



**PREFECTURE
REGION ILE DE
FRANCE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
(NOMINATIFS)
N°IDF-059-2024-03

PUBLIÉ LE 29 MARS 2024

Agence Régionale de Santé

IDF-2024-03-27-00001

ARRETE DIRNOV-2024/09 relatif à l'ouverture
d'une période transitoire de l'innovation
"parcours des patients insuffisants cardiaques
sévères" en Ile-de-France

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ ÎLE-DE-FRANCE

ARRÊTÉ N° DIRNOV-2024/09

relatif à l'ouverture d'une période transitoire de l'innovation
« PARCOURS DES PATIENTS INSUFFISANTS CARDIAQUES SEVERES »
en Ile-de-France

LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ D'ÎLE-DE-FRANCE

- VU** le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-31-1 ;
- VU** l'arrêté du 28 février 2024 portant nomination de Madame Sophie MARTINON, Directrice générale adjointe de l'Agence régionale de santé Île-de-France, comme Directrice générale par intérim, à compter du 4 mars 2024 ;
- VU** l'arrêté du 17 janvier 2024 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2024 ;
- 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 ARS Ile-de-France n° Dirnov 2019/13 relatif au projet d'expérimentation Parcours des patients insuffisants cardiaques – publié le 2 janvier 2020 ; et l'arrêté modificatif ARS Ile-de-France n° Dirnov 2023/10 publié le 22 décembre 2023 ;
- VU** les avis favorables du comité technique de l'innovation et du conseil stratégique de l'innovation en santé en date de février 2024 sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « Parcours des patients insuffisants cardiaques sévères » ;
- VU** l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé en date du 20 mars 2024 à l'ouverture d'une période transitoire de l'expérimentation « Parcours des patients insuffisants cardiaques sévères ».

ARRÊTE

- ARTICLE 1 :** L'innovation « Parcours des patients insuffisants cardiaques sévères » est autorisée à compter de la date de publication du présent arrêté, dans les conditions précisées par le cahier des charges annexé.
- ARTICLE 2 :** La période transitoire est établie pour une durée de 12 mois extensible à 15 mois, le cas échéant. Elle débute le 1 avril 2024 et se terminer au plus tard le 1 juillet 2025, dans le cas où le droit commun ne serait pas opérationnel le 31 mars 2025.

ARTICLE 3 : La Direction de l'Innovation, de la Recherche et de la Transformation Numérique est chargée de l'exécution de la présente décision qui sera notifiée et publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région.

ARTICLE 4 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication. La juridiction administrative compétente peut être saisie par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr

Fait à Saint-Denis, le 27 mars 2024

La Directrice générale par intérim
de l'Agence régionale de santé
d'Île-de-France

SIGNE

Sophie MARTINON

INNOVATION EN SANTE CAHIER DES CHARGES

PARCOURS DES PATIENTS EN INSUFFISANCE CARDIAQUE SEVERE

NOM DU PORTEUR : Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP).

PERSONNE CONTACT : Dr Sophie de Chambine, sophie.dechambine@aphp.fr

Résumé du projet

L'innovation vise à améliorer le parcours et la prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque sévère via la mise en place d'une cellule d'expertise et de coordination pour l'insuffisance cardiaque sévère (CECICS).

L'objectif principal des CECICS est d'assurer la prise en charge coordonnée du patient insuffisant cardiaque sévère. Chaque cellule est formée d'une équipe pluriprofessionnelle composée au minimum d'un cardiologue et d'un infirmier. Les modalités d'organisation et de travail reposent sur le protocole de coopération « *Télesurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télé médecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un infirmier* » autorisé par arrêté le 27 décembre 2019. Ce protocole de coopération permet de garantir une prise en charge commune et partagée avec les médecins de l'insuffisance cardiaque dans la CECICS.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	
Régional	X
National	

DATE DES VERSIONS :

