



**PROVENCE-ALPES-
CÔTE-D'AZUR**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°R93-2022-199

PUBLIÉ LE 10 NOVEMBRE 2022

Sommaire

Agence régionale de santé PACA /

R93-2022-11-07-00003 - ARRÊTÉ N° 11-2022 relatif au projet
d'expérimentation «Réeducadom» en région Provence-Alpes-Côte d'Azur
(71 pages)

Page 3

Agence régionale de santé PACA

R93-2022-11-07-00003

ARRÊTÉ N° 11-2022 relatif au projet
d'expérimentation «Rééducadom» en région
Provence-Alpes-Côte d'Azur

**Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur
ARRÊTÉ N° 11-2022
relatif au projet d'expérimentation « Rééducadom »
en région Provence-Alpes-Côte d'Azur**

- 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 la circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 ;
- VU l'arrêté du 7 février 2022 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2022 ;
- VU le décret du 14 septembre 2022 portant nomination de Monsieur Denis ROBIN, en qualité de Directeur général de l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
- VU l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé relatif au projet d'expérimentation « Rééducadom » ;
- VU le cahier des charges de l'expérimentation annexé au présent arrêté ;

ARRÊTE

Article 1 : Le projet « Rééducadom » est autorisé à compter de la date de publication du présent arrêté, dans les conditions précisées par le cahier des charges susvisé à la suite de l'avis du CTIS susmentionné.

Article 2 : La durée de l'expérimentation est fixée à 5 ans à compter de la première inclusion.

Article 3 : Le Directeur des politiques régionales de santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Article 4 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif de Marseille dans un délai de deux mois à compter de sa publication au recueil des actes administratifs. Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via l'application «Telerecours citoyen» accessible par le site internet www.telerecours.fr

07 NOV. 2022

Pour le Directeur Général de l'ARS Paca
Et par délégation
La Directrice des politiques régionales de santé

Géraldine TONNAIRE



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

RéeducADOM – Le parcours de soins coordonné des patients post AVC et autres maladies neurologiques dans leur lieu de vie.



« Rééduc à Dom »

Le parcours de soins coordonnés des patients post AVC et autres maladies neurologiques dans leur lieu de vie

NOM DU PORTEUR : Clinique SSR Korian Les Cyprès - Avignon

PERSONNE CONTACT : Mme VIDAU Anne-laure anne-laure.vidau@korian.fr

Résumé du projet Principalement pour les patients post-AVC, cette expérimentation vise à proposer sur leur lieu de vie, durant une séquence de soins de rééducation/réadaptation d'une durée d'un an, l'expertise (niveau 1), les soins (niveau 2) et le suivi (niveau 3) au moyen d'une coordination structurée et intégrée avec les professionnels de santé hospitaliers et de soins primaires. Le dispositif RéeducADOM constitue alors un niveau de recours supplémentaire qui permettra l'amélioration de l'accessibilité aux soins de réadaptation, le retour et le maintien de ces patients dans leur lieu de vie, l'amélioration de leur qualité de vie et celle de leurs aidants, la pertinence des hospitalisations et le décroisement avec les professionnels de soins primaires.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	X
Régional	
National	

CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION

	Cocher la case
Organisation innovante	X
<i>Financement innovant</i>	X
Pertinence des produits de santé	

DATE DE LA VERSION : 26/09/2022

1 TABLE DES MATIERES

1.	Contexte et Constats	5
1.1.	L'Accident Vasculaire Cérébral, cible principale de l'expérimentation	5
1.2.	Objectifs du projet global	8
1.2.1.	Objectif principal : Améliorer la qualité de vie des patients	8
1.2.2.	Objectif stratégique 1 : Améliorer l'accès aux soins.....	9
1.2.3.	Objectif stratégique 2 : Améliorer la pertinence des hospitalisations et réduire les coûts de santé	9
1.2.4.	Objectif stratégique 3 : Décloisonner la prise en charge et améliorer la collaboration ville-établissement	9
1.3.	Bilan d'activité 2020 à 12 mois du niveau 1 RéeducADOM - évaluation pluridisciplinaire...	10
2.	Description du projet.....	12
2.1.	Modalités d'interventions et d'organisation proposées (services/parcours/outils).....	12
2.1.1.	La population cible.....	12
2.1.2.	Les adresseurs.....	12
2.1.3.	Les critères d'inclusion	13
2.1.4.	Les critères d'exclusion.....	13
2.1.5.	Un programme de rééducation et de réadaptation sur 3 niveaux.....	14
2.1.6.	Secteur d'intervention.....	19
2.1.7.	Principes de prise en charge par RéeducADOM.....	19
2.1.8.	Hypothèses de parcours durant la séquence	20
2.2.	Outils numériques	21
2.2.1.	Outil de télé-suivi du parcours patient	21
2.2.2.	Outil de télé-consultation et télé-expertise	22
2.2.3.	Outil de télé-réadaptation.....	22
2.2.4.	Outil d'évaluation	22
2.3.	Objectifs chiffrés de l'expérimentation	23
2.4.	Durée de l'expérimentation	26
2.5.	Gouvernance et suivi de la mise en œuvre	26
2.5.1.	Le COMITE DE PILOTAGE (COPIL)	26
2.5.2.	LE COTECH	27
2.5.3.	Montage administratif et financier du projet.....	28
2.5.4.	Une solution différenciante par rapport aux HAD et EMR.....	28
2.5.5.	Une solution différenciante par rapport à PRADO post AVC	29
3.	Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation	29
3.1.	Le porteur de projet	29
3.2.	Les partenaires du projet.....	30



3.3.	Mobilisation des partenaires	30
3.4.	Associations d'aidants	31
3.5.	Maison sport santé	31
4.	Modèle de financement	31
4.1.	Modalités de financement de la prise en charge proposée	33
4.1.1.	Méthode de calcul utilisée	33
4.1.2.	Calcul du forfait dérogatoire	37
4.2.	Besoin de financement	38
4.2.1.	Calcul des frais d'ingénierie	38
4.2.2.	Synthèse du besoin de financement – Calendrier des dépenses	42
4.2.3.	Economies potentielles	43
5.	Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées	44
6.	Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation	45
7.	Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel	46
8.	Liens d'intérêts	46
	Annexes	47
	Références bibliographiques	70

1. CONTEXTE ET CONSTATS

1.1. L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL, CIBLE PRINCIPALE DE L'EXPERIMENTATION

Focus sur les maladies neurologiques

Les maladies neurologiques sont des pathologies qui touchent le système nerveux central ou périphérique. Ce terme regroupe des affections diverses telles que les maladies d'Alzheimer et de Parkinson, l'AVC, la schizophrénie, le trouble du spectre de l'autisme, la sclérose en plaque, l'épilepsie...

L'objet de cette expérimentation porte sur la prise en charge des patients en situation de maladies neurologiques principalement post AVC, à l'exception des pathologies psychiatriques.

Les maladies neurodégénératives sont des maladies chroniques progressives qui représentent un ensemble de pathologies affectant le système nerveux. Elles sont des enjeux de santé publique majeurs et en pleine expansion en raison du vieillissement de la population. Ces maladies nécessitent une prise en charge pluri professionnelle coordonnée. L'éducation thérapeutique du patient est également au cœur des stratégies actuelles pour permettre aux patients d'acquérir ou de maintenir les compétences nécessaires pour gérer au mieux leur pathologie. L'objectif de ces prises en charge est la réalisation des bonnes pratiques par des professionnels compétents.

On estime qu'actuellement en France plus d'un million de personnes sont touchées par la maladie d'Alzheimer et autres démences, 160 000 personnes traitées pour la maladie de Parkinson et environ 2 300 nouveaux cas par an de maladies du motoneurone dont la principale cause est la sclérose latérale amyotrophique (SLA). En raison du vieillissement progressif de la population et de l'absence de traitements curatifs, le nombre de personnes souffrant de maladies neurodégénératives a considérablement augmenté au cours des dernières décennies et devrait croître de manière régulière dans les années à venir. (Source : Santé publique France, maladies neurodégénératives, Juin 2019).

Les maladies neurodégénératives sont une cause d'invalidité, de dépendance, d'institutionnalisation et d'hospitalisation. Elles ont un impact très important sur la qualité de vie des personnes atteintes ainsi que sur celle de leurs proches et de leurs aidants. Les traitements actuellement disponibles sont d'efficacité variable et à visée principalement symptomatique.

Focus sur l'AVC, cible principale de cette expérimentation

Données épidémiologiques

L'AVC est la principale cause de décès chez la femme et la 3ème cause de décès chez l'homme en France (Lecoffre et al. 2017)¹. On dénombre 130 000 nouveaux cas par an en France, soit 360 par jour (Leys et al. 2008)². L'AVC est la première cause de handicap non traumatique en France et la 2ème cause de démence (rapport HAS 2019)³.

Dépenses de santé

La prise en charge de l'AVC représente en France un coût annuel de 8,3 milliards d'euros pour l'assurance maladie (rapport Fery-Lemonnier 2009)⁴. La dépense annuelle moyenne par patient en ALD (Affection Longue Durée) pour cause d'AVC invalidant est estimé à 9642 euros (rapport Fery-Lemonnier 2009).

Prise en charge actuelle du post-AVC

La HAS recommande la réadaptation pour tous les patients, soit en SSR pour ceux présentant un déficit important (sévérité 2 et 3), soit au domicile pour ceux présentant un déficit léger de sévérité 1 (rapport HAS 2010, rapport

HAS 2019)⁵. Pour les patients pris en charge en SSR, la durée moyenne de séjour est de 2 mois. Si l'efficacité de la réadaptation en SSR est largement démontrée et reste indiscutable (ex : Pollock et al. 2014)⁶, elle est accessible pour seulement 34% des patients AVC hospitalisés en MCO. De plus, seuls 46% d'entre eux accèdent à un SSR spécialisé « affection neurologique » (HAS 12/2017 Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral).

Or dans le Vaucluse, le taux d'équipement des SSR (1,6 lits/1000 habitants adultes), toutes spécialités confondues, est déficitaire, inférieur à la moyenne régionale (2,72) et nationale. De ce fait, le recours aux SSR spécialisés en affection neurologique ne permet pas de répondre à la demande du territoire.

Aussi, le rapport Fery-Lemonier pointe:

- Un défaut de soin et de suivi pour les patients légers en sortie de MCO, avec une sous-estimation des conséquences de leur pathologie.
- Un manque de lieu d'accueil adapté en sortie de SSR pour les patients lourds.
- Globalement pour tous les patients, les problématiques de réinsertion sociale et professionnelle sont encore peu traitées et mal connues. De plus, l'accès à un soutien psychologique est insuffisant.

Dans son dernier rapport sur la réadaptation post-AVC (rapport HAS 2019), la HAS souligne **l'importance de la rééducation au long cours pour tous les patients, compte tenu du fait que l'arrêt de la rééducation au-delà des 3-6 mois est susceptible d'aggraver l'état du patient**. Il existe des écarts importants entre les recommandations de la HAS et ce qui est réellement mis en œuvre pour les patients. Dans une étude réalisée sur la base SNIIRAM par la CNAM chez les patients hospitalisés pour AVC, les auteurs ont constaté que lors des 3 mois post séjour en SSR, seulement 1 patient sur 2 a eu au moins 1 acte de kinésithérapie (Solène et al. 2016)⁷. De plus, parmi ceux étant rentrés directement au domicile après le passage en MCO, seulement 1 patient sur 3 a eu au moins un acte de kinésithérapie dans les 3 mois, alors que **la HAS recommande la rééducation pour tous les patients post AVC**.

Pourtant, l'étude Langhorne P, Baylan S⁸ prouve **l'importance de la prise en charge précoce à domicile pour les patients post-AVC**. Les services d'accompagnement et de retour précoce à domicile, disposant de ressources adéquates et de la contribution d'une **équipe multidisciplinaire coordonnée**, fournis à un certain groupe de patients victimes d'AVC peuvent **réduire la dépendance à long terme et l'admission dans des établissements de soins, en plus de réduire la durée de séjour à l'hôpital**. A noter que les résultats ne sont pas concluants pour les services n'incluant pas la contribution d'une équipe multidisciplinaire coordonnée.

De même, il est démontré (Outpatient Service Trialists⁹) que les personnes récemment victimes d'un AVC ont **plus de chances de continuer à réaliser leurs activités quotidiennes si elles reçoivent des services thérapeutiques à domicile**. Les services de rééducation thérapeutique pour les survivants d'AVC peuvent comprendre l'intervention de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes ou d'**équipes pluridisciplinaires**. Cette revue de 14 études, impliquant 1 617 participants, a mis en évidence que les personnes récemment victimes d'un AVC étaient plus indépendantes dans leurs activités personnelles quotidiennes et avaient plus de chances de conserver ces capacités s'ils recevaient des services thérapeutiques à domicile.

Mortalité et ré-hospitalisations à court et moyen terme

Le taux de létalité à 28 jours en France est de 15% des patients post infarctus cérébral (IC) et 48% des patients post hémorragie intracérébrale (HIC), soit 20% pour tout type d'AVC confondu (les HIC représentant moins d'1 AVC sur 6) (Gauthier et al. 2020)¹⁰. Sur la période 1985-2004, on note une réduction du taux de létalité à 28 jours de 25% en France, pouvant être notamment expliquée par une amélioration de la prise en charge aigue (Bejot et al. 2007)¹¹. En revanche, **des efforts doivent encore être réalisés sur la réduction des risques à long terme** : à 5 ans, tout type d'AVC confondu, le taux de mortalité est de 50% (Béjot et al. 2009)¹². De plus, à 5 ans, 6 patients sur 7 auront été ré-hospitalisés au moins 1 fois (Bravata et al. 2007)¹³. Dans cette dernière étude, si la récurrence pour AVC reste une

cause majeure de ré-hospitalisation (concerne jusqu'à 6,1% des patients par an), la principale cause de ré-hospitalisation est l'infection respiratoire/pneumonie (concerne jusqu'à 9% des patients par an). Au total, **le risque global de récurrence d'AVC est estimé à entre 30 et 43%** (rapport Fery-Lemonnier 2009). Les patients ayant eu un AVC présentent également un risque accru de pathologie coronarienne dans les années suivant l'épisode (Touze et al. 2005)¹⁴.

Caractéristiques des survivants à court terme

Comparés aux survivants post AVC (= patients survivants à 28 jours) mais qui décèdent ensuite dans les 5 ans, ceux qui sont encore en vie à 5 ans sont plus jeunes, sont plus souvent des femmes, ont de plus hauts niveaux d'éducation et de plus hauts niveaux de revenus (Elfassy 2019)¹⁵. Si certains facteurs sont non modifiables (âge et genre), ces résultats mettent par ailleurs en évidence une **réelle perte de chance pour les personnes issues des milieux défavorisés et soulignent donc la nécessité de proposer un accompagnement à long terme afin de réduire ces inégalités**.

Stratégie de prévention des risques de récurrences/efficacité de la prévention secondaire

Une analyse exhaustive de la littérature a permis d'identifier les mesures les plus efficaces en matière de prévention secondaire (Hackam et al. 2007)¹⁶. Cette étude a mis en avant **qu'une approche au long cours** combinant 5 stratégies : modification des habitudes alimentaires, pratique régulière de l'activité physique associée à la prise de 3 traitements médicamenteux (aspirine, statine et agent antihypertenseur) **permet de réduire de 80% le risque de survenue d'événement vasculaire (AVC ou accident coronarien) dans les années suivant un AVC** (Hackam et al. 2007).

Le **rôle déterminant de l'activité physique dans la prévention des risques post AVC** est par ailleurs largement souligné dans la littérature (ex : Saunders et al. 2014)¹⁷. Une revue systématique et méta-analyse a mis en évidence que le niveau d'activité physique des patients post-AVC restait en-dessous des recommandations (4300 pas /jour en moyenne) (Field et al. 2013)¹⁸, alors que l'augmentation du niveau d'activité physique est l'une des stratégies les plus importantes en matière de réduction des risques de récurrences et de décès et fait partie des recommandations des sociétés savantes internationales depuis 2004 (Gordon et al. 2004)¹⁹.

Politique de santé publique actuelle en France sur la prévention secondaire post AVC

Le plan d'action national AVC 2010-2014 met l'accent sur la prévention primaire et la gestion des conséquences post AVC (formation des aidants, accompagnement au retour à domicile ou en établissement médico-social). Ces actions essentielles ont probablement contribué à réduire le fardeau de l'AVC puisqu'on constate aujourd'hui une stabilisation de l'incidence annuelle des nouveaux cas tout âge confondu en France (Lecoffre et al. 2017). Toutefois, il existe un **retard important en matière de prévention secondaire**. A ce titre, le plan national AVC 2010-2014 s'est essentiellement concentré sur l'amélioration de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) post AVC. Or, on sait que si l'ETP est essentielle dans l'accompagnement du patient, elle est à elle seule insuffisante pour insuffler un changement de comportement durable. Aucune action n'est notamment proposée dans ce plan visant à augmenter le niveau d'activité physique des patients en post AVC, alors que les données montrent son rôle clé dans la prévention des risques de récurrences et dans la réduction de la mortalité (Hackam et al. 2007).

Au vu de ce constat, il semble indispensable de proposer des solutions mieux adaptées aux patients ayant subi un AVC et permettant de :

- **Prendre en charge précocement le patient dans son écosystème, par une équipe coordonnée et pluridisciplinaire,**
- **Diminuer les risques de récurrences et le taux de mortalité,**
- **Faire adopter aux patients un changement de comportement durable,**
- **Coordonner et améliorer l'accessibilité aux soins,**



- Former et soulager les aidants.

1.2. OBJECTIFS DU PROJET GLOBAL

Cette expérimentation RééducADOM s'inscrit dans une **volonté de transformation des pratiques en soins de suite et réadaptation au regard de la stratégie « Ma santé 2022 »**, inscrite dans la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé adoptée en juillet dernier.

L'enjeu du projet est de **créer un SSR hors les murs proposant 3 niveaux d'intervention en soins de rééducation et de réadaptation** pour les patients du territoire du Vaucluse et limitrophe.

