

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 11 février 2020 relatif à l'expérimentation de structures libérales légères (SLL) pour la rééducation des patients coronariens et insuffisants cardiaques

NOR : SSAH2004330A

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,

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

Vu l'arrêté du 24 janvier 2020 fixant le montant de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2019 et déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2020 ;

Vu le cahier des charges sur le projet d'expérimentation relatif à des structures libérales légères (SLL) pour la rééducation des patients coronariens et insuffisants cardiaques ;

Vu l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 17 janvier 2020,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – L'expérimentation pour le financement de l'expérimentation de structures libérales légères (SLL) pour la rééducation des patients coronariens et insuffisants cardiaques, telle que définie dans le cahier des charges susvisé, est autorisée pour une durée de 3 ans à compter de la prise en charge du premier patient.

Art. 2. – La directrice de la sécurité sociale et la directrice générale de l'offre de soins sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 11 février 2020.

*La ministre des solidarités
et de la santé,*

Pour la ministre et par délégation :

*La directrice générale
de l'offre de soins,*

K. JULIENNE

*Le ministre de l'action
et des comptes publics,*

Pour le ministre et par délégation :

La directrice de la sécurité sociale,

M. LIGNOT-LELOUP

ANNEXE

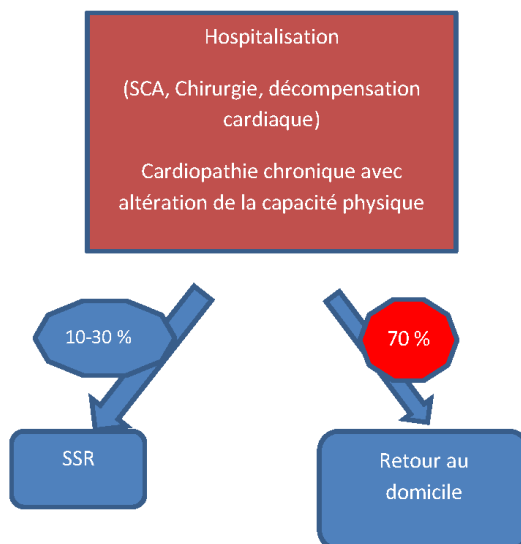
CAHIER DES CHARGES RELATIF À L'EXPÉRIMENTATION

SLL Marcadet

Structures libérales légères pour la rééducation des patients coronariens et insuffisants cardiaques

I. Objet et finalité du projet d'expérimentation / Enjeu de l'expérimentation**1. Contexte et enjeu de la réadaptation cardiaque****a. Etat des lieux**

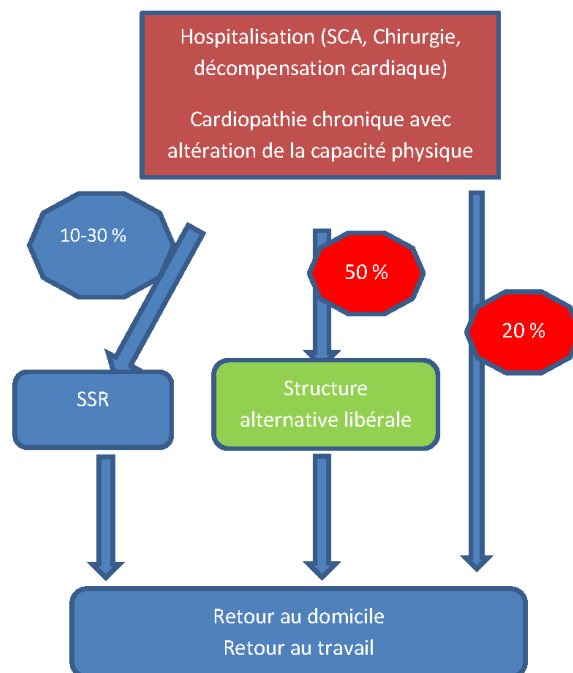
Les pathologies concernées sont l'insuffisance coronarienne et l'insuffisance cardiaque. Depuis plusieurs décennies, la réadaptation cardiaque permet aux patients y accédant d'instaurer une prévention secondaire dans les meilleures conditions. Cependant, force est de constater que la prescription et la participation effective à ces programmes restent limitées (environ 30 % des patients ayant eu un syndrome coronaire aigu et 10 % de ceux ayant eu une défaillance cardiaque bénéficient d'une réadaptation cardiaque) pour diverses raisons tenant au patient, au médecin, au système de santé alors qu'un niveau de preuve élevé est en faveur de cette réadaptation cardiaque : Classe IA des recommandations de la SFC1, diminution de la mortalité (30%) totale et cardiovasculaire, diminution des récives (50%) et des réhospitalisations^{1,2,3}.

Parcours patient actuel :

Il existe plusieurs profils de patients potentiellement bénéficiaires de la réadaptation, avec des chemins cliniques différents :

- **Patients polypathologiques ou âgés dépendants**, avec une autonomie insuffisante pour permettre un retour à domicile après hospitalisation ou habituellement institutionnalisée : ceux-ci nécessitent un SSR avec hospitalisation complète

- **Patients après chirurgie lourde, ou avec pathologie sévère réduisant son autonomie** transitoirement ou nécessitant des soins techniques : ceux-ci nécessitent un SSR avec hospitalisation complète également, puis éventuellement une réadaptation ambulatoire dans un second temps
- **Patients avec pathologie sévère, mais autonomie préservée**, après décompensation ou nouvel épisode ou avec symptômes diminuant la qualité de vie quotidienne : SSR en hôpital de jour « traditionnel » ou ambulatoire libéral en fonction du choix du médecin, du patient et de la disponibilité locale.



Le problème actuel est le manque de place dans toutes les structures SSR (sur Paris il n'existe que peu de structures de soins de suite et réadaptation en intra-muros alors que les besoins y sont importants), et que des patients « légers » qui pourraient bénéficier d'une prise en charge libérale ambulatoire se voient proposer une réadaptation en hospitalisation complète ou en hôpital de jour traditionnel. On pourrait aussi imaginer des séjours combinés en SSR (une semaine environ) puis passage en ambulatoire pour la réadaptation.

Ce mode de réadaptation est une double contrainte : pour les patients qui n'adhèrent pas au programme (trop de contraintes, éloignement géographique, retard du retour au travail avec impact médico-économique) et pour les flux de patients (places de SSR bloquées, retard de transfert des patients hospitalisés donc prolongation inadaptée d'une hospitalisation pour les patients qui en auraient le plus besoin...).

Le fait de créer une filière ambulatoire libérale permet de faire bénéficier la réadaptation aux patients qui la refusent ou à qui elle n'est pas proposée (alors qu'elle est indiquée) par manque de place ou en raison d'un délai trop long. Ceci permettrait aussi de rééquilibrer les flux de patients en laissant les places de SSR traditionnel aux patients qui en ont besoin, plus rapidement.