V1: 14/02/2024

V2 : 27/02/2024

V3 : 18/03/2024

SOMMAIRE

1. Présentation du porteur et des partenaires de l'expérimentation (ou groupe d'acteurs)	3
2. DESCRIPTION DE L'INNOVATION FAISANT L'OBJET DE LA PERIODE TRANSITOIRE	8
2.1 Objet et finalité de l'innovation	8
Objet.....	8
Finalité.....	8
Les missions de la CECICS comportent des activités d'expertise et des activités de coordination :	8
2.2 Population cible et effectifs	9
Les critères d'inclusion	9
Les critères d'exclusion	10
L'effectif plafond pour la période transitoire	11
2.3 Parcours des patients et usagers	11
Les modules de prise en charge des patients	11
Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'innovation	12
Rôle des IDE :	12
Rôle du cardiologue :	12
Rôle du diététicien (quel que soit son mode d'exercice), si présent :	13
3. Avis du comité technique (CTIS) et du conseil stratégique en innovation en santé (CSIS) et préparation du passage en droit commun	13
4. Modalités de mise en œuvre de la période transitoire	15
Terrain de maintien en conditions opérationnelles.....	15
Durée de la période transitoire.....	15
Pilotage, gouvernance et suivi de la période transitoire	15
5. Financement de l'innovation en santé	15
Synthèse et répartition du financement FISS et FIR sur 12 mois+/- 3 mois	15
6. Dérogations nécessaires pour la période transitoire de transition de l'innovation en santé	16

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

Le porteur de cette innovation est l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP). Cette innovation est soutenue et réalisée avec la Collégiale de Cardiologie de l'APHP (président de la collégiale par intérim, Pr Meune, de l'hôpital d'Avicenne). Ce projet mobilise également un ensemble large de professionnels hospitaliers et de ville autour du patient dans l'objectif de favoriser la prise en charge à son domicile.

Les sites impliqués sont : **APHP-Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, APHP-Sorbonne Université, APHP-Centre - Université de Paris, APHP-Nord -Université de Paris, APHP-Université Paris Saclay.**

L'AP-HP étant un hôpital universitaire, elle assure la formation des acteurs des Cellules d'Expertise et de Coordination d'Insuffisance Cardiaque Sévère (CECICS).

	Entité juridique et/ou statut	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone
Porteur	AP-HP 55 boulevard Diderot 75012 Paris	Ayden TAJAHMADY, DST AP-HP ayden.tajahmady@aphp.fr Pr Thibaud Damy - Pr Damien Logeart – Collégiale de cardiologie. thibaud.damy@aphp.fr damien.logeart@aphp.fr Correspondant : Dr Sophie de Chambine 01.40.27.36.86 - sophie.dechambine@aphp.fr

GHU	DMU candidat	Coordinateur CECICS AP-HP
APHP. Mondor	Le DMU médecine est structuré en 3 axes : cardiovasculaire (service de cardiologie et UF de cardiologie interventionnelle), neurologie/ rééducation (MPR) et médecine aigue (SAU, DAU, SAMU, réanimation médicale, médecine interne, rhumatologie, gériatrie, néphrologie, immunologie, soins palliatifs.). Ses principaux objectifs sont d'optimiser les parcours des patients et les réseaux ville-Hôpital, de proposer une expertise médicale dans la prise en charge pluri thématique et d'intégrer des soins de support. Le service de cardiologie a conçu le protocole de coopération et le projet d'organisation du parcours de l'IC sévère à l'aide des CECICS.	Pr Thibaud Damy
APHP. Sorbonne Université	DMU ARCHIMEDE : Alliance Réanimation Cardiologie Chirurgie cardiothoracique et vasculaire, Médecine Interne, Endocrinologie, Diabète et nutrition. Le DMU a une implication forte et ancienne dans le suivi de l'insuffisance cardiaque aussi bien sur l'implantation territoriale, l'ETP que la prise en charge de l'IC grave et terminale.	Pr Richard Isnard
APHP. Centre - Université de Paris	DMU CARTE (cardiovasculaire, rénal, transplantations et neurovasculaire) qui inclut les services de cardiologie de Cochin et HEGP et celui de réadaptation cardio-vasculaire de Corentin Celton. Projets d'unité bi-site sur l'insuffisance cardiaque, développement du diagnostic de l'IC/ cardiomyopathies, prise en charge de l'IC grave (assistance circulatoire et greffe).	Pr Eloi Marijon
APHP. Nord - Université de Paris	Le DMU regroupe les services de cardiologie et diabétologie de Bichat et Lariboisière, la chirurgie cardiaque de Bichat et la réanimation médicale de Lariboisière. L'insuffisance cardiaque est un thème privilégié : expertise et notoriété de longue date des 2 sites ; mise en place d'une équipe mobile, de consultation post-hospitalisation ; greffe cardiaque et activité importante d'assistance circulatoire ; structure ambulatoire de réadaptation cardiaque et ETP (CERCA).	Pr Damien Logeart

APHP. Université Paris Saclay	Le DMU CORREVE comprend les services de médecine intensive réanimation, de cardiologie, de néphrologie, de chirurgie vasculaire, d'explorations fonctionnelles et de génétique. Sur le plan cardiologique, il s'articule entre les services de cardiologie de Bicêtre et d'Ambroise Paré (bi site, regroupant les activités cardiologiques de Raymond Poincaré). L'insuffisance cardiaque est un thème prioritaire du DMU. Cela est renforcé de part un focus particulier sur les Co pathologies comme l'insuffisance rénale ou l'insuffisance hépatique.	Pr Nicolas Lellouche (par intérim)
--	---	------------------------------------