Le dispositif proposé dans cette expérimentation est à destination :

- **des patients en post-AVC avec une sévérité de catégorie 2 et 3 (70%)**
- **des patients atteints d'autres pathologies neurologiques complexes incluant les pathologies acquises et neurodégénératives (30%)**

Le niveau 2 du dispositif ne concerne pas les patients AVC avec une sévérité de catégorie 1 car la prise en charge de ces patients (NIHSS < 5, MIF > 80 – voir définition annexe 1 – et un handicap peu visible) est déjà assurée par le dispositif PRADO post-AVC. De plus, il n'est pas démontré pour ces patients de sévérité 1 l'intérêt d'une prise en charge intensive en rééducation, l'essentiel des capacités fonctionnelles étant spontanément recouvré. En revanche ces patients peuvent être pris en charge par le niveau 1 et 3 pour optimiser leur parcours de soins.

Ce projet s'inscrit totalement dans l'axe gouvernemental de transformation du système de santé français : il propose une **prise en charge** innovante autant au niveau organisationnel que financier, en plaçant au cœur l'efficacité de la prise en charge des patients. RééducADOM est un service complémentaire, selon le niveau de sévérité du patient, à l'hospitalisation complète, à l'hospitalisation de jour et à l'hospitalisation à domicile. Il propose une gradation de la prise en charge centrée sur la réadaptation en fonction des besoins des patients. La prise en charge spécialisée en réadaptation est ainsi poursuivie au domicile du patient dès lors que le patient ne nécessite plus d'hospitalisation. Ce nouveau dispositif permet également de réduire les actes de ville non pertinents, les arrêts maladie patients et aidants, les consommations médicamenteuses et les réhospitalisations.

1.2.1. Objectif principal : Améliorer la qualité de vie des patients

En proposant une prise en charge multidisciplinaire et un suivi au long cours, l'équipe de RééducADOM souhaite montrer l'efficacité de son programme sur une catégorie de patients. **Le programme, qui comprend une phase intensive de rééducation de 2 mois et un accompagnement sur 1 an, doit permettre au patient de maintenir les bénéfices de la rééducation et lui faire adopter les bons gestes et les bons comportements, de manière durable, afin qu'il évolue au mieux avec sa pathologie et qu'il maintienne une qualité de vie la meilleure possible.** L'aidant est impliqué dans ce programme avec une sensibilisation sur la prévention et un accompagnement personnalisé proposé par les équipes RééducADOM pour l'aider à gérer au mieux la personne aidée. Par ailleurs, l'ensemble du programme est réalisé au domicile du patient (Outpatient Service Trialists 2009), dans son écosystème, pour une prise en charge adaptée à ses besoins et limitant la fatigabilité liée aux déplacements extérieurs.

1.2.2. Objectif stratégique 1 : Améliorer l'accès aux soins

Le premier objectif stratégique du projet est d'améliorer l'accès aux soins de rééducation et de réadaptation spécialisés.

L'impact attendu sera l'amélioration des conditions de vie (maintien à domicile de la catégorie de patients visée) avec comme objectifs opérationnels :

- Permettre le retour et le maintien à domicile d'au moins 100 patients par an
- Améliorer la qualité de vie de 70 % des patients au terme de la séquence de soins de réadaptation
- Soutenir et favoriser la poursuite de l'accompagnement des patients par leurs aidants
- Développer les consultations de télémedecine pour les patients du niveau 3

1.2.3. Objectif stratégique 2 : Améliorer la pertinence des hospitalisations et réduire les coûts de santé

Le second objectif stratégique vise à améliorer la pertinence des hospitalisations pour les patients nécessitant des soins de rééducation et de réadaptation. L'impact attendu sera, pour les pathologies visées, une diminution des demandes d'hospitalisation et une baisse de la durée moyenne de séjours (Langhorne, Baylan 2017) en SSR sur le territoire du Vaucluse avec comme objectifs opérationnels :

- Favoriser le retour à domicile des patients hospitalisés au CH d'Avignon pour AVC ou autres pathologies neurologiques acquises ou dégénératives
- Développer une approche domiciliaire de la réadaptation avec la mobilisation d'une équipe de rééducation – réadaptation hors les murs du SSR
- Eviter le recours à l'hospitalisation en MCO et SSR pour 80% des patients pris en charge durant la séquence de prise en charge
- Eviter le recours aux MCO et SSR pour 80 % des patients pris en charge par RééducADOM durant la séquence de prise en charge (réadaptation)
- Diminuer le nombre de séjours de longue durée (supérieurs à durée moyenne de séjour de l'établissement) dans les SSR du territoire du Vaucluse

1.2.4. Objectif stratégique 3 : Décloisonner la prise en charge et améliorer la collaboration ville-établissement

Le dernier objectif stratégique du projet est de décloisonner les secteurs hospitaliers et de soins primaires du territoire du Vaucluse. L'impact attendu sera l'amélioration de l'information des acteurs de santé communs à un patient avec comme objectifs opérationnels :

- Favoriser l'implication des acteurs de ville dans la prise en charge du patient au niveau 2 et 3
- Inscrire chaque patient dans un parcours coordonné au moyen de la digitalisation
- Transférer les compétences et les bonnes pratiques de rééducation en médecine physique et de réadaptation vers les professionnels de ville pour renforcer leur expertise.



1.3. BILAN D'ACTIVITE 2020 A 12 MOIS DU NIVEAU 1 REEDUCADOM - EVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE

Le bilan a été réalisé sur 12 mois d'activité réelle (de juillet 2019 à novembre 2020 avec un arrêt de l'activité pour COVID de 5 mois de mars à juillet 2020).

Le projet RéeducADOM se compose de 3 niveaux d'intervention. Le 1^{er} niveau consiste en une évaluation pluridisciplinaire réalisée au domicile du patient. L'équipe RéeducADOM constituée du médecin MPR, de l'ergothérapeute, de l'assistante sociale et de la coordinatrice réalise une **analyse de la situation et une évaluation**. Cette étape permet l'expression de la demande du patient et de ses aidants, l'évaluation des besoins, l'appréciation des conséquences, l'articulation des aidants et des tests d'aide technique. Les actions à mettre en œuvre sont ensuite définies avec une priorisation ; des bonnes pratiques et des conseils de prévention sont proposés au patient et à son aidant. Le projet thérapeutique personnalisé avec la vision MPR est proposé ; il est centré sur la qualité de vie attendue par la personne et/ou son entourage.

Le médecin traitant du patient est informé de l'entrée du patient dans la phase d'évaluation (Niveau 1 RéeducADOM) et consulté pour validation finale du projet thérapeutique ou Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS). Les professionnels de ville du patient sont également informés en vue de la réalisation concertée du PPCS avec l'équipe RéeducADOM ; ils pourront alors se positionner sur la réalisation du projet thérapeutique (Niveau 2) en collaboration avec l'équipe RéeducADOM.

Le niveau 1 de RéeducADOM est financé par l'ARS PACA avec des crédits MIGAC pérennes. Ce niveau est donc abordé dans le dossier uniquement pour démontrer la logique d'intervention du projet.

Territoire d'intervention :

Créé en 2019, RéeducADOM a débuté son action (Niveau 1) en Juillet 2019 sur le territoire de santé de Vaucluse et les communes des Bouches du Rhône et du Gard limitrophes de l'agglomération du Grand Avignon.

Ressources humaines : juillet 2019 à ce jour

L'équipe est composée de 4 personnes :

- 1 Médecin spécialiste de Médecine Physique et de Réadaptation à 0,20 ETP
- 1 Assistante Sociale, coordinatrice à 0,50 ETP
- 1 Ergothérapeute à 0,20 ETP
- 1 Secrétaire à 0,10 ETP

Nombre d'usagers pris en charge en Niveau 1 sur cette période :

61 Dossiers d'admission reçus :

- 53 visites à domicile réalisées
- 8 dossiers annulés car patients hospitalisés, décédés ou refusés en commission d'admission

Origine des demandes d'intervention :

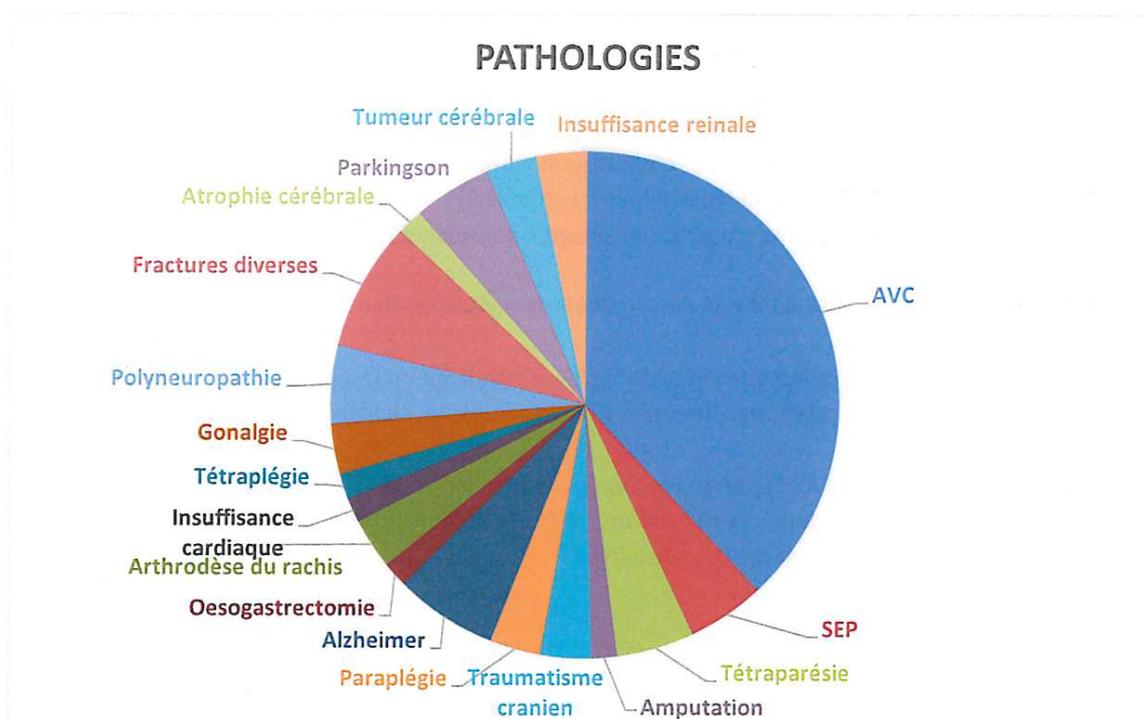
Partenaire	Nombre de dossier
Famille	2
HADAR	2
Organisme de tutelle	1
Médecin traitant	11

Organisme d'aide à domicile	3
SSIAD	8
PTA	1
CPAM	2
Patient refusé en SSR HC	30
Hôpital	1

Profil des patients :

- 75 % des dossiers concernent un patient atteint principalement d'une pathologie du système nerveux
- 16 % concernent une affection de l'appareil locomoteur
- 10 % pour d'autres pathologies Voir graphique ci-dessous
- Moyenne d'âge des patients : 71 ans (entre 18 et 92 ans)

Détail des pathologies :



Secteur et durée des interventions :

- 47 % des patients vivent à Avignon ou dans l'une des communes du grand Avignon
- Temps de trajet aller - retour : Moins de 30 min : 15 - Plus de 30 min : 46
- Durée moyenne d'une évaluation à domicile : 1 heure soit 3h de temps de professionnels cumulés (médecin, assistante sociale et ergothérapeute)
- Trajet + évaluation + rédaction = 3h par patient et par professionnel

Constats et perspectives

- Projet bien accueilli par les adresseurs
- Satisfaction de l'équipe : nouveau service en direction des patients en situation de rupture



- Satisfaction des patients : nous avons eu 15 retours de questionnaire de satisfaction (26 %). A la question « Êtes-vous satisfait(e) de l'intervention de l'équipe mobile dans sa globalité ? », 100% des patients ont répondu être « très Satisfait(e) »

2. DESCRIPTION DU PROJET

2.1. MODALITES D'INTERVENTIONS ET D'ORGANISATION PROPOSEES (SERVICES/PARCOURS/OUTILS)

2.1.1. La population cible

RééducADOM cible les patients en situation complexe ayant une pathologie d'origine neurologique relevant d'une expertise de médecine physique et de réadaptation.

L'objectif d'inclusion des patients dans l'expérimentation est le suivant :

- 70 % des patients pris en charge seront en réadaptation **suite à un AVC** de catégorie 2 ou 3 avec un MIF entre 40 et 80 ou un MIF inférieur à 40 (voir définition annexe 1).
- 30 % des patients complexes atteints d'autres pathologies neurologiques acquises et dégénératives.

SITUATION DE COMPLEXITE : LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Art. L. 6327-1

« Le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux. »

Compte tenu de l'expertise reconnue du SSR Korian Les Cyprès en neurologie et affections neuro-orthopédiques et des situations complexes que ces affections sous-tendent chez les patients concernés, RééducADOM aura une orientation affirmée pour la prise en charge de ces pathologies.

2.1.2. Les adresseurs

L'adressage vers RééducADOM peut se faire par l'intermédiaire des partenaires du territoire suivant :

- > CH d'Avignon
- > HAD
- > Maisons médicales, SSIAD, CPTS, Services d'aide à domicile
- > Médecin traitant, Kinésithérapeute, Orthophoniste, IDE...
- > PTA, MAIA
- > Réseaux de santé
- > MDPH, réseau d'assistantes sociales
- > Centres hospitaliers, équipes mobiles...
- > Etablissements de santé et médico-sociaux

2.1.3. Les critères d'inclusion

Les patients doivent présenter les 4 critères d'inclusion suivant :

1. Patient post-AVC catégorie 2 ou 3 ou patient atteint de pathologie neurologique (traumatique ou dégénératif) nécessitant une prise en charge spécialisée, dispensée par une équipe pluridisciplinaire et coordonnée par un médecin MPR,
2. Existence d'un handicap neurologique,
3. Domiciliation du patient dans la zone géographique d'intervention de RéeducADOM,
4. Prise en charge ne comportant pas de recours fréquents à un plateau technique spécialisé.

Par ailleurs pour les patients présentant les critères ci-dessus, le dispositif est particulièrement adapté pour les personnes :

- Nécessitant de sortir du contexte hospitalier afin d'éviter une spirale de séjours itératifs en établissement de santé,
- Ne pouvant pas quitter son domicile pour diverses raisons : absence d'ascenseur dans l'immeuble, abords du domicile inaccessibles en fauteuil roulant, contraintes professionnelles, personnelles ou scolaires du patient,
- Atteints de troubles psychiatriques associés compromettant l'admission du patient en SSR,
- Ne pouvant être admis en SSR spécialisé par manque de disponibilités (en Vaucluse, demande soutenue et en augmentation associée à un sous-équipement en SSR),
- Dans l'impossibilité d'avoir recours à une prise en charge pluridisciplinaire en ville, afin de limiter la perte de chance fonctionnelle.

Prérequis :

- Nécessité d'implication des aidants le cas échéant,
- Nécessité du consentement du patient sur le projet thérapeutique proposé ainsi que son consentement à l'introduction de ses données personnelles/médicales sur un espace web partagé sécurisé (HDS).
- **Disposer d'un ordinateur, d'une tablette, d'un smartphone et savoir naviguer sur internet,**

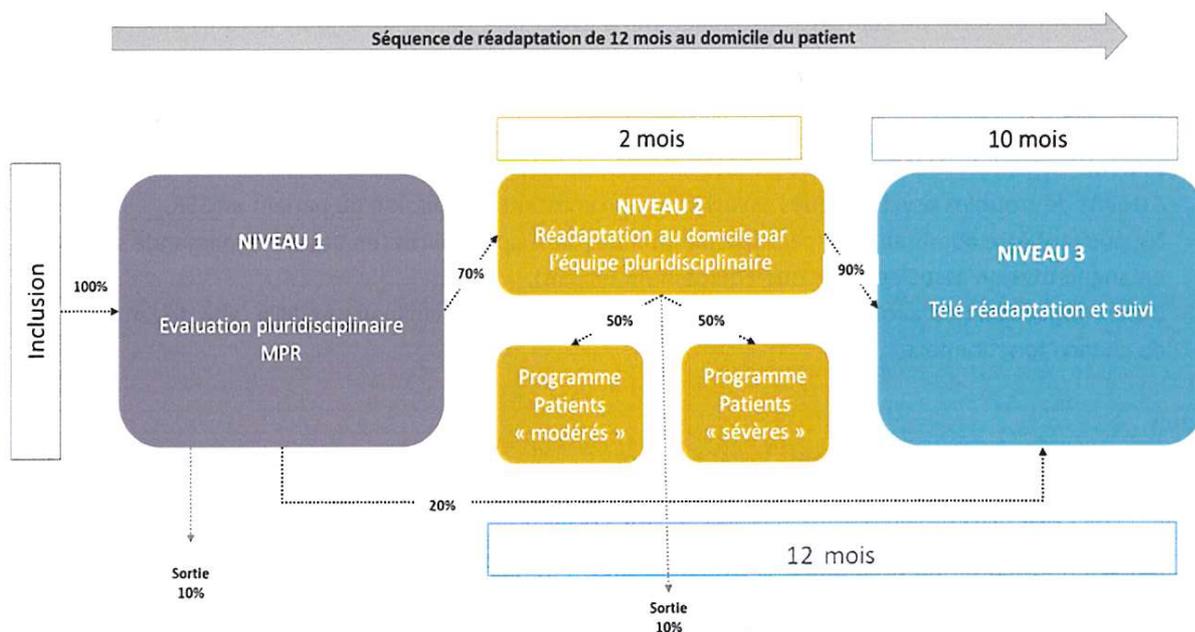
2.1.4. Les critères d'exclusion

- Patient nécessitant une hospitalisation, notamment à domicile (requérant des soins médicaux et paramédicaux complexes, techniques, pluriquotidiens, continus et coordonnés pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé)
- Habitation hors secteur
- Non consentement du patient
- AVC de catégorie 1 pour l'accès au niveau 2
- Domicile inadapté à l'intervention de l'équipe
- Absence d'indication de prise en charge rééducative et ré adaptative (de capacité de récupération ou de maintien ou d'adaptation)
- Troubles cognitifs avec MMS < 15

2.1.5. Un programme de rééducation et de réadaptation sur 3 niveaux

Le dispositif comporte 3 niveaux d'intervention au domicile du patient. Le niveau 1, lancé depuis juillet 2019, est systématique pour tous les patients et consiste en une évaluation pluridisciplinaire réalisée au domicile du patient pilotée par le médecin MPR RééducADOM. Le niveau 2 consiste en une séquence de prise en charge de 2 mois effectuée soit uniquement par l'équipe RééducADOM soit en collaboration avec les professionnels de ville. Enfin, le niveau 3 permet de réaliser un suivi du patient et d'agir sur les déterminants de santé avec des ateliers de télé réadaptation d'éducation à la santé.

