l'assistante sociale du domicile du malade

➤ **Une Concertation pluridisciplinaire de sortie vers la phase d'acquisition maîtrisée à distance :**

Préalable : Recueil et centralisation des différentes évaluations au sein de la plateforme INU par chaque professionnel concerné (questionnaire Qualité de vie, composition corporelle, EFX, TDM6, gazométrie de repos, état nutritionnel...)

Déroulé :

- Visite de sortie avec le **médecin SSR (durée 45')**
- Sur la base des évaluations préalables et de la visite de sortie : concertation pluridisciplinaire avec tous les thérapeutes pour fixation des objectifs thérapeutiques et sécuritaires de la phase de maintien à distance (durée 10 à 15' pour tous les professionnels concernés c'est-à-dire **psychologue, IDE, kinésithérapeute, EAPA, diététicien** soit environ 12' x 5 **durée 60')**
- Restitution au patient par le **médecin SSR** des objectifs fixés et validation concertée (**durée 15')**

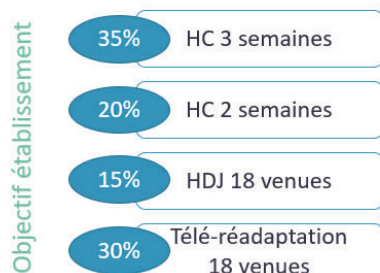
Pour les patients hospitalisés en SSR, cette concertation pluridisciplinaire se fait la veille de la sortie ou lors de la 18^{ème} et dernière venue en HDJ.

Pour les patients en téléadaptation, elle se fait en visioconférence entre le patient et l'équipe pluridisciplinaire ou en présentiel si nécessaire.



Le PPS proposé finalement par le médecin du SSR sera amendé puis validé par le médecin adresseur, notamment grâce à l'emploi de la télé-expertise.

Objectifs de répartition des patients dans les différentes modalités de prise en charge initiale :



En résumé :

Chaque équipe suivra les objectifs définis dans les recommandations des sociétés savantes. Toutefois, en fonction de ses capacités, de ses ressources matérielles, des motivations du patient et de ses disponibilités, les contenus des programmes pourront donner lieu à des adaptations personnalisées sur les types et fréquences des activités. Un nombre d'heures minimum entre 36h (HC 2s) et 44h (HC 3s et HDJ) a toutefois été défini pour atteindre les objectifs thérapeutiques.

Pour la télé-réadaptation à distance, le programme se décline en 36h supervisées en visio par l'un des professionnels du SSR cités ci-dessus (dont 4 consacrées aux concertations pluridisciplinaires), ainsi que des heures d'exercices réalisées par le patient en autonomie

Objectifs thérapeutiques	EN SSR			A DISTANCE
	HC 3 sem.	HC 2sem.	HDJ 18 venues	18 séances télé-réadaptation de 2h
Concertation pluridisciplinaire d'entrée	2h	2h	2h	2h
Amélioration de la capacité fonctionnelle à l'effort	24h	16h	24h	12h supervisées visio (+ 12h non supervisées)
Gestion de la maladie et des traitements	Entre 16h et 32h			20h supervisées visio (+ jusqu'à 12h non-supervisées)
Sevrage tabac				
Gestion des troubles anxio-dépressifs				
Gestion des problématiques sociales				
Amélioration de l'état nutritionnel				
Concertation pluridisciplinaire de sortie	2h	2h	2h	2h

Deux exemples de parcours d'amorçage intensif pour un patient en HDJ et pour un patient en télé-réadaptation détaillant le calendrier, la durée des séances et les professionnels intervenants sont proposés en **annexe 18**.



4.4.2. PHASE 2 – Acquisition maîtrisée –maintien et autonomie

4.4.2.1. Suivi socle pour 100% des patients

A la suite de la phase d’amorçage intensif, le programme de réadaptation respiratoire du patient sera prolongé par une phase acquisition maîtrisée à distance de 18 mois. Elle sera composée d’une période de 6 mois dite de « maintien » permettant de prolonger et consolider les bénéfices du programme de réadaptation d’amorçage (gain sur la tolérance à l’effort) en maintenant le patient dans une démarche active. Ensuite une phase d’autonomie de 12 mois permettra de s’assurer que les bons comportements de santé nécessaires au maintien d’une bonne qualité de vie sont toujours suivis.

Concrètement, le nombre de contacts réalisés par le coordinateur de suivi sont différents selon si le patient est en période de maintien ou d’autonomie.

En effet, à partir de cette phase, chaque patient sera accompagné par un coordinateur de suivi (CS). Ces CS seront des thérapeutes (IDE, APA ou autres) formés spécifiquement dans le cadre de ce projet expérimental. Ce sont des professionnels de l’établissement qui assurent l’ensemble de la coordination du programme. Plus précisément, le coordinateur de suivi assure un rôle :

- **D’accompagnement** des patients afin de **soutenir les changements de comportements** entamés lors de la phase d’amorçage. Ainsi, il organise, planifie et coordonne l’ensemble des soins selon les besoins et les objectifs fixés ;
- Dans la **détection précoce des risques de décrochage** en proposant aux médecins par anticipation des actions d’ajustement du PPR (retour itératif en SSR, consultation médicale précoce, changement de modalité de suivi du suivi classique vers le renforcé, orientation vers les différents professionnels de soins en fonction des besoins, etc...);
- **De thérapeute** en lien avec les autres professionnels pour un suivi personnalisé ;
- Dans la **diminution des hospitalisations** en court séjour ou non programmées en proposant un continuum dans les soins. Il s’assure notamment de **l’observance des traitements et du respect des procédures**. Cette intervention est dès lors primordiale pour réduire les risques d’échec et d’abandon ;
- **De lien avec les médecins adresseurs** (généralistes et spécialistes), **l’équipe du SSR, ainsi que** l’entourage du patient.

Afin de remplir ces objectifs, le CS s’appuiera notamment sur les données issues du télésuivi (questionnaires, compte-rendus d’appels, rapports de l’équipe pluridisciplinaire, données médicales). Sur un modèle proche, mais plus élaboré que le programme ETAPES, le CS suivra à distance les données des patients. En cas d’écart à la normale, le CS informera le médecin du SSR qui choisira alors l’action à mener la plus adaptée. Le médecin adresseur (généraliste ou spécialiste) du patient sera également informé de l’ensemble des écarts à la normale et des actions décidées par le médecin du SSR.

L’Annexe 1 présente la fiche de poste et le référentiel de compétences d’un coordinateur de suivi.

Pour 100% des patients du dispositif, qu’ils aient réalisé leur réadaptation intensive en hospitalisation ou à distance, un accompagnement à distance est mis en œuvre. Nous l’avons appelé « suivi socle »

Lors de cette phase, au cours de laquelle le patient sera réévalué tous les 6 mois lors d’une télé-expertise entre le médecin SSR et le médecin traitant, le programme de suivi à distance est le suivant :

- **Un entretien téléphonique de « contact »** d’1h au démarrage avec le coordinateur de suivi afin de présenter son rôle, l’outil et les modalités d’accompagnement, la reformulation des objectifs



thérapeutiques et la planification des actions d'accompagnement à venir. (*Contenu et timing en annexe 2*)

- Un **contact téléphonique de routine** de 30 minutes toutes les 2 semaines les 6 premiers mois (maintien) puis tous les mois la dernière année (autonomie).

Ce contact régulier implique des questions sur l'état de santé du patient, sur l'adhésion aux traitements et à la pratique de l'activité physique. Ce contact sera également l'occasion pour le CS de **planifier avec le patient d'éventuelles séances d'activité physique** et d'assurer son **éducation thérapeutique continue**. (*Contenu et timing en annexe 3*)

- Un **entretien motivationnel** d'1h tous les 3 mois permettant de renforcer la motivation du patient à changer durablement ses comportements et à rester engagé dans le parcours de soins. Cette proposition pourra être réalisée par plusieurs professionnels de santé (dont le coordinateur de suivi). Un point sera également fait sur les principales avancées au cours des 3 derniers mois (*Contenu et timing en annexe 4*).

- Du **télesuivi** en continu.

Tout au long de la phase acquisition maîtrisée, des indicateurs de santé définis en amont du lancement du projet seront transmis au CS sur la plateforme de coordination soit via les professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire, soit via les réponses aux questionnaires envoyés automatiquement à fréquence régulière (mais dégressive dans le temps) au patient (*exemple en annexe 5*).

Des vidéos ou tutoriels sont aussi mis à disposition du patient sur la plateforme pour qu'il puisse effectuer des exercices en autonomie.

Le CS jouera un rôle de premier filtre en identifiant des écarts à la normale et en les faisant remonter au médecin du SSR. Ce dernier prendra alors le relais afin de décider des actions à mettre en place. Le télesuivi implique une collaboration forte entre le médecin en charge de la télésurveillance et le médecin adresseur du patient. A cet effet, le médecin adresseur et le médecin traitant (si ce dernier n'est pas le médecin qui a adressé le patient vers le programme d'expérimentation) recevront un bilan récapitulatif tous les écarts à la normale qui auront été mesurés dans les 30 derniers jours et toutes les actions mises en place pour permettre un retour à la constante du patient. Ces informations seront échangées grâce à une plateforme numérique sécurisée.

Lors du télesuivi, le coordinateur de suivi aura pour missions de :

- Vérifier ou aider à la mise en ligne sur la plateforme des documents générés par l'équipe pluridisciplinaire ;
- Gérer les alertes générées par les questionnaires de suivi patient : suivi et lien avec l'équipe SSR, appel au patient, appel au médecin, organisation de consultation/télé-consultation, saisie des nouveaux événements patients liés à l'alerte générée par une réponse au questionnaire ;
- S'assurer de l'envoi du bilan mensuel au médecin adresseur et médecin traitant à partir des indicateurs de santé (moral, motivation, évolution poids, essoufflement, activité physique...) ;
- Orienter le patient selon ses besoins vers le professionnel adapté ;
- Gérer les appels entrants : patients et professionnels de santé.

Le temps nécessaire au CS pour réaliser ces tâches est de 5 minutes par patient par semaine (soit 2,2h par patient par tranche de 6 mois).

4.4.2.2. Suivi renforcé pour 35% des patients

En plus de ce suivi socle décrit précédemment, certains patients pourront bénéficier d'un **suivi renforcé** avec, au programme, des séances d'ateliers pratiques supervisés d'une heure tous les 15 jours par séquences de 6 mois avec des membres de l'équipe pluridisciplinaire du SSR. Cela correspond à 13 séances par séquence. 11 seront réalisées en individuel, 2 seront réalisées en collectif par groupes de 5 patients en moyenne.



Sur les 18 mois acquisition maîtrisée, nous estimons que 35% des patients en moyenne bénéficieront du suivi renforcé.

Le choix d'orienter ou de maintenir un patient vers un suivi renforcé se fera en fonction du degré de la complexité du patient et de sa motivation à 3 moments distincts : après la phase d'amorçage intensif, après la phase de maintien, au milieu de la phase d'autonomie, soit tous les 6 mois.

Ainsi, les patients pourront se voir proposer un passage au suivi renforcé s'ils répondent à l'un des critères suivants :

- Manque d'assiduité dans la pratique d'activité physique en autonomie,
- Dégradation de l'état de santé,
- Identification par le coordinateur de suivi d'un besoin en suivi plus encadré (risque de décrochage ou d'aggravation à venir).
- Volonté du patient de bénéficier d'un suivi plus encadré.

Au contraire, certains patients ayant bénéficié d'un suivi renforcé pourront en sortir si :

- A la capacité d'être autonome et assidu dans la pratique de l'activité physique (évaluation par équipe thérapeutique),
- A la volonté de bénéficier d'un suivi moins encadré.

L'orientation vers le suivi renforcé sera discutée avec le médecin traitant du patient lors de la télé-expertise.

Une estimation du nombre d'orientations des patients vers le suivi renforcé est présentée dans le tableau suivant en fonction de leur mode d'entrée :

Suivi renforcé (SR) Répartition sur 18 mois	HC 21 jours	HC 15 jours	HTP 18 venues	Telé-réadaptation 18 séances	Total
Effectif par type de mode d'entrée initiale	175	100	75	150	500
SR 1 ^{er} période 6 mois	175	100	75	30	380
SR 2 ^{ème} période 6 mois	85	20	10	0	115
SR 3 ^{ème} période de 6 mois	30	0	0	0	30
<i>en moyenne sur 18 mois en SR</i>	97	40	28	10	175

Les séances d'ateliers pratiques supervisés servent à garantir un maintien des bénéfices acquis au cours de la phase d'amorçage intensif et à approfondir l'éducation thérapeutique. Ces séances vont permettre au professionnel concerné de vérifier régulièrement que le patient exécute correctement le programme, de prodiguer des conseils pour favoriser et entretenir l'autonomie et de rappeler au patient comment pratiquer en sécurité. Il est important de souligner qu'elles ne se substituent pas à des séances avec des professionnels partenaires externes comme les maisons sport santé, les associations ou les structures privées vers lesquelles les patients seront orientés selon les besoins.

L'intérêt du SSR, c'est qu'une équipe pluridisciplinaire coordonnée est à disposition pour répondre aux besoins du patient avec une réévaluation prévue tous les 6 mois selon les acquis du patient.

Selon les besoins des patients, ces séances pourront être menées par un diététicien, un psychologue, un enseignant en activité physique adaptée, un kinésithérapeute ou encore une infirmière... Cette personnalisation permet la bonne intervention du bon professionnel au bon moment, l'objectif étant de pouvoir disposer d'une véritable coordination des expertises pour cibler l'offre au besoin qui varie au fil des acquisitions du patient.

La pluridisciplinarité est un élément essentiel dans le travail sur les changements de comportements. Le professionnel de santé pourra diriger la séance seul ou accompagné d'un autre professionnel de santé (1 kiné + 1 APA, 1 kiné + 1 diet...). La plupart de ces séances se réaliseront de façon individuelle avec les patients étant donné



qu'il s'agit d'un suivi renforcé auprès de malades qui rencontrent des difficultés à s'appropriier les nouvelles actions à mettre en place dans leurs quotidiens. D'autres seront réalisées en séances collectives une fois l'adhésion du malade plus forte et lorsque le travail en groupe pourra faciliter la prise de conscience du changement de comportement.

A noter que toutes ces séances supervisées seront orientées vers le même objectif : rendre le patient de plus en plus autonome dans ses nouveaux comportements pour viser l'autonomie totale au bout de 18 mois maximum.

L'annexe 6 liste toutes les tâches effectuées par le coordinateur de suivi pendant la phase acquisition maitrisée.

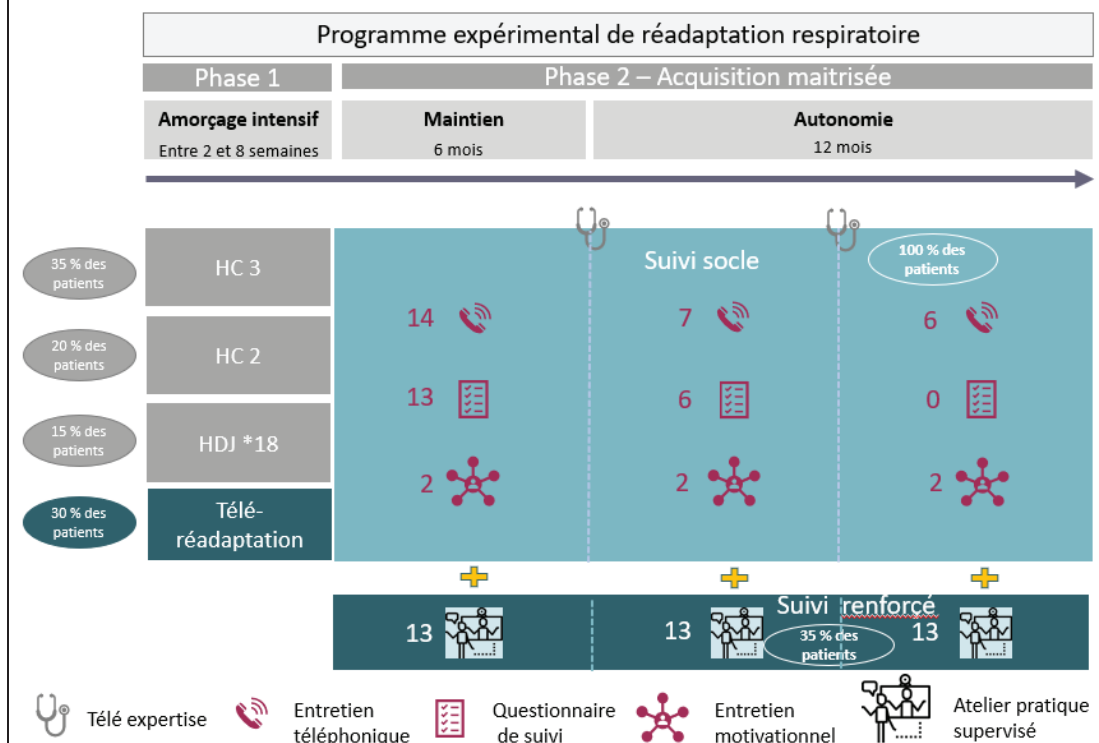
L'annexe 7 présente, pour les suivis socle et renforcé, les objectifs thérapeutiques, le personnel ressource au sein du SSR, les outils et contenus thérapeutiques ainsi que les structures ou professionnels externes qui peuvent venir en complément ou en relais post dispositif.