	APHP.Saclay	APHP. Centre	APHP.Mondor	APHP.Nord	APHP. Sorbonne
Coordonnateur	Pr Nicolas Lellouche (par intérim)	Pr E. Marijon	Pr T Damy	Pr D Logeart	Pr R. Isnard
Formation des IDE pour la CECIS					
Nb IDE formés au protocole de coop	4 en 2024	4 en 2024	4 en 2024	4 en 2024	3 en 2024
Critère de priorisation ARS 1 : organisation de la ville et coopérations					
Structure sur le territoire	DAC 94 Ouest - 92 centre – 92 Sud CPTS Boulogne – MPS Réseau des Cardios libéraux	DAC Paris Sud et Paris Ouest Inter-CPTS 13 14 15	DAC 94 Est 7 CPTS Réseau FINC	DAC Paris Nord Est CPTS 10, 18, 19, St Ouen	DAC Paris Sud, Inter-CPTS 13 14 15 Réseau des cardios libéraux.
Avancement des projets de coordination avec la ville	<ul style="list-style-type: none"> • GHU : coopération avec centres de santé, Direct APHP • Coopération avec médecins de ville (réseau de cardios de ville, amicale de MG), avis rapide, consultations • Réseau correspondants de ville : ligne tél pour pec urgente directe, gestion alertes de TLS 	<ul style="list-style-type: none"> • GHU : eparcours, Direct APHP • Partenariat avec cardiologues et MG pour les patients IC et inter CPTS : annuaire partagé, circuit court admission, consultations urgentes, formations • ETP incluant IC accessible sur site web • Réseau correspondants de ville : ligne tél pour pec urgente directe, gestion alertes de TLS 	<ul style="list-style-type: none"> • GHU : Réunion territoriale du parcours ICC, Direct APHP • Réseau de cardios de ville : groupe de travail avec 9 CPTS • Formations MG et Cardiologues • FINC 94 (gériatres, pharmaciens, cardiologue hors APHP) • Réseau correspondants de ville : ligne tél pour pec urgente directe, gestion alertes de TLS 	<ul style="list-style-type: none"> • GHU : COPIL ville-hôpital, Portail ville-hôpital, postes partagés (9 dont 1 cardiologue), Direct APHP • Formations médecins de ville • Poste partagée cardio • Réseau correspondants de ville : ligne tél pour pec urgente directe, gestion alertes de TLS 	<ul style="list-style-type: none"> • GHU : coopération inter CPTS postes partagés, Direct APHP • Partenariat avec cardiologues et MG pour les patients IC et inter CPTS 13-14 : circuit court admission, consultations urgentes, formations • Réseau RESICARD avec ETP • Réseau correspondants de ville : ligne tél pour pec urgente directe, gestion alertes de TLS.
Critère de priorisation ARS 2 : mobilisation effective des différentes structures et dispositifs d'aval					
Organisation de la filière avec le SSR	OUI	OUI : SMR cardiovasculaire de Corentin Celton dans DMU	OUI : SMR cardiovasculaire de Albert Chennevières dans DMU	OUI : centre de réadaptation cardiaque IC dans DMU (CERCA)	OUI
PRADO IC nb adhésions 2018	34	13	115	49	16

Télésurveillance IC	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Télésurveillance rythmologie	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Organisation parcours gériatrique	<ul style="list-style-type: none"> • OUI avec la gériatrie du GHU • RCP, cours anticoagulants 	<ul style="list-style-type: none"> • OUI avec la gériatrie du GHU 	<ul style="list-style-type: none"> • OUI avec la gériatrie du GHU • Ufcardiogériatrie, Télémed 	<ul style="list-style-type: none"> • OUI avec la gériatrie du GHU • Implication dans PAERPA 	<ul style="list-style-type: none"> • OUI avec la gériatrie du GHU • Implication ds IPEP 13-14
Critère de priorisation ARS 3 : organisation effective de l'établissement pour hospitaliser directement en cardiologie/gériatrie					
Ligne dédiées pour médecins de ville	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Diffusion des lignes	Plateforme direct APHP permettant des demandes d'avis en ligne depuis septembre 2023				
Critère de priorisation ARS 4 : file active importante en I Cardiaque					
File active 2018	1141	1139	969	1072	1307
Expertise particulière liée à l'insuffisance cardiaque	Centre de référence cardio myopathies et trouble du rythme Plan stratégique (2018) centré sur l'insuffisance cardiaque en lien avec le territoire, ETP.	Objectifs DMU : unité bi-site sur IC, développement du diagnostic, prise en charge de l'IC grave (assistance circulatoire et greffe), ETP	Centre de référence amylose A l'origine du projet avec création CECICS ; Projet d'optimisation du parcours IC, ETP, Expertise télémédecine	Expertise (RCP, travaux scientifiques). ETP et réadaptation cardiaque ambu, greffe, assistance circulat, équipe mobile, consultation post-hospit	Centre de référence Maladies Cardiaques Héritaires, Réseau Resicard, ETP, greffe, rythmologie, TLS, plateforme d'urgence ambulatoire (UCASAR)