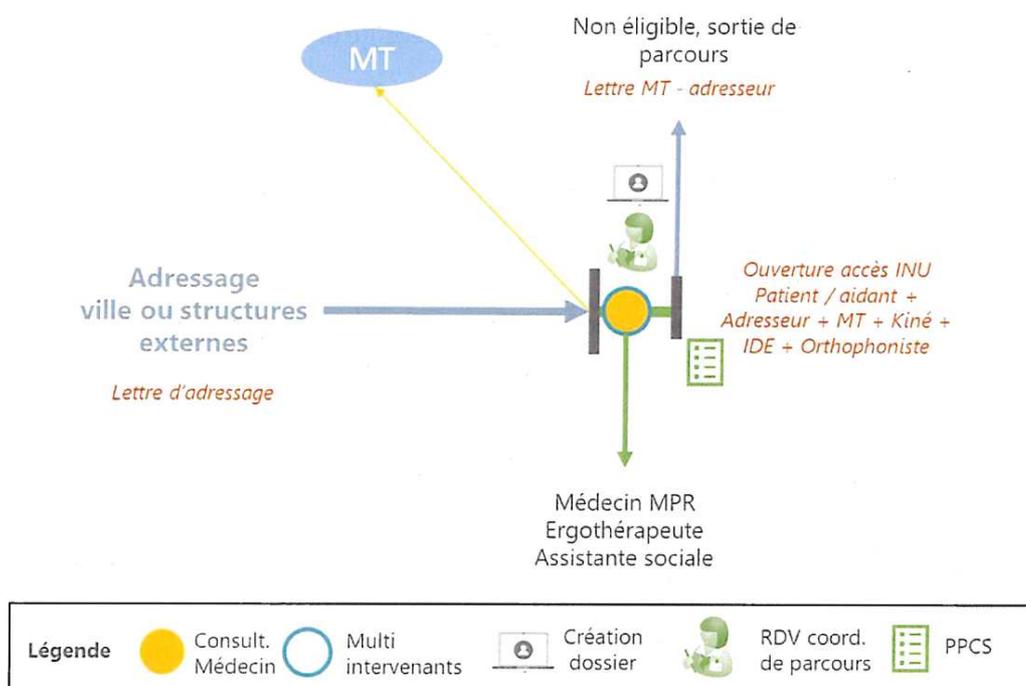
Schéma représentant les différents niveaux d'intervention et la répartition des patients dans les différentes modalités de prise en charge



NIVEAU 1 : ÉVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE MPR (OPERATIONNEL DEPUIS 2019 A LA CLINIQUE DES CYPRES)

En pratique, le Médecin coordonnateur spécialisé en MPR appelle en amont de la prise en charge le médecin traitant du patient pour l'informer de la démarche initiale. Le Médecin MPR, l'ergothérapeute, l'assistante sociale et la coordinatrice RééducADOM se rendent au domicile du patient pour réaliser l'évaluation pluridisciplinaire. **C'est à partir de cette visite à domicile que se déclenche la séquence de 12 mois.** La secrétaire crée le dossier du patient sur la plateforme web collaborative INU pour permettre de centraliser l'ensemble des informations liées à la prise en charge. Après l'évaluation, le compte-rendu et le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) sont réalisés et intégrés dans le dossier numérique du patient. Une notification est envoyée au patient, au médecin traitant, à l'adresseur, et aux intervenants de ville identifiés par le patient ou l'aidant (kinésithérapeute, IDE et orthophoniste etc.) pour les informer de la création du PPCS. Le patient et l'aidant sont directement contactés par la coordinatrice qui leur présente la stratégie thérapeutique et la façon dont l'équipe pluridisciplinaire interviendra au domicile. Si le patient n'est pas éligible à l'intervention de RééducADOM sur le niveau 2, il pourra soit sortir du dispositif et être orienté sur une prise en charge alternative (10% des patients) soit être intégré directement sur une prise en charge Niveau 3.

Schéma de prise en charge niveau 1 évaluation pluridisciplinaire MPR



NIVEAU 2 : PRISE EN CHARGE INTERVENTIONNELLE DE READAPTATION

- **La mise en œuvre du projet thérapeutique (PPCS)** est pilotée par le médecin MPR et la coordinatrice en lien avec le médecin traitant et les professionnels de ville : la prise en charge au domicile pourra être réalisée soit exclusivement avec les professionnels RééducADOM soit en collaboration avec les professionnels de ville (action partagée),
- Une **équipe de rééducateurs est ajustée aux besoins** : kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, neuropsychologue, orthophoniste, professeur en activité physique adaptée, assistante sociale et diététicienne,
- **Durée de la prise en charge** : 2 mois en moyenne

L'équipe sera encadrée par la coordinatrice RééducADOM qui sera également chargée d'organiser des staffs avec tous les professionnels : 1 en début de prise en charge pour présenter la situation et le projet thérapeutique, puis 1 tous les 15 jours pour suivre et réajuster la prise en charge et enfin 1 à la fin de la prise en charge pour rédiger le bilan de sortie.

La coordinatrice contactera le patient après chaque staff s'il y a des réajustements afin de les lui proposer et de voir si des difficultés sont rencontrées. Elle appellera le patient à J+15, J+30, J+45 et J+60. Elle mettra ensuite à jour le PPCS.

La secrétaire médicale RééducADOM sera chargée de l'accueil téléphonique ainsi que de la gestion des courriers. Elle s'occupera de collecter les enquêtes de satisfaction. Elle recevra, vérifiera et transmettra la demande d'admission du patient. Elle confirmera les rendez-vous avec les patients, les aidants et les partenaires. Elle organise les tournées des professionnels de santé au domicile des patients (voir un exemple Annexe 2). Elle créera et mettra à jour le dossier patient informatisé sur la plateforme INU. Elle traitera les demandes d'admissions reçues et



s'occupera de diffuser les mailings, courriers et supports de communication pour faire connaître la nouvelle offre de soin.

La prise en charge de niveau 2 sera différente selon le niveau de sévérité de la prise en charge du patient :

- **Prise en charge pour un patient modéré (40 < MIF < 80) :**

Le tableau ci-dessous précise le nombre de séances programmées pour un patient modéré, les intervenants et le temps passé par chacun des intervenants

Intervenants	Nombre d'interventions sur 2 mois	Temps passé séance + déplacement
Médecin MPR	2 prises en charge par cycle de 8 semaines	75 min
Kinésithérapeute	3 prises en charge / semaine	75 min
Ergothérapeute	2 prises en charge / semaine	75 min
Orthophoniste	1 prise en charge / semaine	75 min
Psychologue	1 prise en charge / semaine	75 min
Coach APA / diététicien	2 prises en charge / semaine	75 min
Assistante sociale	1 prise en charge / 15 jours	75 min

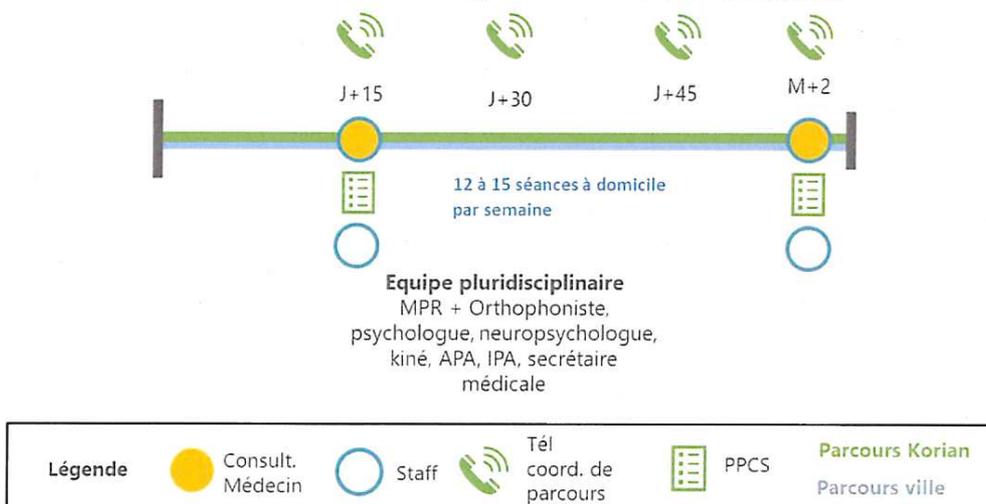
- **Prise en charge pour un patient sévère (MIF < 40) :**

Le tableau ci-dessous précise le nombre de séances programmées pour un patient sévère, les intervenants et le temps passé par chacun des intervenants

Intervenants	Nombre d'interventions sur 2 mois	Temps passé séance + déplacement
Médecin MPR	2 prises en charge par cycle de 8 semaines	75 min
Kinésithérapeute	4 prises en charge / semaine	75 min
Ergothérapeute	3 prises en charge / semaine	75 min
Neuropsychologue	1 prise en charge / semaine	75 min
Orthophoniste	2 prises en charge / semaine	75 min
Psychologue	1 prise en charge / semaine	75 min
Coach APA / diététicien	1 prise en charge / semaine	75 min
Assistante sociale	1 prise en charge / 15 jours	75 min

A l'issue de la prise en charge en niveau 2, une évaluation sera effectuée par le médecin MPR en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire pour faire un bilan de la prise en charge. Selon l'évolution du patient, il sera soit suivi en niveau 3 (90% d'entre eux) soit sorti du dispositif (10%).

Schéma niveau 2 prise en charge interventionnelle de réadaptation



NIVEAU 3 : TELE-READAPTATION ET SUIVI A DOMICILE

Le Niveau 3 consiste en un suivi et une télé-réadaptation à distance. Elle comprend l'intervention de plusieurs intervenants et doit permettre au patient de **maintenir les bénéfices de la rééducation du niveau 2 et de lui faire adopter durablement les bons comportements**, dans l'objectif d'une amélioration de sa qualité de vie et la réduction des risques de rechute (nouvel accident vasculaire) ou de complications (pulmonaires, cardiaques...). Le Niveau 3 peut également être proposé directement après l'évaluation de Niveau 1 pour les patients plus légers ou plus autonomes dans leur pathologie.

Le Niveau 3 repose essentiellement sur des ateliers d'éducation à la santé, des tutoriels d'activité physique adaptée, un suivi régulier du patient et une coordination avec la ville. Le suivi est assisté numériquement grâce à la plateforme INU.

Le Niveau 3 activé en fin de prise en charge de niveau 2 dont la durée moyenne est de 2 mois, aura donc une durée de 10 mois, il comprend :

- 1- L'intervention d'une **infirmière spécialisée en ETP** : référente du patient, elle l'appellera (ainsi que l'aidant) tous les mois pendant le premier trimestre puis une fois par trimestre. En amont, à J-7 avant l'appel, elle enverra un questionnaire en ligne de qualité de vie au patient et à l'aidant pour lui permettre de préparer ses appels et faire le point sur les besoins. L'IDE référente sera également en charge de l'organisation et de la co-animation des ateliers de télé-réadaptation (cf. infra).
- 2- La **coordinatrice RééducADOM** assurera le suivi global des patients et la traçabilité sur la plateforme INU. Elle réalisera des questionnaires de suivi et participera au bilan de l'équipe mobile, à la définition des axes d'amélioration et de la nouvelle offre de soins sur le territoire. Elle sera également chargée d'assurer la coordination et l'orientation amont et aval avec les professionnels de ville, les hospitaliers et les aidants. Elle renseignera et mettra à jour les indicateurs de suivi de l'activité et de suivi qualité. Enfin, elle diffusera les enquêtes satisfaction aux patients et aux aidants.

L'ensemble des réponses aux questionnaires et les comptes-rendus des appels seront conservés dans le dossier numérique du patient et accessibles à l'ensemble de l'équipe médicale (RééducADOM et équipe de ville : médecin



traitant et autres professionnels libéraux de la prise en charge). Chaque intervenant du parcours pourra visualiser sous forme de courbes ou de pastilles de couleur, l'évolution de certains paramètres du patient (autodéclarés par le patient ou saisis par la coordinatrice), choisis en amont par le COPIL. Ils seront alertés en cas de dégradation du patient via des notifications automatisées sur la plateforme et pourront agir en conséquence et en concertation.

- 3- **Le médecin MPR** assurera la transmission des bonnes pratiques et le partage de compétences avec les acteurs de ville pour les aider à prendre le relais. Il assure le suivi du patient avec des téléconsultations à 3 mois, 6 mois et en sortie du dispositif. Des téléconsultations supplémentaires pourront être organisées selon les besoins exprimés. Enfin le médecin MPR pourra réaliser des séances de télé-expertise à la demande des professionnels de ville, via la plateforme INU.
- 4- Des **tutoriels de maintien d'activité physique** seront proposés régulièrement et de manière personnalisée aux patients sur l'application INU Patient. Ci-dessous quelques exemples de tutoriels qui pourront être proposés aux patients :
 - Tutoriel marche
 - Tutoriel renforcement buste
 - Tutoriel renforcement membres inférieurs
 - Tutoriel renforcement membres supérieurs
 - Tutoriel sollicitation des muscles profonds du tronc
 - Tutoriel gym douce
 - Tutoriel respiration consciente et apaisement douleurs
 - Tutoriel méditation respiration
- 5- Des **ateliers de télé-réadaptation** réalisés par l'IDE référente, en collaboration avec d'autres professionnels de l'équipe seront proposés pour agir sur les déterminants en santé et diminuer les facteurs de risque. Cette approche préventive d'éducation à la santé sera personnalisée aux besoins du patient, suivant les objectifs du PPCS. A titre d'exemple, des ateliers sur la diététique, de sensibilisation à l'arrêt du tabac ou d'activité physique adapté seront proposés. D'une durée de 3/4h, ils seront planifiés par l'IDE référente suivant une fréquence de 1 atelier / mois durant le niveau 3. Un questionnaire dédié d'évaluation intermédiaire et finale sera réalisé.

A l'issue de cette phase de Niveau 3, un bilan complet sera réalisé par le médecin MPR et un questionnaire bilan global sera envoyé par l'infirmière référente au patient et/ou à l'aidant. L'analyse des réponses par le médecin MPR l'aidera à évaluer le bénéfice du dispositif en mesurant les progrès du patient notamment sur son autonomie et l'acquisition des bonnes pratiques (activité physique, diététique...). Une fois cette étape formalisée, le patient sortira de RéeducADOM.



2.1.6. Secteur d'intervention

L'ensemble de l'équipe RéeducADOM sera mobilisé pour intervenir au domicile des patients en cas d'absence sur le territoire de compétence équivalente.

Un recours de proximité :

Niveau 1 : 84 et villes limitrophes d'Avignon du 30 et 13 (bassin de +600 000 habitants),

Niveau 2 : Grand Avignon et villes limitrophes de l'agglomération situées dans les départements du 84, du 13 et du 30 soit +220 000 habitants,

Niveau 3 : 84 et villes limitrophes du 30 et 13.

2.1.7. Principes de prise en charge par RéeducADOM

- **Consentement et adhésion du patient**

Les prérequis à l'intégration du patient dans l'expérimentation sont :

- Le patient accepte de façon libre et éclairée l'intervention de l'équipe RéeducADOM,
- Le patient adhère au projet thérapeutique personnalisé.

- **Rôle du médecin traitant et des professionnels de ville dans le dispositif**

Le médecin traitant et les intervenants libéraux sont intégrés au dispositif : la concertation, le retour d'information et leur implication seront un gage de qualité du dispositif.

Le médecin traitant ou médecin adresseur participera à la décision initiale et validera le projet thérapeutique proposé par l'équipe MPR suite à la prise en charge du patient en Niveau 1. A chaque fin d'étape, le médecin traitant recevra le bilan et les propositions éventuelles de réorientation.

Les autres professionnels de santé de ville (kinésithérapeute, ergothérapeute...du patient) pourront participer à la prise en charge du patient dans le cadre du programme RéeducADOM. Pour cela, ils signeront une convention avec



la Clinique des Cyprès qui organisera l'intervention des différents professionnels (de ville ou de la Clinique) au domicile du patient.

L'ensemble de ces professionnels seront connectés à la plateforme INU et partageront un dossier commun du patient. Ils pourront échanger de manière sécurisée entre eux et avec le patient grâce à une messagerie sécurisée.

- **Pertinence et proportionnalité**

- Le projet thérapeutique est rédigé suivant les justes besoins du patient,
- Les moyens mis en œuvre sont adaptés à l'atteinte des objectifs = efficacité de la prise en charge,
- Le Niveau 2 est activé si aucune autre solution ne peut être trouvée c'est-à-dire en cas d'absence/d'inadéquation de la prise en charge en cours, pour atteindre les objectifs du projet thérapeutique. Les professionnels de ville sont donc sollicités en priorité pour mettre en place le projet thérapeutique. Si certains professionnels ne sont pas disponibles ou estiment ne pas avoir la compétence ou le matériel nécessaire, alors l'équipe mobile RééducADOM assurera la prise en charge nécessaire.
- Le Niveau 3 trouve tout son intérêt pour agir sur les déterminants de santé. L'objectif est de rendre le patient et/ou l'aidant autonome dans la gestion de la maladie. Le lien du patient avec son équipe pendant 10 mois doit lui permettre d'acquérir de meilleures habitudes de vie et aux professionnels de ville de se former pour assurer le suivi de leur patient au long cours.