Après la réadaptation, le patient pourra s'inscrire s'il le souhaite dans un **Club Cœur et Santé**, soutenus par la Fédération Française de Cardiologie. Ces structures associatives, gérées par des patients, des coachs sportifs et des médecins, permettent au patient de poursuivre l'activité physique en sécurité, dans un environnement adapté. Elles reposent financièrement sur une cotisation du patient, sans participation de la Sécurité Sociale. Ces structures répondent à une réelle attente des patients à la fin de leur réadaptation, qui ne souhaitent pas perdre le bénéfice de celle-ci, mais n'ont pas de solution pour continuer l'activité physique de leur propre chef, seuls.

b. Organisation proposée

Les structures libérales légères ont l'objectif de répondre à la non prise en charge après leur hospitalisation aiguë de 70% des patients cardiaques (insuffisants coronariens et insuffisants cardiaques).

La structure libérale légère est une organisation souple, en lien avec le médecin traitant et les établissements de santé, permettant la prise en charge pluri-professionnelle, flexible et sur le long terme des patients nécessitant une réhabilitation cardiaque. Elle permet une prise en charge complète conforme aux recommandations de la Société Française de Cardiologie (SFC)¹. Avec des horaires d'ouverture élargis adaptés aux horaires de travail des patients (par exemple entre 8h et 9h, durant le déjeuner ou le soir), la structure permet d'accueillir des patients jusqu'alors non pris en charge pour leur réhabilitation.

A ce jour, une structure libérale légère assurant une prise en charge de 8h à 19h a été développée à Paris. Son fonctionnement a permis d'en démontrer l'intérêt, compte-tenu de la multiplication par 5 des demandes de prise en charge de patients quelques semaines après son ouverture.

Par ailleurs, une sensibilisation importante à la prévention primaire et secondaire ainsi qu'une réelle envie d'implication dans ce type de projet est identifiée au sein de la communauté des jeunes cardiologues.

Toutefois, le financement de cette structure n'est pas pérenne, ce qui pose la question de la soutenabilité de leur développement et de leur reproductibilité. La cotation des actes en libéral ne couvre pas l'ensemble des actes de réadaptation recommandés par la SFC et notamment les prises en charge pluri-professionnelles. Si les consultations, les actes médicaux techniques (échographie cardiaque par exemple) et les séances de réentraînement à l'effort sont pris en charge par la sécurité sociale, ce n'est pas le cas du reste (stress, éducation thérapeutique, nutrition...), alors que le bénéfice de la réadaptation ne repose pas uniquement sur l'activité physique.

Ces activités complémentaires restent actuellement à la charge financière du patient, ou sont externalisées, ou sont à la charge financière des médecins (ateliers d'information sur la maladie coronaire par exemple réalisés à titre gratuit par les médecins et infirmiers).

Sur la base de l'expérimentation de ce nouveau modèle économique et organisationnel, l'augmentation du nombre de ces structures devrait permettre l'amélioration de l'accès aux soins de réhabilitation cardiaque à cette population.

2. Description du projet et caractère innovant

Il est proposé d'expérimenter une offre de réhabilitation cardiaque de proximité, par une équipe de soignants libéraux en exercice coordonné, financée par un mode de financement innovant intégrant l'éducation pour la santé de ces patients chroniques qui complètera la prescription médicamenteuse et la réadaptation par le réentraînement.

a. L'éducation pour la santé comprend :

- L'éducation thérapeutique (connaissance de la maladie, de ses signes d'alerte et de ses traitements) ;
- L'activité physique ;
- La gestion du stress et l'addictologie ;
- La nutrition.

Elle est personnalisée et adaptée aux besoins du patient.

La prise en charge du stress est un des éléments fondamentaux de la réadaptation cardiaque : le stress est un facteur de risque cardio-vasculaire participant à la genèse des maladies cardio-vasculaires ou à leur récurrence, le stress post-traumatique suite à l'annonce de la maladie, ou à son traitement (hospitalisation ou chirurgie lourde) est souvent responsable d'une diminution de l'observance thérapeutique. La gestion du stress peut prendre plusieurs formes en fonction du besoin des patients :

- Consultation avec un psychologue clinicien ;
- Groupes de parole axés sur le stress ;
- Ateliers de gestion du stress : cohérence cardiaque, autohypnose, gestion des émotions ;
- Activité physique adaptée : yoga, qi gong ou tai-chi par exemple.

Pour la nutrition, il s'agit de consultations individuelles avec un médecin nutritionniste ou un diététicien (en fonction des ressources locales) et d'ateliers pratiques et théoriques en groupe.

b. La structure libérale légère (SLL)

Elle est constituée d'une équipe pluridisciplinaire, comprenant *a minima* 3 cardiologues, un kinésithérapeute, un infirmier diplômé d'état, un diététicien, un psychologue, un médecin addictologue, un éducateur thérapeutique (IDE, aide-soignante (AS) diplômée éducation thérapeutique) et un éducateur sportif. Le lieu d'exercice de la SLL est le cabinet de groupe de cardiologues, une clinique ou un hôpital avec une salle de déchoquage.

- L'infirmier libéral (ou AS) assure le suivi des soins en coordination avec le cardiologue prescripteur. Les patients sont adressés par un autre centre et sont accueillis par l'infirmier. Il participe également aux réunions de synthèse et à la gestion du dossier du patient. La coordination des soins et du parcours patient relève de l'IDE/AS et de l'équipe de soins primaires.
- Le cardiologue est en charge, avec l'infirmier/AS, de la coordination et du suivi médical du patient. En particulier, il :
 - o Intervient dans l'évaluation de la complexité et des compétences du patient ;
 - o Réalise l'examen clinique ;
 - o Réalise le diagnostic et le dépistage des facteurs de risque ;
 - o Réalise la prise en charge médicale du patient.
- Les séances d'activités physiques sont réalisées par un éducateur sportif, un éducateur en activité physique adaptée ou un kinésithérapeute, avec surveillance de la séance par un IDE/AS, et prise des constantes (principalement fréquence cardiaque et pression artérielle) avant et après la séance et parfois pendant afin de suivre les objectifs recommandés. En effet, lors du bilan initial, le patient réalise une épreuve d'effort avec VO2 max qui permet de préciser les critères d'entraînement en intensité (nombre de Watts sur vélo, km/h sur tapis), la fréquence cardiaque cible et la fréquence cardiaque maximale, ainsi que les recommandations spécifiques (par exemple, kinésithérapie respiratoire en post-sternotomie...).
- Les spécialistes (diététicien, kinésithérapeute, STAPS, psychologues) interviennent lors de plusieurs séances, collectives et individuelles, d'éducation, d'entraînement et de bilan. Un

premier bilan est réalisé lors de l'arrivée du patient, permettant de déterminer ses besoins d'accompagnement et de cadrer le plan d'accompagnement qui devra être mis en place. Il sera suivi d'un second bilan, en fin de prise en charge, de manière à évaluer l'évolution du patient et le succès de la prise en charge.