Un COPIIL interne AP-HP mis en place associant notamment des représentants des sites engagés, de la collégiale et du siège assure l'organisation globale de cette organisation innovante et son suivi.

✓ **COPIIL stratégique :**

- Membres : directrice générale adjointe et direction de la stratégie et de la transformation AP-HP, représentants de l'ARS, de la CPAM, de l'équipe nationale et la CELEVAL, équipe projet, référent médical de CECICS et référent de direction par GHU
- Modalités de fonctionnement : 1 à 2 / an(s).
- Objectifs : exposer l'état d'avancement global du projet, les résultats au regard des objectifs fixés, les freins éventuellement rencontrés, discuter des leviers possibles et réajustements éventuels.

Entité juridique et/ou statut	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone
Equipe nationale – Article 51	FOUARD Annie, annie.fouard@sg.social.gouv.fr ; POPOT-DE-COMBARIEU Camille, camille.popot-de-combarieu@sg.social.gouv.fr ;
Assurance Maladie	BRIENEN FANNY Sophie, FANNYSOPHIE.BRIENEN@assurance-maladie.fr ; LEMAY Raynal, Raynal.lemay@assurance-maladie.fr ; LAUTMAN Albert, ALBERT.LAUTMAN@assurance-maladie.fr ;
ARS IDF	REBERGA Axele, axele.reberga@ars.sante.fr ROUDIER Charlotte, charlotte.roudier-daval@ars.sante.fr BATAILLE Sophie, sophie.bataille@ars.sante.fr ;
Equipe des porteurs	DAMY Thibaud, thibaud.damy@aphp.fr ; LOGEART Damien damien.logeart@aphp.fr ; DE CHAMBINE Sophie sophie.dechambine@aphp.fr ; DUCHENNE Armelle armelle.duchenne@aphp.fr
APHP siège	PAUGAM BURTZ Catherine catherine.paugam@aphp.fr ; COHEN Michael michael.cohen@aphp.fr ; TAJAHMADY Ayden ayden.tajahmady@aphp.fr ; TRELUYER Laurent laurent.treluyer@aphp.fr ; TRETON Olivier olivier.treton@aphp.fr ; VERON Frederic frederic.veron@aphp.fr ; ZANKER Caroline caroline.zanker@aphp.fr ; BLONDE Pierre pierre.blonde@aphp.fr
APHP GHU	CARITE Pierre-Etienne pierre-etienne.carite@aphp.fr ; GOURDON Fabien fabien.gourdon@aphp.fr ; IBEGAZENE Samia samia.ibegazene@aphp.fr ; MARGAIN Pierre pierre.margain@aphp.fr ; LESAGE Agnès agnes.lesage@aphp.fr ; ISNARD Richard richard.isnard@aphp.fr ; JONDEAU Guillaume guillaume.jondeau@aphp.fr ; MARIJON Eloi eloi.marijon@aphp.fr ; MANSENCAL Nicolas nicolas.mansencal@aphp.fr ; LELLOUCHE Nicolas nicolas.lellouche@aphp.fr ; VARENNE Olivier olivier.varenne@aphp.fr ; LECLAIRE Clément clement.leclair@aphp.fr

2. DESCRIPTION DE L'INNOVATION FAISANT L'OBJET DE LA PERIODE TRANSITOIRE

2.1 Objet et finalité de l'innovation

Objet

- la structuration d'une cellule d'expertise et de coordination pour l'insuffisance cardiaque sévère (CECICS), dispositif coopératif, pluri professionnel (cardiologues et infirmiers experts en insuffisance cardiaque) assurant la coordination, la télésurveillance et l'optimisation thérapeutique par transfert de compétence. Elle met ses compétences à disposition pour les patients et les professionnels de santé (ville et hôpital) du territoire.