- **Interventions limitées dans le temps, d'une durée cumulée maximale de 12 mois**

- Niveau 1 : 1 visite avec équipe socle (médecin MPR + ergo + assistance sociale) + 1 visite complémentaire si besoin avec d'autres professionnels de rééducation,
- Niveau 2 : nombre de séances fonction du projet personnalisé avec comme hypothèse d'une durée moyenne de prise en charge de 2 mois,
- Niveau 3 : e-suivi, appels téléphoniques, téléconsultation et télé-réadaptation après le niveau 2 ou directement après le niveau 1.

2.1.8. Hypothèses de parcours durant la séquence

Enchaînement des séquences de Niveaux 1, 2 et 3 = le patient réalise les 3 niveaux de prestations du dispositif. 70% des patients ayant bénéficié d'une expertise à domicile de Niveau 1 se verront proposer le programme de rééducation de Niveau 2 + 90% d'entre eux accéderont au Niveau 3.

Enchaînement des séquences de Niveaux 1 et 3 = Dans ce cas, le patient bénéficie d'une visite d'expertise par RééducADOM ; puis un bilan et un projet thérapeutique personnalisé avec des préconisations sont remis au patient et à son médecin traitant. La mise en œuvre est intégralement assurée par les professionnels de ville et l'équipe RééducADOM assure l'accompagnement et le suivi de ces patients à distance avec la plateforme numérique INU. 20% des patients sont concernés par cet enchaînement de séquences 1 + 3.

Sortie du dispositif :

- 10% des patients pris en charge en Niveau 1 sortent du dispositif sans être orientés vers un niveau 2 ou 3 ; dans cette situation une solution alternative leur est proposée,
- 10% des patients sortent du dispositif après une prise en charge en Niveau 2, sans proposition de prise en charge Niveau 3.

2.2. OUTILS NUMERIQUES

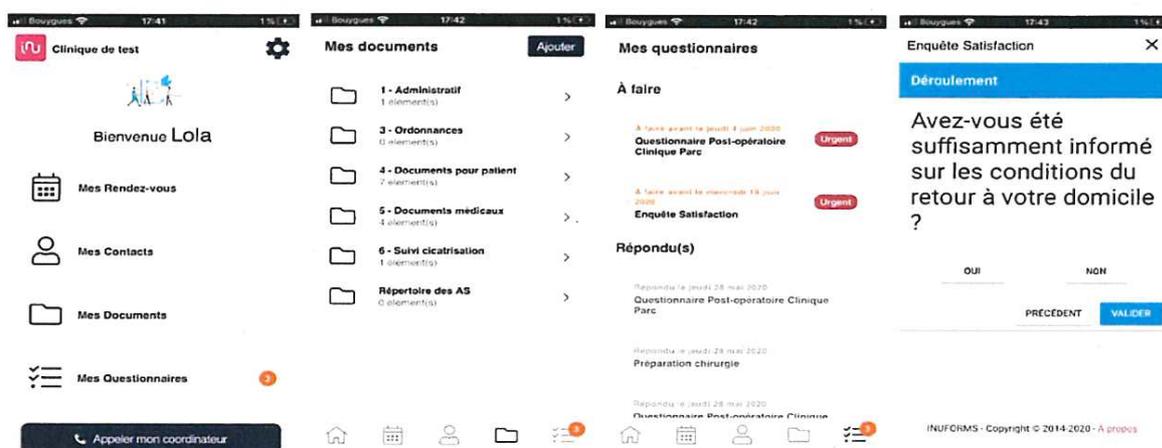
Dans le cadre de ce projet, la réussite de l'expérimentation repose sur la mise en place d'outils numériques qui permettront d'organiser la prise en charge coordonnée, de suivre les patients et de faire collaborer les acteurs entre eux.

Pour cela, la plateforme web collaborative INU, commercialisée par la société Move In Med, propose l'ensemble des fonctionnalités citées ci-dessus. Cette situation garantit la faisabilité rapide du projet.

2.2.1. Outil de télé-suivi du parcours patient

La plateforme INU, pour répondre aux objectifs de ce projet, contient :

- **Une interface collaborative pour les professionnels de santé** (de RééducADOM et de la ville). La plateforme INU leur permettra d'accéder à un dossier patient commun, de partager des documents, des messages, de suivre le patient dans son parcours (accès au PPCS, 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 et l'aidant** (disponible sur ordinateur, tablette ou application smartphone) sur laquelle le patient et/ou l'aidant 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 l'équipe de soin et notamment la coordinatrice de RééducADOM et répondre à des questionnaires réguliers permettant aux professionnels de suivre l'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 la coordinatrice RééducADOM** pour organiser la prise en charge et le suivi de chaque patient en fonction du PPCS, visualiser l'ensemble des tâches à réaliser pour chacun d'eux (tâches auto générées en fonction des parcours), suivre l'évolution des patients via un tableau de bord et des

alertes générées par les questionnaires patients et aidants, communiquer avec l'ensemble de l'équipe médicale de manière sécurisée. La coordinatrice sera également chargée de déposer les ressources nécessaires aux patients (documents médicaux, documents d'information, vidéos...). Elle pourra programmer des rendez-vous, des ateliers, des événements pour les patients et les aidants. 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 de la coordinatrice : suivi des indicateurs du patient

Cette plateforme INU permettra ainsi :

- La création d'un dossier patient partagé, incluant le PPCS
- La rédaction de la proposition de PPCS par le médecin MPR RééducADOM. Ce PPCS sera partagé avec le médecin traitant.
- Le partage en temps réel des éléments de suivi du patient entre le médecin MPR 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 ces derniers

2.2.2. Outil de télé-consultation et télé-expertise

Dans un objectif d'harmonisation des outils numériques à destination des professionnels, toutes les téléconsultations et télé-expertise sont réalisées via l'outil Télémédica, intégré dans INU sans authentification supplémentaire requise pour l'utilisateur final. Les échanges de flux vidéo et audios sont gérés par INU.

Pour les patients, les téléconsultations et téléconférences sont accessibles depuis l'application mobile et le site web INU. Des rappels sont envoyés par courriel et par sms au patient. Il peut directement ouvrir sa téléconsultation en cliquant sur le lien/bouton dans ses rappels.

Un outil unique est ainsi fourni au patient dans le cadre de cette expérimentation.

2.2.3. Outil de télé-réadaptation

INU permettra également de réaliser la télé-réadaptation à distance pour les patients en Niveau 3 de prise en charge. Les patients se connecteront via un lien permettant d'accéder aux ateliers en ligne avec un professionnel. 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.

2.2.4. Outil d'évaluation

INU comporte un module statistique permettant de suivre l'ensemble des indicateurs :

- Indicateurs de performance (paramètres patients)
- Indicateurs d'activité (suivi de la file active et des actions menées auprès de l'ensemble des patients) ; suivi de réalisation du projet

L'annexe 3 décrit l'ensemble des fonctionnalités de la plateforme INU ainsi que les éléments techniques et sécuritaires.

Principales fonctionnalités

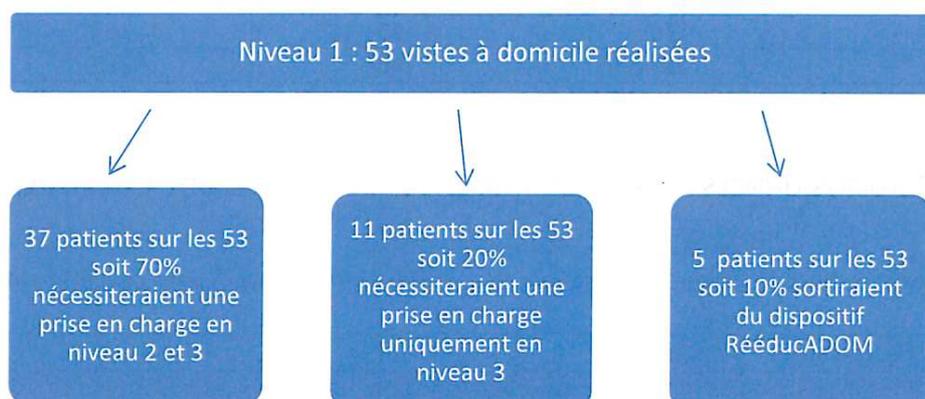


La liste des principales fonctionnalités de la plateforme INU pour le suivi des patients à distance

2.3. OBJECTIFS CHIFFRES DE L'EXPERIMENTATION

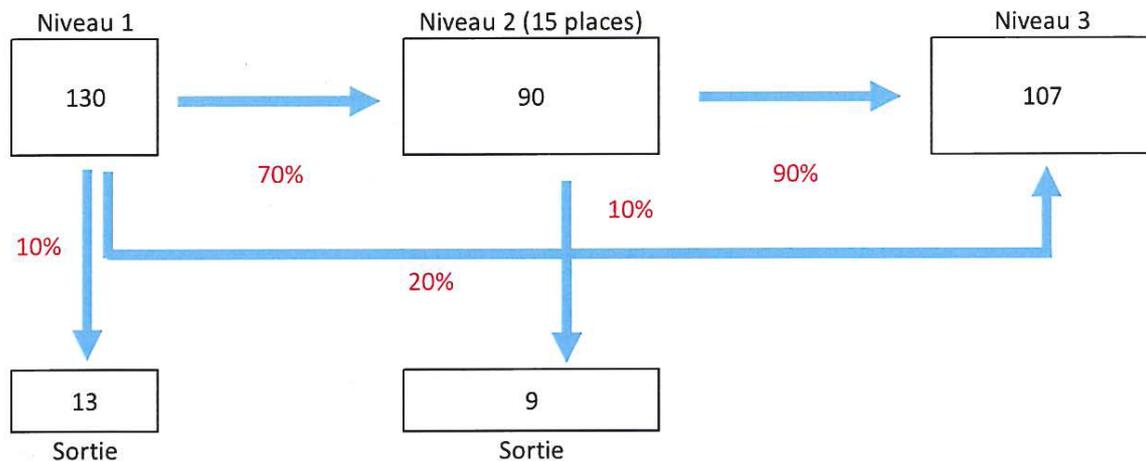
Pour estimer le nombre de patients à inclure dans le dispositif et définir la répartition des patients selon les différentes modalités proposées, l'équipe porteuse du projet s'est basée sur le bilan issu de la première année de mise en œuvre du Niveau 1.

Sur les 53 patients pris en charge en Niveau 1, atteints de pathologie neurologique ou en post-AVC, le bilan a révélé un besoin d'orientation de ces patients selon la répartition suivante, si l'offre de Niveau 2 et 3 avait été proposée :



Sur cette base, et pour une année N, l'objectif de RééducADOM est d'inclure 130 patients dans l'expérimentation au Niveau 1, 90 en niveau 2 et 107 pour le niveau 3.

Le schéma ci-dessous présente les flux de patients entre les différents niveaux de prise en charge proposés par RééducADOM, pour une année N :



La première année de fonctionnement, une montée en charge progressive est prévue. En moyenne sur l'année, RéeducADOM accueillera 48 patients en niveau 2 et 57 en niveau 3.

Après la première année de fonctionnement, La Clinique pourra alors prendre en charge jusqu'à 90 patients en Niveau 2 sur l'année, correspondant à 15 patients admis simultanément durant une période de 2 mois.

Pour assurer la continuité des soins, les patients inclus la dernière année bénéficieront tous d'une séquence de 12 mois avec un suivi (niveau 3) d'une durée moyenne de 10 mois qui sera poursuivi pour certains au-delà de la dernière année d'expérimentation.

En prenant en compte le nombre de patients sortis au niveau 2, l'expérimentation sur 5 ans doit inclure au total 526 patients « uniques ».

Le tableau ci-dessous présente la file active de patients par année et par niveau sur les 5 ans de l'expérimentation.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
N1	70	48	57
N2	130	90	107
N3	130	90	107
N4	130	90	107
N5	130	90	107

2.4 PROFESSIONNELS 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
Médecin MPR	Communication vers les adresseurs et le médecin traitant Examens cliniques Rédaction du PPCS Proposition des modalités de suivi des patients Décision conjointe des PPCS avec le médecin adresseur (télé-expertise)

	<p>Animation d'ateliers d'ETP Traitement des alertes issues des questionnaires Téléconsultation et téléadaptation Transmission bonnes pratiques Animation des réunions de concertations multidisciplinaires</p>
<u>Coordinatrice</u>	<p>Communication vers les adresseurs et le médecin traitant Coordination/organisation du parcours Coordination de l'intervention de l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins Rédaction du PPCS et transmission Promotion du nouveau service aux potentiels adresseurs Lien avec l'équipe médicale RééducADOM et la ville Suivi global du patient et traçabilité sur INU Réalisation questionnaires de suivi (qualité de vie) Participation au bilan de l'équipe mobile, à la définition des axes d'amélioration et de la nouvelle offre de soins sur le territoire Suivi des indicateurs d'activité et qualité Diffusion des enquêtes de satisfaction patients et professionnels de santé</p>
<u>IDE ETP</u>	<p>Lien établissement et équipe médicale de ville Gestion de l'agenda du médecin pour les téléconsultations Création des supports ETP en lien avec les profils pathologiques et mise à disposition sur INU Création d'un réseau de partenaires territoriaux Réalisation d'entretiens dans le cadre de la démarche éducative Evaluation avec le patient des sources de difficultés rencontrées dans l'observance des traitements et propositions d'actions aidantes Participation à l'organisation et à l'animation des séances collectives d'éducation Transcription dans INU des informations pour assurer la continuité de la prise en charge et la traçabilité des actions de soins entreprises Accompagnement des patients en suivi post-prise en charge Suivi des patients selon le process défini Information des acteurs concernés via INU Formation du patient et de l'aidant à l'utilisation d'INU Coordination de la suite avec les structures externes ou les intervenants de ville Rédaction et transmission de la lettre de liaison à destination du médecin traitant décrivant la prise en charge réalisée spécifique au patient</p>
<u>Secrétaire</u>	<p>Accueil physique et téléphonique Gestion du courrier Gestion enquêtes de satisfaction Suivi des demandes d'admission patient Confirmation des rendez-vous avec les patients, les aidants et/ou les partenaires Création et mise à jour du dossier patient informatisé sur INU Diffusion de mailings et supports de communication sur la nouvelle offre de soins Envoi aux adresseurs du formulaire d'admission</p>
<u>Kinésithérapeute</u>	Equipe RééducADOM ou ville

Psychologue	Réalisation des soins de rééducation et réadaptation au domicile Evaluation du patient au domicile Animation des ateliers
Assistante sociale	
Ergothérapeute	
Orthophoniste	
Neuropsychologue	
APA	
Diététicien	
Adresseurs (Médecin généraliste, établissements santé, HAD, ...)	Adressage des patients vers le dispositif Validation du PPCS en concertation avec le médecin MPR Validation des modalités de suivi du patient Télé-expertise pour les décisions d'orientation Consultations habituelles de suivi Réception des données questionnaires
Association d'aidants	Communication aux aidants de l'existence d'un programme d'expérimentation Accompagnement de l'aidant Lien avec RééducADOM

Fiche de poste détaillée de la coordinatrice en annexe 4

2.4. DUREE DE L'EXPERIMENTATION

La durée de ce projet est estimée à 5 ans avec une première année de montée en charge. En effet, **l'inclusion des patients est possible rapidement puisque le niveau 1 d'intervention de RééducADOM fonctionne depuis juillet 2019** mais 2 mois seront nécessaires au préalable pour préparer la mise en œuvre opérationnelle.

Sur la première année de démarrage, l'objectif est de prendre en charge 48 patients en niveau 2 et 57 en niveau 3 (cf. 3.3).

Cette 1^{ère} année d'expérimentation permettra donc :

- La mobilisation des parties-prenantes
- L'organisation du roulement des équipes, la location des voitures
- La mise en place des process de suivi et d'évaluation
- La création des outils de communication
- Le déploiement de la communication auprès des partenaires concernés,
- La formation des professionnels de santé.
- La montée progressive de l'activité

2.5. GOUVERNANCE ET SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE

2.5.1. Le COMITE DE PILOTAGE (COPIL)

Un Comité de Pilotage (COPIL) a été créé au 1^{er} trimestre 2019 dans le cadre du déploiement du Niveau 1 de l'équipe mobile RééducADOM. Ses missions seront élargies pour assurer le pilotage de l'ensemble du projet. Il est composé de la directrice de l'établissement, du chef de projet Korian, du médecin MPR, du directeur adjoint et de la coordinatrice de l'équipe.

Rôles de cet organe de pilotage :

Missions du COFIL

- Définition des moyens
- Définition / suivi des grandes étapes et échéances associées
- Fonction de décision si certains points nécessitent d'être revus
- Validation des étapes clés pour passer aux suivantes
- Validation des nouveaux professionnels de ville à conventionner
- Suivi de l'inclusion des patients et de la répartition par pathologie
- Vérification de la pertinence du projet médical dans son ensemble
- Évaluation du projet médical dans son ensemble

Le COFIL se réunira tous les mois pendant les 5 premiers mois, puis tous les trimestres.

Le prestataire assurera la préparation et l'animation des COFIL. Il accompagnera le COFIL à la mise en œuvre et l'application de l'ensemble des décisions qui auront été prises lors des réunions.

2.5.2. LE COTECH

Le Comité technique se compose de la coordinatrice de l'équipe, du médecin MPR, des professionnels de santé intervenant dans RéeducADOM et d'un ou plusieurs représentants professionnels de ville.