En résumé :

La phase acquisition maitrisée à distance post amorçage intensif durera 18 mois.

Tous les patients bénéficieront d'un suivi socle avec des actions du coordinateur de suivi. L'intensité du suivi diminuera lors du passage en phase d'autonomie.

35 % des patients bénéficieront, en plus du suivi socle, d'un suivi renforcé à base d'ateliers pratiques supervisés dirigés par les professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire du SSR. Ce suivi renforcé étant réévalué tous les 6 mois





4.5. LES OUTILS NUMERIQUES

Comme évoqué précédemment, une plateforme numérique, nommée INU, sera déployée dans le cadre de ce projet.

La plateforme INU est l'outil central du projet, il permet d'uniformiser les process sur l'ensemble des établissements (contenus des questionnaires, fréquence des envois, automatisation des tâches, gestion des feuilles de route selon les modalités, gestion des alertes, mise à disposition de ressources...).

INU possède de nombreuses fonctionnalités intégrées et a l'avantage d'être déjà opérationnel sur de nombreux établissements dans la coordination de maladies chroniques (BPCO, addictologie, obésité, cancer du sein...).

Sa mise en œuvre dans le cadre de cette expérimentation sera rapide car aucun développement spécifique n'est à prévoir. Il sera tout de même nécessaire de le paramétrer et de le déployer sur les 10 établissements.

Dans ce projet INU est :

- **L'outil d'adressage** pour les prescripteurs/adresseurs : dépôt des demandes des prescripteurs, traitement des demandes par l'établissement, communication entre les professionnels, validation de la prise en charge, orientation du patient dans l'une des modalités de prise en charge.
- **L'outil de télé-suivi des patients** : envoi de questionnaires réguliers et suivi des paramètres du patient tout au long de son parcours de soins ; le patient dispose d'une application smartphone pour répondre à ses questionnaires.
- **L'outil de télé-rééducation et télé-consultation** : les ateliers pratiques supervisés avec les professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire peuvent être proposés en ligne via la visio ; les coordinateurs de suivi pourront également programmer des télé-consultations en cas de besoin pour éviter les déplacements. INU intègre un module visio sécurisé de télémédecine.
- **L'outil de coordination entre les professionnels de santé et les coordinateurs de suivi** : partage d'un dossier patient commun, envoi de notifications (médecin traitant, prescripteur...), messagerie sécurisée interne (MSSante compatible) = communication avec l'ensemble de l'équipe médicale.
- **L'espace ressource pour les patients** : les patients retrouveront dans une application dédiée l'ensemble des événements de leur parcours (PPS), les ressources concernant leur pathologie, les recommandations de l'équipe médicale, les questionnaires de suivi, les vidéos et tutoriels mis à disposition. Le patient pourra via l'application communiquer avec le coordinateur de suivi facilement ainsi qu'avec l'ensemble de son équipe médicale. Il pourra ajouter des contacts (infirmier, kinésithérapeute, spécialistes ou même aidants), ajouter des rendez-vous, intégrer des documents ou des images à destination de son équipe médicale.
- **L'outil métier pour les coordinateurs de suivi** : véritable outil de gestion et de suivi de patient, INU permet d'automatiser les tâches à réaliser sur l'ensemble de la cohorte tout au long de la prise en charge : les tâches (appels au patient, entretien motivationnel trimestriel...) à réaliser s'affichent sur l'écran d'accueil et sont tracées ; un tableau de bord permet par ailleurs de gérer les alertes patients générées par les questionnaires ; l'ensemble des actions réalisées pour un patient est tracé dans la plateforme INU.
- **L'outil de suivi de l'activité et d'évaluation** : un outil statistique permet de tracer l'ensemble des actions réalisées et d'analyser les données individuelles et collectives de la cohorte.



- **L'outil de télé-expertise** : possibilité d'échanger entre professionnels grâce à la visio INU.

4.5.1. Focus sur le module d'adressage

A destination du médecin adresseur, ce module lui permettra d'être guidé dans la saisie des critères médico-sociaux de son patient (histoire de la maladie, antécédents, comorbidités, éléments de dépendance, accompagnement social, traitements et prises en charge spéciales, etc.) et d'intégrer les éléments nécessaires à l'orientation de son patient (documents, résultats d'examens, ordonnances...). Les informations transmises automatiquement au médecin du SSR lui permettront de vérifier l'éligibilité du patient au programme et déclenchera le premier rendez-vous sur le centre SSR partenaire du projet.

La solution intégrant un outil de scoring sera ainsi utilisée comme un outil d'aide à l'orientation et à l'adressage. L'orientation du patient sera ensuite validée à l'issue du premier bilan en SSR.

La question de l'exploitation d'un outil déjà existant tel que **Via Trajectoire** comme plateforme d'adressage s'est posée lors de la construction du parcours. Malgré le fait que Via Trajectoire permette d'orienter des patients vers un établissement SSR adapté à leurs besoins, la question de l'algorithme spécifique à l'expérimentation s'est posée. En effet, Via Trajectoire est une ressource nationale et l'intégration d'un algorithme de sélection des patients spécifique à notre projet est difficilement réalisable.

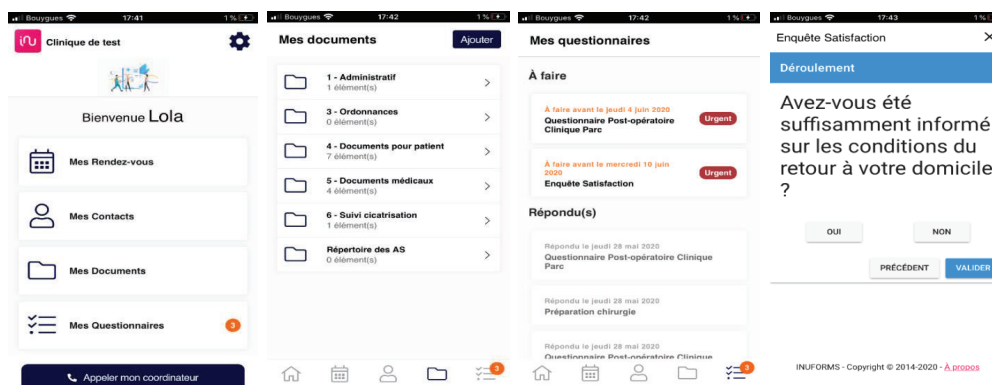
4.5.2. Focus sur le module de suivi du parcours patient

La plateforme identifiée pour répondre aux objectifs de ce projet contient :

- **Une interface collaborative pour les professionnels de santé** (de l'établissement et de la ville). La plateforme leur permettra d'accéder à un dossier patient commun, de partager des documents, des messages, de suivre le patient dans son parcours (accès au PPS, étapes du parcours, rendez-vous, programme ETP, ateliers proposés, suivi des indicateurs du patient...) et d'échanger de manière sécurisée avec l'ensemble de l'équipe médicale et sociale du patient.
- **Une interface pour le patient** (disponible sur ordinateur, tablette ou application smartphone) sur laquelle le patient pourra visualiser son parcours, les événements de son parcours, ajouter des rendez-vous, des contacts, accéder à de l'information personnalisée sur sa pathologie, visionner des vidéos, des tutoriels, accéder à ses documents médicaux, contacter son équipe de soin et notamment le Care Manager et répondre à ses questionnaires réguliers permettant aux professionnels de suivre son évolution dans le temps (suivi des paramètres définis par l'équipe médicale en amont du projet).



Visuels exemples de l'application patient



- **Une interface dédiée pour les coordinateurs de suivi** pour organiser la prise en charge et le suivi de chaque patient en fonction de la décision médicale, visualiser l'ensemble des tâches à réaliser pour chacun d'eux (tâches autogenerated en fonction des parcours choisis), suivre l'évolution des patients via un tableau de bord et des alertes générées par les questionnaires patients, communiquer avec l'ensemble de l'équipe médicale de manière sécurisée. Le coordinateur de suivi sera également chargé de déposer les ressources nécessaires aux patients (documents médicaux, documents d'information, vidéo...). Il pourra programmer des rendez-vous, des ateliers, des événements pour les patients. Programmer par exemple des séances de télé-réadaptation en ligne en donnant accès au patient à son lien de connexion.

Visuel du tableau de bord du CM : suivi des indicateurs du patient

Alerte	Questionnaire de...	Questionnaire de...	Questionnaire de...	Questionnaire de...	Questionnaire de...
Douleur	●	●	●	●	●
Moral	●	●	●	●	●
Motricité	●	●	●	●	●

Cette plateforme permettra ainsi :

- **La création d'un dossier patient partagé**, contenant l'ensemble des informations médico-sociales nécessaires au suivi du patient.
- La rédaction de la **proposition de PPS** par le médecin de l'établissement SSR. Ce PPS sera partagé avec le médecin adresseur ; la décision de l'inclusion du patient dans un parcours sera ainsi concertée.
- Le **partage en temps réel des éléments de suivi** du patient entre le médecin adresseur et tous les intervenants du parcours de soins du patient (suivi des indicateurs, alertes et actions mises en place, etc.)
- **La communication sécurisée** entre les différents acteurs du parcours de soins et la **coordination** entre eux.



4.5.3. Focus sur l'outil de télé-rééducation et de télé-consultation

La plateforme permettra également de **réaliser des séances d'activité supervisée** à distance pour les patients orientés vers la modalité de suivi renforcé. Les patients se connecteront via un lien permettant d'accéder aux séances en ligne avec un professionnel rééducateur sur des séances individuelles ou collectives. Le patient sera alerté de ses rendez-vous par rappel sms. Ce service sera mis en place selon les recommandations de la CNAM et l'ASIP santé dans ses considérations sur les prérequis techniques de la téléconsultation.

Tableau de l'utilisation de la plateforme INU dans le suivi à distance des patients :

Type de suivi à distance	Moyen de suivi à distance	Adressage	Amorçage intensif	Accompagnement thérapeutique à domicile Maintien / autonomie	
			Téléadaptation	Suivi socle	Suivi socle + suivi renforcé
Création du dossier INU et remplissage de la fiche d'admission en direct via le questionnaire	Dossier INU et questionnaires	X			
Appel	Téléphone (avec CR saisi et suivi sur plateforme INU)			X	X
Entretien motivationnel	Téléphone (avec CR saisi et suivi sur plateforme INU)			X	X
Questionnaire de suivi	Questionnaire automatique plateforme INU			X	X
Séance d'activité pratique supervisée	Visio Plateforme INU		X		X
Téléconsultation	Visio Plateforme INU		X	X	X
Tutoriels pour la pratique de rééducation disponible en continu	Fichiers dans Plateforme INU		X	X	X
Bilan envoyé à l'adresseur et/ou MT tous les mois	Messagerie plateforme INU			X	X
Téléexpertise	Visio Plateforme INU			X	X
Suivi des alertes	Tableaux de bord d'alertes INU	X	X	X	X
Statistiques / analyse de données individuelles et collectives	Tableaux de bord de statistiques INU	X	X	X	X

X : optionnel - en cas de besoin du patient

Pour aller plus loin **L'annexe 8** décrit l'ensemble des fonctionnalités de la plateforme ainsi que les éléments techniques et sécuritaires.



4.6. EFFECTIFS CONCERNES DANS LA MISE EN ŒUVRE DE L'EXPERIMENTATION

Le tableau ci-dessous décrit les rôles et implications des professionnels engagés dans l'expérimentation.

Professionnels impliqués	Rôles
<u>Médecins SSR</u>	Communication vers les adresseurs Rédaction du PPS Proposition des modalités de suivi des patients Décision conjointe des PPS avec le médecin adresseur (télé-expertise) Animation d'ateliers d'ETP Traitement des alertes issues du suivi à distance
<u>Coordinateur de suivi SSR</u>	Communication vers les adresseurs Coordination/organisation du parcours Lien avec l'équipe médicale SSR Entretien régulier avec le patient (entretien de suivi et entretien motivationnel) Suivi des constantes du patient lors du suivi à distance Mise en œuvre du suivi éducationnel du patient Animation d'ateliers d'ETP Réalisation des bilans initiaux et finaux Orientation du patient Mise à disposition des ressources au patient
<u>Kinésithérapeute</u>	Equipe SSR Animation des ateliers Evaluation du patient
<u>Psychologue</u>	
<u>IDE</u>	
<u>EAPA</u>	
<u>Diététicien</u>	
<u>Assistante Sociale</u>	Equipe SSR et AS de ville

4.7. DUREE DE L'EXPERIMENTATION

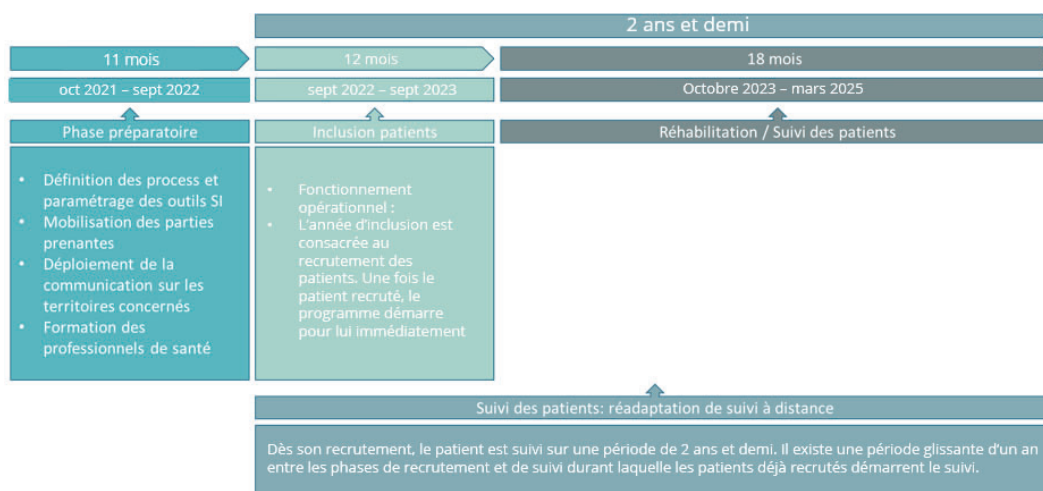
La durée de ce projet est de 36 mois.

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

- Définition des process et paramétrage des plateformes numériques (outils de télésurveillance médicale et de télé réadaptation),
- Mobilisation des parties-prenantes sur les différents territoires,
- Déploiement de la communication sur les territoires concernés,
- Formation des professionnels de santé.
- Développement d'un partenariat avec les URPS des régions concernées.



Les 30 mois suivants seront consacrés au fonctionnement opérationnel de l'expérimentation avec 12 mois de recrutement et 18 mois de suivi des patients.



Planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre du projet

4.8. GOUVERNANCE ET SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE

4.8.1. Le comité de pilotage (COPIL)

<p style="text-align: center;">Composition COPIL</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 représentant de la direction de chaque établissement • 5 médecins référents des établissements : 1 par groupe et 1 pour les 2 établissements particuliers • 5 cadres de soins ou de réadaptation référents des établissements : idem • 5 représentants des care-manager des établissements : idem • 2 personnes qualifiées • 1 représentant de la FHPSSR 	<p style="text-align: center;">Missions COPIL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fixer les orientations, suivre les déploiements « à grande maille » • Fixer les grandes étapes du projet et vérifier le budget • Assurer le lien avec la FHP-SSR • Valider ou recadrer les principales étapes de déploiement • Suivre les indicateurs nationaux de réalisation et de performance <p>De manière générale, le COPIL a un rôle de superviseur et doit s'assurer de l'uniformité des déploiements concernant les socles communs qui sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le Parcours BPCO - Les indicateurs d'évaluation - La communication autour du projet - Le suivi de la cohorte au niveau national
---	--



De manière plus opérationnelle, le COPIL aura pour mission de :

Valider les processus opératoires

Valider le cahier des charges de paramétrage de la plateforme de coordination

Rédiger les formulaires et les questionnaires à insérer dans la plateforme

Définir avec la commission Evaluation, les indicateurs de suivi, de performance et de satisfaction

Flécher et organiser les réunions avec les partenaires (URPS, ARS, associations...)