- la mise en œuvre de différents modules de prise en charge visant à lever les principales difficultés actuelles de prise en charge, adaptés à chaque patient (médecine personnalisée) en fonction de ses besoins, de son accord et de celui de son médecin traitant et de son cardiologue ; ces modules viennent en appui du suivi réalisé par les médecins de ville (traitants et cardiologues) s'ils le jugent nécessaire.

- le développement du maillage territorial avec les acteurs hospitaliers, selon les territoires GHT/ESPIC/HIA/FINC94...

- le développement de la coopération avec la médecine de ville (cabinets, maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé, CPTS et DAC)

Finalité

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

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

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

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

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

- Mettre à disposition un **service d'expertise à distance** :
 - Pour les professionnels de santé particulièrement de ville, la CECICS apporte un appui afin de limiter l'errance diagnostique et le retard de prise en charge. Elle est accessible notamment via un numéro dédié et via l'outil régional de téléexpertise Ortif.
 - Pour les patients, la CECICS répond aux questions des patients suivis, avec orientation selon la situation (passage de l'infirmier PRADO, envoi vers son médecin traitant ou cardiologue de ville, consultation hospitalière...).

- **Coordonner le parcours intra-hospitalier** : repérage des patients y compris hors cardiologie, orientation et intégration dans la filière spécialisée de l'insuffisance cardiaque.
- **Evaluer la situation du patient en lien avec son médecin traitant et son cardiologue référent** et proposer des modules adaptés de prise en charge, notamment celui du repérage de la fragilité et de l'orientation vers les services gériatriques ambulatoires ou hospitaliers.
- **Mettre en œuvre certains modules proposés** en fonction du patient et du souhait de son équipe de soins (cf. chapitre 2.3)
- **Contribuer, en lien avec les autres acteurs du territoire, à initier le DMP/ dossier santélien** dans sa version adaptée (formalisation nécessaire pour l'échange des informations avec les acteurs de ville en cours).
- **Assurer la coordination avec les médecins référents du patient** (cardiologue et médecin traitant) et autres professionnels de santé de ville impliqués :
 - o Soutien à l'organisation de la sortie en accord avec les médecins de ville (information MT et cardiologue et consultation rapide en post-hospitalisation) et à l'orientation vers PRADO (CPAM).
 - o Transmission d'informations par la CECICS tout au long de la prise en charge qu'elle assure pour le patient, avec comptes-rendus de gestion d'alerte, de consultation de titration, d'urgence....
 - o Vérification que le suivi classique du patient est bien en place (rendez-vous MT, cardiologues...).

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

La CECICS met à disposition des médecins du territoire :

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

2.2 Population cible et effectifs

La population cible est celle des patients insuffisants cardiaques graves/ sévères qui représentent environ 10% des insuffisants cardiaques.

Les critères d'inclusion

- Les patients à risque d'hospitalisation ou en sortie d'hospitalisation pour l'une des situations suivantes :
 - Hospitalisation au cours des 30 derniers jours pour une poussée d'IC (séjours avec un diagnostic principal – DP- I500, I501, I502 ou I509 ; I110 cardiopathie hypertensive avec IC, I130 et I132 cardio néphropathie hypertensive avec IC et R 570 choc cardiogénique)
 - o OU
 - Hospitalisation au moins une fois au cours des 12 derniers mois pour une poussée d'IC aiguë ou décompensée et actuellement en NYHA¹ >= II avec BNP >100 pg/ml ou NT Pro BNP >300 pg/ml

Parmi ces patients ayant un antécédent d'hospitalisation, nous avons identifié une catégorie de « patients très sévères » définis par des critères (choc cardiogénique, cardiopathie infiltrative...) recueillis lors de l'hospitalisation index. Cette catégorie de patients est caractérisée par une gravité allée à des coûts et des risques plus importants. La population-cible « très sévère » peut être estimée

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

à 23% des hospitalisations index. *NB: le nombre de patients ayant une cardiopathie infiltrative est probablement sous-estimé actuellement.*

Définition d'une catégorie de « patients très sévères » : Les patients qui bénéficient d'une prise en charge par la CECICS sont, par définition, des patients graves ayant une IC sévère ou à haut risque d'aggravation. Néanmoins cette population n'est pas homogène et certains patients vont mobiliser encore plus de ressources. C'est pourquoi, nous avons identifié les critères permettant de classer les patients IC dans la catégorie « très sévère » associée à une lourdeur d'intervention de la CECICS :

- Patients hospitalisés : au moins un des critères suivants :
 - 2 hospitalisations dans l'année
 - Passage en réanimation
 - DP choc cardiogénique
 - Age > 80 avec 1 comorbidité significative (BPCO, diabète, insuffisance rénale)
 - Cardiomyopathies infiltratives (ex. amylose DP/DA E 85), cardiopathies restrictives (I425)
 - Inscription sur liste de greffe
 - Au moins 2 comorbidités significatives (BPCO, diabète, insuffisance rénale)