Missions du COTECH

- Faire le point sur l'avancement du projet
- Assurer le suivi des process
- Partager les bonnes/mauvaises pratiques dans l'objectif d'une uniformisation
- Faire remonter au COFIL les observations, les dysfonctionnements terrains

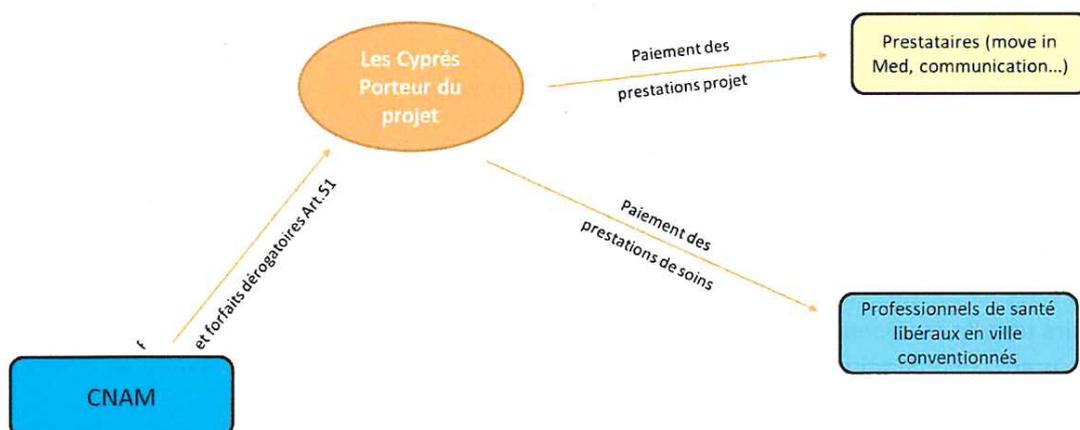
Le COTECH se réunira tous les mois. Il sera accompagné par un prestataire qui sera en charge de la remontée d'information au COFIL et de la mise en œuvre des décisions validées.

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

CALENDRIER

	PHASE 1 : PREPARATION			PHASE 2 : EXPERIMENTATION			
	m1	m2	t1	t2	t3	t4	
Planning réunions	Préparation entrée niveau 2		2021 et suivantes				
COFIL	👥	👥	👥	👥	👥	👥	👥
COTECH		👥	👥	👥	3x 👥	3x 👥	3x 👥
FormationAP	formation initiale		👤	👤	👤	👤	👤
	INCLUSION PATIENTS NIVEAUX 3						

2.5.3. Montage administratif et financier du projet



Un montage basé sur des conventionnements réciproques forts :

Les Cyprès : unique receveur des financements CNAM (Art.51 et ingénierie) :

Le porteur de projet sera l'unique bénéficiaire des financements de la CNAM servant à couvrir les coûts d'ingénierie du projet et sera également le seul destinataire des forfaits dérogatoires Art.51. Cette redistribution sera réalisée conformément à la convention signée entre les Cyprès et chaque professionnel de ville intervenant dans le parcours de réadaptation.

Par ailleurs, le porteur de projet se servira des financements « ingénierie de projet » pour rétribuer ses prestataires externes.

2.5.4. Une solution différenciante par rapport aux HAD et EMR

L'action de RéeducADOM est différente par rapport à ce qui est éventuellement proposé par l'HAD car il s'agit d'une approche spécialisée en réadaptation neurologique tout en un qui comprend à domicile, l'évaluation, l'intervention en soins de réadaptation et le suivi du patient. Dans cette prise en charge, la pluridisciplinarité coordonnée proposée par le projet est importante. La transversalité avec la ville serait assurée suivant une approche subsidiaire, et une communication assurée via la plateforme de coordination. Un travail en amont serait directement effectué avec les services neuro des MCO/hôpitaux, partenaires essentiels du projet. De nouvelles organisations et nouvelles pratiques pour les professionnels et les établissements qui renforceront la collaboration interprofessionnelle

L'un des objectifs du projet RéeducADOM est également de transférer les compétences et les bonnes pratiques en termes de réadaptation spécialisée en neurologie aux professionnels exerçant en ville en :

- Rendant disponible le médecin MPR de l'équipe pour les professionnels de santé qui prendront le relai sur la phase de réadaptation et de suivi pour répondre à leurs questions et transférer les compétences,
- Mettant en place des sessions de télé-expertise entre professionnels réalisées via la plateforme web collaborative qui sera déployée dans le cadre de ce projet.

Les modalités de prise en charge seront définies en collaboration avec le médecin traitant, le médecin MPR et le patient. Cette prise en charge alternera l'intervention de différents professionnels de santé du SSR ou de ville, au



domicile du patient. L'organisation du programme à domicile sera assurée par un coordinateur qui permettra d'optimiser les interventions et de faire le lien entre l'ensemble des professionnels intervenant autour du patient. L'équipe du SSR se rendra disponible pour conseiller, orienter, former les professionnels de ville souhaitant assurer la prise en charge de leur patient dans le cadre de sa pathologie lourde. Le médecin traitant ainsi que l'adreur seront régulièrement informés de l'évolution de leur patient dans sa prise en charge et son suivi, notamment grâce à la plateforme numérique collaborative sur laquelle il pourra retrouver l'ensemble des éléments du parcours du patient.

Le projet propose ainsi sur une nouvelle organisation du programme de réhabilitation du patient à son domicile, reposant sur la collaboration étroite des professionnels de ville et de l'établissement, sur une période d'un an. Le médecin traitant reste central dans le suivi du patient et l'ensemble de l'équipe médicale est mis en relation grâce à la plateforme numérique collaborative INU.

2.5.5. Une solution différenciante par rapport à PRADO post AVC

Le Prado AVC est destiné à des patients ayant été hospitalisés pour un AVC sans déficience ou avec un handicap léger à modéré. Il s'agit de patients atteints de déficiences compatibles avec un retour à domicile (c'est-à-dire hors orientation en SSR (notamment SSR spécialisés en neurologie), HAD ou EHPAD). Pour ces patients, l'accès aux soins de ville dispensés par des professionnels de la rééducation (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, etc.) est complexe (manque de disponibilité) ou coûteuse (absence de remboursement), l'absence de pluridisciplinarité et de coordination obère les possibilités de récupération du patient. Aussi, Prado organise les rendez-vous avec le médecin traitant, les médecins spécialistes, les infirmières libérales mais aussi en fonction des besoins et des déficiences des rendez-vous avec le masseur-kinésithérapeute et l'orthophoniste. Prado propose également l'organisation d'une aide à la vie avec le portage de repas et/ou l'intervention d'une aide-ménagère, selon les besoins identifiés et une évaluation sociale si un besoin d'aide à la vie est identifié.

De plus, RéeducADOM propose pour les post AVC de sévérité 2 et 3, une évaluation complète en s'appuyant sur l'expertise en MPR, établit un PPCS, prodigue une prise en charge spécialisée pluridisciplinaire suivant les besoins de rééducation du patient (complexe ou intense) durant 2 mois, et assure le suivi, en prenant soin d'un relai opérationnel par les professionnels de ville. Durant ce suivi, une consultation de suivi en distanciel est organisée avec le médecin MPR à 3 mois, 6 mois et en fin de parcours. Un assistant en coordination de soin contacte le patient tous les mois et lui propose des tutoriels d'activité physique adaptée, de prévention et d'éducation en santé afin de maintenir sa motivation et l'observance des déterminants à la santé. Des séances de téléadaptation seront proposées sur prescription du médecin MPR. Enfin, l'accompagnement social est assuré tout au long du parcours et les interventions en soins infirmiers sont organisées, conformément au PPCS établi en début de parcours. Le médecin traitant est régulièrement informé et peut se connecter à la plateforme de e-coordination pour accéder aux CR et autres éléments relatifs à la PEC.

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

3.1. LE PORTEUR DE PROJET

Le projet est porté par le SSR Korian les Cyprès situé à Montfavet dans le Vaucluse. Cet établissement de soins de suite et réadaptation dispose de lits polyvalents et spécialisés dans les affections de l'appareil locomoteur ou du système nerveux.

3.2. LES PARTENAIRES DU PROJET

Structure	Statut	Partenariat
HADAR	HAD	Adressage patients
PTA	Association ressources santé Vaucluse	Alerte sur les situations complexes rencontrées, demande d'intervention
MDPH	Collectivité territoriale	Alerte sur les situations complexes rencontrées, demande d'intervention
SAMSAH SAVS	Etablissement public	Alerte sur les situations complexes rencontrées, demande d'intervention
CH Avignon	Fonction publique hospitalière	Alerte sur les situations complexes rencontrées, demande d'intervention
URPS section 84 masseurs kinésithérapeutes	Structure privée syndicale	Alerte sur les situations complexes, communication et régulation avec les kinés libéraux
France Assos Santé et CDU de l'établissement	Association des usagers	Propositions en lien avec les constats des associations et les besoins des usagers, communication
CHU Nîmes	Centre Hospitalier Universitaire	Alerte sur les situations complexes rencontrées, demande d'intervention
ADAR Provence	Service d'aide et d'accompagnement à domicile	Alerte sur les situations complexes rencontrées, demande d'intervention
Croix Rouge Avignon	SSIAD	Alerte sur les situations complexes rencontrées, demande d'intervention
CPTS Avignon	Maison de santé pluridisciplinaire	Alerte sur les situations complexes et interventions

Le partenariat avec les professionnels de ville et les établissements sera formalisé de façon individuelle par des conventions entre la clinique des Cyprès et les intervenants.

Liste détaillée des partenaires en annexe 5

3.3. MOBILISATION DES PARTENAIRES

Une première réunion de lancement du projet RééducADOM a été organisée pour présenter le dispositif Niveau 1, à destination des professionnels de santé de ville, des URPS et des partenaires du territoire. D'autres acteurs ont également été rencontrés individuellement et notamment des HAD, des hôpitaux et cliniques, des structures d'hébergement, des SSIAD, des maisons médicales, des organismes d'aide à domicile et des services sociaux.



Au démarrage de l'expérimentation Niveaux 2 et 3, il est prévu de remobiliser les parties prenantes pour les informer de l'existence du dispositif complet. L'équipe médicale du SSR sera également mobilisée pour contacter individuellement les correspondants de ville, les correspondants hospitaliers, les associations et autres partenaires, afin de faire connaître ce nouveau dispositif. Du temps dédié à cette communication sera engagé par l'équipe des Cyprès. Des brochures à destination des professionnels et des patients seront également éditées (flyer en annexe 6). Une page internet dédiée sera également créée sur le site de la clinique des Cyprès pour informer sur le dispositif proposé.

3.4. ASSOCIATIONS D'AIDANTS

Les aidants sont des personnes qui viennent en aide de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne d'une personne en perte d'autonomie, du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap.

Nous souhaitons intégrer à notre projet, les actions de la stratégie de mobilisation et de soutien en faveur des aidants (mise en place le 23.10.2020 par le 1^{er} Ministre). A savoir, 6 priorités :

Priorité 1 : rompre l'isolement des proches aidants et les soutenir au quotidien.

Priorité 2 : ouvrir de nouveaux droits sociaux aux proches aidants et faciliter leurs démarches administratives.

Priorité 3 : permettre aux aidants de concilier vie personnelle et vie professionnelle.

Priorité 4 : accroître et diversifier les solutions de répit.

Priorité 5 : agir pour la santé des proches aidants, 31 % des aidants délaissant leur propre santé.

Priorité 6 : épauler les jeunes aidants.

En tant que professionnel de l'aide, du soin ou de l'accompagnement, l'assistante sociale et la psychologue de l'équipe auront une vigilance particulière pour l'aidant du patient.

Nous intégrerons l'aidant dans nos accompagnements.

Concrètement voici quelques-unes de nos propositions pour les aidants :

- Écoute, bienveillance accompagnement, soutien psychologique, conseil
- Orientation vers des associations qui proposent par exemple : des ateliers de prévention de l'épuisement, des activités de relaxation, des groupes de paroles, etc.
- Ajuster les aides à domicile
- Proposer des séjours de répit
- Coordonner les différents intervenants

3.5. MAISON SPORT SANTE

La clinique des Cyprès prendra attache auprès de la future maison sport Santé du bassin Avignonnais.

En complément, ce dispositif permettrait aux patients suivis de niveau 3 d'accéder à un programme de sport-santé adapté à leurs besoins.

4. MODELE DE FINANCEMENT

Catégories d'expérimentations en annexe 7

Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation en annexe 8

Financement de la prise en charge Niveau 1 :

La prise en charge **niveau 1** (bilans MPR multidimensionnels) des premiers patients est effective depuis juillet 2019. La mise en œuvre (amorçage) et les 18 premiers mois de fonctionnement ont été financés par l'ARS PACA au moyen d'une **dotations MIG reconductible** d'un montant de 170 k€.

Pour la suite, à partir du 1^{er} janvier 2021, l'ARS PACA s'est engagée à pérenniser le financement de l'équipe mobile de SSR au moyen d'enveloppe MIG dédiée reconductible.

Financement de la prise en charge Niveau 2 :

Ce niveau comprenant les séances de rééducation à domicile des patients effectuées par les professionnels de RééducADOM ou les professionnels paramédicaux de ville et assistés par une coordinatrice de parcours n'entrent actuellement pas dans le champ de financement du droit commun.

C'est pourquoi, l'objet de cette demande d'article 51 est de déterminer un montant forfaitaire partagé à la séquence de soins de réadaptation qui sera :

- ✓ Ajusté à une prise en charge ciblée : 70% post AVC catégorie 2 et 3, 30% autres pathologies neurologiques acquises et dégénératives, complexes,
- ✓ Borné dans le temps : séquence de soins de 2 mois en moyenne,
- ✓ Sur un périmètre donné : paniers de soins suivant la typologie « modéré » ou « sévère » réalisés au domicile par RééducADOM et les professionnels paramédicaux de ville, à l'exclusion du matériel, des médicaments, des examens complémentaires, des consultations médicales en présentiel et des transports éventuels.

Ce forfait du niveau 2 sera partagé avec les acteurs de ville qui participeront à la prise en charge en soins de réadaptation. Le montant versé aux professionnels par RééducADOM sera égal à la valorisation des actes de la NGAP, secteur 1 ou du tarif habituellement applicable, si hors nomenclature (exemple : neuropsychologue, ergothérapeute).

Une convention sera signée systématiquement entre la Clinique des Cyprès et chaque professionnel de ville intervenant dans la prise en charge. Cette convention détaillera les modalités opérationnelles de la prise en charge ainsi que les montants et le mode de paiement de la prestation.

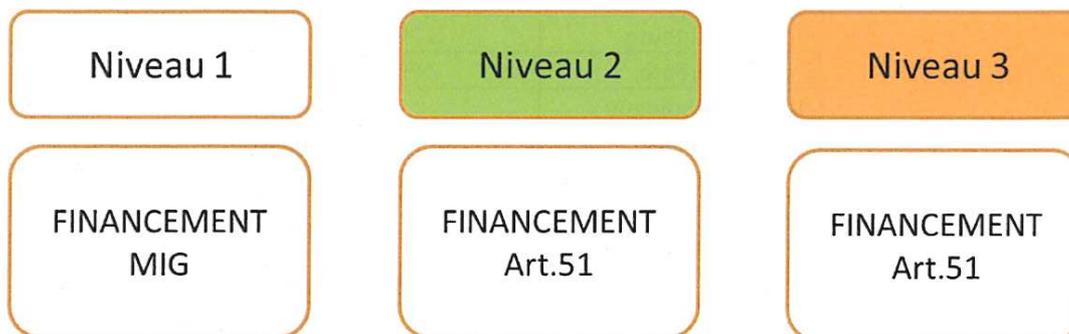
Financement de la prise en charge Niveau 3 :

Ce niveau comprend la coordination des acteurs de ville, le suivi téléphonique et numérique, les tutoriels d'activité physique adaptée, les ateliers de télé-réadaptation d'éducation à la santé, la téléconsultation de suivi et la télé-expertise. A l'exception de la téléconsultation et la télé-expertise, ces prestations ne sont pas captées par un financement du droit commun.

Comme pour le niveau 2, l'objet de cette demande d'article 51 est de déterminer un montant forfaitaire partagé à la séquence de soins de réadaptation qui sera :

- ✓ Ajusté à une prise en charge ciblée : la patientèle provenant du niveau 2 (90% auront accès au niveau 3) et en provenance directe du niveau 1 (20% auront un accès direct au niveau 3),
- ✓ Borné dans le temps : séquence de 12 mois maximum,
- ✓ Sur un périmètre donné : panier de soins constitué d'un suivi par l'IDE référente avec questionnaire qualité de vie patient/aidant, 3 téléconsultations MPR de suivi, 12 ateliers maximum de télé-réadaptation, la

coordination avec les professionnels de ville, les tutoriels d'activité physique adaptée, la télé-expertise et la mise à disposition d'une plateforme numérique de coordination.



4.1. MODALITES DE FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE PROPOSEE

4.1.1. Méthode de calcul utilisée

Niveau 2 :

Comme expliqué dans la première partie du cahier des charges, 2 typologies de niveau 2 sont proposées par RééduCADOM.

Le niveau 2 « modéré » pour les patients avec un score MIF compris entre 40 et 80 et le niveau 2 « sévère » pour les patients avec score MIF inférieur à 40.

Pour ce dernier, l'intensité de la rééducation sera plus importante avec une fréquence accrue du nombre d'interventions des professionnels à domicile.

Le retour d'expérience issu des évaluations pluridisciplinaires de niveau 1 réalisées depuis mi-2019 a permis d'établir la projection suivante :

- 50% des patients de niveau 2 seront orientés vers une prise en charge « modérée » : Groupe des patients Modérés

Niveau 2 : GROUPE MODERE	Fréquence d'intervention par patient
Médecin MPR	2 PEC par cycle de 8 semaines
Kinésithérapeute	3 PEC / semaine
Ergothérapeute	2 PEC / semaine
Neuropsychologue	-
Orthophoniste	1 PEC / semaine
Psychologue	1 PEC / 15 jours
Coach activité physique adaptée / diététicien	2 PEC / semaine
Assistante sociale	1 PEC / mois

- 50% des patients de niveau 2 seront orientés vers une prise en charge plus intensive correspondant au Groupe de Patients « sévères » »

Niveau 2 : GROUPE SEVERE	Fréquence d'intervention par patient
Médecin MPR	2 PEC par cycle de 8 semaines
Kinésithérapeute	4 PEC / semaine
Ergothérapeute	3 PEC / semaine
Neuropsychologue	1 PEC / semaine
Orthophoniste	2 PEC / semaine
Psychologue	1 PEC / semaine
Coach activité physique adaptée / diététicien	1 PEC / semaine
Assistante sociale	1 PEC / 15 jours

Dans les 2 cas, sur les 8 semaines, du temps de secrétariat sera mobilisé à hauteur de 4 heures par patient, ainsi que du temps de coordination à hauteur de 2h par patient.