Définir les éléments de communication à destination des prescripteurs (de ville et d'établissements)

Pour cela, le COPIL mettra en place un organe agile qui comprendra : Le Bureau du COPIL

Composition Bureau COPIL

- 2 représentants des directions des établissements
- 2 représentants des médecins
- 2 représentants des cadres de soins de réadaptation ou care manager
- 2 personnes qualifiées
- 1 représentant de la FHP SSR

Missions COPIL

- Organe de représentation du COPIL
- Il est en lien avec les autorités (FHPSSR, CNAM, DGOS...) et remonte au COPIL l'ensemble des informations.
- Il prépare les COPIL, propose des décisions et rédige les rapports

Ces instances seront animées par le représentant de la commission recherche et innovation de la FHP-SSR,. L'animation et la préparation des comités seront assurées par le prestataire.

Le COPIL se réunira autant que nécessaire pendant la phase préparatoire (durée totale 6 mois), puis tous les trimestres sur la durée de 2,5 ans à partir de l'inclusion des patients dans l'expérimentation.

4.8.2. Les comités techniques

1 Comité technique par établissement sera nommé ; il s'agit d'un organe opérationnel de terrain composé de représentants des membres de l'équipe de chaque établissement. Les COTECH seront ainsi au nombre de 10, pour les 10 établissements expérimentateurs.

Composition

- La direction d'établissement
- Le médecin référent de l'établissement
- Un ou plusieurs représentants cadre/équipe médicale de l'établissement
- Le Care Manager
- Un ou plusieurs représentants de la médecine de ville
- 1 représentant de la FHPSSR

Missions

- Suivre l'inclusion des patients et la répartition sur les différents types d'amorçage
- Vérifier la pertinence du projet médical dans son ensemble
- Faire remonter au COPIL les observations, les dysfonctionnements terrains
- Proposer des modifications en cas de besoin au COPIL
- Évaluer le projet médical dans son ensemble
- Partager les bonnes/mauvaises pratiques dans l'objectif d'une uniformisation



Les COTECH se réuniront tous les 2 mois. Les réunions seront organisées, animées et restituées par le prestataire.

4.8.3. Le comité médical (COMED)

Le Comité médical est l'organe médical du projet et regroupe les représentants médicaux de tous les établissements expérimentateurs.

Missions

- Suivre l'inclusion des patients et la répartition sur les différents types d'amorçage
- Vérifier la pertinence du projet médical dans son ensemble
- Faire remonter au COPIL les observations, les dysfonctionnements terrain
- Proposer des modifications en cas de besoin au COPIL
- Évaluer le projet médical dans son ensemble
- Partager les bonnes/mauvaises pratiques dans l'objectif d'une uniformisation

Le COMED se réunira tous les 2 mois ; il sera accompagné par le prestataire qui sera en charge de la remontée d'information au COPIL et de la mise en œuvre des décisions validées.

Le planning des réunions et de l'engagement des différents organes pour le suivi du projet se trouve en **Annexe 9**

5. PRESENTATION DES PARTENAIRES IMPLIQUES DANS LA MISE EN ŒUVRE DE L'EXPERIMENTATION

5.1. PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX

La réussite de ce projet est dépendante de la bonne intégration de l'ensemble des professionnels de santé présents sur le territoire au projet d'expérimentation. Ce projet a vocation à faciliter la prise en charge, notamment éducative, des patients souffrant de BPCO par l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge (pneumologue, kinésithérapeute, médecin adresseur, nutritionniste, APA, psychologue, addictologue...). Cette co-construction, dès le démarrage du projet de l'expérimentation assurera une articulation satisfaisante entre cliniques SSR et médecins de ville. Elle permettra également de mettre à disposition l'expertise, les compétences et les moyens du SSR au médecin adresseur et plus largement à l'entourage, médical et non médical, du patient. Ainsi, les services de réadaptation proposés par le centre SSR initieront de manière profonde le changement de comportement de manière durable en s'appuyant sur les professionnels de santé libéraux, garants du maintien dans la durée de ces nouvelles habitudes de vie et du suivi de la pathologie au plus près du patient.

Focus médecin référent de ville : L'implication du médecin adresseur, qu'il soit généraliste ou spécialiste, au sein de cette expérimentation sera notamment forte. Son intervention débutera dès l'adressage et il sera impliqué tout au long du parcours du déroulement du programme et de l'état de son patient. Cette implication du médecin adresseur est détaillée ci-après :

- *Partage du plan personnalisé de soins proposé par le médecin du SSR avec l'équipe pluridisciplinaire à partir d'évaluations multiples,*



- *Validation du plan personnalisé de soins initial et de son évolution à chaque modification apportée par le médecin du SSR*
- *Validation de la modalité de suivi la plus adaptée au patient pour la phase d'autonomie. Ce choix se fera en collaboration avec le médecin de l'établissement SSR grâce à la télé-expertise à l'issue de la phase de maintien puis tous les 6 mois lors de la phase d'autonomie*
- *Réception d'un bilan de suivi mensuel qui contiendra les éléments suivants :*
 - *Compte-rendu de l'ensemble des interventions réalisées par le coordinateur de suivi et/ou l'équipe thérapeutique*
 - *Synthèse des alertes de télésurveillance en cas d'écart à la normale ainsi que des mesures prises par le médecin SSR pour obtenir un retour à l'équilibre.*

5.2. MAISONS DE SANTE ET COMMUNAUTES PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTE

L'intégration de ces modalités innovantes pourra s'appuyer sur des partenariats avec des acteurs externes, telles que les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) et les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui offrent une expertise pluriprofessionnelle hors des murs des établissements SSR et qui s'engagent au déploiement et à la promotion d'actions de prévention à la santé dont celles liées à la BPCO.

5.3. ASSOCIATIONS DE PATIENTS

Parallèlement, les associations de patients seront également sollicitées pour accompagner les patients lors des phases de retour à domicile. Leur implication permettra d'obtenir un appui avec des structures existantes mais à la visibilité insuffisante, qui combinent une expertise professionnelle, une dynamique de groupe et des initiatives « patient ».

Elles interviennent déjà dans nos nombreuses régions en lien avec les établissements SSR qui mettent à leur disposition leurs espaces spécialisés d'activité physique.

Elles pourraient intervenir également en lien avec les Maisons Sport et Santé au niveau local afin de proposer aux patients des solutions adaptées et de proximité pour maintenir la pratique de l'activité physique sur la période de suivi et au-delà. Des partenariats locaux pourront être établis pour faciliter cette offre aux patients. Les structures concernées s'engageront alors dans la collaboration et la coordination avec l'ensemble de l'équipe pour le suivi du patient.

5.4. ENTOURAGE DU PATIENT

L'entourage du patient sera également un levier fort pour la bonne réussite du projet. En effet, les aidants jouent un rôle clé dans l'accompagnement des patients sur le long terme, notamment à travers le maintien du patient dans le parcours de soins. Ils peuvent également jouer un rôle de conseiller au cours de la télé-réadaptation pour les patients les moins éclairés vis-à-vis de cette solution technologique.

5.5. EMBARQUER LES PARTENAIRES ET LES PARTIES PRENANTES

Le projet implique de nombreux acteurs et une intervention claire et coordonnée de chacune des parties-prenantes. Embarquer ces acteurs, c'est avant tout :

- Définir précisément les rôles de chacun
- Proposer un pilotage national clair et transparent
- Proposer un pilotage territorial simple et efficace
- Adopter une communication adaptée et régulière



- Prendre en compte l'ensemble des acteurs, écouter, répondre aux attentes
- Proposer des incitations, des contreparties
- Proposer des outils adaptés pour faciliter la communication, la coordination
- Se reposer sur un animateur dédié
- Proposer des événements, des rencontres

La liste des acteurs et l'implication attendue pour chaque partie se trouve en **annexe 10**

Afin de faire connaître aux acteurs locaux l'existence de cette expérimentation et donc de favoriser l'adressage des patients, une communication auprès de l'ensemble des acteurs sera organisée via les canaux suivants :

- Prise de contact (contact téléphone et mail),
- Rencontres organisées à l'initiative du centre SSR (médecins, care manager, cadre de soins et de réadaptation...)
- Réunions animées par les SSR sous la forme d'Enseignement Post Universitaire (EPU), sous l'égide des URPS
- Diffusion d'outils de communication (brochure, page internet, article, webinaire pour les professionnels...)
- Mise à disposition de la plateforme web collaborative de suivi de patient

Par ailleurs, les URPS pourront également servir de relais dans la diffusion de cette offre sur les territoires. L'ensemble des URPS ML de chacune des régions concernées sera informé de l'existence de ce programme. Des contacts ont d'ores et déjà été pris auprès des URPS d'Occitanie et Région Centre qui ont accueilli avec beaucoup d'intérêt cette démarche.

Les coordonnées du porteur et des partenaires, ainsi que leurs signatures numérisées sont renseignées en **Annexe 11**

6. TERRAIN D'EXPERIMENTATION

Terrain d'expérimentation et propriétés des territoires :

	BPCO
Régions concernées	Occitanie PACA Hauts de France Centre-Val de Loire AURA IDF
Etablissements sélectionnés	Clinique Saint Orens, Elsan, Occitanie Clinique du Souffle La Vallonie, INICEA, Occitanie Clinique du Souffle La Solane, INICEA, Occitanie Clinique du Souffle le Pontet, INICEA, AURA Clinique Les Trois Tours, INICEA, PACA Le Clos Champirol, LNA Santé, AURA Clinique Pierre de Soleil, Orpea, AURA Institut médical de Sologne, LNA Santé, Centre Val de Loire Institut de Réadaptation d'Achères, LNA Santé, Ile de France Clinique La Mitterie, Les Hauts de France
Atouts des territoires	Les Hauts de France et le Languedoc Roussillon (région Occitanie) présentent des taux d'hospitalisation et de mortalité associées à la BPCO plus de 20% supérieurs à ceux de la moyenne nationale. Le Centre-Val de Loire présente des taux d'hospitalisation et de mortalité associées à la BPCO inférieurs de 10 à



20% à la moyenne nationale. La PACA, elle, présente une situation ambivalente avec le taux de mortalité associée à la BPCO le plus faible du territoire et un taux d'hospitalisations liées à la BPCO supérieur de 10 à 20% à la moyenne nationale (Fuhrmann et al. 2009^[15]).

7. MODELE DE FINANCEMENT

Le parcours de soins des patients atteints de BPCO est actuellement financé à l'acte ou à l'activité. Cette méthode ne permet pas d'anticiper les dépenses liées à cette pathologie et ne favorise pas les comportements vertueux de la recherche de l'autonomie.

Par ailleurs, les possibilités de financement actuelles des SSR sont également limitées sur les aspects suivants :

- Facturation des Actes et Consultations Externes (ACE) : il est possible de facturer des consultations externes pour les médecins salariés des établissements. Cependant, il est important de noter que les paramédicaux ne peuvent pas facturer d'ACE dans le SSR.
- Financement de programme d'éducation thérapeutique : ces programmes sont rarement financés car ils nécessitent une autorisation de l'ARS et la décision de financement est dépendante de l'enveloppe FIR disponible.

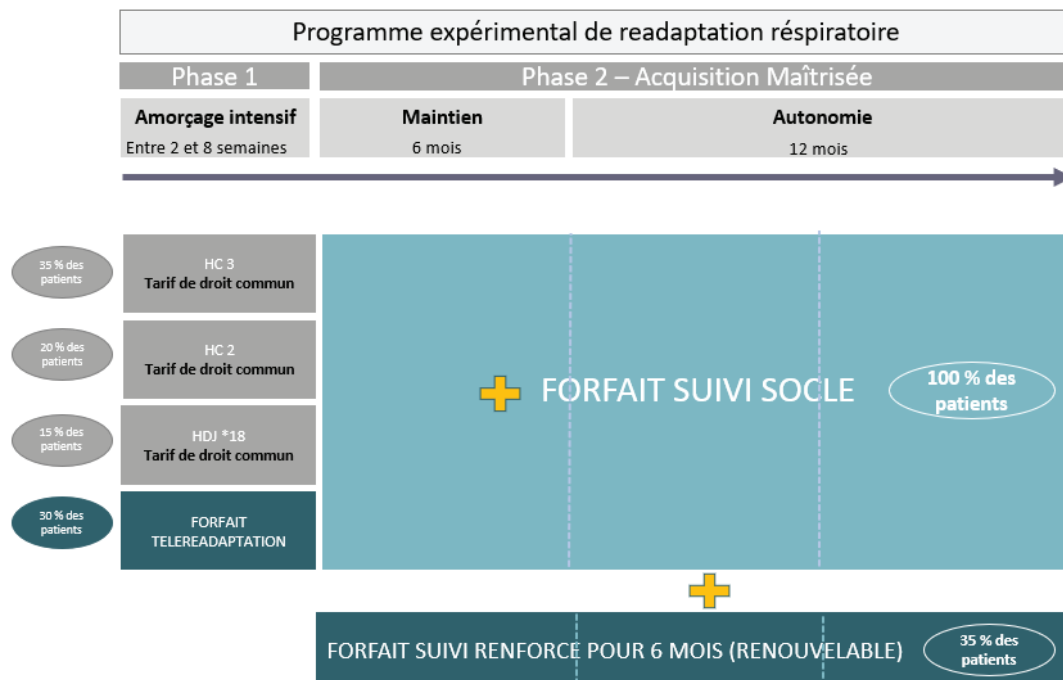
Dans notre programme, les établissements expérimentateurs feront la preuve que l'on peut tendre vers une réduction des durées d'hospitalisation (diminution de la DMS) si le patient est accompagné au long cours dans une dynamique de maintien des acquis et de renforcement de l'autonomie. Ainsi la Phase de maintien doit permettre de mobiliser le patient régulièrement jusqu'à ce qu'il adopte les bons réflexes pour améliorer la qualité de vie. Le programme engendre ainsi une réduction des coûts d'hospitalisation programmée et non programmée dans une démarche de prévention secondaire. L'objectif de l'accompagnement sur 18 mois par le coordinateur de suivi est d'anticiper les ruptures dans le parcours des patients BPCO, diminuer ainsi les événements indésirables et la fréquence des exacerbations entraînant des ré-hospitalisations, favoriser son autonomie pour éviter des séjours itératifs rapprochés en SSR.

L'approche que nous souhaitons mettre en œuvre est la suivante :

1/ Conserver ce qui relève d'un financement de droit commun pour tous les parcours d'amorçage initiaux possibles en SSR à ce jour par la réglementation tels que les séjours en hospitalisation complète (55% des patients du programme) ou en hospitalisation de jour (15% des patients du programme) ainsi que les télé-expertises réalisées tous les 6 mois entre le médecin SSR et le médecin traitant (et spécialiste adresseur si différent).

2/ Prévoir des forfaits dérogatoires pour assurer le financement de la réadaptation réalisée à distance.

- **1 forfait télé-réadaptation** d'amorçage Intensif (18 séances) pour 30% des patients
- **1 forfait suivi socle** sur 18 mois pour 100% des patients
- **1 forfait suivi renforcé additionnel** calculé sur 6 mois et renouvelable jusqu'à 2 fois maximum par patient (pour atteindre un maximum de suivi de 18 mois) pour une moyenne de 35 % des patients



7.1. FINANCEMENT DEROGATOIRE

Pour calculer le montant des forfaits dérogatoires, nous avons à chaque fois procédé en 2 temps :

- Calcul du nombre d'heures nécessaires par intervenant
- Calcul des coûts de la masse salariale, des éventuelles consultations externes et des outils numériques

7.1.1. Calcul du forfait télé-réadaptation d'amorçage Intensif

- **Nombre d'heures nécessaires à la réalisation du programme d'amorçage intensif de télé-réadaptation**

Comme vu précédemment, pour la télé réadaptation à distance lors de la phase d'amorçage intensif, le programme se décline en 32h supervisées en visio par l'un des professionnels du SSR cité ci-dessus + 4 heures consacrées aux concertations pluridisciplinaires, plus des heures d'exercices réalisées par le patient en autonomie (non valorisables).



Par patient	Nb séances de 2h	Nb heures pros de santé	Nb heures non-supervisées pros de santé
Concertation pluridisciplinaire d'entrée*	1	2h	
Amélioration de la capacité fonctionnelle à l'effort	6	12h	12h
Gestion de la maladie et des traitements	10	20h	Jusqu'à 12h
Sevrage tabac			
Gestion des troubles anxio-dépressifs			
Gestion des problématiques sociales			
Amélioration de l'état nutritionnel			
Kinésithérapie respiratoire			
Concertation pluridisciplinaire de sortie*	1	2h	

* Ces concertations pluridisciplinaires sont incluses dans les séances car patients à distance

18 32h supervisées + 4h de concert. pluri.

Ateliers pratiques supervisés selon thématiques définies dans le plan personnalisé de réadaptation qui permet de renforcer selon le malade le domaine physiologique, psychologique, nutritionnel, éducatif (ETP) ou comportemental...