OU

- Patients non hospitalisés mais en phase d'aggravation rapide avec dose quotidienne de diurétique > 120 mg équivalent furosémide
- Les patients présentant une aggravation récente (dans le mois) d'une insuffisance cardiaque sans hospitalisation pour IC aiguë, le but étant de la prévenir, incluant :
 - NYHA classe ≥ III avec BNP>300 ou NTpro BNP>1000
 - Et/ou majoration du traitement diurétique avec au moins doublement de la dose (intensification du traitement pour déstabilisation).

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

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

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

Les critères d'exclusion

Sont identiques à ceux décrits dans le protocole de coopération national de Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un infirmier :

- Patients mineurs,
- Femmes enceintes,
- Patients refusant d'être pris en charge dans le cadre de ce protocole,
- Patients sans correspondant médical identifié,
- Dans le cadre de la titration, patients présentant une IC à FEVG préservée (selon les recommandations en vigueur),
- Dans le cadre de la télésurveillance, patients présentant les critères de non-inclusion définis par les textes réglementaires en vigueur (*Arrêté du 22 juin 2023 portant inscription d'activités de télésurveillance médicale du patient insuffisant cardiaque chronique sur la liste prévue à l'article L. 162-52 du code de la sécurité sociale - NOR : SPRS2317277A*)
 - Impossibilité physique ou psychique pour le patient ou l'aidant d'utiliser le dispositif et/ou ses accessoires de collecte, dialyse ou insuffisance hépatique sévère, espérance de vie inférieure à 12 mois en dehors de l'insuffisance cardiaque, compliance habituelle faible ou refus de l'accompagnement thérapeutique, absence de lieu de séjour fixe.

- Refus du patient à la transmission des données nécessaires au contrôle de l'utilisation effective du dispositif et indicateurs nationaux

NB. (Les patients présentant des troubles cognitifs, troubles de l'équilibre, etc., sauf si un dispositif d'aidants ou de professionnels de proximité a pu être mis en place avec la ville).

L'effectif plafond pour la période transitoire

Pour une période transitoire de 12 mois, l'effectif prévisionnel maximum est de 1 600 patients

Pour une période transitoire de 15 mois : l'effectif prévisionnel maximum est de 2 000 inclusions

Volumétrie de patient par sévérité

CECICS APHP	Sur 12 mois	Sur 15 mois
<i>Patients très sévères</i>	960	1 200
<i>Patients sévères</i>	608	760
<i>Patients instables</i>	32	40
Total	1 600	2 000

Volumétrie de patient par centre

CECICS APHP	ventilation	Nb suivis 12 mois	Nb suivis 15 mois
Nombre de patients suivis	100%	1 600	2000
<i>HMN (Henri Mondor)</i>	28%	448	560
<i>APHP.5 (Centre)</i>	20%	320	400
<i>APHP.6 (Sorbonne)</i>	17%	264	330
<i>APHP.7 (Nord)</i>	16%	256	320
<i>Saclay</i>	20%	312	390

2.3 Parcours des patients et usagers

Les modules de prise en charge des patients

Les modules de prise en charge sont proposés au patient selon ses besoins en complément d'un suivi classique.

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

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

Leurs mises en œuvre sont réalisées en lien avec l'équipe de soins du patient.

Module 1 : Télésurveillance avec accompagnement thérapeutique proposée par la CECICS (toutes solutions techniques/fournisseurs inscrits sur la liste des activités de surveillance médicale (HAS)).

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

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

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

Module 5 : Hospitalisation au domicile en substitution à l'hospitalisation classique si possible pour les patients nécessitant des traitements diurétiques intraveineux à forte dose (selon protocole diurétique HAD-CECICS validé en décembre 2022) ;

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

Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'innovation

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

Rôle des IDE :

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

- Coordination du parcours intra hospitalier ;
- Liaison avec la prise en charge de ville ;
- Information, accompagnement thérapeutique, éducation thérapeutique du patient ;
- Consultations de titration ;
- Télésurveillance ;
- Consultations non programmées.

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

Rôle du cardiologue :

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

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

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

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

3. Avis du comité technique (CTIS) et du conseil stratégique en innovation en santé (CSIS) et préparation du passage en droit commun

Les résultats de l'évaluation finale indiquent que les CECICS ont permis une prise en charge optimale des patients atteints d'une insuffisance cardiaque sévère et très sévère notamment sur le plan thérapeutique médicamenteuse et la prise en charge précoce des décompensations cardiaques.

Le processus de recrutement et de formation des professionnels de CECICS long et la crise sanitaire Covid ont eu un impact sur l'atteinte des objectifs d'inclusion ainsi que sur l'identification des CECICS par les partenaires territoriaux (CPTS, DAC) et libéraux (cardiologues libéraux, médecins généralistes) qui a été tardive. Cette dernière est intervenue pour l'essentiel sur la dernière année de l'expérimentation et ce malgré une communication importante.

La prise en charge coordonnée proposée par les CECICS repose sur un protocole de coopération entre cardiologue et infirmier hospitalier expert en insuffisance cardiaque (formation -DIU insuffisance cardiaque). Elle vise à soutenir le parcours en ville du patient insuffisant cardiaque sévère et très sévère, à repérer de façon précoce les décompensations pour une prise en charge sans passer par les urgences. Cependant la mise en œuvre de l'expérimentation n'a pas permis une pleine implication des professionnels libéraux qui reste à développer en lien avec les CPTS.

Les professionnels CECICS sont satisfaits du mode d'exercice proposé et des modalités de déploiement des différents modules des CECICS qui ont permis une articulation progressive avec les organisations pré existantes avec l'appui des directions administratives.

Les infirmier hospitaliers indiquent que l'évolution de leurs missions, de leurs compétences et de leur autonomie rend plus attractif leur métier. Les cardiologues mettent en exergue les changements de pratique, d'organisation et de coordination avec les infirmiers hospitaliers experts en insuffisance cardiaque et la télésurveillance. Ces changements leur permettent de retrouver du temps médical pour se recentrer sur les patients les plus graves. Les directions administratives, quant à elles, soulignent la fluidification des parcours entre les services de cardiologie et les services d'urgence.

La place centrale de l'infirmier hospitalier expert en insuffisance cardiaque en tant que premier interlocuteur des patients et des professionnels de santé a été soulignée tant par les équipes hospitalières, que par les professionnels libéraux impliqués et les patients.

Les patients témoignent de leur meilleure compréhension de leur maladie, de leur connaissance des leviers sur lesquels ils peuvent agir, de leur autonomie sur la gestion de la maladie, du caractère essentiel des échanges avec l'infirmier expert en insuffisance cardiaque, de la réassurance et de l'accessibilité à un avis du cardiologue par son intermédiaire.

L'efficacité observée des CECICS est notable sur les hospitalisations les plus graves et sur la mortalité précoce (cf. résultats d'évaluation ci-dessus). Il est observé également de fortes diminutions du nombre et de la durée des hospitalisations et des passages aux urgences. L'optimisation thérapeutique est réalisée dans un délai moyen de 3 mois sur 4 consultations en moyenne. La part de patients en trithérapie augmente à la suite de la prise en charge des patients dans les CECICS.

Les CECICS engendrent un moindre recours à des soins hospitaliers avec un transfert vers les soins de ville pour partie lié à une meilleure optimisation thérapeutique et un repérage précoce des décompensations.

Le modèle économique des CECICS sera à analyser en tenant compte des évolutions du droit commun sur la télésurveillance.

Compte tenu de la valeur ajoutée de cette innovation organisationnelle, le comité technique de l'innovation en santé est favorable à la transposition dans le droit commun de ce modèle « Parcours des patients insuffisants cardiaques sévères ». Le passage dans le droit commun relève de la mise en œuvre combinée du droit commun de la télésurveillance et d'une évolution du droit commun du modèle de financement hospitalier pour permettre la mise en œuvre du modèle CECICS.

En raison de ce qui précède, les adaptations suivantes sont recommandées :

- La formation des équipes CECICS demande à être adaptée en termes de : durée du DIU des infirmiers experts en insuffisance cardiaque pour améliorer son acceptabilité, de formation continue des infirmiers experts en insuffisance cardiaque et d'accompagnement des cardiologues à la délégation.
- Les collaborations initiées avec les CPTS et les DAC sont à développer, le modèle CECICS visant à organiser le parcours des patients insuffisants cardiaques sévères et très sévères entre la ville et l'hôpital.
- Le modèle CECICS devra intégrer les dimensions relatives à la consultation de titration, aux consultations précoces, à l'accompagnement thérapeutique, et à la coordination selon le niveau de sévérité des patients. L'accompagnement thérapeutique est une composante essentielle, elle concerne tous les patients. Les forfaits télésurveillance de droit commun ont une composante accompagnement thérapeutique, or seuls 67% des patients « CECICS » sont télésurveillés.

Avis et recommandations du comité technique et du conseil stratégique sur la suite à donner à l'expérimentation

Les deux instances recommandent de développer les liens avec les CPTS, de renforcer et systématiser les liens territoriaux avec les professionnels de ville, de réévaluer le forfait pour prendre en compte le temps de coordination et le temps médical, de conserver une souplesse sur la mobilisation des ressources lors du déploiement et de développer une organisation comparable en ville pour les patients insuffisants cardiaques les moins sévères. Il souligne, par ailleurs, l'importance de la formation (durée, contenu et compagnonnage) des infirmiers qui doivent acquérir de nouvelles compétences afin de sécuriser les prises en charge des patients. De plus, il invite à ce qu'un lien soit mis en place lors du déploiement de cette innovation avec les actions de gestion du risque menées par l'Assurance Maladie et la MSA autour du Parcours Insuffisance Cardiaque auprès des CPTS et structures d'exercices coordonnées.

Au total, le Conseil stratégique s'est exprimé favorablement à l'unanimité avec 6 avis exprimés, les conclusions de l'avis du comité technique étant par ailleurs suivies par les autres membres du conseil stratégique. En conséquence, celui-ci émet un avis favorable à la généralisation de l'expérimentation « Parcours des patients insuffisants cardiaques sévères ».

4. Modalités de mise en œuvre de la période transitoire

Terrain de maintien en conditions opérationnelles

L'innovation en santé est mise en œuvre sur la région Ile de France.

Durée de la période transitoire

La durée de la période transitoire est de 12 mois à compter du 1^{er} avril 2024. Cette période transitoire pourra, en cas de besoin, être prolongée de 3 mois.

Pilotage, gouvernance et suivi de la période transitoire

L'APHP étant le seul porteur de cette innovation en santé, les interactions avec les différentes parties prenantes, partenaires professionnelles, équipes ARS, ministérielles, Cnam et du dispositif Article 51 sont coordonnées par l'APHP. Il assure le pilotage de la mise en œuvre de l'innovation en santé, sa gouvernance et son suivi.

5. Financement de l'innovation en santé

Le modèle de financement est un modèle forfaitaire, il comprend trois forfaits définis selon le niveau de sévérité :

- Forfait pour les patients très sévères : 660€ / patient / an
- Forfait pour les patients sévères : 260€ / patient / an
- Forfait pour les patients instables à risque élevé : 1000 € / patient / an

La variation de la totalité des montants de remboursement de soins perçus par CECICS dépend de :

- L'intensité de mobilisation de la cellule d'expertise et de coordination, requise par le niveau de sévérité de la pathologie (FISS) ;
- Le financement mobilisable, pour une partie des patients, au titre de la télésurveillance passée dans le droit commun en juillet 2023 (TVB).

Le principe du modèle économique du cahier des charges de l'expérimentation publié le 2 janvier 2020 est décrit au chapitre Modèle économique. Il est consultable sur le site du ministère article 51 LFSS 2018 (page expérimentations en cours).

Synthèse et répartition du financement FISS et FIR sur 12 mois+/- 3 mois

Le besoin de financement au titre du FIR des frais d'ingénierie couvrant les frais de chefferie de projet et le poste de chargé de mission de consolidation des données de santé (105 000 euros sur l'année 2024 et 35 000 euros sur l'année 2025) sur l'ensemble de la période transitoire s'élève à 140 000 euros sur 12 mois et 175 000 euros sur 15 mois.

Le besoin de financement au titre du FISS pour les prestations dérogatoires est de 823 680 euros maximum sur une période transitoire de 12 mois et de 1 029 600 euros sur 15 mois.

Soit un montant total maximal (FIS+FIR) de 963 680 euros pour une période de 12 mois et de 1 204 600 euros pour 15 mois.

Période transitoire	12 mois		15 mois (+/- 3 mois)	
	Nb patients	Montant maximum	Nb patients	Montant maximum
Patients très sévères	960	633 600€	1 200	792 000€
Patients sévères	608	158 080€	760	197 600€
Patients instables	32	32 000€	40	40 000€
Total patients	1 600		2 000	
Période transitoire	12 mois		15 mois (+/- 3 mois)	
Total prestations dérogatoires (FISS)	823 680€		1 029 600€	
Total Crédits ingénierie (FIR)	140 000€		175 000€	
Total Innovation (FISS+FIR)	963 680€		1 204 600€	

6. Dérogations nécessaires pour la période transitoire de transition de l'innovation en santé

L'innovation en santé nécessite de déroger aux articles aux articles L. 162-22-6, L. 162-22-10 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale.

Liens d'intérêt

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

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

Les Prs Damy et Logeart porteurs scientifiques du projet déclarent leurs liens d'intérêt.