- Enfin un certain nombre de professionnels (tabacologues, addictologues, assistants sociaux) interviennent optionnellement, à la demande du cardiologue, selon les besoins d'accompagnement du patient, en dehors du dispositif de l'expérimentation.

L'harmonisation des pratiques

Par la formation des professionnels impliqués : les formations initiales et continue sont indispensables afin de s'assurer de la qualité et de la cohérence des soins prodigués dans les SLL. Un DPC réadaptation cardiaque sera mis en place conjointement par Format cœur de l'UFCV et la SFC. Il sera accessible aussi bien aux cardiologues qu'aux paramédicaux et STAPS.

Afin d'offrir la meilleure prise en charge possible, le médecin met constamment à jour ses connaissances sur les bonnes pratiques en réhabilitation cardiovasculaire et sur les activités de ses partenaires territoriaux. Une telle veille implique la participation régulière à des formations, notamment celles proposées par le réseau de SLL.

La centralisation des données

La coordination médicale a aussi comme mission de récolter les données de prise en charge à des fins de recherche ou de veille sanitaire. Elle les centralise ensuite du niveau local jusqu'au niveau interrégional.

La coordination administrative (responsable Dany-Michel Marcadet)

La coordination administrative a pour mission la gestion des budgets, le versement des forfaits et leur ventilation, la gestion des ressources humaines, ainsi que la planification. S'agissant du reversement des forfaits, il peut revenir à la coordination administrative régionale ; toutefois, d'autres organisations peuvent être proposées.

Les locaux

- une salle ou plusieurs salles dédiée(s) au sein du centre, avec équipement sportif adapté : tapis roulants, cyclo-ergomètres, vélo à bras, elliptique, rameur, tapis de sol, petits accessoires de gymnastique (élastiques, haltères, ballons), i.e. une salle de gymnastique avec machines permettant le réentraînement cardiaque (> 30 m²) ;
- des toilettes et des vestiaires pour les patients ;
- des bureaux de consultation avec échographe et test d'effort ;
- une salle de déchoquage et une convention avec le SAMU. De fait, un protocole est établi en cas d'urgence, avec présence de matériel adapté (*cf. infra*). Une convention avec le SAMU et des centres de cardiologie comprenant des soins intensifs et une coronarographie est signée ;
- du matériel : chariot d'urgence avec défibrillateur et oxygène, du matériel d'épreuve d'effort avec VO₂, un ECG, un échographe, holter, MAPA ;
- un médecin cardiologue est présent en permanence dans le centre et répond immédiatement en cas de complication (malaise vagal d'effort ou de récupération, troubles du rythme, hypertension artérielle... arrêt cardiaque).

Les locaux doivent permettre d'accueillir les patients en dehors de leurs horaires de travail (les horaires de fonctionnement cibles sont de 7h à 20h, en fonction des capacités d'accueil des cardiologues). La file active doit être de 12 patients par mois environ et doit être supérieure à 8 patients par mois.

Seuls des groupes de cardiologues pourront donc envisager de faire de la réadaptation. On peut envisager entre 10 et 20 centres au maximum sur toute la France. Un cardiologue seul ne pourra jamais envisager de créer une structure de réadaptation.

c. Le parcours du patient

Inclusion du patient

Deux modalités différentes :

- 70% des cas : les patients sont adressés après hospitalisation pour syndrome coronaire aigu, chirurgie cardiaque, décompensation cardiaque, angioplastie programmée, angor chronique ou insuffisance cardiaque chronique et haut risque cardiovasculaire :
 - o soit en suite d'une angioplastie,
 - o soit post- chirurgie cardiaque,
 - o soit insuffisants cardiaques et sont identifiés par la mention d'insuffisance cardiaque en diagnostic principal (DP) (code CIM-10 : I50*),
 - o âge des patients > 15 ans +/- enfants avec créneau dédié et équipement adapté.
- 30% des cas : via des cardiologues de ville ou les médecins généralistes (informés du dispositif par bouche à oreille).

Les critères d'exclusion sont :

- pathologie sévère stade IIIb ou IV de la NYHA ;
- pathologie non stabilisée (troubles du rythme non contrôlés par exemple) ;
- pathologie aiguë en cours nécessitant une hospitalisation ;
- défaut d'autonomie.

En sortie de MCO, l'orientation des patients dans un SSR conventionnel, en hospitalisation complète, en HDJ ou dans une structure ambulatoire libérale est au choix du médecin prescripteur et du patient en fonction de ses contraintes sociales. Il est souhaitable que la structure signe des conventions avec des établissements MCO, SSR et le SAMU (comme le Centre Cœur et Santé Bernoulli).

Pour Paris, nous avons signé des partenariats avec Bichat et Lariboisière et la clinique Ambroise Paré. 1 autre structure est en attente : l'IMM.

La sortie et le retour à domicile sont conditionnés par plusieurs éléments :

- l'obtention d'une ordonnance de sortie telle que fournie aujourd'hui,
- l'obtention d'une information sur sa pathologie et son suivi,
- la réalisation d'une consultation par un infirmier diplômé d'état, sensibilisé à la réhabilitation cardiaque, appuyé sur une checklist. A l'issue de cette consultation, plusieurs options sont possibles pour le patient :
 - o dans les cas à risque élevé de rechute ou complications, le patient est envoyé vers un SSR ;
 - o dans les cas plus légers, le patient est libre d'accepter ou non la réhabilitation en structure libérale légère.

Début du parcours : le premier contact avec la structure (IDEL)

La prise en charge du patient par la structure libérale légère passe par un premier appel de l'IDE/AS de la SLL (après adressage par le centre adresseur). Cette étape est la première de la prise en charge du forfait.

Durant cet appel, l'IDE/AS, appuyé par un livret guide, réexplique au patient sa pathologie et la prise en charge qui va lui être proposée. Il lui pose une liste de questions, prédéfinies dans le livret afin d'évaluer la gravité de la pathologie, ainsi que son niveau de compréhension de sa maladie. Enfin, il

définit une date de rendez-vous pour une consultation avec un cardiologue suivie d'une consultation avec l'IDE/AS.