▪ **Calcul du montant du forfait dérogatoire du programme d'amorçage intensif de télé-réadaptation**

Le coût des 36 heures nécessaires à l'équipe pluridisciplinaire pour réaliser le programme est valorisé au coût moyen de l'ensemble des intervenants soit la moyenne des coûts horaires d'un médecin, d'un kinésithérapeute, d'un psychologue, d'un diététicien, d'un enseignant en activité physique adapté et d'une IDE.

Ce coût moyen / heure est estimé à 42,1€ (voir détail en **annexe 12**). Il intègre l'augmentation de la masse salariale liée au Ségur de la santé.

	Volume séances	Nb heures / patient	Coût moyen / h	Coût / patient	Nb patients	% de patients concernés	Coût total / 2 ans
Concertation pluridisciplinaire d'entrée*	1	36	42,1 €	1 516 €	500	30%	227 400 €
Amélioration de la capacité fonctionnelle à l'effort	16						
Gestion de la maladie et des traitements							
Sevrage tabac							
Gestion des troubles anxio-dépressifs							
Gestion des problématiques sociales							
Amélioration de l'état nutritionnel							
Kinésithérapie respiratoire							
Concertation pluridisciplinaire de sortie*	1						

* Ces concertations pluridisciplinaires sont incluses dans les séances car patients à distance

16 séances de 2h supervisées + 2 concertations

Le montant du forfait de télé-réadaptation, applicable à 30% des patients de la cohorte concernée par cette modalité, est de 1 516€



7.1.2. Calcul du forfait de suivi socle

Ce forfait correspond à la partie dérogatoire applicable à 100% des patients sur 18 mois

- **Nombre d'heures nécessaires à la réalisation du programme d'acquisition maîtrisée (suivi socle)**

Comme vu précédemment, cette phase de 18 mois nécessite du temps de coordinateur de suivi pour :

- **L'entretien de contact d'1h** (prépa et CR inclus)
- Les **26 entretiens de routine** de 45 minutes (prépa et CR inclus), **soit 19,5h sur 18 mois**
- Les **6 entretiens motivationnels** d'1h30 (prépa et CR inclus), **soit 9h sur 18 mois**
- **Les autres tâches au quotidien** : vérifier ou aider à la mise en ligne sur la plateforme des documents générés par l'équipe pluridisciplinaire, gérer les alertes générées par les questionnaires de suivi patient, faire le lien avec l'équipe SSR, prendre les appels entrants (patient, médecin), organiser les consultation/télé-consultations, s'assurer de l'envoi du bilan mensuel au médecin adresseur et médecin traitant à partir des indicateurs de santé (moral, motivation, évolution poids, essoufflement, activité physique...) et orienter le patient selon ses besoins vers le professionnel adapté.

Ce temps est estimé à 5 minutes par patient par semaine, soit 2,17h pour 6 mois, soit 6,51h par patient sur les 18 mois de la phase d'acquisition maîtrisée à distance.

En plus du temps de coordinateur de suivi, nous avons prévu du temps de mobilisation du médecin SSR pour les liens avec le coordinateur de suivi et le patient lors de la gestion des alertes

Ce temps est estimé à 30 minutes par patient en moyenne tous les 6 mois, soit **1,5h sur les 18 mois.**

*Tableau récapitulatif du calcul volume horaire (détail par phase en **annexe 13**)*

Coordinateur de suivi

Par patient	TOTAL		
	Durée en h	Volume	Total h
Analyse de données	6,51		6,5
Entretien téléphonique de contact (prépa 10'+ appel 45'+ CR plateforme 5')	1	1	1
Entretien téléphonique de routine (prépa 10'+ appel 30'+ CR plateforme 5')	2,25	26	19,5
Entretien motivationnels (prépa 15'+ appel 60' + CR plateforme 15')	4,5	6	9
TOTAL			36,0

Médecin SSR

Par patient	TOTAL		
	Durée en h	Volume	Total h
Traitement des alertes	1,5		1,5
			1,5

- **Calcul du montant du forfait dérogatoire du programme d'acquisition maîtrisée (suivi socle)**

Pour le calcul du forfait, nous avons inclus le temps passé par le coordinateur de suivi (30€/h – **annexe 12**) et le médecin SSR (111,2h/h – **annexe 12**) selon la volumétrie vue plus haut.

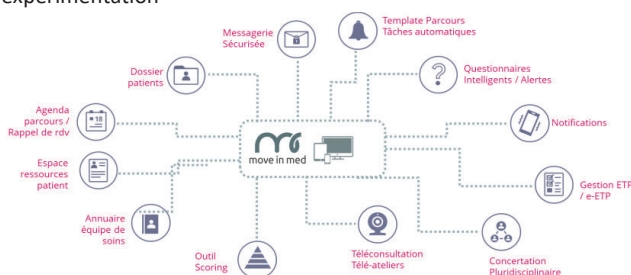


A cela s'ajoute le coût de 46€ de la consultation longue d'adressage qui s'applique à la totalité des 500 patients afin de valoriser le temps passé par le médecin traitant et ou le spécialiste libéral pour expliquer l'expérimentation et orienter le patient. Cette consultation longue n'est pas prise en charge dans le droit commun pour cette pathologie.

Enfin, un coût de 135€/ patient sur toute la durée de l'expérimentation est comptabilisé pour la plateforme numérique INU.

Ce coût couvre :

- La mise à disposition de la plateforme dans les 10 établissements expérimentateurs avec ouverture et gestion de droits pour les patients et les professionnels (établissements et ville)
- L'accès à de nombreuses fonctionnalités permettant de couvrir l'ensemble des besoins de l'expérimentation



- Le conseil et l'accompagnement dans l'intégration des contenus éducatifs
- La maintenance évolutive et corrective
- Le support technique (hotline)
- L'hébergement HDS

Tableau récapitulatif du calcul de coûts (détail par phase en **annexe 14**)

		TOTAL par patient			TOTAL PROJET			Coût moyen / patient
		Total h	Coût / h	Total Coût	Nb patients	% de patients concernés	Coût TOTAL / 2 ans	
Coordinateur de suivi	Temps hors entretiens patients (analyse de données, gestion des alertes, liens avec pros...)	6,51	29,6 €	192,5 €	500	95,0%	91 414 €	183 €
	Entretien téléphonique de contact (prépa + appel + CR)	1	30 €	30 €	500	95,0%	14 042 €	28 €
	Entretien téléphonique de routine (prépa + appel + CR)	19,5	30 €	576 €	500	95,0%	273 821 €	548 €
	Entretien motivationnels (prépa + appel + CR)	9	30 €	266 €	500	95,0%	126 379 €	253 €
Médecin SSR	Traitement des alertes	1,5	111 €	167 €	500	95,0%	79 245 €	158 €
Médecin Traitant / spécialiste libéral	Consultation longue (part dérogatoire)		46 €	46 €	500	100%	23 000 €	46 €
Transversal	Plateforme de suivi/télé rehab.			135 €	500	100%	67 500 €	135 €
				1 412 €	500		675 400 €	1 351 € = Forfait suivi classique

Important : Les perdus de vue de malades pouvant intervenir à tout moment pendant les 18 mois de suivi, sont estimés en moyenne à 5% de la cohorte. Ils sont pris en compte directement dans le calcul du forfait socle.

En effet, les coûts de ressources humaines sont calculés sur 95% des patients.

Le coût total est ensuite moyenné sur la totalité de la cohorte (500 patients) pour obtenir un coût de forfait intégrant ces perdus de vue.



Le montant du forfait de suivi socle, applicable à l'ensemble des patients de la cohorte concernée par cette modalité, est de 1 351€.

7.1.3. Calcul du forfait de suivi renforcé

Comme vu précédemment, certains patients pourront bénéficier d'un suivi renforcé avec, au programme, des séances d'ateliers pratiques supervisés d'une heure tous les 15 jours par séquences de 6 mois avec des membres de l'équipe pluridisciplinaire du SSR.

Ce forfait calculé pour un suivi sur 6 mois est renouvelable et peut intervenir après n'importe quelle réévaluation réalisée tous les 6 mois.

Il est probable qu'au fur et à mesure du temps, les patients deviendront plus autonomes et ne bénéficieront plus que du suivi socle.

Cependant, il est aussi possible que l'équipe pluridisciplinaire et le médecin traitant décident de l'utilité de faire suivre au patient des ateliers pratiques supervisés après 6 ou 12 mois de suivi classique (=socle) si le besoin s'en fait sentir.

Par mesure de simplification, nous avons pris comme hypothèse qu'en moyenne 35% des patients bénéficieront d'un suivi renforcé sur la totalité des 18 mois de suivi.

▪ **Nombre d'heures nécessaires à la réalisation du programme de suivi renforcé**

Un atelier pratique supervisé d'1h sera programmé tous les 15 jours pendant 6 mois, soit 13 ateliers répartis ainsi :

- 11 ateliers individuels : le temps mobilisé par l'équipe pluridisciplinaire sera alors de 11 heures par tranche de 6 mois.
- 2 ateliers collectifs (groupes de 5 patients) : le temps mobilisé par l'équipe pluridisciplinaire sera alors de 0,2 heure par patient, soit 0,4 heure pour 2 ateliers sur 6 mois.

Total du nombre d'heures de mobilisation de l'équipe pluridisciplinaire pour 13 ateliers sur 6 mois : **11,4 heures.**

Calcul du montant du forfait dérogatoire du programme d'acquisition maîtrisée (suivi renforcé / 6 mois)

Le coût des 11,4 heures nécessaires à l'équipe pluridisciplinaire pour réaliser le programme est valorisé au coût moyen de l'ensemble des intervenants, soit la moyenne des coûts horaire d'un kinésithérapeute, d'un psychologue, d'un diététicien, d'un enseignant en activité physique adapté et d'une IDE.

Ce coût moyen / heure est estimé à 28,3€ (voir détail en **annexe 15**). Ce coût intègre l'augmentation de la masse salariale liée au Ségur de la santé.

Equipe pluridisciplinaire SSR (kinésithérapeute, psychologue, diététicien, APA, IDE...)

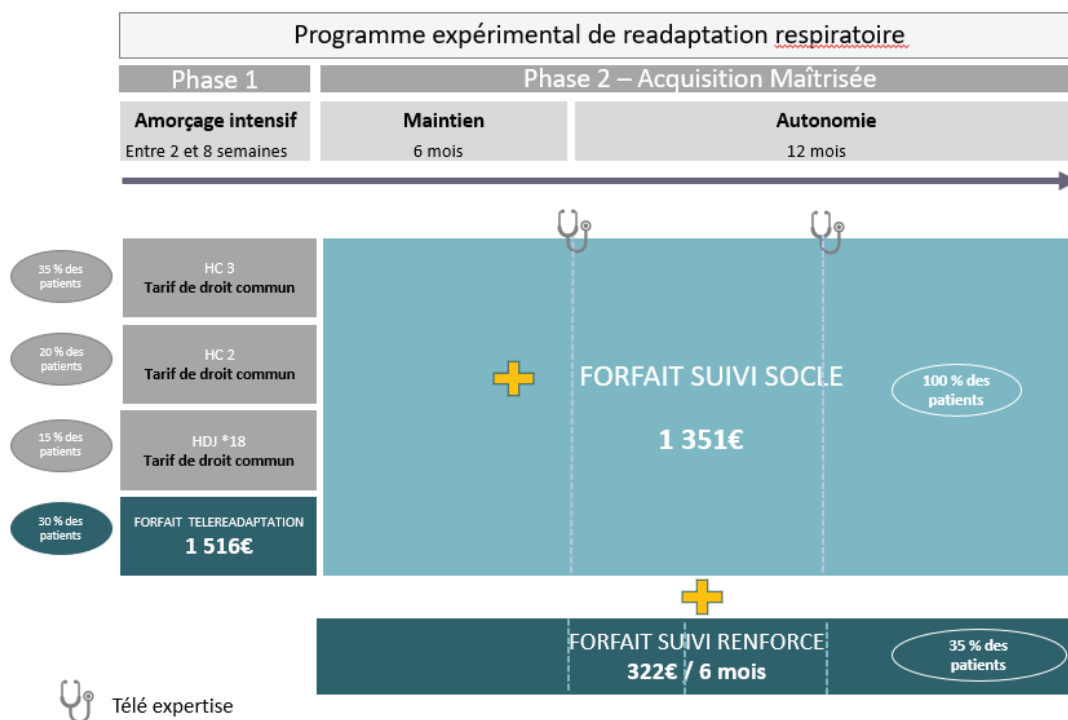
	Sur 6 mois			TOTAL PROJET sur 6 mois			Coût total / 2 ans	Coût moyen / patient / 6 mois
	Total h	Coût / h	Total Coût	Nb patients	% de patients concernés	Coût TOTAL / 6 mois		
13 Ateliers Pratiques supervisés (1 atelier tous les 15j pendant 6 mois) 11 ateliers individuels + 2 ateliers collectifs (groupes de 5)	11,4	28,3 €	322 €	500	35%	56 422 €	169 266 €	322 €



Le montant du forfait de suivi socle, applicable à 35% des patients de la cohorte concernée par cette modalité, est de 322€ / 6 mois.

7.1.4. Synthèse des coûts dérogatoires

En résumé, la demande de financement porte sur 3 forfaits distincts en fonction de l'orientation des patients dans leur parcours de réadaptation :



Appliqués à l'ensemble des 500 patients concernés par le dispositif lors de cette expérimentation, le coût dérogatoire global Art.51 est de 1 071 950€.



	% patients	Volume	Forfait ART.51 / patient	Coût
Forfait téléreadaptation 18 séances	30%	150	1 516 €	227 400 €
Forfait suivi socle	100%	500	1 351 €	675 500 €
Forfait suivi renforcé (6 mois)	35%	525	322 €	169 050 €

TOTAL dérogatoire forfaits

1 071 950 €

7.2. FINANCEMENT DROIT COMMUN

Comme nous l'avons vu au début du chapitre, certaines dépenses sont prévues par le droit commun :

	Dépenses relatives au droit commun	Dépenses dérogatoires à couvrir par l'enveloppe Article 51
<i>Adressage</i>		Consultation longue médecin adresseur
<i>Phase 1 – Amorçage Intensif</i>	Hospitalisation (complète et HDJ)	Télé-readaptation (18 séances à distance)
<i>Phase 2 – Acquisition Maîtrisée</i> <i>Maintien et Autonomie</i>	Télé-expertise	Télé-readaptation de suivi Séances supervisées par le personnel du SSR Missions du coordinateur de suivi (<i>entretiens motivationnels, contacts téléphoniques hebdomadaires...</i>) Séances d'Ateliers Pratiques supervisés
<i>Outils patients</i>		Plateforme de coordination

Les tarifs SSR (prix de journée, forfaits entrée, sortie...) étant différents dans chaque établissement nous avons calculé les coûts d'hospitalisation 3 semaines, 2 semaines et hospitalisation de jour sur la moyenne des tarifs constatés dans les 10 établissements expérimentateurs.

Nous arrivons aux résultats suivants :

Niveau de pilotage	% de patients concernés	Coût / patient BPCO
Hospitalisation complète 3 semaines	35%	4 033,1 €
Hospitalisation complète 15 jours	20%	2 891,3 €
HDJ 18 venues (dont bilan entrée et sortie)	15%	2 082,2 €

A ces coûts par patient, il est nécessaire d'ajouter le coût des télé-expertises réalisées pendant la phase de télé-readaptation à distance. Soit 2 télé-expertises par patient au tarif unitaire de 30€, soit **60€ par patient**

Ramené au nombre de patients bénéficiaires, le montant total droit commun est de 1 181 089 € :



Droit commun

	% patients	Coût unitaire	Volume	Coût total
HC 3 semaines	35%	4 033,1 €	175	705 792 €
HC 2 semaines	20%	2 891,3 €	100	289 132 €
HDJ 18 venues	15%	2 082,2 €	75	156 165 €
Téléexpertise	100%	30,0 €	1 000	30 000 €

TOTAL droit commun

1 181 089 €

7.3. SYNTHÈSE DES COÛTS DE FONCTIONNEMENT OPERATIONNEL

Le coût total de fonctionnement opérationnel du projet pour la prise en charge des 500 patients est estimé à **2,253 M€** pour la totalité de l'expérimentation, soit **4 506€ / patient**. Le droit commun couvrant 52 % de cette somme (soit 1,181 M€), tandis que **48% des dépenses (soit 1,072 M€) sont prises en charge dans le cadre d'un financement par l'article 51.**

A noter que le coût d'une hospitalisation classique SSR pour les patients BPCO sur 4 semaines est en moyenne de 5 357€ par patient soit 851€ plus coûteux (+19%) qu'une prise en charge dans le dispositif expérimental incluant un suivi au long cours que nous proposons (4 506€).

7.4. CALCUL DES ECONOMIES DE SANTE

▪ Economies directes en lien avec la réduction des DMS en SSR

Pour rappel, le programme proposé par les établissements expérimentateurs comprend une réduction des durées d'hospitalisation (DMS) en SSR pour 70% des patients, ainsi qu'une modalité de réadaptation allégée, avec un accompagnement à distance se substituant à l'hospitalisation, pour les 30% des patients dont l'état le permet. Dans notre modèle, la DMS devrait donc se situer autour de 18 jours, contre 28 actuellement.

Cette réduction de DMS, combinée à l'accompagnement directement à distance de certains patients éligibles, permettra de financer un accompagnement au long cours du malade, dans une dynamique de maintien des acquis et de renforcement de l'autonomie, sans effort supplémentaire pour l'assurance maladie.

Ainsi, il est important de souligner que le programme sur 18 mois (+ temps d'amorçage intensif) proposé par les expérimentateurs coûtera moins cher que les programmes de réadaptation respiratoire actuellement proposés en hospitalisation de 4 à 6 semaines en SSR : 4 506€ dans l'expérimentation (pour un séjour de réadaptation + 18 mois d'accompagnement à distance) vs 5 357 € en moyenne dans les modèles actuels pour 4 semaines d'hospitalisation SSR (à minima si pas de séjours itératifs en SSR en année N+1).

Soit 851€ d'économie directe / patient,



Soit 425 500€ d'économie directe pour 500 patients

▪ Economies sur les coûts d'hospitalisation MCO

La réduction du recours aux soins évitables des patients BPCO, et notamment le recours aux hospitalisations en court séjour, permettrait de diminuer les dépenses annuelles relatives à cette pathologie tout en améliorant la qualité de vie des patients.

Nous allons comparer le coût relatif aux hospitalisations en MCO d'un patient type SSR respiratoire avec :

Le coût par patient participant à l'expérimentation déterminé plus haut (4 506€ pour 1,5 an) + le coût d'une éventuelle hospitalisation en MCO pour une phase aigüe.

Etape 1 : Estimation du coût annuel relatif aux hospitalisations de MCO par niveau de sévérité dans la BPCO

Ces coûts ont été définis à partir de données extraites de l'échantillon généralistes de bénéficiaires (EGB), publiées par Laurendeau et al. (2014) :

- 2 933€ en stade 1
- 4 489€ en stade 2
- 6 992€ en stade 3
- 8 091€ en stade 4

Etape 2 : Représentativité des niveaux de sévérité des patients BPCO accueillis en SSR respiratoire

Nous nous sommes appuyés sur les données de répartition d'une étude française intégrant 421 patients BPCO admis pour un séjour de réadaptation respiratoire dans 3 SSR différents (Cabibel et al. 2019) ²⁷ :

- 12% de stade 1
- 40% de stade 2
- 33% de stade 3
- 16% de stade 4

Etape 3 : Estimation du coût moyen annuel relatif aux hospitalisations de MCO d'un patient type SSR respiratoire

Le coût moyen annuel relatif aux hospitalisations MCO d'un patient type SSR respiratoire a été estimé en croisant les données de l'étape 1 et 2 selon la formule suivante :

$$(2933 \times 0,12) + (4489 \times 0,4) + (6992 \times 0,33) + (8091 \times 0,16) = 5\,750 \text{ € par patient par an}$$

Etape 4 : estimation de ce coût moyen sur 1,5 an (durée de l'expérimentation)

Sur la base des résultats de l'étape 3, ce coût est de : $5750 \times 1,5 = 8\,625\text{€}$ par patient sur la durée de l'expérimentation

Etape 5 : estimation de la réduction du coût relatif aux hospitalisations de MCO des patients admis dans le projet INSPIRACTION

Dans une étude (Cockram et al. 2006) ²⁸ ayant expérimenté un modèle similaire au nôtre (séjour de réadaptation respiratoire suivi d'un accompagnement à domicile), le nombre total d'hospitalisations annuelles des patients



était divisé par 7. Sur la base de ces résultats, nous émettons donc l'hypothèse que le coût relatif aux hospitalisations de MCO sera divisé par 7 sur 1,5 an chez les patients participant à notre expérimentation, soit un coût de : $8\,625\text{€} / 7 = 1\,230\text{€}$ par patient.

Etape 6 : estimation du gain d'efficience

- a) Coût d'un patient hors expérimentation : 8 625 € sur 1,5 an (défini à l'étape 4)
 b) Coût d'un patient intégrant l'expérimentation :

Coût résultant des hospitalisations en MCO (défini à l'étape 5) + coût de la participation à l'expérimentation

Soit $1\,230 + 4\,506 = 5\,736\text{€}$

- c) Economies sur 1,5 an pour l'assurance maladie : $8\,625 - 5\,736 = 2\,889\text{€}$ par patient
 Soit sur 1 an → $1\,926\text{€}$ / patient

Synthèse économies annuelles sur les coûts d'hospitalisation MCO :

→ Par patient : - 1 926 €
 → Pour 500 patients : - 963 000€

7.5. CALCUL DES FRAIS D'INGENIERIE

En parallèle des coûts de fonctionnement opérationnel, **un forfait pour la chefferie (intégrant la mise en place et le suivi) ainsi que la gestion administrative du projet** seront nécessaires. Une enveloppe de **261,6 k€** sera nécessaire et prendra en compte l'ensemble des éléments suivants :

- **Lancement du projet :**
 - Chefferie de projet : 227 140 €

La chefferie de projet sera assurée par le prestataire spécialiste de la coordination des parcours de soins et de l'accompagnement des équipes à la structuration des parcours et des réseaux de soins.

Les coûts de chefferie de projet comprennent :

- L'accompagnement sur la phase préparatoire du projet (88 jours sur une période de 6 mois).

Cette prestation comprend :

- La préparation, l'organisation, l'animation et la restitution des réunions de COPIL, bureau de COPIL, des 10 COTECH et du COMED
- Une prestation de conseil pour la mise en œuvre de l'expérimentation : finalisation des process et déploiement, mobilisation des équipes en interne, stratégie de communication globale et territoriale, mise en place des outils de suivi et d'évaluation
- La rédaction du cahier des charges qui permettra de configurer la plateforme numérique de coordination
- Le paramétrage de la plateforme et l'intégration des ressources à mettre à disposition des patients et des professionnels de santé
- L'accompagnement des coordinateurs de suivi



- L'accompagnement sur la phase d'expérimentation à partir de l'inclusion des patients (70 jours sur une période de 24 mois)

Cette prestation comprend :

- La préparation, l'organisation, l'animation et la restitution des réunions de COPIL, bureau de COPIL, des 8 COTECH et du COMED
- L'accompagnement des équipes dans l'ajustement et la mise en œuvre des ajustements définis par le COPIL tout au long de l'expérimentation
- Le suivi des indicateurs d'évaluation
- L'accompagnement des coordinateurs de suivi

Les coûts de chefferie de projet s'élèvent à 227 140 €.

Description	Coût unitaire
ETAPE 0 : Préparation du projet	98 800 €
ETAPE 1 : Inclusion patient	31 812 €
ETAPE 2 : Suivi Expérimentation	70 608 €
Traitement des données, analyses, rapports	25 920 €
	Coût total
Coût total Chefferie projet	227 140 €

- **La formation : 22 500 €**

A ce jour, les établissements participants à l'expérimentation n'ont pas de collaborateurs avec une formation leur permettant de prendre le rôle de *coordinateur de suivi*.

Cette fonction stratégique peut être exercée par des profils avec une expertise et une expérience différente selon l'établissement. Le *coordinateur de suivi* doit dans tous les cas disposer d'un savoir-être et savoir-faire éprouvés et adaptés. Pour cela nous prévoyons une formation initiale intensive sur le métier de *coordinateur de suivi* et d'une phase de suivi en aval de la prise de fonction.

La formation des coordinateurs de suivi sera assurée par le prestataire.

Elle comprend :

- Une formation initiale collective réalisée à distance au cours de la phase préparatoire. Les 10 coordinateurs de suivi seront formés par groupe de 3 ou 4 sur 3 jours à raison de 5 heures par jour. Chaque coordinateur de suivi bénéficiera donc de 15h de formation initiale. La formation comportera un volet consacré au métier de la coordination et un autre consacré aux outils numériques déployés dans le cadre de cette expérimentation.
- Une formation continue à distance avec une partie en individuel (4h) et une partie en collectif (3h), sur le même modèle que la formation initiale. Cette formation, dispensée au cours de la phase de suivi, couvrira les thèmes suivants : évolution des pratiques, partage de bonnes pratiques, perfectionnement sur les outils numériques.

Les coûts de formation pour les 10 coordinateurs de suivi s'élèvent à 22 500 €.

Description	Coût unitaire
Formation initiale collective : 15h (Métier+outil)	1 170 €
Formation continue (individuelle + collective) : 7h	1 080 €



Coût de Formation par CS	2 250 €
--------------------------	---------

	Nombre de CM	Coût total
Coût de Formation des coordinateurs de suivi	10	22 500 €

○ **Les frais de communication : 12 000 €**

Ces frais, estimés à **12 000€** pour l'ensemble des établissements couvrent notamment la constitution d'une charte graphique, la création et l'impression de flyers, d'affiches, la communication partenaires et l'organisation de rencontres avec les adresseurs.

7.6. SYNTHÈSE DU BESOIN DE FINANCEMENT ART.51

Le besoin de financement pour ce projet s'élève à 1,33 M d'euros. Il comprend les frais d'ingénierie et les coûts de prise en charge des 500 patients sur une période de 2,5 ans.

	Montant Art.1
Forfait téléadaptation 18 séances	227 400 €
Forfait suivi socle	675 500 €
Forfait suivi renforcé (6 mois)	169 050 €
Chefferie projet/Formation / communication	261 640 €

TOTAL dérogatoire 1 333 590 €

Répartition du besoin de financement par période :

Le financement total de l'expérimentation sur l'ensemble de sa durée est autorisé pour un montant maximum de 1 333 590 € à financer sur le FISS.

Ce montant se répartit en deux parties, non fongibles entre elles :

- des crédits d'amorçage et d'ingénierie et pour un montant total de 261 640 €, versés sous forme de subventions par la CNAM
- des financements dérogatoires du droit commun, complémentaires ou substitutifs pour un montant maximum de 1 071 950 €,

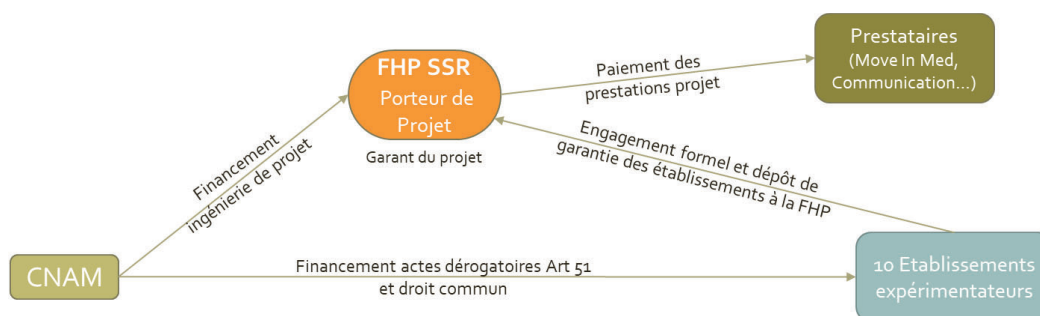
dont les modalités de facturation et de versement sont définies par une ou plusieurs conventions avec la CNAM.



			Phase préparatoire (6 mois)	Année 1 (6 mois) réalisé	Année 2 prévisionnel	Année 3 prévisionnel	Total
Nb de patients inclus	% patients	Forfait	-	139	361	-	500
Forfait téléadaptation 18 séances	30%	1 516 €	- €	63 217 €	164 183 €	- €	227 400 €
Forfait suivi socle	100%	1 351 €	- €	187 789 €	487 711 €	- €	675 500 €
Forfait suivi renforcé (6 mois)	35%	322 €	- €	- €	46 996 €	122 054 €	169 050 €
Total prestations dérogatoires (FISS)			- €	251 006 €	698 890 €	122 054 €	1 071 950 €
Total CAI (FISS) *			133 300 €	66 960 €	61 380 €	- €	261 640 €
Total expérimentation (FISS)			133 300 €	317 966 €	760 270 €	122 054 €	1 333 590 €

* 133 300€ versés à date, les autres montants de CAI restent du prévisionnel.

7.7. MONTAGE ADMINISTRATIF ET FINANCIER DU PROJET



Un montage basé sur des conventionnements réciproques forts :

La FHPSSR : rôle central entre la CNAM et les expérimentateurs

Le porteur de projet sera seul responsable vis-à-vis de l'administration du projet. L'engagement réciproque des parties consiste à ce que le porteur du projet mette en œuvre l'ensemble des prescriptions contenues dans la convention, charge à l'autorité sanitaire de verser la subvention visée dans la convention.

Les expérimentateurs primaires : les 10 établissements SSR engagés dans le projet

Ils réalisent les actions prévues dans le cahier des charges de l'expérimentation signé par le porteur et entrant dans le champ dérogatoire. A ce titre, ils sont payés selon la prise en charge réelle des malades via une plateforme art 51 par la CPAM pivot. Pour les actions entrant dans le champ existant, les règles de la tarification ordinaires continuent à s'appliquer pour les malades et pour les établissements.

Parallèlement, ils s'engagent, auprès de la FHP-SSR, porteur du projet, à respecter toutes les conditions du cahier des charges de l'expérimentation.

8. MODALITES D'ÉVALUATION DE L'EXPERIMENTATION PROPOSEES

Au cours de cette expérimentation, des indicateurs patients, des indicateurs économiques, ainsi que des indicateurs cliniques seront mesurés. La FHP-SSR propose notamment de suivre les indicateurs suivants :



- **Indicateurs de résultat et d'impact :**
 - Nombre de 1ers séjours (accès aux soins)
 - Nombre d'hospitalisations court séjour (toutes causes),
 - ☉ Nombre de patients sous OLD qui ne répondent pas aux indications au départ et tout au long de l'expérimentation,
 - ☉ Evolution des habitudes de vie des patients inclus dans l'expérimentation (évolution de la consommation tabagique, etc.),
 - Evolution état de santé (mesure de tolérance à l'effort, dyspnée, etc.),
- **Indicateurs financiers :**
 - Evolution des dépenses hospitalières (liées ou non à la BPCO),
 - Evolution des dépenses médicamenteuses,
 - Evolution des dépenses de soins de ville (liées ou non à la BPCO),
 - Evolution des dépenses totales (liées ou non à la BPCO).
- **Indicateurs de satisfaction et «expérience» des patients (et/ou de leurs aidants) :**
 - Amélioration de la qualité de vie du patient,
 - Questionnaire de satisfaction patient.
- **Indicateurs de processus**
 - Nombre de patients inclus, suivi sur chaque phase du parcours par rapport au prévisionnel,
 - Nombre de contacts téléphoniques ou visiophoniques par des professionnels de santé par patient par rapport au prévisionnel,
- **Indicateurs de moyens (financiers, humains...) :**
 - Nombre de CM affectés au projet,
 - Nombre de médecins adresseurs ayant adressés des patients,
 - Nombre d'AP réalisés,
 - Nombre d'entretiens motivationnels réalisés,
 - Temps par CM / patient.

9. INFORMATIONS RECUEILLIES SUR LES PATIENTS INCLUS DANS L'EXPERIMENTATION

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 les différents acteurs du parcours dans le cadre des soins délivrés aux patients. 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 co-responsable avec l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) 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 modifiée.

Le patient inclus dans l'expérimentation sera sensibilisé à la protection des données personnelles et au risque du numérique ; pour intégrer l'expérimentation il devra signer, selon les exigences de la RGPD, un consentement éclairé autorisant le porteur de projet, dans le cadre de l'expérimentation, à déposer ses données personnelles sur une plateforme en ligne et à traiter ses données. Le patient définira lui-même les personnes autorisées à consulter son dossier (équipe médicale dans son ensemble ou individu par individu).

10. OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES EN MATIERE DE SYSTEME D'INFORMATION ET DE TRAITEMENT DE DONNEES DE SANTE A CARACTERE PERSONNEL

La plateforme numérique sera compatible avec le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et aura un marquage CE pour le démarrage du programme au Q1 2021.

A l'entrée dans le programme le patient sera informé sur ses droits relatifs à l'utilisation des données personnelles. Une notice lui sera remise explicitant les enjeux de l'expérimentation et l'inclusion de ses données dans une plateforme numérique. Seulement après la signature d'un consentement du patient, l'établissement aura l'autorisation de créer le dossier patient sur la plateforme numérique. Le patient définira alors les personnes autorisées à consulter son dossier (médecin adresseur, spécialiste de ville, pharmacien...ou à l'ensemble de son équipe médicale).

En Annexe 16 : Modèle d'un consentement patient pour la mise en ligne de données personnelles

11. LIENS D'INTERET

Les sociétés Korian et Move in Med étant liées par des liens capitalistiques, elles s'engagent chacune à renseigner une déclaration publique d'intérêts.

La liste des structures ou praticiens 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

Porteur du projet :

FHP SSR

Expérimentateur SSR :

Clinique de Saint Orens

Clinique du souffle La Solane

Clinique du souffle La Vallonie



Clinique Les Trois Tours
 Clinique du souffle Le Pontet
 Le Clos Champirol
 Clinique Pierre de Soleil
 Institut Médical de Sologne
 Institut de Réadaptation d'Achères
 Clinique de la Mitterrie
Prestataires :
 Move In med

Cette liste pourra évoluer en fonction des différents partenariats actés au cours l'expérimentation.

12. ANNEXES

Annexe 1 - Fiche de poste et référentiel de compétence du coordinateur de suivi

Profil et formation

Soignant (IDE, APA ou autre personnel de l'établissement intervenant dans le parcours du patient BPCO)

Rattachement hiérarchique

Supérieur	Directeur général Etablissement
Subordonnée	Aucun
Réseau relationnel	<ul style="list-style-type: none"> • Direction Etablissement • COPIL expérimentation ART51 • Patients / Aidants / Famille • Equipe de soins établissement • Professionnels de santé de ville • Réseaux CPTS • Associations de patients • Clubs sportifs, fédérations • Move In Med (MIM) – Prestation accompagnement du projet

Moyens de réalisation

- Logiciels de bureautique – Logiciels de coordination
- Process de suivi des patients selon les niveaux de prise en charge définis (classique ou renforcé)
- Process administratifs
- Outils de suivi et d'évaluation
- Outils de communication (patients/professionnels/projet)



- Liste des partenaires/annuaire contacts

Mission Principale

- Suivi et accompagnement des patients sur un parcours de réadaptation respiratoire / télé-réadaptation
- Organisation et planification de l'ensemble des événements du parcours de soins du patient sur la période de 18 mois, en lien avec l'équipe médicale du SSR
- Organisation de l'ensemble des soins et des événements de prise en charge et de suivi de réadaptation (consultations, ateliers collectifs ou individuels...)
- Coordination de l'ensemble des intervenants du parcours autour du patient, notamment lien ville-établissement, notamment via un dossier patient partagé commun
- Détection précoce des risques de décrochage grâce aux appels, aux rencontres et aux retours de questionnaires patient ; lien avec les professionnels de santé pour alerter et ajuster le PPR
- Suivi des données patients à distance
- Vérification de l'observance des traitements et du respect des procédures
- Suivi de la mobilisation et de la motivation du patient dans son parcours
- Lien avec les médecins adresseurs (généralistes et spécialistes), les services hospitaliers, les associations, les partenaires et les familles
- Tâches administratives pour la tenue à jour des dossiers et la transmission.
-

Activités détaillées

MISSIONS	ACTIVITÉS
<p><i>Suivi et accompagnement des patients</i></p>	<p><i>Suivi et accompagnement individuel des patients en lien avec l'équipe médicale</i></p> <p><i>Missions socle</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Création du dossier partagé, réception des éléments administratifs et médicaux du patient de la part de l'adresseur • Intégration de la décision thérapeutique dans le logiciel • Lien avec le patient tout au long de son suivi (18 mois) • Lien avec les acteurs de la prise en charge • Organisation, planification des événements du patients (consultations et ateliers, en présentiel ou à distance) • Référencement et organisation des ressources (documents, vidéo, tutoriels...) à mettre à disposition des patients • Transmission des informations aux acteurs concernés (patients, professionnels de ville ou établissement) • Liens avec les praticiens concernés en cas d'urgence (alertes questionnaire ou appels) et organisation des rendez-vous si besoin • Suivi du patient tout au long de son parcours suivant un process défini (appels téléphoniques et RDV physiques) • Saisie des indicateurs d'activité et de performance



	<p>Plus précisément, le Care Manager suit un protocole selon les différentes étapes de son parcours :</p> <p><i>Phase d'amorçage</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Présentation de l'expérimentation et du dispositif au patient • Présentation au patient de la plateforme numérique et du fonctionnement • Remise au patient des documents concernant le dispositif (brochure, consentement) • Présentation de l'équipe de prise en charge et visite de l'établissement • Lien avec le médecin adresseur • Lien avec le médecin référent de l'établissement <p><i>Phase de maintien / autonomie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivi du patient pendant 18 mois • Appels de routine • Entretiens motivationnels • Recueil d'information auprès du patient et des professionnels de santé • Gestion des alertes (médicales et psychologiques) générées par les questionnaires de suivi – lien avec les professionnels de santé pour prendre en charge les alertes • Lien avec l'ensemble de l'équipe médicale • Intégration des ressources nécessaires aux patients (documents, vidéos, tutoriels...) en fonction de son profil dans la plateforme • Réponse aux appels du patient • Réponse aux appels des professionnels de santé • Lien avec l'ensemble de l'équipe médicale <p><i>Organisation et planification des séances individuelles ou collectives en ligne (télé-réadaptation, ateliers ETP)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser et suivre le planning annuel des évènements et séances collectives • Faire le lien avec l'équipe administrative pour la mise en œuvre de ces séances • Assurer la diffusion de l'information (envoi aux patients des liens de connexion et mode d'emploi de connexion) • Gérer les inscriptions • Gérer la logistique des séances en ligne (vérifier avec le professionnel le bon fonctionnement) • Recueillir la satisfaction des patients • Lien avec les professionnels de santé pour l'organisation des séances
<p>Suivi de l'expérimentation et Communication</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participation au COFIL • Saisie et suivi des indicateurs d'évaluation dans la plateforme • Suivi des statistiques d'activité • Ajustement des process selon les décisions du COFIL

**Management de la qualité**

- Informer régulièrement sur les problématiques rencontrées, les dysfonctionnements ou toute autre information utile

Compétences requises

Savoir	Savoir-Faire	Savoir-Être
<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance des process du dispositif • Connaissances médicales sur la réadaptation respiratoire • Connaissance du concept des techniques motivationnelles et du changement de comportement • Connaissance des partenaires • Connaissance de la pathologie BPCO • Connaissance des différents parcours proposés • Connaissances informatiques • Notions de management de la qualité • Notions sur les normes de qualité 	<ul style="list-style-type: none"> • Maîtrise de la pathologie BPCO • Maîtrise des techniques d'accueil (physique et téléphonique) • Maîtrise du Pack-Office • Mise en œuvre des procédures • Capacités rédactionnelles • Maîtrise des techniques de l'entretien motivationnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Bon relationnel • Capacité d'écoute • Rigueur • Capacité à travailler en équipe • Autonomie • Organisation • Diplomatie • Discrétion • Respect de la confidentialité et du secret professionnel et médical • Gestion des priorités • Esprit d'initiative • Capacité d'expression









Annexe 2. Contenu et timing de l'entretien de contact



Care Manager : 1^{er} entretien de contact

 60 minutes
5 temps

1. **Présentation du Care Manager** -  10'
2. **Présentation de la solution** (outil + modalités d'accompagnement) et de l'interface -  15'
3. **(Re)formulation et validation des objectifs thérapeutiques**  10'
4. **Planification:**
 - ✓ des entretiens avec le Care Manager : identification des créneaux pour contact Care Manager – patient -  10'
 - ✓ des activités : aide à la planification en lien avec les objectifs -  10'
5. **Questions libres** -  5'



Annexe 3. Contenu et timing de l'entretien de routine



Care Manager : entretiens de routine (appels téléphoniques)

30 minutes
4 temps

1. **Prise de nouvelles du patient** - 5'
2. **Points sur les objectifs** : - 10'

- Reformulation des objectifs par le CM ou le patient (**à définir**)
- Etat des lieux sur les comportements et actions réalisés en lien avec les objectifs : motivation, poids, suivi pratique activité physique, niveau essoufflement, suivi du traitement
- Recueils des bénéfices associés à la pratique
- Identification des barrières dans la pratique
- Bilan faisant ressortir si atteinte ou non

Génère un tableau d'évolution



Care Manager : entretiens de routine (appels téléphoniques)

3. Plan d'action et planification – SI ATTEINTE DES OBJECTIFS

- ✓ **Actions CM avec appui BCT :**
 - Encouragement (BCT 3.2 et 3.3),
 - Félicitations (BCT 10.4 et 15.1 et 3)
 - Récompense (BCT 14.4 et 5)
 - Rappel de l'intérêt de poursuivre en lien avec les bénéfices recueillis (BCT 2.4 et 9.2)
 - Révision des objectifs comportementaux (BCT 1.5)
- le CM devra s'appuyer sur l'expertise des professionnels compétents pour valider les nouveaux objectifs (à anticiper)
- ✓ **Actions CM avec appui solution numérique :**
 - Activation de support (info, astuce, suivi, vidéo d'exercice) => à définir
- ✓ **Actions CM avec appui professionnels de santé :**
 - Orientation vers ateliers éducatifs ou entretiens individuels (thèmes à définir)

4. Questions libres

31



Care Manager : entretiens de routine (appels téléphoniques)

3. Plan d'action et planification – SI NON ATTEINTE DES OBJECTIFS

- ✓ **Actions CM :**
 - Encouragement (BCT 3.2 et 3.3),
 - Rappel de l'intérêt de poursuivre en lien avec les bénéfices recueillis (BCT 2.4, 9.2)
 - Travail sur les barrières ((quels FOCUS ? BCT 1.2), croyances et perceptions (BCT 13.2 et 13.3)
 - Révision des objectifs comportementaux (BCT 1.5)
- le CM devra s'appuyer sur l'expertise des professionnels compétents pour définir les nouveaux objectifs (à anticiper)
- ✓ **Actions CM avec appui solution numérique :**
 - Activation de capsule (info, astuce, suivi, vidéo d'exercice) => à définir
- ✓ **Actions CM avec appui professionnels de santé :**
 - Orientation vers ateliers éducatifs (thèmes à définir)

4. Questions libres

32



Annexe 4. Contenu et timing de l'entretien motivationnel



Entretien motivationnel

 30 minutes
4 temps

1. Amorçage de l'entretien et évaluation (échelle de 0 à 10) : 5'

- Etat de santé
- Fatigue
- Motivation

2. Points sur les objectifs 10'

3. Plan d'action et planification 10'

4. Edition d'un rapport 5'

- ✓ Evolution des indicateurs évalués lors de l'amorçage
- ✓ Rappels objectifs
- ✓ Bilan sur objectifs comportementaux et résultats si pertinent
- ✓ Identification des barrières
- ✓ Plan d'action

Réalisé par CM + autres professionnels santé
selon besoins identifiés



Annexe 5. Exemple de questionnaire de suivi patient



Questionnaire de suivi du patient et gestion alertes

Questionnaires d'autoévaluation envoyés entre les appels du CM

- ✓ Comment allez-vous ? *Note de 1 à 5*
- ✓ Comment qualifieriez-vous votre motivation liée à votre réadaptation ? *Très motivé / Motivé / Pas motivé => Pourquoi ?*
- ✓ Combien pesez-vous ?
- ✓ Suivez-vous votre traitement ? *Oui totalement / Oui en partie / Non pas du tout => Pourquoi ?*
- ✓ Suivez-vous votre pratique d'activité physique ? *Oui totalement / Oui en partie / Non pas du tout => Pourquoi ?*
- ✓ Comment qualifieriez-vous votre essoufflement ? *Note de 1 à 5*

Alerte
psychologueAlerte Care
ManagerAlerte
diététicienAlerte
Médecin SSR

Alerte APA


Alerte
Médecin SSR



Annexe 6. Le rôle du coordinateur de suivi en phase d'acquisition maîtrisée



Le rôle du Coordinateur de suivi : phase acquisition maîtrisée

- Lien avec le médecin adresseur et le médecin traitant
 - Lien avec le médecin référent de l'établissement
 - Lien avec l'équipe (APA, kiné, diététicien, psychologue, IDE)
- ✓ Contact téléphonique patient et saisie des éléments de suivi du patient dans INU
 - ✓ Planification mensuelle des séances d'activité pratique supervisée 
 - ✓ Suivi du programme ETP du patient – proposition et inscription du patient aux ateliers
 - ✓ Intégration des ressources nécessaires aux patients en fonction de leur profil dans la plateforme : documents, vidéos, tutos...
- ✓ Envoi du questionnaire de suivi patient : hebdomadaire, bi-mensuel ou mensuel selon prise en charge patient
 - ✓ Gestion des alertes générées par les questionnaires de suivi patient : suivi et lien avec l'équipe SSR
- ✓ Envoi bilan mensuel au médecin adresseur et médecin traitant à partir des indicateurs de santé (moral, motivation, évolution poids, essoufflement, activité physique...)
- ✓ Organisation des entretiens motivationnels trimestriels du patient avec invitation équipe selon besoins du patient (Médecin SSR ? APA ? Kiné ? Diététicien ? Psychologue ? IDE ?)
 - ✓ Réalisation entretien motivationnel trimestriel
- ✓ Orientation du patient selon ses besoins vers le professionnel adapté
 - ✓ Gestion des appels entrants : patient et professionnels de santé



Annexe 7 : Phase d'acquisition maîtrisée : objectifs thérapeutiques, personnel ressource, contenu thérapeutiques et structures relais

Objectifs thérapeutiques	Personnels ressources au sein du SSR	Outils et contenus thérapeutiques	Planification		Structures ou professionnels externes relais
			Suivi socle	Suivi renforcé	
Maintien des bénéfices sur la capacité fonctionnelle d'effort	Coordinateur de suivi	Orientation et mise en relation avec des structures de proximité pour pratiquer l'activité physique	Lors des points de contact# si nécessaire		Association de patients, associations sportives, maison de santé, salle de sport...
	Coordinateur de suivi	Aide à la planification des séances d'activité physique	A chaque point de contact#		
	Coordinateur de suivi	Autres techniques de changement de comportement pour encourager à la pratique d'activité physique et à la réduction des temps sédentaires (ex : renforcement positif, gestion des barrières...)	A chaque point de contact# et pendant les entretiens motivationnels		
Gestion et prévention des complications de la maladie et des risques de décrochage (risque d'exacerbation, rechute tabac, aggravation des troubles anxio-	Rééducateur (EAPA, kiné...)	Tutoriels pour la pratique à domicile dans la plateforme INU : fiches et vidéo d'exercices (renforcement musculaire, posture-équilibre motricité, exercices ventilatoires...)	Actualisé et disponible en continu		Médecin prescripteur, médecin traitant et professionnels de santé libéraux (kiné, psychologue, tabacologue...)
	Rééducateur (EAPA, kiné...)	Atelier pratique en visio : supports et conseils pour une pratique sécuritaire de l'activité physique à domicile	/	1 fois tous les 15 jours*	
	Coordinateur de suivi	Questionnaires et évaluations envoyés via la plateforme INU (état de santé, motivation, comportements de santé, encombrement bronchique...)	Toutes les semaines		
	Coordinateur de suivi	Entretien clinique	A chaque point de contact#		
	Coordinateur de suivi et IDE/kiné/médecin SSR	Alertes, transmission et/ou télé-expertise si détection d'un risque (ex : besoins de prescription en kiné respiratoire, en médicaments...)	Dès que nécessaire		
Personnel formé aux risques	Atelier pratique en visio : soutien et conseils sur le sevrage tabac	/		1 fois tous les 15 jours*	



dépressifs, des problématiques sociales ou nutritionnelles)	liés au tabac				
	Psychologue	Atelier pratique en visio : soutien et conseils sur la gestion des troubles anxio-dépressifs	/	1 fois tous les 15 jours*	
	Diététicienne	Atelier pratique en visio : soutien et conseils sur la gestion des problématiques nutritionnelles	/	1 fois tous les 15 jours*	
	Assistant de service social	Atelier pratique en visio : soutien et accompagnement sur les problématiques sociales	/	1 fois tous les 15 jours*	

*Hebdomadaire sur la phase de maintien, tous les 15 jours sur la phase d'autonomie 1 et tous les mois sur la phase d'autonomie 2.

* Planifié par le coordinateur de suivi en fonction des besoins identifiés avec le patient

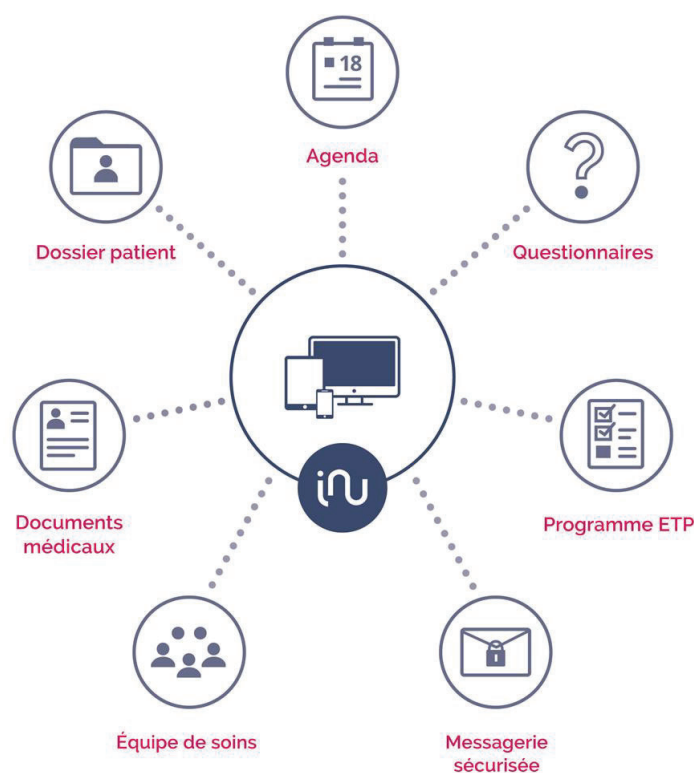


Annexe 8 – Descriptif de la plateforme INU

INU l'outil de la coordination

La plateforme web collaborative INU est un outil de coordination des parcours de soins adapté pour la prise en charge globale des pathologies chroniques nécessitant l'intervention d'une équipe multidisciplinaire de professionnels de santé d'établissements et des professionnels de ville.

Les fonctionnalités de la plateforme INU



La Plateforme INU permet aux professionnels de santé d'accéder aux données médico-psychosociales de leurs patients et d'échanger de façon sécurisée avec tous les acteurs impliqués y compris le médecin adresseur ou les professionnels de ville et d'établissement. De son côté, le patient visualise son parcours personnalisé de soins, retrouve ses rendez-vous et ses contacts, ainsi que de l'information ciblée sur sa pathologie.

Cette Application INU s'utilise en mode SaaS, c'est à dire en tant qu'application accessible à distance comme un service, par le biais d'Internet.



INU pour qui ?



La plateforme INU propose :

- **Une interface pour les professionnels** permettant d'accéder :
 - o Au parcours de soins de leur patient (PPS)
 - o Aux coordonnées de tous les acteurs professionnels impliqués dans la prise en charge de leurs patients (y compris professionnels de premier recours, pharmaciens...)
 - o Aux documents médicaux de leurs patients (comptes-rendus, résultats d'examens, RCP...)
 - o A une messagerie sécurisée pour échanger depuis le dossier du patient avec l'ensemble des professionnels impliqués dans le parcours de soins
 - o A un tableau de bord pour le suivi des indicateurs du patient
 - o A un module de scoring permettant d'orienter les patients en fonction de leur fragilité
 - o A de la documentation sélectionnée sur la pathologie (fiches sur les traitements, protocoles, référentiels...)

- **Une interface pour les patients** permettant d'accéder :
 - o A son parcours personnalisé de soins avec l'ensemble de ses rendez-vous (PPS)
 - o Aux coordonnées de tous les professionnels impliqués dans le parcours de soins
 - o Aux documents médicaux (cloud médical)
 - o Aux questionnaires (suivi, satisfaction)
 - o Au programme d'éducation thérapeutique et à ses outils personnalisés
 - o A de l'information ciblée sur sa pathologie et sélectionnée par les experts de leur prise en charge
 - o Et accéder à une messagerie pour joindre de manière sécurisée l'équipe de coordination
 - o Des séances individuelles ou collectives en ligne grâce à un outil visio intégré

- **Un espace de travail pour l'équipe de coordination** permettant de créer les dossiers patients et gérer l'activité de suivi des patients. L'espace « coordinateur » permet de :
 - o Créer les dossiers patients et gérer les droits d'accès des différentes catégories d'utilisateurs (patients et professionnels de santé)
 - o D'organiser le suivi et l'accompagnement des patients
 - o De générer des tâches de suivi de patients (appel téléphonique, rencontre, envoi de courrier...) pour différentes catégories d'utilisateurs (coordinatrice, assistante sociale, infirmière...) et de suivre leur réalisation
 - o De suivre les patients grâce à un tableau de bord des alertes générés par les questionnaires/formulaire patients
 - o D'organiser le planning d'éducation thérapeutique des patients
 - o D'alerter des membres de l'équipe en cas de besoin spécifique (psychologue, assistante sociale, infirmière...)
 - o D'alerter par des notifications en cas de difficultés sur un patients (médicales, sociales, familiales...)



- De générer un annuaire de professionnels de santé
- D'intégrer des documents utiles aux professionnels et aux patients

Pour le gestionnaire, INU permet d'accéder à un module statistique permettant de suivre l'activité de la structure et d'accéder à la base de données complète. Des statistiques sont possibles sur l'ensemble des données de la base de données. L'administrateur a la possibilité de formuler des requêtes selon les critères patients et de croiser ses requêtes. INU peut ainsi être utilisé dans le cadre de protocole de recherche, pour organiser le suivi de patients entrés en protocole et extraire des données chiffrées de la base de données.

INU est entièrement administrable par l'équipe médicale. INU est modulable et adaptable selon les pathologies ; il est paramétrable en fonction des attentes des différents acteurs de la prise en charge (champs, intitulés, données...).

SECURITE ET CONFIDENTIALITE

La plateforme est conforme à la réglementation française en termes de recueil et de traitement de données personnelles et de santé. Move In Med a reçu l'autorisation CNIL pour l'exploitation de cette plateforme. La création d'un dossier patient ne peut être réalisé qu'après consentement signé du patient. La plateforme est sécurisée ; elle est hébergée chez un Hébergeur Agréé pour les données de Santé.



Application en mode SaaS : <https://xxxx.inusante.com>



Plateforme hébergée chez un **hébergeur agréé de données de santé**



Création du dossier sur la base légale du **consentement du patient**



Connexion par **authentification forte** : carte CPS, certificat ou OTP



Gestion des accès et des droits par profil des utilisateurs



Dossier mis à jour par l'équipe de coordination (et le patient)








Messagerie sécurisée interne, dans l'espace de confiance de la MSSanté



INU Forms : le module de suivi des patients en ligne





Les usages

-  Suivi des patients en pré / post-opératoire
-  Suivi des symptômes et effets secondaires des traitements (notamment des thérapies orales)
-  Suivi de la douleur et de la qualité de vie des patients
-  Etude de la satisfaction des patients
-  Scoring / Aide au choix d'un parcours de soins adapté

Contenu

- Questions de **tous types** : oui / non, choix unique / multiple, texte, vidéo...
- Déroulé du questionnaire **adapté en fonction des réponses** apportées par le patient
- Affichage question par question ou sur une seule page
- Possibilité de répondre au questionnaire en **plusieurs fois**
- Possibilité de **vérifier ses réponses**

Mode de fonctionnement

- Questionnaires **automatiques** envoyés régulièrement 
- **Notification** par email ou par SMS de la mise à disposition d'un questionnaire 
- Système de **rappel** pour compléter les questionnaires



rove in med



INU Forms : le module de suivi des patients en ligne



Fonctionnalités pour les professionnels

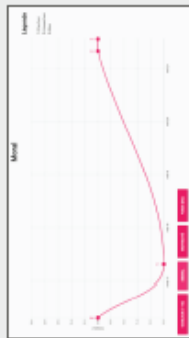
- **Tableau de bord** de suivi
- Système d'**alertes** en fonction des réponses apportées par le patient
- Pour chaque alerte soulevée, proposition de **protocole de prise en charge** du patient



- Possibilité de suivre l'**évolution des alertes**



- Possibilité de **suivre les indicateurs** clés de la prise en charge sur des graphiques



- Fonctionnalités **d'export** des réponses aux questionnaires



INU scoring

- Pour identifier les risques de ruptures
- Pour un meilleur repérage et une orientation plus adaptée
- Pour une priorisation et un adressage rapide des patients



Méthode visant à définir un score global issu de X fragilités construit par l'équipe médicale



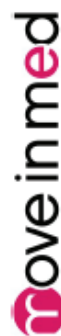
Scoring médical réalisable par un paramédical ou un professionnel de santé



Score d'orientation non exclusif



Score réévaluable en cours de parcours





Annexe 9. Planning des réunions et de l'engagement des différents organes de suivi du projet

PHASE 1 : PREPARATION										PHASE 2 : EXPERIMENTATION																			
m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8	m9	m10	m11	m12	m13	m14	m15	m16	m17	m18	m19	m20	m21	m22	m23	m24	m25	m26	m27	m28	m29	m30
Préparation du programme										Suivi de l'expérimentation																			
Inclusion patients										formation continue																			
6 mois										6 mois																			
2 CODIR (1,5h) 4 COPIL (1,5h) 2 COTECH (1,5h)										1 CODIR (1,5h) 2 COPIL (1,5h) 3 COMED (1h) 3 COTECH (1h)																			
8 réunions pour un DE du CODIR (12h)										9 réunions pour DE du CODIR (10,5h) 9 réunions pour un médecin du COMED (9h)																			
Soit										Soit																			
1 CODIR (1,5h) 4 COPIL (1,5h) 3 COMED (1h) 3 COTECH (1h)										2 CODIR (1,5h) 4 COPIL (1,5h) 5 COMED (1h) 7 COTECH (1h)																			
18 réunions pour un DE du CODIR (21h) et										17 réunions pour un médecin du COMED (17h)																			
1 CODIR 2 COPIL 2 COMED 5 COTECH										9 réunions pour un DE du CODIR et 8 réunions pour un médecin du COMED																			

Planning des réunions et de l'engagement des différents organes pour le suivi du projet.

L'implication des expérimentateurs a été estimée dans le tableau suivant. Il présente le temps à passer sur le projet dans ces différentes phases par les directions, les médecins, les cadres de santé et les Care Manager (notamment temps de préparation à la mise en œuvre des process et formation). Ce temps est un investissement de la part des établissements expérimentateurs qui montrent leur motivation et leur détermination à tester ce modèle en tant que véritable solution d'avenir, et alternative aux prises en charge actuelle.

Implication dans le projet :	Préprogramme (heures)			Inclusion (heures)			Suivi (heures)			
	Direction	Medecin	Cadre	Direction	Medecin	Cadre	Direction	Medecin	Cadre	CS
Temps de réunion COPIL-COTECH	12	9	9	9	12	7,5	30,5	36	27	27
Temps de préparation réunions	6	4,5	4,5	4,5	6	3,75	15,25	18	13,5	189
Temps rencontre prescripteurs/partenaire	20			10	10					
Temps évaluation				7	7		5	5		
Formation										5
TOTAL HEURES PAR PHASE	28	33,5	13,5	30,5	35	11,25	50,75	59	40,5	221


Annexe 10. Liste des acteurs et l'implication attendue pour chaque partie

Au niveau national	Implication dans l'expérimentation
COFIL	Vision nationale du déploiement et suivi Validation des outils (coordination, communication, process) Validation des process Evaluation Restitution
COMED	Vision médicale Recadrage thérapeutique du projet Définition et suivi de l'inclusion des patients Partage des bonnes pratiques Ajustements
Associations de patients nationales	Consultative – préconisations

Au niveau territorial	Implication
COTECH	Suivi du projet au niveau territorial
Associations de patients	Implication dans les parcours – lien avec le coordinateur
Patients	Suivi du parcours engagement au long cours
Aidants	Suivi du patient et aide à l'engagement et au suivi
Adresseurs (médecins adresseurs, pneumologues)	Inclusion des patients, présentation du programme et de ses enjeux, validation et suivi de parcours
Acteurs du soin en ville (kinés, APA, psy, nutritionnistes, diététiciens, addictologues, ...)	Contribution aux activités des patient à domicile, mobilisation des patients, remontées d'informations - traçabilité
Prestataires de services à domicile	Suivi des patients, mobilisation des patients, remontées d'informations
Médecins SSR et cadres de santé et soins de support de chaque établissement pilote	Prise en charge des patients selon les process établis, suivi des process et traçabilité des actions, lien avec les professionnels de ville
Directions des établissements pilotes	Suivi des équipes, mobilisation des équipes, communication, relations avec les acteurs territoriaux (ars, conseils généraux, CCAS, municipalités), participation au COTECH et COFIL
ARS de chaque territoire	Suivi du projet, ajustements si nécessaire, soutien
Conseil général/municipalités de chaque territoire/CCAS	Participation au projet via les dispositifs existants, soutien, communication
Coordinateurs de suivi	Suivi des patients, mobilisation des expertises autour du malade, respect des process, traçabilité des actions, remontées d'informations, lien avec la ville et orientation, participation au COTECH / COFIL



Annexe 11. Coordonnées du porteur et des partenaires

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail	Nature du partenariat ou de la participation au projet
FHP-SSR	FHP-SSR Le Grand Prado 20 Allées Turcat Mery 13008 Marseille	M. NOEL Eric enoel@fhp-ssr.fr	Coordination des établissements participant à l'expérimentation
Clinique du Souffle La Vallonie GROUPE KORIAN	SAS CLINIQUE DU SOUFFLE LA VALLONIE 800 Avenue Joseph Vallot 34700 Lodève	Mme. MIFFRE Catherine catherine.miffre@korian.fr Mme Bonnet Patricia Patricia.bonnet1@inicea.fr	Etablissement expérimentateur
Clinique du Souffle La Solane GROUPE KORIAN	Clinique du Souffle La Solane 19 rue des Casteillets 66340 Osséja	Mme DARD Stéphanie stephanie.dard@inicea.fr	Etablissement expérimentateur
Clinique Les Trois Tours GROUPE KORIAN	Clinique Les Trois Tours 517 Chemin du Grand Pré 13112 Le Destrousse	M. COLOMBIE Patrick patrick.colombie@korian.fr M. RODRIGUEZ François francois.rodriquez@korian.fr	Etablissement expérimentateur
Clinique du Souffle Le Pontet	460 avenue de Lyon 01110 Plateau d'Hauteville	Mme EMIN Brigitte Brigitte.emin@inicea.fr	Etablissement expérimentateur
Clinique la Mitterie	Clinique de la Mitterie 195, rue Adolphe Defrenne 59160 Lomme	M. SADOINE Christophe csadoine@clinque-mitterie.com	Etablissement expérimentateur
Clinique de Saint Orens GROUPE ELSAN	Clinique de Saint-Orens 12, avenue de Revel 31650 Saint-Orens-de-Gameville	M. MATHEU Patrick matheu@elsan.care M. ROBIN Stéphane s.robin@clinique-saint-orens.fr	Etablissement expérimentateur
Institut médical - Le Clos Champirol GROUPE LNA SANTE	Le Clos Champirol 81 Avenue Albert Raimond, 42270 Saint-Priest-en-Jarez	Mme ANNEQUIN Delphine delphine.annequin@ina-sante.com M. BACHELLERIE Daniel dbachelierie@closchampirol.com	Etablissement expérimentateur
Institut médical de Sologne GROUPE LNA SANTE	Institut Médical de Sologne 1 rue Cécile Boucher 41600 Lamotte-Beuvron	Mme ANNEQUIN Delphine delphine.annequin@ina-sante.com M. TAKOUGNADI Stanislas direction.imds@Ina-sante.com	Etablissement expérimentateur
Institut de Réadaptation d'Achères GROUPE LNA SANTE	Institut de Réadaptation d'Achères 7 place Simone Veil 78260 Achères	Mme ANNEQUIN Delphine delphine.annequin@ina-sante.com Mme COLIN-DUCREAU Sandrine direction.bazincourt@Ina-sante.com	Etablissement expérimentateur
Clinique Pierre de Soleil GROUPE ORPEA	Clinique Pierre de Soleil Impasse Henri Becquerel 74100 Vétraz-Monthoux	M. MASSON Emmanuel e.masson@orpea.net Mme. QUINTIN Florine f.quintin@orpea.net	Etablissement expérimentateur



Annexe 12. Calcul du coût moyen du personnel de référence pour la télé-réadaptation en phase d'amorçage intensif

Calcul des coûts horaires moyens

Profession	Salaire brut chargé annuel	Nb de semaines travaillées	Nb d'h travaillées / sem	Nb d'h travaillées / an	Coût horaire
Médecin spécialiste	182 958 €	47	35	1645	111,2 €
Kinesithérapeute	51 582 €	47	35	1645	31,4 €
Psychologue	49 402 €	47	35	1645	30,0 €
Diététicienne	40 937 €	47	35	1645	24,9 €
APA	42 062 €	47	35	1645	25,6 €
IDE	48 630 €	47	35	1645	29,6 €
				Moyenne	42,1 €

Salaires moyens de base avec prise en compte du Ségur

Profession	Salaire annuel brut	Salaire annuel brut chargé	Salaire annuel brut chargé inclus SEGUR (+10%)
Médecin spécialiste	114 707 €	166 325 €	182 958 €
Kinesithérapeute	32 340 €	46 893 €	51 582 €
Psychologue	30 973 €	44 911 €	49 402 €
Diététicienne	25 666 €	37 216 €	40 937 €
APA	26 371 €	38 238 €	42 062 €
IDE	30 489 €	44 209 €	48 630 €



Annexe 13. Détail par phase du temps passé par les professionnels de santé lors de la phase d'acquisition maîtrisée (forfait socle applicable à 100% des patients sur 18 mois)

FORFAIT SUIVI SOCLE

Coordinateur de suivi

Par patient	Maintien (6 mois)		Autonomie (6 premiers mois)		Autonomie (6 derniers mois)		TOTAL	
	Durée en h	Volume	Durée en h	Volume	Durée en h	Volume	Durée en h	Volume
Analyse de données	2,17		2,17		2,17		6,51	
Entretien téléphonique de contact (prépa 10+ appel 45+ CR plateforme 5')	1	1					1	1
Entretien téléphonique de routine (prépa 10+ appel 30+ CR plateforme 5')	0,75	13	0,75	7	0,75	6	2,25	26
Entretien motivationnels (prépa 15+ appel 60' + CR plateforme 15')	1,5	2	1,5	2	1,5	2	4,5	6
TOTAL			15,9		10,4		9,7	36,0

Médecin SSR

Par patient	Maintien (6 mois)		Autonomie (6 premiers mois)		Autonomie (6 derniers mois)		TOTAL	
	Durée en h	Volume	Durée en h	Volume	Durée en h	Volume	Durée en h	Volume
Traitement des alertes	0,5		0,5		0,5		1,5	
TOTAL			0,5		0,5		1,5	1,5

Médecin traitant /spécialiste libéral

Par patient	Adressage	
	Durée en h	Volume
Consultation longue		1



Annexe 14. Détail par phase du forfait socle applicable à 100% des patients sur 18 mois

	Adressage		Maintenance (6 mois)		Autonomie (6 premiers mois)		Autonomie (6 derniers mois)		TOTAL par patient		TOTAL PROJET		Coût moyen / patient	
	Total h	Coût / cs	Total Coût	Total h	Coût / h	Total Coût	Total h	Coût / h	Total Coût	Total h	Coût / h	Nb patients		% de patients concernés
Coordinateur de suivi				2,17	30 €	64 €	2,17	30 €	64 €	6,51	30 €	192 €	95,0%	91 414 €
				1	30 €	30 €				1	30 €	30 €	95,0%	14 042 €
Médecin SSR				9,75	30 €	288 €	4,5	30 €	135 €	19,5	30 €	576 €	95,0%	273 821 €
				3	30 €	89 €	3	30 €	89 €	9	30 €	266 €	95,0%	126 379 €
Médecin Traitant / Spécialiste libéral				0,5	111 €	56 €	0,5	111 €	56 €	1,5	111 €	167 €	95,0%	79 245 €
						0 €			0 €		0 €	46 €	100%	23 000 €
Transversal												135 €	100%	67 500 €
												500	100%	675 400 €
												1 412 €		1 351 €



Annexe 15. Calcul du coût moyen du personnel de référence pour le forfait socle en phase acquisition maîtrisée

Calcul des coûts horaires moyens

Profession	Salaire brut chargé annuel	Nb de semaines travaillées	Nb d'h travaillées / sem	Nb d'h travaillées / an	Coût horaire
Kinesithérapeute	51 582 €	47	35	1645	31,4 €
Psychologue	49 402 €	47	35	1645	30,0 €
Diététicienne	40 937 €	47	35	1645	24,9 €
APA	42 062 €	47	35	1645	25,6 €
IDE	48 630 €	47	35	1645	29,6 €
				Moyenne	28,3 €

Salaires moyens de base avec prise en compte du Ségur

Profession	Salaire annuel brut	Salaire annuel brut chargé	Salaire annuel brut chargé inclus SEGUR (+10%)
Médecin spécialiste	114 707 €	166 325 €	182 958 €
Kinesithérapeute	32 340 €	46 893 €	51 582 €
Psychologue	30 973 €	44 911 €	49 402 €
Diététicienne	25 666 €	37 216 €	40 937 €
APA	26 371 €	38 238 €	42 062 €
IDE	30 489 €	44 209 €	48 630 €



Annexe 16 – Modèle de consentement patient

La plateforme informatique INU est un outil mis à ma disposition par la clinique XXX pour faciliter la coordination de ma prise en charge.

Les données à caractère personnel y figurant sont les données de santé concernant mon parcours de soins (rendez-vous, liste des contacts participant à ma prise en charge, documents médicaux, données médicales et administratives, réponses à des questionnaires médicaux/de suivi/satisfaction et participation aux programmes organisés par la clinique). Mes données sont recueillies à partir des informations que j'ai transmises lors de mon admission à la clinique, en répondant via la plateforme, le cas échéant, à des questionnaires ainsi qu'auprès de mon équipe de soins tout au long de ma prise en charge à la clinique. L'infirmier-ère coordinateur-trice se charge de maintenir mon environnement collaboratif à jour.

Les usages que me permet cette plateforme sont les suivants :

- J'y visualise mon programme de rééducation et réadaptation
- J'y trouve de l'information ciblée et actualisée me concernant
- Je l'utilise pour communiquer avec l'infirmier-ère coordinateur-trice pendant et après mon hospitalisation à la clinique XXX
- Je réponds, en fonction de l'organisation de ma prise en charge, à des questionnaires concernant notamment mon suivi médical, l'évolution de ma qualité de vie, ma satisfaction sur la prise en charge et les ressources mises à ma disposition
- J'autorise le cas échéant les professionnels de santé de mon choix au sein de la clinique XXX et à l'extérieur à accéder à mon dossier INU et à échanger par messagerie sécurisée.

J'ai le droit de retirer mon consentement et peux à tout moment :

- Demander l'arrêt du traitement informatique de mes données via la plateforme collaborative INU,
- Préciser quels professionnels de santé ne sont plus habilités à collecter mes données, à compléter et à consulter mon dossier.

En adressant directement ma requête à l'établissement avec les informations nécessaires pour m'identifier (coordonnées complètes et copie recto-verso de mon titre d'identité).

Nom
Nom de naissance
Prénoms
Date de naissance

Je déclare avoir lu la note d'information sur la plateforme collaborative INU de la clinique XXX, que son contenu m'a été expliqué et que le cas échéant, on a répondu à mes questions.



J'accepte le traitement informatique des données relatives à mon parcours de soins par la clinique sur la plateforme collaborative INU dans le cadre de la réglementation en vigueur.

Je ne souhaite pas bénéficier du traitement informatique de mes données sur la plateforme collaborative INU.

Signature :

Date :

.....

Si j'accepte le traitement informatique de mes données, je précise la liste des professionnels participant à ma prise en charge autorisés à accéder à mon dossier sur la plateforme collaborative INU :

L'équipe de soins de la clinique XXX

Les professionnels à l'extérieur de la clinique XXX

Précisez leur identité

Mon médecin adresseur

Mon neurologue

Mon pharmacien

Mon kiné

Mon cardiologue

Mon orthophoniste

Autre (1)

Autre (2)

Autre (3)

Autre (4)

Signature :

Date :



Annexe 17. Catégories d'expérimentations

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	X	Forfait additionnel rémunérant les activités non prises en charge par le droit commun
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		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné		

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	X	Mise en place de SI adaptés, déploiement de télé-expertise et implication du médecin adresseur dans le PPS
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	X	Mise en place d'une fonction de Care Manager
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	X	Utilisation d'un outil numérique pour permettre la réadaptation des patients à distance

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

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



Annexe 18. Exemples de parcours HDJ et télé réadaptation en phase d'amorçage intensif

- **HDJ (amorçage intensif)**

Le programme de réadaptation proposé dans ce type de prise en charge poursuit les mêmes objectifs prioritaires que celui dispensé en hospitalisation complète à savoir :

- La réduction la dyspnée (par une activité d'amélioration de la capacité fonctionnelle)
- L'amélioration de la qualité de vie du malade en accroissant son autonomie (par des ateliers éducatifs).

Pour ce faire, il bénéficie pendant ses séances de l'intervention de l'équipe transdisciplinaire, du plateau technique d'exploration et de rééducation et des actions ETP ainsi que de l'accompagnement psychologique, nutritionnel et social : activités développées dans les SSR spécialisés en affections respiratoires.

Nous avons décrit ci-après à titre indicatif, les types d'activité que chaque séance peut comporter. Il reste entendu que l'intensité du programme de réadaptation varie selon les capacités du malade pendant toute la période d'HDJ : intensité variable dans la nature de la séance mais également dans la fréquence sur une semaine. En effet, une évaluation régulière des performances et comportement du malade permet de faire évoluer le programme.

L'expérimentation art 51 sur l'HDJ consiste à conserver une phase intensive d'amorçage déterminée dans une durée réduite à 18 séances suivi d'un suivi au long cours de 18 mois.

N° de venue en HDJ	Amélioration capacité fonctionnelle à l'effort avec rééducateur (kinésithérapeute, EAPA)			Ateliers éducatifs (Médecin, pharmacien, psychologue, IDE, diététicien, EAPA, kiné...)		Consultation médicale (1h) entrée/sortie
	Séance aérobique globale (1h)	Séance renforcement musculaire + assouplissements (1h)	Techniques ventilatoires (1h)	Thème (1h)	Atelier (1h)	
1	X		X	X		X
2	X	X	X	X		
3	X		X	X	X	
4	X	X	X	X		
5	X	X	X	X		
6	X	X	X	X		
7	X		X	X	X	
8	X	X	X	X		
9		X	X	X	X	
10	X	X	X	X		
11	X		X	X	X	
12	X	X	X	X		
13		X	X	X	X	
14	X	X	X	X		
15	X		X	X	X	
16	X	X	X	X		
17	X	X	X	X		
18	X		X	X		X



- **Téléreadaptation (Amorçage intensif)**

Cette prise en charge uniquement à distance (sauf la consultation d'entrée) est totalement dérogatoire.

On retrouve les mêmes objectifs thérapeutiques que le programme de réadaptation respiratoire « classique » HDJ avec mise à disposition de la même équipe transdisciplinaire intervenant à distance avec des exercices adaptés à la pratique à domicile avec des moyens « domestiques » ; Ce programme à distance nécessite de la part des équipes une grande expertise des pratiques thérapeutiques et un suivi régulier de la part du coordinateur de soins.

Il est décrit, ci-après à titre indicatif, les objectifs de chaque séance dont 2 sont consacrées à l'évaluation du malade permettant à l'entrée de déterminer le programme et à la sortie d'évaluer les capacités acquises pour poursuivre le suivi au long cours. Il reste entendu que l'intensité du programme de réadaptation varie selon les capacités du malade pendant toute la période d'HDJ : intensité variable dans la nature de la séance mais également dans la fréquence sur une semaine. En effet, une évaluation régulière des performances et comportements du malade permet de faire évoluer le programme.

Il convient de noter qu'en complément du temps supervisé par les professionnels de santé, le malade aura du temps d'activité en autonomie qui sera planifié avec le coordinateur de suivi. Ces séances pourront être guidées à partir de tutoriels mis à disposition sur la plateforme INU. Le coordinateur de suivi pourra ainsi travailler avec le malade sur l'atteinte des objectifs. Ces temps ne sont pas inclus dans le forfait.

N° de séances téléreadaptation	Amélioration capacité fonctionnelle à l'effort avec rééducateur (kinésithérapeute, EAPA)		Ateliers éducatifs personnalisés (Médecin, pharmacien, psychologue, IDE, diététicien, EAPA, kiné...)	Consultation médicale (1h) entrée/sortie
	Séance aérobie globale (40mn)	Renforcement musculaire (20mn)	Thème 1 (1h) + temps non supervisé	
1			X	X
2	X	X	X	
3	X		X	
4	X	X	X	
5	X		XX	
6	X	X	X	
7	X		X	
8	X	X	X	
9	X		X	
10	X	X	X	
11	X		X	
12	X	X	X	
13	X		XX	
14	X	X	X	
15	X		X	
16	X	X	X	
17	X		X	
18			X	X

Inclus dans le forfait	Nb total d'heures Amélioration capacité fonctionnelle à l'effort	Nb total d'heures d'ateliers éducatifs	Nb heures cs med
Supervisées	12 heures en moyenne	20 heures en moyenne	2 heures
(visio) : 32 + 2 heures			

Temps de mobilisation des professionnels : 34h supervisées +2h (concertations pluridisciplinaires - Cf tableau p22)



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ¹ Roche et al. (2008), Predictors of outcomes in COPD exacerbation cases presenting to the emergency department. *Eur Respir J* 2008; 32: 953–961.
- ² Detournay B. et al. (2004) The SCOPE Study: Health-Care Consumption Related to Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in France. *Value in Health*, Vol 7, Nb 2.
- ³ Dossier BPCO et IRC 2019 – Santé Publique France
- ⁴ Miravittles M. et al. (2003) Costs of Chronic Bronchitis and COPD, a 1-Year Follow-up Study. (*CHEST* 2003; 123:784–791)
- ⁵ Haute Autorité de Santé. Bronchopneumopathie chronique obstructive. Guide du parcours de soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012. http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_bpco_finale.pdf
- ⁶ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD [En ligne] 2013. http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2013_Feb20.pdf
- ⁷ British Thoracic Society. BTS guideline on pulmonary rehabilitation in adults. *Thorax* 2013;68(Suppl 2).
- ⁸ Health Quality Ontario. Pulmonary rehabilitation for patients with chronic pulmonary disease (COPD): an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser* 2012;12(6):1-75.
- ⁹ Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, Zuwallack R, Nici L, Rochester C, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 2013;188(8):e13-e64.
- ¹⁰ Griffiths TL et al. (2001), Cost effectiveness of an outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation programme. *Thorax* 2001; 56:779–784.
- ¹¹ Golmohammadi K. et al. (2004) Economic Evaluation of a Community-Based Pulmonary Rehabilitation Program for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Lung* (2004) 182:187–196.
- ¹² Katajisto M & Laitinen T. (2017) Estimating the effectiveness of pulmonary rehabilitation for COPD exacerbations: reduction of hospital inpatient days during the following year. *International Journal of COPD*. 2017;12 2763–2769.
- ¹³ Foglio K. et al. (2007) Seven-year time course of lung function, symptoms, health-related quality of life, and exercise tolerance in COPD patients undergoing pulmonary rehabilitation programs. *Respiratory Medicine* (2007) 101, 1961–1970.
- ¹⁴ Soicher J.E. et al. (2012) Trajectories of endurance activity following pulmonary rehabilitation in COPD patients. *Eur Respir J* 2012; 39: 272–278.
- ¹⁵ Saunders T.J. et al. (2015) Distinct Trajectories of Physical Activity Among Patients with COPD During and After Pulmonary Rehabilitation. *COPD*, 00:1–7, 2015.
- ¹⁶ Jebrak G. (2010) Recommandations et prise en charge de la BPCO en France : les recommandations sur la prise en charge de la BPCO ne sont pas suivies dans la vraie vie ! *Revue des Maladies Respiratoires*. 27, 11–18
- ¹⁷ Rochester CL, Vogiatzis I, Powell P, et al. Patients' perspective on pulmonary rehabilitation: experiences of European and American individuals with chronic respiratory diseases. *ERJ Open Res* 2018; 4: 00085-2018.



¹⁸ HAS, Note méthodologique et de synthèse documentaire « Comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive ». Mai 2014.

¹⁹ Foo J, Landis SH, Maskell J, Oh Y-M, van der Molen T, Han MK, et al. (2016) Continuing to Confront COPD International Patient Survey: Economic Impact of COPD in 12 Countries. PLoS ONE 11(4): e0152618.

²⁰ Communiqué de presse de l'Assurance Maladie, L'Assurance Maladie lance l'expérimentation du programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado) pour les patients hospitalisés pour bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), 4 mai 2015

²¹ Brinchault-Rabin et al. (2010) Recommandations et prise en charge de la BPCO en France : les recommandations sur la prise en charge de la BPCO ne sont pas suivies dans la vraie vie. Revue des maladies respiratoires. Volume 27, numéro 1. Pages 11-18.

²² Melloni et al. (2018) Home-Based Care Evolution in Chronic Respiratory Failure between 2001 and 2015 (Antadir Federation Observatory). Respiration. DOI: 10.1159/000490549.

²³ Grimaldi A. et al. (2017) Les maladies chroniques : vers la 3ème médecine. Editions Odile Jacob.

²⁴ Guide du parcours de soins – Bronchopneumopathie chronique obstructive – HAS, juin 2014

²⁵ Comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive – Points clés & organisation des parcours – HAS, mai 201

²⁶ Pavlov N, Haynes AG, Stucki A, et al. Long-term oxygen therapy in COPD patients: population-based cohort study on mortality. International journal of chronic obstructive pulmonary disease. 2018;13:979.

²⁷ Cabibel et al. 2019

²⁸ Cockram J, Cecins N, Jenkins S (2006) Maintaining exercise capacity and quality of life following pulmonary rehabilitation. Respirology 11 (1):98-104