Niveau 3 :

Pour les patients orientés en Niveau 3 : le forfait doit prévoir l'intervention du médecin MPR en télé consultation de la façon suivante :

Niveau 3	Fréquence d'intervention par patient
Médecin MPR	3 PEC / 10 mois

Sur les 10 mois de suivi, en plus du médecin MPR, du temps d'IDE formée ETP sera mobilisé à hauteur de 14h par patient, du temps de coordinatrice à hauteur de 7h par patient et du temps de secrétariat à hauteur de 4h par patient.

A partir de ces projections et du coût horaire de chaque intervenant, un coût de ressources humaines par patient a pu être déterminé pour chaque typologie de patient.

▪ Calcul du coût de ressources humaines

Le temps passé par chaque intervenant de RéeducADOM sur les niveaux 2 et 3 a été valorisé au coût horaire moyen constaté dans les établissements Korian pour chaque catégorie de personnel.

Les coûts horaires moyens retenus sont globalement inférieurs aux coûts horaires de référence donnés par la CPAM.

Pour un patient du **niveau 2, groupe « modéré »**, 72 déplacements au domicile sont prévus par les équipes pluridisciplinaires au long des 2 mois de prise en charge. En ajoutant le temps de coordination et de secrétariat, cela représente 114h de ressources humaines par patient, pour un coût de **3 397€**.

NIVEAU 2

Groupe modéré (séquence de 2 mois de prise en charge en moyenne)

Professionnel intervenant	Fréquence d'intervention par patient	Coût horaire brut chargé	Temps moyen séance + déplacement - (en mn)	Durée annexe admin, coordination MT... (en mn) : 20%	Nombre moyen de séances par séquence	Temps par patient (en h)	Coût/patient
Médecin MPR	2 PEC par cycle de 8 semaines	107,14 €	75	15	2	3	321 €
Kinésithérapeute	3 PEC / semaine	30,47 €	75	15	24	36	1 097 €
Ergothérapeute	2 PEC / semaine	25,52 €	75	15	16	24	613 €
Neuropsychologue						0	
Orthophoniste	1 PEC / semaine	33,77 €	75	15	8	12	405 €
Psychologue	1 PEC / 15 jours	32,12 €	75	15	4	6	193 €
Coach activité physique adaptée / diététicien	2 PEC / semaine	23,33 €	75	15	16	24	560 €
Assistante sociale	1 PEC / mois	24,43 €	75	15	2	3	73 €
Coordinatrice		24,43 €		121		2	49 €
Secrétariat		21,13 €		243		4	85 €
TOTAL				469	72	114	3 397 €

Pour un patient du **niveau 2, groupe « sévère »**, 102 déplacements au domicile sont prévus par les équipes pluridisciplinaires au long des 2 mois de prise en charge. En ajoutant le temps de la coordinatrice et du secrétariat, cela représente 159h de ressources humaines par patient, pour un coût de **4 845€**.

NIVEAU 2

Groupe sévère (séquence de 2 mois de prise en charge en moyenne)

Professionnel intervenant	Fréquence d'intervention par patient	Coût horaire brut chargé	Durée moyenne séance + déplacement (en mn)	Temps annexes - admin, lien MT, coordination...(en mn)	Nombre moyen de séances par séquence	Temps par patient (en h)	Coût/patient
Médecin MPR	2 PEC par cycle de 8 semaines	107,14 €	75	15	2	3	321 €
Kinésithérapeute	4 PEC / semaine	30,47 €	75	15	32	48	1 463 €
Ergothérapeute	3 PEC / semaine	25,52 €	75	15	24	36	919 €
Neuropsychologue	1 PEC / semaine	32,12 €	75	15	8	12	385 €
Orthophoniste	2 PEC / semaine	33,77 €	75	15	16	24	810 €
Psychologue	1 PEC / semaine	32,12 €	75	15	8	12	385 €
Coach activité physique adaptée / diététicien	1 PEC / semaine	23,33 €	75	15	8	12	280 €
Assistante sociale	1 PEC / 15 jours	24,43 €	75	15	4	6	147 €
Coordinatrice	PEC continue	24,43 €		121		2	49 €
Secretariat	PEC continue	21,13 €		243		4	85 €
TOTAL					102	159	4 845 €

Pour un patient du niveau 3, le médecin MPR interviendra 3 fois en moyenne. En ajoutant le temps de la coordinatrice, d'IDE formée ETP et de secrétariat, cela représente 28h de ressources humaines par patient, pour un coût de 1 172€.

NIVEAU 3

Séquence de 10 mois de prise en charge en moyenne

Professionnel intervenant	Fréquence d'intervention par patient	Coût horaire brut chargé	Durée moyenne séance	Temps annexes (admin, lien MT, coordination...)	Nombre moyen de séances par séquence	Temps par patient (en h)	Coût/patient
Médecin MPR	3 PEC sur les 10 mois	107,14 €	60	12	3	4	385,71 €
IDE formée ETP	PEC continue	39,26 €		816		14	534,24 €
Coordinatrice	PEC continue	24,43 €		408		7	166,19 €
Secretariat	PEC continue	21,13 €		243		4	85,46 €
TOTAL					3	28	1 172 €

Ces besoins en ressources humaines (clinique des Cyprès / ville) sont retranscrits en *annexe 9* sous forme de besoins en ETP (équivalents temps pleins).

4.1.2. Calcul du forfait dérogatoire

Le calcul du forfait dérogatoire intègre les coûts de ressources humaines calculés ci-dessus mais également :

- **Les coûts liés aux déplacements de l'équipe mobile** pour le niveau 2 (véhicules, carburant, assurance). Pour une prise en charge de 90 patients par an, le coût estimé est de 29 810€.

Hypothèses :

*Prix location Peugeot 208 : 166€ TTC/mois + 450 € assurance annuelle = 2 442 € / an par véhicule
5 véhicules nécessaires*

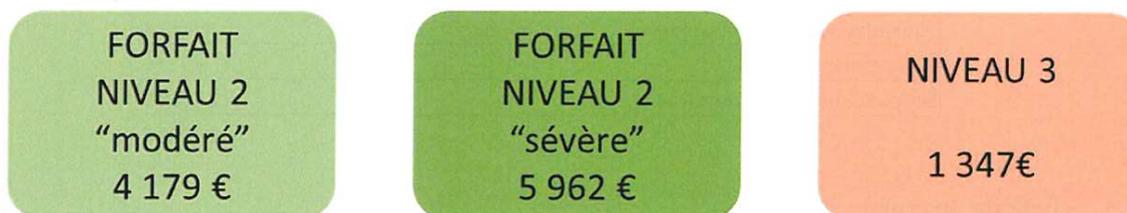
Carburant (hypothèse consommation 8 l/100 km – 1.6€/l) 125 km/j x nb j/an x 1.6€/L

- **Les coûts de fonctionnement** correspondent aux postes de dépense suivants : loyer des bureaux de l'équipe RééduCADOM, temps passé fonctions support et direction, DSI, électricité, abonnements, télécommunication, frais divers, abonnement SI).
Ils sont estimés à **15% de la masse salariale**.

	Niveau 2			Niveau 3
	Modéré	Sévère	Moy	
Nombre moyen de patients	45	45	90	107
Coûts RH par patient	3 397 €	4 845 €	4 121 €	1 172 €
Coûts de fonctionnement	510 €	727 €	618 €	176 €
Coûts déplacement*	273 €	389 €	331 €	
Coût par patient	4 179 €	5 962 €	5 160 €	1 347 €

* Les coûts de déplacement sont répartis au prorata de la masse salariale

Nous définissons ainsi 3 niveaux de prise en charge correspondant à 3 forfaits, à mobiliser en fonction du besoin du patient évalué à l'issue du Niveau 1 :





Rappel : ces forfaits excluent du panier de soins les examens complémentaires, le matériel médical, les médicaments, les bilans biologiques, les transports éventuels, les consultations médicales non intégrées dans l'expérimentation, le matériel informatique du patient. Le cas échéant, certains de ces coûts feront l'objet d'une facturation distincte à l'assurance maladie par les agents concernés.

4.2. BESOIN DE FINANCEMENT

4.2.1. Calcul des frais d'ingénierie

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 **316 892 €**, représentant **10,4% du budget global du projet**, sera nécessaire et prendra en compte l'ensemble des éléments suivants :

- **Préparation du projet :**

Le temps passé par l'équipe projet des Cyprès pour la préparation du projet :

	<i>Coût unitaire</i>
Formation AP (initiale et continue)	1 411 €
Participation COFIL	3 010 €
Sollicitation/adaptation/travail interne	17 388 €
	21 809 €

- **Chefferie du projet :**

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 (14 jours sur une période de 2 mois) :
 - La préparation, l'organisation, l'animation et la restitution des réunions de COFIL et de COTECH (5 jours),
 - Une prestation de conseil pour la mise en œuvre de l'expérimentation : préparation des réunions, travail interne, mise en place des outils de suivi et d'évaluation (5 jours),

- Rédaction du cahier des charges et paramétrage INU (recueil des besoins et paramétrage des données/tâches/questionnaires/stats).
- L'accompagnement sur la phase d'expérimentation à partir de l'inclusion des patients (219 jours sur une période de 4 ans et 10 mois) :
 - La préparation, l'organisation, l'animation et la restitution des réunions des COPIL et des COTECH
 - Le paramétrage de la plateforme INU et l'intégration des ressources à mettre à disposition des patients et des professionnels de santé
 - 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

Au total, les coûts de chefferie de projet s'élèvent à 237 863 € TTC.

Préparation du projet	18 023 €
Suivi Expérimentation	172 800 €
Rédaction Cahier des charges et paramétrage INU	9 600 €
Evaluation et rédaction rapport	37 440 €
Coût total Chefferie de projet	237 863 €

▪ **La formation :**

La coordinatrice doit disposer d'un savoir-être et savoir-faire éprouvés et adaptés. Pour cela nous prévoyons une formation initiale très intensive sur le métier de *coordinatrice* et une phase de suivi en aval de la prise de fonction.

Cette formation au métier de la coordination et aux outils numériques qui seront déployés dans le cadre de cette expérimentation sera individuelle et durera 3 jours pour la formation initiale et 2 jours par an pour la formation continue.

Les sessions de formation seront réalisées par le prestataire pour un montant de 18 720€ TTC.

Description	Coût unitaire
Formation initiale : 3 jours initial + 2j/an	18 720 €

A noter qu'une formation complémentaire « DU coordination des parcours » sera réalisée et imputée sur le plan de formation de la clinique Les Cyprès.

▪ **La plateforme numérique collaborative INU :**

La plateforme web INU sera déployée dans le cadre de ce projet. Elle remplira les fonctions suivantes :

- **Outil collaboratif professionnels de santé clinique et ville / coordinatrice** : partage d'un dossier patient commun, suivi des paramètres patients, communication avec l'ensemble de l'équipe médicale



- **Espace ressource pour les patients** : les patients retrouveront l'ensemble des évènements 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 facilement avec la coordinatrice ainsi qu'avec l'ensemble de son équipe médicale.
- **Outil métier pour la coordinatrice** permettant d'automatiser les tâches à réaliser sur l'ensemble de la cohorte tout au long de la prise en charge ; suivre le tableau de bord des « alertes patient »
- **Outil de téléconsultation et visio-conférence pour les séances de réadaptation en ligne (ateliers d'éducation en santé), outil de télé-expertise**
- **Outil de suivi des indicateurs d'activités** : un outil statistique permet de tracer l'ensemble des actions réalisées et d'analyser les données individuelles et collectives de la cohorte.

La plateforme INU proposée est une plateforme existante commercialisée par Move In Med. Elle sera entièrement paramétrée pour répondre aux exigences du projet. Le temps de rédaction du cahier des charges et du paramétrage est intégré dans la partie « chefferie de projet » pour un montant de 9600€.

Les coûts de plateforme sont couverts par l'ARS PACA au titre du financement du niveau 1. A ces coûts seront ajoutés les coûts de télé-consultation, télé-réadaptation et e-ETP en fonction du nombre de séances sollicitées.

L'Annexe 3 décrit l'ensemble des fonctionnalités de la plateforme INU.

Le coût annuel d'abonnement à la plateforme INU est de 9 000€ ; il est inclus dans le forfait Art51 (coûts de fonctionnement). Ce coût comprend sur la durée du projet :

- La mise à disposition de la plateforme INU
- L'hébergement des données de santé
- La maintenance
- L'assistance technique

▪ **La communication :**

Un budget de **38 500€** est dédié à la communication. Il comprend les coûts de :

- Création de la charte graphique
- Création des éléments de communication
- Présentation du projet aux partenaires
- L'organisation de réunions et rencontres partenaires

	<i>Coût unitaire</i>
Création charte graphique	1 500 €
Création des éléments de communication	5 000 €
Présentation du projet aux partenaires	20 000 €
Réunions / rencontres partenaires	12 000 €

	<i>Coût total</i>
Coût total Communication	38 500 €

Les crédits d'amorçage et d'ingénierie sont répartis comme suit sur la durée de l'expérimentation :

	N1	N2	N3	N4	N5	Sous total	TOTAL
Chefferie de projet/ ingénierie MIM	Préparation du projet	18 023 €				18 023 €	
	Suivi Expérimentation	43 336 €	32 366 €	32 366 €	32 366 €	172 800 €	
	Rédaction Cahier des charges et paramétrage INU	9 600 €				9 600 €	237 863 €
	Evaluation et rédaction rapport	14 400 €	5 760 €	5 760 €	5 760 €	37 440 €	
Formation Care Manager MIM	7 200 €	2 880 €	2 880 €	2 880 €	2 880 €	18 720 €	
Temps Préparation Projet Coordinatrice interne Cyrès	Formation AP (initiale et continue)	1 411 €				1 411 €	
	Participation COPIL	3 010 €				3 010 €	21 809 €
	Sollicitation/adaptation/travail interne	17 388 €				17 388 €	
Communication	Création charte graphique	1 500 €				1 500 €	
	Création des éléments de communication	5 000 €				5 000 €	
	Présentation du projet aux partenaires	20 000 €				20 000 €	38 500 €
	Réunions / rencontres partenaires	12 000 €				12 000 €	
	152 868 €	41 006 €	41 006 €	41 006 €	41 006 €	316 892 €	316 892 €



4.2.2. Synthèse du besoin de financement – Calendrier des dépenses

Le besoin de financement pour ce projet s'élève à 3M d'euros. Il comprend les frais d'ingénierie et de prise en charge des 526 patients sur une période de 5 ans. NB. le patient réalise les 3 niveaux de prestations du dispositif : 70% des patients ayant bénéficié d'une expertise à domicile de Niveau 1 se verront proposer le programme de rééducation de Niveau 2 + 90% d'entre eux accéderont au Niveau 3.

Le tableau ci-dessous présente le calendrier des dépenses sur la durée de l'expérimentation.

	N1	N2	N3	N4	N5	TOTAL
Nombre de patients Niveau 2 modéré	24	45	45	45	45	204
Nombre de patients Niveau 2 sévère	24	45	45	45	45	204
Nombre de patients Niveau 3	57	107	107	107	107	485
arrondi						
Forfait niveau 2 modéré	4 179 €	188 055 €	188 055 €	188 055 €	188 055 €	852 516 €
Forfait niveau 2 sévère	5 962 €	268 290 €	268 290 €	268 290 €	268 290 €	1 216 248 €
Forfait niveau 3	1 347 €	144 129 €	144 129 €	144 129 €	144 129 €	653 295 €
Total prestations dérogatoires (FISS)	320 163 €	600 474 €	600 474 €	600 474 €	600 474 €	2 722 059 €
Total CAI (FIR)	152 868 €	41 006 €	41 006 €	41 006 €	41 006 €	316 892 €
Total expérimentation FISS + FIR	473 031 €	641 480 €	641 480 €	641 480 €	641 480 €	3 038 951 €

4.2.3. Economies potentielles

Méthode 1 :

Grâce à une réadaptation multidisciplinaire et personnalisée à domicile associée à un e-suivi favorisant l'éducation à la santé et l'activité physique adaptée, le dispositif RééducADOM permettra de réduire les dépenses de santé.

La solution globale proposée est une alternative **moins coûteuse**, à l'hospitalisation complète et à l'hospitalisation de jour. En effet, la comparaison montre qu'une prise en charge en HDJ sur 40 jours (équivalent à 2 mois de programme de rééducation) pour un patient du groupe « modéré » coûte 9 200€ contre 3 982€ pour RééducADOM.

Exemple groupe "modéré"	Prix moyen de journée	Frais de transport par jour	DMS	Coût PEC par patient
HDJ SSR NEURO	150€	80€	40	9 200€
RééducADOM Niv 2	99€	Incl. ds prix journée	40	3 982€
			Economie	4 732€

En appliquant ces économies aux patients bénéficiant de RééducADOM « groupe modéré » (204) sur la durée de l'expérimentation, le montant des économies se monterait à $204 * 4\,732€ = 965\,328€$

Le même exercice réalisé sur l'hospitalisation complète montre qu'une prise en charge en HC sur 56 jours (8 semaines weekend inclus) pour un patient du groupe « sévère » coûte 14 040€ contre 5 666€ pour RééducADOM.

Exemple groupe "sévère"	Prix moyen de journée	Frais de transport pour le séjour	DMS	Coût PEC par patient
HC SSR NEURO	240€	600€	56	14 040€
RééducADOM Niv 2	142€	Incl. ds prix journée	40	5 666€
			Economie	8 374€

En appliquant ces économies aux patients bénéficiant de RééducADOM « groupe sévère » (204) sur la durée de l'expérimentation, le montant des économies se monterait à $204 * 7\,782€ = 1\,587\,528€$

Soit, pour les 408 patients, un total d'économies de santé de plus de 2,5M€.

A ajouter à cela d'autres économies liées à une prise en charge au long cours par RééducADOM :

- Une diminution des actes de ville non pertinents (non mesurable)
- Une diminution des arrêts maladie pour les patients et les aidants (non mesurable)
- Une diminution des consommations de médicaments (non mesurable)
- Une diminution des ré-hospitalisations dans les 5 ans qui suivent l'AVC

Méthode 2 :

Les patients qui ont un AVC ont 85% de chances de subir une ré-hospitalisation (Bravata et al. 2007) principalement pour des problèmes d'infections respiratoires, des pathologies coronariennes ou des récives d'AVC.