Diagnostic et définition du plan personnalisé de soins du patient (cardiologue)

Évaluation médicale initiale par un cardiologue : il établit un diagnostic de la gravité de la pathologie du patient ainsi que du niveau de risque de son profil selon ses habitudes de vie. Le cardiologue s'assure également que le patient a conscience de la chronicité de sa pathologie.

Il réalise une échographie si nécessaire et un test d'effort avec VO2 max si possible.

Ceci donne lieu à la création d'un Plan Personnalisé de Soins (PPS) : nombre de séances d'activité physique nécessaires et programmation des séances spécifiques (éducation thérapeutique par thème, nutrition, gestion du stress, addictologie).

Dans la suite immédiate de la consultation, le patient a un entretien avec un IDE/AS, qui se charge d'organiser le planning de séances du patient prescrites par le cardiologue. Il réalise également un diagnostic éducatif du patient (avec un support commun sous forme de questionnaire pour les centres expérimentaux) pour s'assurer qu'il a compris sa pathologie et les recommandations du cardiologue. En fonction des besoins, des **entretiens initiaux** sont effectués indépendamment par l'infirmier, le kinésithérapeute, le STAPS, le psychologue, le diététicien, afin d'évaluer les besoins du patient en ces domaines (30 minutes chacun).

Phase de rééducation en tant que telle : le patient suit ensuite son plan personnalisé de soins avec un suivi régulier réalisé par l'IDE/AS et le cardiologue prescripteur, soit 20 à 40 séances d'activité physique, participation aux ateliers d'éducation thérapeutique, de gestion du stress si besoin (entretien individuel avec une psychologue ou séance en groupe), de nutrition si besoin, tabacologie si besoin.

Séances collectives d'une heure, avec 6 patients en moyenne, réalisées indépendamment par l'ensemble des professionnels de l'équipe, le forfait étant calibré sur un nombre moyen de séances, soit :

- 3 séances d'infirmier,
- 10 séances de kinésithérapeute,
- 10 séances de STAPS,
- 2 séances d'éducation pour la santé (*ateliers d'une heure sur les thèmes suivants : pathologies (coronaires, insuffisance cardiaque, valvulaires, HTA), traitements (anti-aggrégants, anticoagulants, statines, gestion des oublis ou des surdosages...)*),
- 1 séance de psychologue,
- 3 séances de diététicien.

Consultation médicale du cardiologue à mi-parcours (10 séances en moyenne), afin de suivre l'évolution du patient et d'adapter les traitements médicamenteux.

Évaluation médicale finale : à la fin des 20 séances du forfait initial :

- des entretiens finaux effectués indépendamment par l'infirmier, le kinésithérapeute, le STAPS, le psychologue, le diététicien, afin d'évaluer les besoins du patient dans chacun de ces domaines (30 minutes chacun), un des objectifs étant de s'assurer de la bonne autonomie du patient dans la gestion de sa maladie chronique dans ces domaines.
- Puis le cardiologue réalise une séance bilan avec le patient (consultation, échographie cardiaque et test d'effort avec VO2 max) et peut décider ou non de prolonger la prise en charge du patient avec un forfait complémentaire de 20 nouvelles séances. L'ensemble des deux forfaits pourraient notamment s'étaler jusqu'à 6 mois de suivi.

Le programme de prise en charge des insuffisants cardiaques, notamment, doit se faire sur une longue durée (six mois au minimum, voire un an) en fonction de l'état clinique et de la facilité de déplacement du patient. Après les six mois minimums de prise en charge, 1 à 2 séances par semaine seraient par exemple requises, complétées par des exercices à domicile effectués par un kinésithérapeute. Le but est de diminuer les pertes de vue et d'augmenter l'adhésion thérapeutique par un programme éducatif adapté à cette population.

Prise en charge au long cours du patient

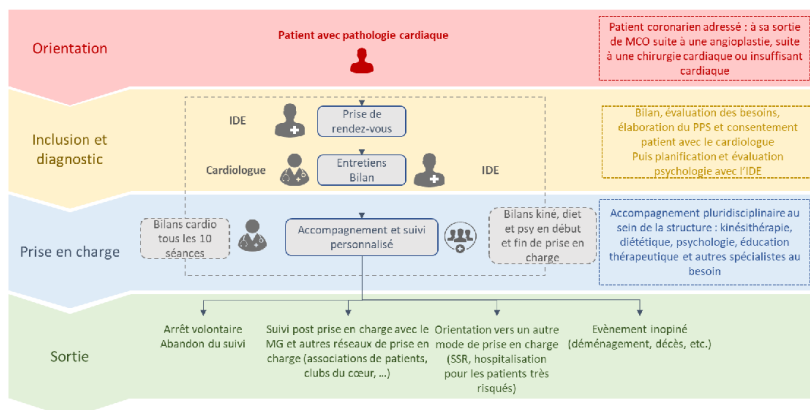
A l'issue des séances, la pathologie étant chronique, le suivi continu est nécessaire. Il sera réalisé par le médecin traitant. Différents réseaux peuvent permettre la continuité de la prise en charge, par exemple les associations de patients ou clubs du cœur. La relation avec le médecin traitant et le cardiologue traitant est téléphonique dès qu'une décision rapide est à prendre, sinon par messagerie sécurisée (Lifen par exemple).

On sait en effet que l'efficacité de la réadaptation repose essentiellement sur la pratique de l'exercice physique. Une fois celle-ci initiée dans le centre de réadaptation elle doit être poursuivie après la fin de la réadaptation. De nombreux patients arrêtent, car anxieux de la pratiquer tous seuls.

Pour cela, il y a plusieurs possibilités (qui ne font pas partie de ce projet) :

- **1^e possibilité** que nous avons mise en place dans notre structure : le club cœur et santé (de la fédération française de cardiologie). Les patients s'y inscrivent et **payent une cotisation** comme dans les clubs de sport dont le montant est variable sur l'activité choisie et le nombre d'heures qu'ils utilisent. La particularité dans notre structure est qu'ils bénéficient des mêmes locaux et intervenants et se sentent « en sécurité ».
- **2^e possibilité** : c'est le programme « As de cœur » du Dr Fuch.
- **3^e possibilité** : rejoindre les centres sportifs adaptés et spécialisés (gériatrie, handicapés, etc.) financés par les mairies, les associations, les mutuelles ou les régions.

Schéma. Parcours individualisé du patient



d. L'écosystème des acteurs

- utiliser au maximum les ressources locales avec beaucoup de souplesse dans la constitution des équipes pluridisciplinaires...

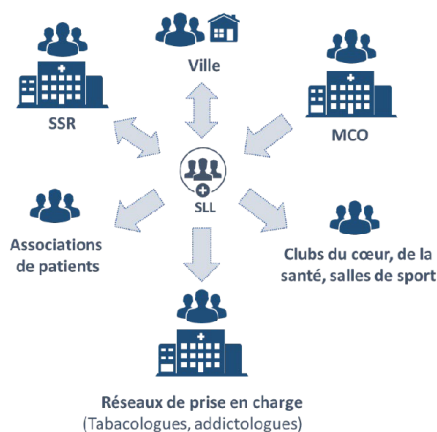
La SLL permet des soins de proximité, avec un accès facilité et adapté aux contraintes des patients. Elle travaille en collaboration avec les SSR et les MCO qui peuvent adresser et/ou prendre en charge des patients.

En sortie, différents acteurs prennent le relais à la prise en charge du patient, leur intervention n'est pas prise en compte dans le périmètre du financement de l'expérimentation. Les associations de patients, clubs du cœur et santé, salles de sport privées ou municipales proposent aux patients la poursuite d'un entraînement physique, ainsi qu'un accompagnement psychologique. D'autre part, plusieurs réseaux financés par les ARS permettent un suivi des addictions via des tabacologues ou autres addictologues. Enfin, le médecin traitant du patient réalise le suivi annuel de sa pathologie.

Au niveau territorial (local et/ou régional), une coordination est donc nécessaire pour développer des partenariats pertinents :

- le SAMU ou le SMUR,
- le ou les établissements de santé disposant d'une unité de soins intensifs et coronarographie,
- les structures de soin de réadaptation,
- les services hospitaliers,
- les différentes MSP,
- les pharmaciens d'officine,
- les structures administratives (CPAM, CAF, Pôle Emploi, ASE...),
- les associations caritatives,
- les ARS,
- ...

Schéma. Interactions de la SLL



II. En adéquation avec les objectifs fixés ci-dessus, quels sont les impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation ?

1. En termes d'amélioration du service rendu pour les usagers

- Un nombre plus important de patients pourra bénéficier d'une réadaptation (parmi les 70% de ceux qui n'en bénéficient pas après une hospitalisation). Facilité d'accès, programme à la carte, accompagnement thérapeutique sur le long terme.

- Diminution des récidives et complications :
 - o Diminution de la mortalité (30%) - 2 à 3 ans,
 - o Diminution des récidives (50%),
 - o Diminution des ré-hospitalisations / passages aux urgences.
- Qualité de vie retrouvée par le patient :
 - o Capacité et délais de retour au travail,
 - o Reprise d'une activité physique régulière,
 - o Impact psychologique positif concernant la gestion du stress de sa maladie et des actes quotidiens et sportifs autorisés.
- Réadaptation et évolution des pratiques :
 - o Augmentation des capacités physiques du patient,
 - o Capacité d'évolution du style de vie,
 - o Diminution des facteurs de risques : hypertension artérielle, dyslipidémies, surcharge pondérale, diabète, sédentarité (avec un bémol concernant les addictions qui nécessitent, lorsqu'elles sont sévères, une prise en charge particulière).
- Qualité de la prise en charge :
 - o Augmentation de l'observance,
 - o Pertinence du dosage,
 - o Référentiels BPC.

2. En termes d'organisation et de pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services

- o Diminution des « perdus de vue » (par l'augmentation de l'adhésion thérapeutique grâce à un programme éducatif adapté, notamment pour les patients insuffisants cardiaques).
- o Cohérence de la prise en charge.
- o Décloisonnement des acteurs du parcours thérapeutique.

3. En termes d'efficience pour les dépenses de santé

- o Diminution des coûts liés à la prise en charge des récidives.
- o Correction des facteurs de risque.
- o Optimisation thérapeutique sur le long terme.

III. Durée de l'expérimentation envisagée (maximum 3 ans)

L'expérimentation est envisagée pour une durée de **3 ans**.

Une annexe détaille le plan de montée en charge dans trois territoires identifiés : Paris, Nantes et Reims (en attente Thionville et Cavaillon). En envisageant trois années comme durée du projet, on intègre le temps de formation et d'appropriation par les professionnels dans la mise en place des SLL complémentaires.

e. Planning prévisionnel

Evènement	Echéance
Passage en CTIS	décembre 2019
Premières structures libérales légères - Structures déjà existantes, compte-tenu des délais courts	T1 2020

IV. Champ d'application territorial

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial Et observations éventuelles
Local		
Régional		
Interrégional	oui	Expérimentation sur Paris, Nantes et Reims
National	oui	

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

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation [moyen humain, logistique, financier, autres à préciser,...] Préciser les coopérations existantes
Porteur : Drs Dany-Michel Marcadet Mélanie Soussy et Inès Cazaubiel	SELARL Cœur & santé Bernoulli 3 rue Bernoulli 75008 Paris	<i>Dany Michel Marcadet</i> dmmarcadet@gmail.com 0685914448 <i>Mélanie Soussy</i> msoussy@yahoo.fr 06636157 <i>Inès Cazaubiel</i> dr.ines.cazaubiel@gmail.com 0663497385	Pilotage de l'expérimentation Dr Dany Michel Marcadet - Equipe 1 [Paris] : Drs Dany-Michel Marcadet, Mélanie Soussy, Inès Cazaubiel. 3 rue Bernoulli 75008 Paris.
Julie Peroz, Jean Pierre Cebron, Selim Abbey, Antoine Bammert	SAS CARDIO CONFLUENT 4 rue Eric Tabarly 44277 Nantes	<i>Julie Peroz</i> peroz.julie@gmail.com 06.60.91.60.83 <i>Jean Pierre Cebron</i> Cebron.jp@gmail.com 0609715747 <i>Selim Abbey</i> drsabbey@gmail.com 0620360481 <i>Antoine Bammert</i> Antoine.bammert@orange.fr 0608050457	- Equipe 2 [Nantes] : Drs Julie Peroz, Sélim Abbey, Antoine Bammert, Jean Pierre Cébron 4 rue Eric Tabarly 44277 Nantes. Chaque équipe est accompagnée par des paramédicaux : infirmières, aide-soignante, éducatrice thérapeutique, kinésithérapeutes, éducateurs sportifs pour l'activité physique adaptée, psychologue, diététicienne.
Dominique Janody, Bernard Carette, Jean-Baptiste Doco	SELARL Centre Cœur et Santé 51 Groupe médical Saint Remi 22 rue Simon 51100 Reims	djanody@gmail.com 0761010826 Doco.jamot@wanadoo.fr 0620393751 Carette.bernard@wanadoo.fr 0608006091	Equipe 3 (Reims) Drs Dominique Janody, Bernard Carette, Jean-Baptiste Doco

Partenaire du projet d'expérimentation : SNSMCV [Syndicat national des spécialistes des maladies du cœur et des vaisseaux]	13 rue Niepce 75014 PARIS	Dr Jean-Pierre Binon [Président] dr.jpbinon@gmail.com 0680252925 Dr Patrick Assyag [Président région parisienne] patrick.assyag@wanadoo.fr 0610261081	<i>Le syndicat se propose de rapidement mettre en place ces structures de réadaptation légères sur toute la France si l'expérimentation est positive.</i>
---	------------------------------	---	---

VI. Catégories d'expérimentations

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

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

VII. Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation

I — Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites du financement actuel	<i>Pas de cotation en libéral pour la prise en charge du stress, de la nutrition et de l'éducation pour la santé alors que le réentraînement à l'effort est coté (DKRP003, DKRP004, DKRP005).</i>

II — Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites des règles d'organisation actuelles	<i>Les séances de réentraînement à l'effort sont prises en charge par l'assurance maladie, mais aucun moyen pour assurer la rémunération des intervenants paramédicaux.</i>
<u>Dérogations organisationnelles</u> envisagées (article L162-31-1-II-2°) <ul style="list-style-type: none"> Partage d'honoraires entre professionnels de santé 	<i>Forfait permettant la répartition d'honoraires entre cardiologues et intervenants en éducation pour la santé : infirmier, diététicien, éducateur thérapeutique, psychologue spécialiste en addictologie.</i>

VIII. Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement :

- Volumétrie de patients et critères d'inclusion et/ou d'exclusion :
 - o Possibilité d'accueil sur Paris : 12 nouveaux patients/semaine (*ouverture cinq jours par semaine*)
 - o Pour Nantes, qui démarre le projet : 5 nouveaux patients/semaine (*ouverture cinq jours par semaine*)
 - o Pour Reims : idem Nantes

IX. Modalités de financement de l'expérimentation

Le modèle économique repose sur deux types de forfaits par patient :

1. un **forfait initial** systématique, sauf pour les patients ayant été traités en amont en SSR qui ne bénéficieront que du forfait complémentaire ;
2. un **forfait complémentaire**, pour les patients plus à risque et n'étant toujours pas autonomes en matière de gestion de leur pathologie à la fin des 20 séances et nécessitant donc un appui supplémentaire en matière d'éducation thérapeutique (ETP) et de séances de kinésithérapeute ou de séances effectuées par un professionnel diplômé en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS).

Description du forfait initial

En amont du déclenchement du forfait initial, le cardiologue référent pour ce patient au sein de la structure effectue une première consultation, afin de réaliser un plan personnalisé de soins :

- *via une analyse du dossier clinique, la vérification de l'indication et des critères d'éligibilité, les explications du programme de réadaptation,*
- *via une orientation potentielle vers des examens complémentaires à effectuer (VO2, échographie, etc.).*

Critères d'éligibilité au forfait initial :

Les patients autonomes ayant :

- o soit une **maladie cardio vasculaire**, à savoir les patients ayant bénéficié d'une revascularisation percutanée (stent) ou chirurgicale, programmée ou après un syndrome coronaire aigu, ou un Angor chronique non revascularisable, ou les patients artéritiques, ou ceux à très haut risque cardio-vasculaire (SCORE scale risk) ;
- o soit les patients avec une insuffisance cardiaque (CMD, CMH, idiopathiques ou secondaires) ;
- o soit les patients en post-chirurgie cardiaque ou TAVI (Valvulaires opérés, post ablation de tumeur, cardiopathie congénitale > 16 ans...);
- o soit les patients avec cardiopathies rythmiques (post ablation, DAI, stimulateurs).

Critères d'inéligibilité :

Les recommandations SFC reposant sur les contre-indications suivantes :

- o syndrome coronarien aigu non stabilisé,
- o insuffisance cardiaque décompensée,
- o troubles du rythme ventriculaire sévère non maîtrisés,
- o thrombus intra cardiaque à haut risqué embolique,
- o épanchement péricardique de moyenne à grande importance,
- o antécédent récents de thrombophlébite avec ou sans embolie pulmonaire,
- o obstacle à l'éjection du ventricule gauche sévère ou symptomatique,
- o affection inflammatoire et/ou infectieuse évolutive
- o hypertension artérielle pulmonaire sévère et symptomatique,
- o incapacité (physique ou psychique) à effectuer des exercices physiques.

De plus, l'évaluation effectuée par le cardiologue lors de la primo-consultation indiquera si le patient est non autonome.

NB : une autre consultation cardiologique sera effectuée à mi-parcours, comprenant :

- *une évaluation du niveau d'éducation thérapeutique, tolérance des exercices, évaluation de la progression, recherche d'obstacles à la progression, évolution clinique, tolérance des médicaments ;*
- *un ajustement du programme de réadaptation physique et d'éducation thérapeutique en fonction des résultats de la consultation.*

Le forfait initial de prise en charge d'un patient comprend :

1. un **premier entretien par un infirmier** de 45 minutes en moyenne) qui réalise un diagnostic éducatif partagé (fiche administrative, personne de confiance, personne à prévenir) et organise le planning des différents ateliers (réentraînement, thérapeutiques, diététique et de gestion du stress) avec l'ensemble de l'équipe, constituée a minima de l'infirmier, du kinésithérapeute, du STAPS, du psychologue et du diététicien. L'infirmier assure également la coordination et le suivi des patients tout le long de la prise en charge au sein de la structure ;
2. des **entretiens initiaux** effectués indépendamment par l'infirmier ou l'AS (selon l'état du patient), le kinésithérapeute, le STAPS, le psychologue, le diététicien afin d'évaluer les besoins du patients en ces domaines (30 minutes chacun) ;
3. des séances collectives d'une heure, avec 6 patients en moyenne réalisées indépendamment par l'ensemble des professionnels de l'équipe, le forfait étant calibré sur un nombre moyen de séances, soit :
 - 3 séances d'IDE,
 - 10 séances de kinésithérapeute (séances orientées sur la prise en compte des pathologies ostéo-articulaires associées et sur la réadaptation respiratoire)
 - 10 séances de STAPS (séances orientées sur les principes du réentraînement aérobie et du renforcement musculaire),
 - 2 séances d'ETP par le kinésithérapeute et/ou STAPS (*ateliers d'une heure sur les thèmes suivants : pathologies (coronaires, insuffisance cardiaque, valvulaires, HTA), traitements (anti-agrégants, anticoagulants, statines, gestion des oublis ou des surdosages...)*)
 - 1 séance de psychologue
 - 3 séances de diététicien

En effet, le réentraînement physique réalisé en SLL sous contrôle cardiologique est identique à celui réalisé en SSR (versus la prise en charge APA post-réadaptation, pour des patients dont le profil de risque a été établi par la phase de réadaptation) :

- *Réentraînement à l'endurance sur machines (MK + IDE présente en permanence)*
- *Renforcement musculaire en salle de gymnastique (MK ou STAPS selon la prescription médicale adaptée à l'état du patient)*
- *Exercices de coordination et d'équilibre en salle de gymnastique (MK ou STAPS selon la prescription médicale adaptée à l'état du patient)*
- *Et séances de prise en charge individuelle par MK uniquement, pour les patients qui présentent des pathologies complexes (comorbidités associées) et les patients en post-opératoire qui nécessitent une rééducation respiratoire complexe liée à des problèmes de douleurs sternales*

4. des **entretiens finaux** effectués indépendamment par l'IDE, le kinésithérapeute, le STAPS, le psychologue, le diététicien, afin d'évaluer les besoins du patient dans chacun de ces domaines (30 minutes chacun), un des objectifs étant de s'assurer de la bonne autonomie du patient dans la gestion de sa maladie chronique dans ces domaines,
5. enfin, ce forfait comprend également un **temps de secrétariat**, calculé sur la base de d'un salaire brut annuel chargé de 26 585 € en moyenne, d'un 0,3 ETP et pour 910 patients en moyenne par an par site.

Ainsi, le **forfait initial** s'élève à **445 €** par patient (cf. tableau ci-dessous).

Description du forfait complémentaire

Un forfait complémentaire vient compléter le premier pour la moitié à un tiers des patients recevant le forfait initial, afin de rendre autonome sur le long terme l'ensemble des patients dont les professionnels de la structure estiment qu'ils ne le sont toujours pas. Le forfait complémentaire est décidé après la visite finale du cardiologue sur les données du test d'effort (et de la VO2) et de l'examen clinique (amélioration de la capacité physique suffisante, obtention d'au moins 80% des objectifs fixés lors de la première consultation) Il est constitué de :

6. 5 séances collectives d'une heure de kinésithérapeute en moyenne,
7. 15 séances collectives d'une heure de STAPS en moyenne,
8. 2 séances collectives d'une heure d'ETP en moyenne menées par le kinésithérapeute et/ou le STAPS.

Ainsi, le **forfait complémentaire** s'élève à **151 €** par patient (cf. tableau ci-dessous).

Tableau. Description du forfait initial et du forfait complémentaire pour un patient pris en charge pour une réadaptation cardiovasculaire en structure libérale légère

	Professionnel intervenant	Coût/horaire	Durée/entretien ou séance (en minutes)	Nombre moyen d'entretien ou séance	Nombre moyen de patients	Coût/patient
Premier entretien IDE/AS (diagnostic éducatif + programmation des séances)	IDE/AS	40 €	45	1	1	30 €
Temps de secrétariat	Secrétaire	-	-	-	6	9 €
Entretien initial et final IDE/AS	IDE/AS	40 €	30	2	1	40 €
Entretien initial et final kiné	Kiné	45 €	30	2	1	45 €
Entretien initial et final STAPS	STAPS	40 €	30	2	1	40 €
Entretien initial et final psychologue	PSY	40 €	30	2	1	40 €
Entretien initial et final diététicien	DIET	40 €	30	2	1	40 €
Séance collective d'IDE	IDE	40 €	60	3	6	20 €
Séance collective de kiné	Kiné	45 €	60	10	6	75 €
Séance collective de STAPS	STAPS	40 €	60	10	6	67 €
Séance collective de psychologue	PSY	40 €	60	1	6	7 €
Séance collective de diététicien	DIET	40 €	60	3	6	20 €
ETP	Kiné et/ou STAPS	40 €	60	2	6	13 €
TOTAL forfait initial						445 €
Séance collective de kiné	Kiné	45 €	60	5	6	38 €
Séance collective de STAPS	STAPS	40 €	60	15	6	100 €
ETP	Kiné et/ou STAPS	40 €	60	2	6	13 €
TOTAL forfait complémentaire						151 €
Si le patient a besoin des 2 prises en charge						596 €

Ainsi, le montant de prise en charge globale d'un patient suivant les **forfaits initial et complémentaire** atteint **596 €**.

NB : une prise en charge optimale de réadaptation cardiaque en phase II doit se dérouler sur près de 6 mois en moyenne, cette durée pouvant être plus ou moins longue selon la disponibilité du patient. La structure libérale

légère permet ce suivi, car plus souple en termes de plages horaires, permettant une reprise rapide du patient au travail, et plus facile d'accès, proche du domicile/travail du patient.

Tableau. Application des forfaits à la patientèle identifiée dans le cadre de l'expérimentation pour Paris, Nantes et Reims

Structure	Paris	Nantes	Reims	TOTAL
Nb de nouveaux patients / semaine	12	5	5	22
Nb de nouveaux patients sur un an	624	260	260	1144
Nb de patient total de l'expérimentation	1248	520	520	2288
Hypothèse : tous ont le forfait initial	555 898 €	231 624 €	231 624 €	1 019 146 €
Hypothèse : 1/2 à 1/3 ont le forfait complémentaire (42% retenu pour les calculs)	78 433 €	32 681 €	32 681 €	143 794 €
Coût TOTAL	634 331 €	264 305 €	264 305 €	1 162 940 €

NB : d'autres patients seraient susceptibles de recevoir le forfait complémentaire uniquement, à savoir les patients sortant de SSR et devant poursuivre leurs soins idéalement en structure libérale légère (non estimé ici).

Au total pour 3 ans, le montant global des forfaits de l'expérimentation atteint **1 162 940€**.

Les 3 structures sont des SELARL (celle de Reims est en formation).

Pour les structures partantes dans l'expérimentation, les besoins en financement en amont de l'expérimentation (i.e. les crédits d'amorçage) pour l'ingénierie, la formation, les supports, etc. sont les suivants :

- 2 000 euros par centre pour le matériel d'éducation (matériel nécessaire à l'ETP : table, chaise paper board télévision appareil à projection)
- 10 000 euros pour le logiciel (pour créer une application de suivi des patients pour les 3 centres)
- 30 000 euros annuel pour une secrétaire comptable temps plein pour la gestion de l'association (gérer les données à transmettre et les honoraires pour les différents centres)
- La formation des personnels étant prise en charge par l'OCDFC.

Le total des coûts d'ingénierie est de 106k€.

Economies attendues

Concernant les économies attendues, deux situations sont identifiables :

- d'une part, des économies liées à la prise en charge à court terme pour les patients qui seraient allés en SSR, mais qui vont être réorientés vers les structures libérales légères, estimés à 30% des patients en réadaptation cardiaque de phase II ;
- d'autre part, des économies à long terme concernant les 70% des patients qui nécessitent une réadaptation cardiaque de phase II mais qui n'en avaient pas et en auront une, ce qui va certes engendrer un surcoût à court terme mais qui sera compensé par la mortalité évitée (30%) et les récidives de syndromes coronariens aigus (50%).

Ainsi, a minima, le chiffrage des économies devrait porter sur le delta entre :

- le coût engendré par les personnes supplémentaires prises en charges en structure libérale légère, contre actuellement aucune prise en charge,
- et le coût engendré par des patients pris en charge en structure libérale légère alors qu'ils auraient été en hospitalisation complète et /ou à temps partiel en SSR.

A titre informatif, actuellement, les coûts et durées moyens en SSR pour réadaptation cardiaque en phase II sont les suivants :

- le prix de journée moyen au niveau national est de 200 € en hospitalisation complète et de 165 € en hospitalisation à temps partiel en SSR, dans le secteur privé, correspondant au DMT 182 = SSR des affections cardio-vasculaires (source : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation -ATIH, 2018) ;
- la durée moyenne de séjour de temps de présence au niveau national est de 22 jours en hospitalisation complète et de 10 jours en hospitalisation à temps partiel en SSR, tous secteurs confondus (source : ATIH, 2016).

X. Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées

Outre les aspects d'opérationnalité et de reproductibilité communs à l'évaluation de tous les projets, l'évaluation s'attachera plus particulièrement ici à estimer la réussite du projet sur les dimensions et critères énoncés dans la description des impacts attendus (*cf. § II*).

Critères d'inclusion : identifiés par la mention en diagnostic principal (DP) (code CIM)

- Infarctus du myocarde (IDM)
- syndrome coronarien aigu (SCA),
- cardiopathie ischémique (DP) (code CIM-10 : I-21, I-252, I-255*)
- suite d'une angioplastie (DP) (code CIM-10 : Z-955*)
- post- chirurgie cardiaque (DP) (code CI, M-10 : Z-951, Z-941, Z-952*)
- insuffisance cardiaque identifiée par la mention d'insuffisance cardiaque en diagnostic principal (DP) (code CIM-10 : I50*)

Critères de non-inclusion :

- Refus du patient à participer à cette étude et donc à l'utilisation de ses données
- Difficulté de suivi en raison de la langue ou des raisons socio-économiques.
- Pathologie aiguë en cours nécessitant une hospitalisation.

Suivi des patients :

- Appels téléphoniques par IDE/AS/secrétaires : à 6 mois et tous les ans en fonction de la durée de l'expérimentation.
- Mise au point d'une application pour ce suivi permettant aussi l'harmonisation des pratiques ; recherche d'algorithmes dans le cadre d'une aide par « intelligence artificielle » pour l'amélioration des pratiques : coût 10000 euros

Tableau récapitulatif

Amélioration de l'accessibilité à une prise en charge en réadaptation du fait de la mise à disposition d'une offre de plus grande proximité	Evolution du nombre de patients pris en charge (parmi les 70 % de ceux qui n'en bénéficient pas après une hospitalisation) Comparaison (dans la mesure du possible) à un objectif cible ou une estimation du besoin Interrogation des patients sur leur perception et leur satisfaction vis-à-vis de cette offre	
---	--	--

Organisation des structures et du travail	Diminution des « perdus de vue » (par l'augmentation de l'adhésion thérapeutique grâce à un programme éducatif adapté, notamment pour les patients insuffisants cardiaques) Cohérence de la prise en charge Décloisonnement des acteurs du parcours thérapeutique Suivi de la sécurité (nombre d'accidents bénins ou graves au cours des séances d'activité physique)	
Amélioration de l'état de santé des patients	Indicateurs de résultats Diminution importante de la mortalité (30%) à 2/3 ans Diminution des récurrences (50%) Diminution des ré hospitalisations/ passage aux urgences Augmentation des capacités physiques du patient Diminution des facteurs de risque (hors addictions sévères) Indicateurs de processus Capacité d'évolution du style de vie Reprise d'une activité physique régulière	[suivi prospectif des événements cardio-vasculaires majeurs (syndrome coronarien aigu, accident vasculaire, mortalité cardio-vasculaire)] Suivi des paramètres cliniques, biologiques, échographiques et données des tests d'effort.
Qualité de vie, autonomie, expérience	Qualité de vie retrouvée Capacité et délais de retour au travail Reprise d'une activité physique régulière	Questionnaire de satisfaction du patient et du médecin adresseur
Qualité de soins	Augmentation de l'observance Pertinence du dosage Référentiels BPC	
Efficiences	Diminution de coûts liés à la prise en charge des récurrences Correction des facteurs de risque Optimisation thérapeutique sur le long terme	

XI. Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées

Préciser les modalités d'information des patients, les informations à recueillir sur les personnes prises en charge, ainsi que leurs modalités de recueil, d'utilisation et de conservation.

- Les données spécifiques à l'expérimentation et les données de santé sont recueillies à l'admission, en fin de programme et à distance (tous les six mois ou tous les ans) par le médecin ou le professionnel de santé. Elles sont enregistrées dans le dossier médical

- informatisé (Cardiopremier, crossway). Le patient est informé à l'arrivée et son consentement obtenu et signé sera scanné et stocké dans le dossier médical.
10. Ces données sont partagées entre les professionnels de santé soit directement par un accès au système informatique (code d'accès sécurisé) soit par la création d'un dossier papier.
 11. Les éléments pris en compte seront déterminés avec l'aide de l'évaluateur national.

XII. Liens d'intérêts

Liste des professionnels, organismes ou structures participant aux projets d'expérimentation qui remettent à l'ARS une déclaration d'intérêt au titre des liens directs ou indirects (au cours des cinq années précédant l'expérimentation) avec des établissements pharmaceutiques ou des entreprises fabriquant des matériels ou des dispositifs médicaux.

Pour plus de précisions, vous pouvez vous reporter à l'annexe de [l'arrêté du 31 mars 2017 qui fixe le contenu de la DPI](#).

XIII. Le cas échéant, fournir les éléments bibliographiques et/ou exemples d'expériences étrangères

Pavy B, Iliou MC, Vergès-Patois B, Brion R, Monpère C, Carré F, et al. Exercise, Rehabilitation Sport Group (GERS); French Society of Cardiology. French Society of Cardiology guidelines for cardiac rehabilitation in adults. Arch Cardiovasc Dis. 2012;105(5):309-28.

Lawler PR, Filion KB, Eisenberg MJ. Efficacy of exercise-based cardiac rehabilitation post-myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Am Heart J 2011;162:571-584.e2.

Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. J Am Coll Cardiol 2016 ;67 :1-12.

Pouche M, Ruidavets JB, Ferrières J, et al. Cardiac rehabilitation and 5-year mortality after acute coronary syndromes: The 2005 French FAST-MI study. Arch Cardiovasc Dis 2016 ;109 :178-87.