Le coût moyen d'une hospitalisation « aigüe » pour un AVC (GHM 01M313), une infection et inflammation respiratoire (GHM 04M073) et une insuffisance coronarienne (GHM 05K063) est de 6 600€.

Dans l'hypothèse où RéeducADOM éviterait à 50% de ses patients post-AVC de subir une ré-hospitalisation en phase aigüe (pour infections respiratoires, pathologies coronariennes ou AVC), l'économie de santé serait de 1,2M€.

Nb patients RéeducADOM post AVC (70% des patients)	Nb ré-hospitalisation évitées (50%)	Gains re-hospitalisation phase « aigüe » : 6 600€ en moy
368	184	1 214 400€

Les ré-hospitalisations évitées permettront également des économies difficiles à évaluer mais réelles : rééducation, examens complémentaires, matériel médical, médicaments, bilans biologiques, transports...

Les 2 méthodes utilisées ci-dessus pour calculer les économies de santé potentielles, bien que présentées sous des angles différents, font ressortir des gains substantiels.

5. MODALITES D'EVALUATION DE L'EXPERIMENTATION PROPOSEES

Au cours de cette expérimentation, des indicateurs patients/aidants, des indicateurs économiques, ainsi que des indicateurs cliniques seront mesurés. RéeducADOM propose notamment de suivre les indicateurs suivants :

- *Objectif stratégique 1 : améliorer l'accès aux soins*
 - Nombre de patients pris en charge niveau 1
 - Nombre de patients pris en charge niveau 2
 - Nombre de patients pris en charge niveau 3
 - Evaluation sur ensemble du parcours : nb actes kiné, nb actes ergo...
 - Nombre de professionnels intégrés dans le parcours
 - Nombre de connexions patients / de connexions aidants
 - Questionnaire satisfaction du dispositif RéeducADOM patient
 - Questionnaire qualité de vie patient
 - Questionnaire satisfaction du dispositif RéeducADOM aidant
 - Questionnaire qualité de vie aidant

- *Objectif stratégique 2 : améliorer la pertinence des hospitalisations et réduire les coûts de santé*
 - Nombre d'hospitalisations des patients suivis

- Nombre d'hospitalisations des patients suivis aux urgences
 - Nombre d'entrée en EHPAD / maison de repos
 - Diminution des coûts liés aux transports sanitaires et soins de ville des patients présentant une affection chronique invalidante
 - Taux de continuité des soins avec le secteur de ville = nombre de patients dont la continuité avec le secteur de ville est effective
 - Nombre de décès (taux)
- *Objectif stratégique 3 : décloisonner la prise en charge et améliorer la collaboration ville-établissement*
 - Nombre de patients adressés par an, par type d'adresseur
 - Nombre de connexions professionnels de ville
 - Nombre d'informations/notifications envoyées aux professionnels
 - Questionnaire satisfaction professionnels de ville

Objectif duplication du modèle/reproductibilité : à définir avec le comité Evaluation ART51

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

Le suivi des indicateurs s'appuiera autant que possible 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 évaluation 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 INU afin de réaliser l'évaluation de l'expérimentation.

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).



7. 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 INU est compatible avec le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). INU est un dispositif médical de classe I conforme aux exigences applicables de la directive 93/42/CEE du Code de la Santé Publique Français.

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 la plateforme numérique INU. 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 10 : Modèle d'un consentement patient pour la mise en ligne de données personnelles.

8. LIENS D'INTERETS

La liste des praticiens ou structures participant à l'expérimentation est présentée en annexe 5. 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

Les sociétés Korian et Move in Med étant liés par des liens capitalistiques, elles devront chacune renseigner une déclaration publique d'intérêts

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

2 ANNEXES

Annexe 1 – Définitions indicateurs de sévérité

Qu'est-ce que la MIF – Mesure d'Indépendance Fonctionnelle ?

La MIF est basée sur la classification internationale des handicaps de l'OMS et a été développée pour mesurer le niveau d'assistance requis dans l'accomplissement des activités quotidiennes. La MIF comprend 18 items dont 13 tâches mesurant les capacités motrices regroupées sous 4 catégories (soins personnels, contrôle des sphincters, mobilité et locomotion) et 5 tâches pour les capacités cognitives regroupées en 2 catégories (communication et comportement social).

Qu'est-ce que la NIHSS – National Institute of Health Stroke Score ?

L'échelle NIHSS est utilisée pour les patients ayant un accident ischémique cérébral en phase aiguë. Elle permet d'évaluer le déficit neurologique et sa sévérité, de quantifier la gravité du déficit et peut être réalisée par des médecins non neurologues. Plusieurs facteurs sont testés : niveau de conscience, oculomotricité, vision, paralysie faciale, motricité des membres, ataxie des membres, sensibilité, langage, dysarthrie, extinction et négligence.

4 catégories de sévérité d'AVC sont différenciées dans les recommandations :

Les scores de l'échelle NIHSS ou l'échelle neurologique canadienne (ENC) ou la mesure d'indépendance fonctionnelle (score MIF) sont le plus souvent utilisés pour définir ces catégories :

- **AVC légers (ou catégorie 1 selon la SOFMER)** : une seule déficience, autonomie de marche, sans besoin d'évaluation écologique. Score NIHSS < 5 ou ECN entre 8 et 11,5 ou MIF > 80. Le bénéfice attendu de la rééducation/réadaptation est faible du fait de l'effet de plafond. La place de la rééducation/réadaptation est moins essentielle pour ces AVC compte tenu de l'importance du processus de récupération spontanée ;
- **AVC modérés (ou catégorie 2 selon la SOFMER)** : plusieurs déficiences ou déficit moteur du membre inférieur interdisant la marche, avec un potentiel de récupération, un projet d'autonomie probable (AVC unilatéral). Score NIHSS entre 5 et 14 ou ECN entre 5 et 7 ou MIF entre 40 et 80. Ces AVC ont le plus à bénéficier de la rééducation/réadaptation ;
- **AVC sévères (ou catégorie 3 selon la SOFMER)** : plusieurs déficiences dont au moins des troubles des fonctions cognitives (mémoire, fonctions exécutives, langage) et/ou troubles du comportement, avec un potentiel de récupération limité, un projet d'autonomie partielle ou impossible (AVC bilatéraux, multiples, totaux). Score NIHSS ≥ 15 ou ECN entre 1 et 4 ou MIF < 40. Leur potentiel de récupération d'indépendance fonctionnelle est faible ;
- **Catégories 4 selon la SOFMER** : accident gravissime avec aucun projet d'autonomie envisageable (score NIHSS > 20). Il s'agit d'états cliniques de locked-in syndrome, des états de conscience minimale et des états d'éveil non répondant secondaires à des AVC.

HAS mai 2019 Accident vasculaire cérébral, Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC

Annexe 2 – Exemple d'un planning d'une tournée RéeducADOM pour 10 patients sur une semaine

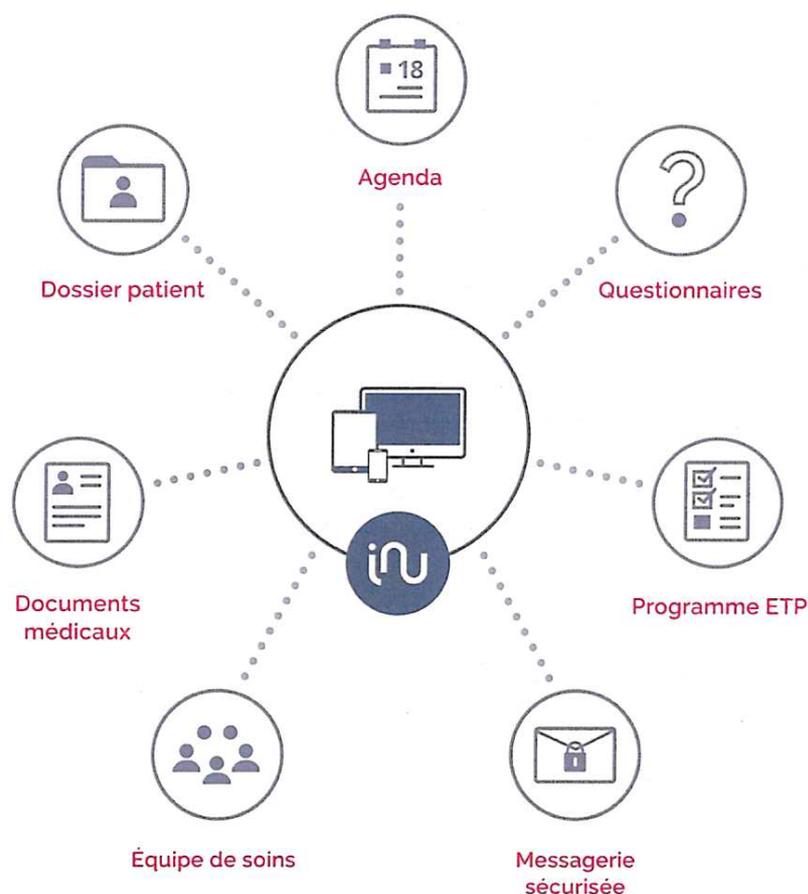
PLANNING DES TOURNEES PRO A DOMICILE SEMAINE 1

		SEMAINE 1									
		Groupe sévère					Groupe modéré				
		patient 1	patient 2	patient 3	patient 4	patient 5	patient 6	patient 7	patient 8	patient 9	patient 10
lundi	10h	KINE 1	ORTHO	ERGO			APA				AS
	11h	ERGO	KINE 1		ORTHO			APA		AS	
	13h		ERGO	KINE 1		ORTHO	AS		APA		
	14h	ORTHO			KINE 1	ERGO		AS		APA	
	15h			ORTHO	ERGO	KINE 1			AS		APA
mardi	10h	KINE 1	ERGO			ORTHO	MEDECIN	KINE 2			
	11h	ERGO	KINE 1		ORTHO		KINE 2	MEDECIN			
	13h	ORTHO		KINE 1		ERGO			MEDECIN		KINE 2
	14h		ORTHO	ERGO	KINE 1				KINE 2	MEDECIN	
	15h			ORTHO	ERGO	KINE 1				KINE 2	MEDECIN
mercredi	10h	KINE 1	APA			NEURO	ERGO	ORTHO			
	11h	APA	KINE 1		NEURO		ORTHO	ERGO			
	13h	NEURO		KINE 1	APA				ERGO	ORTHO	
	14h			NEURO	KINE 1	APA				ERGO	ORTHO
	15h		NEURO	APA		KINE 1			ORTHO		ERGO
jeudi	10h	KINE 1		ERGO		PSY	ERGO		KINE 2		
	11h	ERGO	KINE 1		PSY		KINE 2	ERGO			
	13h	PSY		KINE 1	ERGO			KINE 2	ERGO		
	14h		PSY		KINE 1	ERGO				ERGO	KINE 2
	15h		ERGO	PSY		KINE 1				KINE 2	ERGO
vendredi	10h	APA	MEDECIN		AS		KINE 1	PSY			
	11h	MEDECIN	APA			AS	PSY	KINE 1			
	13h	AS		APA		MEDECIN			KINE 1		PSY
	14h		AS	MEDECIN	APA				PSY	KINE 1	
	15h			AS	MEDECIN	APA				PSY	KINE 1

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-psycho-sociales 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 patients
 - 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...)
 - o De générer un annuaire de professionnels de santé
 - o 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



move in med

INU Forms : le module de suivi des patients en ligne

inu
FORMS

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 réévalué en cours de parcours

move in med

Annexe 4 - Fiche de poste et référentiel de compétence de la coordinatrice

Profil et formation

Personnel de l'établissement intervenant dans le parcours du patient (AS, IDE, ...)

Rattachement hiérarchique

Supérieur	Directeur général Etablissement
Subordonnée	Aucun
Réseau relationnel	<ul style="list-style-type: none"> • Binôme avec référent médical (infirmière HDJ) • Binôme avec IDE spécialisée ETP • Médecin MPR de l'équipe • Personnel administratif et médical de la clinique Korian Les Cypres • Patients - Aidants • Réseau de ville – Structures externes • Move In Med (MIM) – Prestation conseil stratégique

Moyens de réalisation

- Logiciels de bureautique (Logiciels de coordination – INU et DPI de la clinique)
- Process d'accompagnement des patients - aidants
- Process administratifs
- Outils de suivi et d'évaluation
- Outils de communication (patients-aidants/professionnels/projet)
- Liste des partenaires/annuaire contacts

Mission Principale

Accompagner les patients (et leurs aidants) de la clinique Korian Les Cypres dans le cadre de leur parcours dédié équipe mobile hors les murs dès le début de leur prise en charge jusqu'au suivi post-prise en charge :

- En organisant le suivi dès le début de la prise en charge par l'équipe mobile avec les professionnels de la clinique et les professionnels de ville,
- En coordonnant l'intervention de l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins,
- Et en assurant le lien entre l'établissement, l'équipe mobile et l'équipe médicale de ville.

L'objectif est d'améliorer la qualité de vie de ces patients et de réduire les risques de rupture de parcours.

MISSIONS	ACTIVITÉS
<p>Suivi et accompagnement des patients</p>	<p><i>Assurer l'accompagnement individuel des patients et de leur aidant en lien avec l'équipe mobile RééducADOM</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'accueil téléphonique des patients et de leur aidant • Organiser et participer à l'évaluation pluridisciplinaire à domicile • Créer le profil du patient, renseigner le PPCS et y ajouter l'information ciblée sur la plateforme INU • Suite à l'évaluation pluridisciplinaire indiquant une intégration dans le parcours dédié, organiser le rendez-vous bilan avec préconisations pour le patient et son aidant <ul style="list-style-type: none"> ○ Présenter l'organisation du parcours dédié équipe mobile ○ Présenter l'équipe d'accompagnement ○ Présenter le PPCS et ses différents modules ○ Informer des services de la clinique en lien avec l'équipe mobile qui gère la prise en charge • Identifier les besoins du patient et personnaliser – ajuster son accompagnement • Former le patient et l'aidant à l'utilisation de la plateforme INU et en particulier à l'utilisation des questionnaires, la consultation des documents et des vidéos à disposition sur celle-ci lors de la première consultation • Transmettre l'information ciblée (documentation) sur le parcours de soins en lien avec l'équipe qui gère la prise en charge via la plateforme INU • Communiquer les coordonnées des différents professionnels ressources des patients • S'assurer de la bonne transmission des informations aux acteurs concernés (via la plateforme INU notamment) • Contacter les praticiens concernés en cas d'urgence et prendre le rendez-vous pour les patients si besoin • Suivre le patient tout au long de la prise en charge interventionnelle réadaptation suivant le process défini en lien avec les acteurs de l'accompagnement <p><i>Assurer l'accompagnement des patients en suivi post-prise en charge</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivre le patient selon le process défini (appel M+3, M+4, M+5, M+9 et M+12 et questionnaires en amont) • Rester en lien avec l'aidant • Tenir à jour les données patients (coordonnées, parcours, alertes, suivi, ...) • Informer via INU les acteurs concernés
<p>Coordination du parcours du patient avec l'équipe de soins de ville</p>	<p><i>En début de prise en charge par l'équipe mobile :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre contact avec le médecin traitant du patient pour valider sa prise en charge : présentation de la prise en charge et

	<p>des différents modules, mise à disposition de la plateforme et mise en place de la relation coordinatrice/Médecin traitant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre contact avec les autres professionnels de ville du patient identifiés • Transmettre l'évaluation pluridisciplinaire <p><i>Pendant la prise en charge interventionnelle réadaptation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Notifications lors du dépôt de documents sur la plateforme (MT et autres professionnels identifiés selon documents) <p><i>Après la prise en charge :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordination de la suite avec les structures externes ou intervenants de ville • Rédiger et transmettre la lettre de liaison à destination du médecin traitant, décrivant la prise en charge réalisée spécifique au patient.
<p>Management de la qualité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renseigner et mettre à jour les indicateurs de suivi de l'activité et de suivi qualité • Diffuser les enquêtes de satisfaction patients, aidants et professionnels de santé • Mettre en place un système de veille pour collecter tout nouveau document d'information disponible auprès des institutions qui les éditent • Informer régulièrement sur les problématiques rencontrées, les dysfonctionnements ou toute autre information utile

Savoir	Savoir-Faire	Savoir-Être
<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance du fonctionnement de l'équipe mobile • Connaissance du fonctionnement de la clinique • Connaissance des partenaires de la clinique • Connaissance des pathologies couvertes et des terminologies • Connaissance des parcours de soins • Connaissances en informatique • Connaissance des process de la clinique • Notions de management de la qualité • Notions sur les normes de qualité 	<ul style="list-style-type: none"> • Maîtrise des techniques d'accueil (physique et téléphonique) • Maîtrise du Pack-Office • Maîtrise de la plateforme INU • Mise en œuvre des procédures • Capacités rédactionnelles • Techniques d'archivage 	<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 5. Coordonnées du porteur et des partenaires

KORIAN LES CYPRES	Etablissement secondaire SAS MEDICA France 190 rue André Jean Boudoy 84140 Montfavet	Anne Laure VIDAU, directeur d'établissement, anne-laure.vidau@korian.fr 04 32 74 77 83 06 99 39 40 42	Porteur
Move in Med	Move in Med	Sophie GENDRAULT sophie.gendault@moveinmed.com Sylvie BOICHOT sylvie.boichot@moveinmed.com	AMO
Centre Hospitalier d'Avignon	<i>Fonction publique hospitalière</i>	. Directrice des soins 04 32 75 39 01 Directeur 04 32 75 39 02	<i>Alerte sur les situations complexes, demande d'intervention</i>
URPS section 84 des masseurs-kinésithérapeutes	<i>Structure privée syndicale</i>	Mme P., Masseur-kinésithérapeute	<i>Alerte sur les situations complexes, communication et régulation avec les kinés libéraux</i>
France Assos Santé et CDU de l'établissement	<i>Association des usagers</i>	Mme D. Présidente paca@france-assos-sante.org 04 42 95 28 68	<i>Propositions en lien avec les constats des associations et les besoins des usagers, communication</i>
CHU NIMES	<i>Centre hospitalier universitaire</i>	Plateforme Opérationnelle de Sortie 04.66.68.68.77 Mme C.	<i>Alerte sur les situations complexes rencontrées, demande d'intervention</i>
ADAR PROVENCE	<i>Service d'aide et d'accompagnement à domicile</i>	Mme V Responsable de secteur	<i>Alerte sur les situations complexes rencontrées, demande d'intervention</i>
Croix Rouge Avignon	<i>SSIAD</i>	Mme Chrystelle Responsable équipe chrystele.costantino@croix-rouge.fr	<i>Alerte sur les situations complexes rencontrées, demande d'intervention</i>
CPTS AVIGNON	<i>Maison de santé pluridisciplinaire</i>	Dr L et Dr LM	<i>Alerte situations complexes et interventions</i>
HADAR Avignon	HAD	04.90.13.47.49 servicesocial@hadar.fr	Mme C. T et Mme B. Assistante Sociale surveillante du service et Dr P médecin coordinateur

PTA Vaucluse	Plateforme d'informations et de coordination	04.84.21.25.12 contact@ressources-sante.org	Mme C. Dr L. médecin coordinateur
Croix Rouge Avignon	SSIAD	09.70.82.13.49	Mme C Responsable équipe soins croix-rouge.fr
Service social CH Avignon	Hospitalier	04.32.75.33.07	Mme D.S chef de service delannay.severine@ch-avignon.fr et Mme F. Assistante sociale en neurologie mfrechede@ch-avignon.fr
AD Seniors	Service d'aide et d'accompagnement à domicile	04.32.74.29.22	Directeur Mr G avignon@adseniors.com
ADHAP Services	Service d'aide et d'accompagnement à domicile	04.90.82.08.00 adhap84a@adhapservices.eu	Mme L A et coordinatrice 07.50.86.70.53 Directeur
AMICIAL Avignon	Service d'aide et d'accompagnement à domicile	04.90.33.58.70	Mme C. Gestionnaire de secteur Avignon ou Mme P Coordinatrice de secteur
ADMR Entraigues	SSIAD	04.90.02.68.62	Mme A. IDE Coordinatrice ssiad84@fed84.admr.org
O2 Services	Service d'aide et d'accompagnement à domicile	02.43.72.02.02 avignon@o2.fr	Responsables de secteur
LAM LHSS Montfavet	Medico-social	04.90.03.87.56 lhss@ch-montfavet.fr ou contact-lhss@rheso.fr	Mme G. infirmière coordinatrice des Lits Halte Soins Santé 06 37 79 95 30
Sous mon toit	Service d'aide et d'accompagnement à domicile	04.90.89.73.84 avignon@sousmontoit.fr	Mme C. responsable
HANDITOIT Provence	Plateforme d'informations et de coordination	04.91.26.56.27 plateforme@handitoit.org	Chargé de mission Plateforme Régionale du Logement Adapté 04 13 59 80 02 – am.plateforme@handitoit.org
HOME SERVICES	Service d'aide et d'accompagnement à domicile	04.95.08.13.13	Responsable de secteur Mme A

			l.aron@home-services.com
DOMICIL +	Service d'aide et d'accompagnement à domicile	04.68.61.04.26	Mme F Responsable d'Agence 04 32 76 20 09
SAMSAH TC / CL 84	Medico-social	04.86.19.90.30 / savssamsah@epsa84.fr	Mme T assistante sociale et Mme M Chef de service SAVS-SAMSAH-CRD Etablissement Public Saint Antoine 04.86.19.90.30
Institut Sainte Catherine	Hospitalier	04.90.27.61.61	Mme P Assistante sociale 04.90.27.68.49 Mme S Directrice des Soins Infirmiers 04 90 27 60 95i.sant@isc84.org
Centre Hospitalier de Montfavet	Hospitalier	04 90 03 90 00	Directeur du CHS Montfavet et Assistante de direction 04.90.03.90 01 stephanie.grangeon@c h-montfavet.fr
Equipe mobile de Valence	Hospitalier	Secrétaire Equipe Mobile Territoriale de Rééducation, Réadaptation, Réinsertion (EMT3R 69) Tél. 04 78 86 48 00	Assistante Sociale/Coordnatrice Equipe mobile EMT3R
CPAM Service PFIDASS	Plateforme d'informations et de coordination	Mme Conseillère P CPAM de Vaucluse 04.90.81.37.47	Responsable Mr V pfidass84.cpam-avignon@assurance-maladie.fr
FHP Sud-Est et le SYNERPA	Hospitalier	Mr M.Président FHP Sud-Est et Mr A Délégué Régional SYNERPA PACA	fhpsudest@fhp-se.fr
ADMR	Service d'aide et d'accompagnement à domicile	04.90.03.80.50	Justine B Responsable du Pôle Services aux Séniors
APF FAM et SAVS	médico-social	04.90.16.47.47	Mme C Assistante de service social / Coordinatrice
Les jardins d'arcadie	résidence séniors	04.90.27.77.17	Mr S directeur

CH isle / sorgue	Plateforme d'informations et de coordination	04.90.21.36.03 / plateforme.repit@hopital- islesurlasorgue.fr	Mme IDE Coordinatrice et Mme M psychologue
Service de Soins à Domicile Vallis Clausa Cavaillon	SSIAD	04 90 78 33 00	IDE Coordinatrice 06 40 35 35 13
MDPH	médico-social	0800 800 579 / accueilmdph@mdph84.fr	action de sensibilisation thème : lésions cérébrales acquise
Domus vi orange	SSIAD	04 27 04 28 12	IDE Coordinatrice
Allovie	Service d'aide et d'accompagnement à domicile	0800 300 364 /	Mme C responsable de secteur
Ch isle / sorgue	SSIAD	04 60 21 35 90	IDE Coordinatrice
Service social CH Cavaillon	médico-social	s.reynaud@ch-cavaillon.fr	Mme R Assistante sociale
Service social CH Carpentras	médico-social	CH CARPENTRAS04.32.85.88.39	Mme M assistante sociale
CCAS Avignon	social	Mairie d Avignon	Mme DOR assistante sociale
Synergia Cavaillon	Hospitalier		Mme Z assistante sociale et cadre de santé Mme A
CD Vaucluse Direction des PA/ PH Service Evaluation et Accompagnement	médico-social	04.32.74.62.13 Sec. : 04.32.74.62.00	P Assistante Sociale
Maison médicale Morieres	médical	04.90.01.99.02	Dr C
Maison médicale vedene	médical	04.90.16.36.74	Dr B
pole seniors	prestataire médical	04.86.71.23.61	Mr Q gérant

CH carpentras	Hospitalier	04 32 85 88 88	Mme M Directrice des soins
M.A.E.V.A.T. (Mouvement Associatif pour l'Evolution et la Valorisation des Adultes sous Tutelle)	social	04 90 60 48 92	Mme B Chef de service
Maison Médicale "Avignon sud"	médical	04 90 87 30 85 / b.christian.muscat@orange.fr	Dr M et Dr N
Hôpital Local de Gordes	SSIAD	04 90 72 72 94	Mme Coordinatrice
SSIAD de Sorgues	SSIAD	04 90 83 44 87	Mme M infirmière coordinatrice

Annexe 6 – Flyer de présentation

LES PLUS DE KORIAN LES CYPRÈS

- **L'équipe médicale** : une équipe de professionnels pluridisciplinaires spécialisée à l'écoute des patients et de leur aidant
- **La qualité de la prise en charge** : une approche sur mesure à l'attention des patients et des proches
- **L'offre de soins** : une prise en charge personnalisée des affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux, reconnue depuis plus de 10 ans sur le territoire et intégrée au réseau de santé et médico-social

KORIAN LES CYPRÈS
190 rue André Jean Boudoy
84140 Montfavet

NOUS CONTACTER
Tél. : 04 32 74 36 30
Fax : 04 32 74 77 84

HORAIRES D'ACCUEIL :
9h00 - 18h00



VOTRE INTERLOCUTEUR

Coordination :
Virginie JACQUEY
04 32 74 77 89
social.lescypres@korian.fr



L'ÉQUIPE MOBILE DE RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION

de la Clinique SSR

Korian Les Cypres :

une solution pour vos patients à domicile



UNE EXPERTISE PERSONNALISÉE EN RÉÉDUCATION

Une évaluation pluridisciplinaire à domicile :

Analyse de la situation, dépistage, expression de la demande du patient et de ses aidants, conseils, évaluation des besoins, appréciation des conséquences et définition des actions à mettre en œuvre.

Un projet thérapeutique personnalisé spécialisé en médecine physique et de réadaptation, centré sur une amélioration de l'autonomie et de la qualité de vie attendue par la personne et/ou son entourage.



NOS ENGAGEMENTS

- Une **visite au domicile** du patient et des échanges avec ses aidants ;
- Un **bilan** réalisé par une **équipe médicale et paramédicale spécialisée** en médecine physique et de réadaptation ;
- Un **projet thérapeutique personnalisé** avec des préconisations en lien avec les besoins du patient et de ses aidants ;
- Une **coordination** avec le médecin traitant, les professionnels de santé libéraux et l'hôpital.

UNE ÉQUIPE DE PROFESSIONNELS AU PLUS PROCHE DES PATIENTS

Notre équipe se déplace au domicile (ou assimilé) du patient afin d'évaluer ses besoins dans son contexte de vie.

- **Périmètre d'intervention** : communes du Grand Avignon.
- **Situation de complexité médicale et/ou sociale**, dans le but de sécuriser le maintien du patient dans son lieu de vie.



Selon les besoins d'évaluation du patient, une équipe pluridisciplinaire et qualifiée composée de :

- Médecin Spécialiste en Rééducation
- Kinésithérapeutes
- Orthophonistes
- Neuropsychologues
- Ergothérapeute
- Assistante sociale
- Secrétaire médicale



Annexe 7. 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	X
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projets d'expérimentation d'expérimentations	X
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	X

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

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

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 8. 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	<p>- Le financement actuel et à venir (réforme de la tarification en SSR) implique une valorisation des journées (PJ) / séjours (GME à partir du codage PMSI). Or la prise en charge à domicile n'est pas captée par les prestations hospitalières, ni le PMSI. A ce jour, seul un acte CSARR identifie l'intervention des ergothérapeutes au domicile du patient, dans le cadre d'une évaluation ponctuelle, qui ne donne pas lieu à une rémunération ad hoc.</p> <p>- L'intervention en ville de certains professionnels de la rééducation (ergothérapeute, APA, neuropsychologue) n'est pas prise en charge par l'assurance maladie, ce qui en limite l'accès aux patients et pose le problème de l'accès à ce type de prise en charge ;</p> <p>- Le fonctionnement en silos des secteurs ville-hôpital et les divergences du financement d'un même soin (à l'acte, à la journée, combiné) ne favorisent pas l'efficacité des dépenses de santé au service rendu et produisent un effet inflationniste (risque de doublons et de non pertinence, faute de coordination du projet thérapeutique personnalisé).</p> <p>- La démultiplication des intervenants complique la régulation des offreurs de soins. Ainsi, elle génère des surcoûts liés aux soins et à leur accès (transports sanitaires). Une amélioration de la régulation de ces acteurs grâce à une coordination structurée permettra de réaliser des économies.</p>
<p><u>Dérogations de financement envisagées (article L162-31-1-II-1° et 3°) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Facturation,</i> • <i>Tarifcation,</i> • <i>Remboursement,</i> • <i>Paiement direct des honoraires par le malade,</i> • <i>Frais couverts par l'assurance maladie</i> • <i>Participation de l'assuré</i> • <i>Prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux</i> 	<p>La tarification devra alors sortir du champ des prestations hospitalières actuelles (journée et DMA).</p> <p>En 2019, un financement MIG de l'ARS PACA a permis de lancer le niveau 1. Ce financement sera reconduit durant toute la durée de l'expérimentation afin de pérenniser la mise en œuvre du niveau 1.</p> <p>A compter de 2021, un financement forfaitaire partagé à la séquence « soins de réadaptation » du parcours de santé du patient pourra s'envisager pour le niveau 2. Ce financement constituera un forfait global de prise en charge durant une séquence de réadaptation d'une durée de 2 mois en moyenne, que le porteur utilisera en fonction des besoins du patient pour la prise en charge à domicile. Ce forfait inclura donc l'ensemble des soins de réadaptation dispensés par le porteur et les acteurs de santé de ville, sur une période donnée. Quant au niveau 3, d'une durée de 10 mois en moyenne, le forfait de</p>

	<p>suivi ne sera pas partagé et constituera un financement de la coordination, du suivi des patients, des ateliers d'éducation à la santé et les actes de téléconsultation.</p>
<p>II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?</p>	
<p>Limites des règles d'organisation actuelles</p>	<p>Le SSR ne doit plus s'envisager comme l'aval du MCO. Le SSR, ce n'est plus uniquement l'aval de l'hôpital, mais le début d'une prise en charge pour éviter l'hôpital et améliorer l'autonomie des patients. Le SSR doit être considéré comme une médecine de proximité qui peut prendre la forme d'une hospitalisation ou d'une prise en charge au domicile des patients.</p> <p>La solution RéeducADOM qui propose une offre à 3 niveaux (expertise, soins, coordination) est un dispositif agile et inédit en France. 3 niveaux d'intervention au domicile sont concentrés par une seule et même équipe, elle-même adossée à une clinique SSR disposant d'une prise en charge en HC et HDJ.</p> <p>Nous offrirons alors une gradation complète en soins SSR dont un dernier niveau, qui complète et fluidifie l'ensemble du parcours de soins (HC, HDJ et ville).</p> <p>Une plateforme numérique de parcours de soins, INU, permettra d'améliorer le suivi des patients en volume (effet d'échelle) et en qualité avec la facilité de la communication numérique. Des actes de téléconsultation et d'éducation à la santé seront effectués pour les patients suivis, permettant d'éviter des déplacements en consultations extérieures voire anticiper une récurrence ou une dégradation de l'état de santé du patient entraînant une hospitalisation. Aussi, INU sera un moyen de diffuser des messages de prévention et d'éducation à la santé et fluidifiera la communication entre les professionnels de ville et hospitaliers.</p>
<p><u>Dérogations organisationnelles envisagées (article L162-31-1-II-2°):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Partage d'honoraires entre professionnels de santé</i> • <i>Prestations d'hébergement non médicalisé</i> • <i>Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements</i> 	<p>Dès 2021, le financement forfaitaire du niveau 2 sera partagé (= paiement groupé) avec les professionnels de rééducation libéraux. L'offreur de soins SSR dit porteur pourra reverser une fraction du forfait durant la séquence, aux professionnels de ville qui assurent la continuité de la prise en charge, et avec lesquels il aura préalablement conventionné. Les soins financés seront alors en parfaite adéquation avec le projet thérapeutique personnalisé, ce qui garantira l'efficacité et la pertinence des actes réalisées en ville. Le pilotage médico-économique sera assuré par le porteur, en lien avec le médecin traitant du patient. Le niveau 3 de RéeducADOM, notamment avec la plateforme de e-coordination INU permettra de suivre les évolutions de la prise en charge et l'utilisation des sommes allouées.</p>

Annexe 9 – Tableau des besoins en ETP

NIVEAU 2

Professionnel intervenant	2021 48 patients	2022 à 2025 90 patients
Médecin MPR	0,1	0,2
Kinésithérapeute	1,1	2,1
Ergothérapeute	0,8	1,5
Neuropsychologue	0,2	0,3
Orthophoniste	0,5	0,9
Psychologue	0,2	0,4
Coach activité physique adaptée / diététicien	0,5	0,9
Assistante sociale	0,1	0,2
Coordinatrice	0,1	0,1
Secretariat	0,1	0,2
TOTAL	3,6 ETP	6,8 ETP

NIVEAU 3

Professionnel intervenant	2021 57 patients	2022 à 2025 107 patients
Médecin MPR	0,1	0,2
IDE formée ETP	0,4	0,8
Coordinatrice	0,2	0,4
Secrétariat	0,1	0,2
TOTAL	0,9 ETP	1,6 ETP



Annexe 10 – 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'après 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 :

.....

3 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ¹ Lecoffre et al. (2017) – National trends in patients hospitalized for stroke in France
- ² Leys (2008) – Burden of stroke in France
- ³ HAS (Mai 2019) – Pertinence des parcours de rééducation – réadaptation post AVC
- ⁴ Rapport Fery Lemonnier 2009 – La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France
- ⁵ Rapport HAS 2010 – « Ensemble, améliorons les pratiques de prise en charge de l'Accident Vasculaire Cérébral »
- ⁶ Pollock et al (2014) – Cochrane Database of Systematic Reviews – Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke
- ⁷ Solene (2016) – Prise en charge à 3 mois des patients rentrés à domicile après une première hospitalisation pour AVC, selon le passage ou non en SSR
- ⁸ Langhorne P, Baylan S, (13/07/2017) - Services visant à réduire la durée des soins hospitaliers chez les personnes victimes d'un AVC aigu
- ⁹ Outpatient Service Trialists (21/01/2009) - Services de rééducation thérapeutique à domicile pour les patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC)
- ¹⁰ Gauthier et al. (2020) – Létalité à 28 jours après un accident vasculaire cérébral selon l'étiologie et le sexe – Registre des AVC de Lille
- ¹¹ Bejot (2007) – Decrease in stroke case fatality rates in a French Population-Based Twenty-Year Study
- ¹² Bejot (2009) – Epidémiologie des accidents vasculaires cérébraux
- ¹³ Bravata (2007) – Readmission and Death After Hospitalization for Acute Ischemic Stroke
- ¹⁴ Touze (2005) – Risk of Myocardial Infarction and Vascular Death After Transient Ischemic Attack and Ischemic Stroke
- ¹⁵ Elfassy (2019) – Sociodemographic disparities in long-term mortality among stroke survivors in the United States : the REGARDS study
- ¹⁶ Hackam et al (2007) – Combining multiple approaches for the secondary prevention of vascular events after stroke
- ¹⁷ Saunders (2014) – Physical Activity and Exercise After Stroke
- ¹⁸ Field (2013) – Physical Activity after Stroke : a systematic review and Meta-Analysis
- ¹⁹ Gordon (2004) – Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors