

Avis du comité technique de l'innovation en santé et du conseil stratégique de l'innovation en santé sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « Vigie Age »

Avril 2025

Le comité technique de l'innovation en santé et le conseil stratégique de l'innovation en santé sont saisis pour avis sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « Vigie Age ».

L'expérimentation a été autorisée par l'arrêté du 23 décembre 2021, modifié par l'arrêté publié le 15 mars 2024 pour une révision de l'effectif cible et la modification d'un des partenaires. Une extension de l'expérimentation en Centre - Val de Loire a également été autorisée en 2024.

L'expérimentation était portée par la société EPOCA ainsi que divers centres hospitaliers et services de soins infirmiers à domicile des territoires concernés.

Après examen du rapport d'évaluation et des différents documents à sa disposition, le comité technique a rendu son avis le 18 mars 2025 et le conseil stratégique le 12 avril 2025.

Contexte

Selon l'INSEE^{1,2}, si les tendances démographiques et l'amélioration de l'état de santé se poursuivaient, la France compterait 4 millions de seniors en perte d'autonomie en 2050, soit 16,4 % des seniors. Pour maintenir constant le pourcentage de personnes en établissement, il faudrait que le nombre de places en hébergement permanent en établissements pour personnes âgées augmente de 20 % d'ici à 2030 et de plus de 50 % à l'horizon 2050. Ces observations sont à nuancer à la lumière des récents résultats de l'enquête Autonomie 2022 réalisée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère chargé de la santé. Ainsi, en 2022, en France métropolitaine, parmi les 18 millions de personnes qui ont 60 ans ou plus, 16,7 millions vivent à leur domicile. 3 % à 8 % des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à leur domicile sont en perte d'autonomie au sens du groupe iso-ressources (GIR), soit de 500 000 à 1,3 million d'individus concernés. Un net recul du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (-2,5 points) est observé, celui des 75 ans et plus y contribue pour l'essentiel (-1,5 point).

Sachant que 30% des personnes vivant à leur domicile et âgées de plus de 85 ans sont en perte d'autonomie, favoriser le maintien à domicile et limiter les places en

¹ 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050, Khaled Larbi (pôle Emploi-population, Insee), Delphine Roy (Drees), INSEE PREMIERE N°1767, 25/07/2019

² Davantage de personnes âgées en perte d'autonomie à domicile dans les départements les plus pauvres – Marylise Dehon (Insee) - Insee Focus n° 314, décembre 2023

établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), comme l'encouragent les politiques actuelles, pourrait entraîner le report d'une partie des seniors vers des formes d'habitat intermédiaire entre les logements ordinaires et les EHPAD, comme les résidences autonomie mais ne permet pas de répondre aux difficultés rencontrées par les professionnels de santé et du secteur médico-social. En effet, ceux-ci ont comme alternatives soit des prises en charge hospitalières, focalisées autour d'un plateau technique avec expertise pluri professionnelle et surveillance continue avec plus de 3 millions de patients de plus de 70 ans hospitalisés en 2023³, soit des prises en charge au domicile, où les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) manquent d'appui médical. En ville, les effectifs des médecins traitants sont en tension et manquent de temps et de moyens pour gérer des situations complexes, c'est-à-dire des situations associant des troubles somatiques, cognitifs et psychiques à des difficultés sociales, notamment l'épuisement de l'aidant. Les ruptures de parcours pour des personnes âgées polypathologiques instables sont multiples et aggravent la perte d'autonomie.

Objet de l'expérimentation

L'expérimentation « Vigie Age » propose une alternative aux personnes âgées de 70 ans ou plus, polypathologiques et en situation clinique et cognitive instable avec perte d'autonomie ou en situation complexe. L'approche intégrée et centrée sur la personne âgée combinant télésurveillance et accompagnement gériatrique doit permettre d'améliorer et de sécuriser le maintien à domicile en facilitant les articulations entre la ville, l'hôpital et/ou le médico-social. Cette approche a pour objectif d'éviter une hospitalisation ou d'en diminuer la durée puis le cas échéant de gérer et prévenir des décompensations aiguës à répétition.

Le parcours repose sur le suivi médical et médico-social collaboratif par une équipe soignante pluridisciplinaire dédiée (personnel médical hospitalier, SSIAD, infirmiers) agissant aussi bien en surveillance à distance qu'en intervention mobile de support 24H/7J, appuyée par une plateforme de télésurveillance se basant sur l'analyse des données remontées par des objets connectés pour identifier et anticiper les épisodes de dégradation de l'état de santé du patient.

Un parcours de prise en charge aiguë (parcours GAD), ainsi qu'un parcours de prise en charge au long cours (parcours AMAD, décliné en AMAD 1 ou 2 selon l'intensité des interventions) est proposé pour la prise en charge du patient.

Dérogations mobilisées

L'expérimentation a mobilisé les dérogations aux articles L.162-1-7, L. 162-22-3, L. 162-26 du code de la sécurité sociale, à l'article L. 4113-5 du code de la santé publique et à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles.

³ <https://chiffres-cles.scansante.fr/mco.html>

Champ d'application territorial de l'expérimentation

Le champ d'application de l'expérimentation proposée est de portée régionale et concerne les régions Centre-Val de Loire (Eure-et-Loir) et Ile-de-France (Val d'Oise, Hauts-de-Seine, Yvelines).

Durée (prévue et effective) de l'expérimentation

La durée effective de l'expérimentation a été de 38 mois. Elle était initialement fixée à 36 mois.

Elle a débuté le 16 février 2022 et se termine le 15 avril 2025.

Population cible

L'expérimentation s'adressait aux personnes âgées de 70 ans ou plus, polypathologiques et en situation clinique et cognitive instable avec perte d'autonomie ou en situation complexe. Il était prévu d'inclure 3 094 patients ; 1 291 inclusions avaient été réalisées au 5 février 2025.

Modèle testé

Le modèle testé repose sur un parcours de télésurveillance complet, permettant le maintien à domicile des personnes âgées polypathologiques dépendantes et ce de manière sécurisée. Il a pour objectif d'éviter les passages aux urgences, les hospitalisations ou d'en diminuer la durée puis dans le cadre de l'accompagnement médicalisé à domicile (AMAD), de gérer et prévenir des décompensations aiguës à répétition.

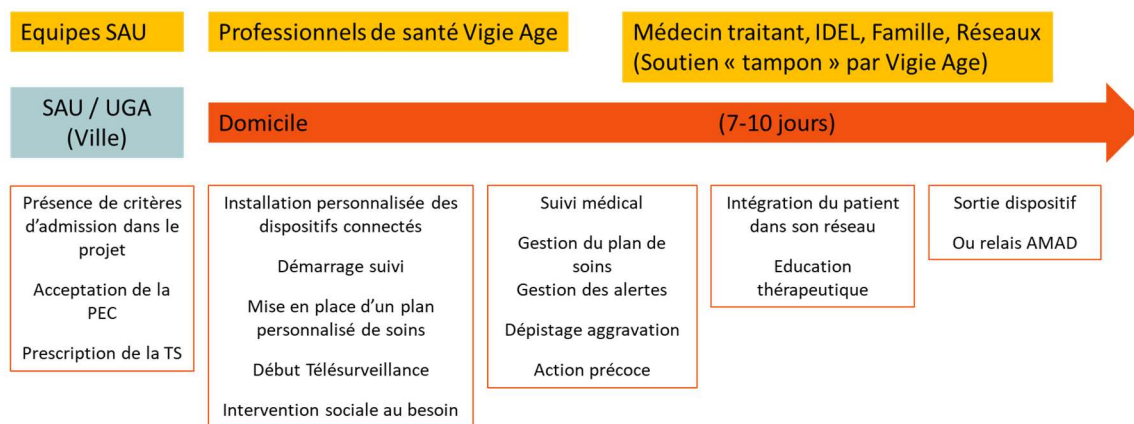
Ce parcours repose sur le suivi médical et médico-social collaboratif par une équipe soignante pluridisciplinaire dédiée (personnel médical hospitalier, SSIAD, infirmiers) organisée en binôme opérationnel et agissant aussi bien en surveillance à distance qu'en intervention mobile de support 24H/7J, appuyée par une plateforme de télésurveillance, assurée par des care-managers (CM), se basant sur l'analyse des données remontées par des dispositifs connectés pour identifier et anticiper les épisodes de dégradation de l'état de santé du patient.

En pratique, le binôme opérationnel est composé d'un médecin gériatre (rattaché à l'hôpital partenaire, assurant l'expertise gériatrique) et d'un infirmier opérationnel (rattaché au SSIAD (majorité des situations) ou à l'hôpital partenaire). L'infirmier opérationnel et le médecin opérationnel réalisent la visite d'inclusion au domicile du patient, le suivi spécifique à chaque patient et la gestion des alertes.

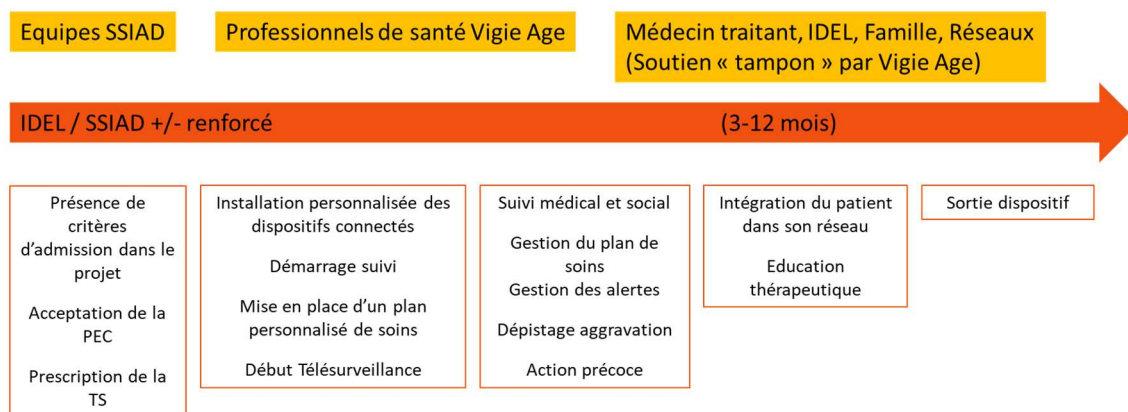
En fonction des différents besoins du patient et de son niveau polypathologique ou de dépendance, trois parcours différents de prise en charge sont proposés : un parcours de prise en charge aiguë (parcours GAD – gériatrie aiguë à domicile) et un

parcours de prise en charge au long cours (parcours d'accompagnement médicalisé à domicile – AMAD), décliné en AMAD 1 ou AMAD 2 selon l'intensité des interventions :

- Le GAD remplace un séjour hospitalier en MCO en cas d'épisode aigu d'un patient âgé correspondant aux critères d'inclusion/exclusion CCMU⁴ 1 à 3, ou raccourcit un séjour hospitalier pour les patients plus lourds.



- Les AMAD assument le suivi au long cours et les épisodes aigus de type GAD survenant au décours. Ils s'apparentent à une télésurveillance et une télé-coordination sanitaire et médico-sociale de la polypathologie gériatrique. La différence entre AMAD 1 et AMAD 2 est liée à l'intensité des interventions (AMAD 1 : patients âgés polypathologiques complexes autonomes ou semi-autonomes et AMAD 2 : patients âgés polypathologiques complexes en situation de dépendance).



L'organisation de Vigie Age mobilise plusieurs leviers :

- une expertise gériatrique tant dans la conception du dispositif que dans sa mise en œuvre ;
- un modèle adapté à la polypathologie des personnes âgées dépendantes ;

⁴ Classification clinique des malades des urgences

- le repérage des personnes âgées polypathologiques et dépendantes tant en médecine de ville par le médecin traitant qu'en établissement hospitalier par les services des urgences ou les unités hospitalières ;
- des binômes opérationnels composés de médecin(s) gériatre(s) exerçant dans l'établissement hospitalier utilisateur du dispositif et d'infirmier(e)s exerçant dans un SSIAD partenaire ou au sein d'une équipe mobile gériatrique ou en médecine de ville ;
- la mutualisation de l'astreinte médicale des médecins gériatres des établissements partenaires ;
- l'information et la formation du personnel médical et paramédical des services d'urgence, des services hospitaliers et des SSIAD à l'utilisation de Vigie Age et aux changements de pratiques sur l'orientation des personnes âgées ;
- l'information de la médecine de ville sur l'appui apporté par Vigie Age dans le respect du rôle du médecin traitant et du cercle de soins du patient qui assurent les soins à domicile ;
- l'adaptabilité du dispositif à différents contextes et aux ressources disponibles, y compris en l'absence de médecin généraliste sur un territoire ;
- l'agilité du dispositif à s'adapter à l'organisation spécifique de chaque établissement dans lequel il s'intègre : des possibilités d'inclusion à partir de différents services et selon différentes modalités : services des urgences, unités d'hospitalisation, repérage *a posteriori* (critères de récurrences des hospitalisations...).

Modalités de financement du projet

Le modèle de financement des parcours GAD, AMAD 1 et AMAD 2 comprenait :

- Un forfait annuel de télésurveillance socle à hauteur de 132 euros, qui couvre la mise à disposition d'une prestation de télésurveillance de premier niveau pour une durée d'un an.
- Un forfait « Vigie Age » qui intègre les spécificités de l'activité de télésurveillance liées au profil des patients âgés polypathologiques et dépendants, ainsi que le suivi des patients par les équipes médicales et paramédicales (819 euros pour GAD, 1 362 euros pour AMAD 1 et 3 298 euros pour AMAD 2).
- Une part conditionnelle complémentaire au forfait, versée sur la base du ratio des profils de soin.

Budget

Coût de l'expérimentation

	Budget prévisionnel maximal autorisé*	Budget observé au 5 décembre 2024
Prestations dérogatoires (FISS)**	5 863 330 euros	3 001 773 euros

Crédits d'amorçage et d'ingénierie (FIR)	320 860 euros	218 456 euros
Total	6 184 190 euros	3 220 229 euros

* montant maximal en rapport avec l'effectif maximal estimé

** dont part conditionnelle de 484 320 euros

Principaux résultats d'évaluation

Rappel des questions évaluatives :

Déclinant les quatre grands critères du cadre général de l'évaluation des expérimentations article 51 (faisabilité, efficacité/efficience et transférabilité), les travaux sur l'expérimentation ont cherché à répondre aux questions suivantes :

- Dans quelle mesure les acteurs ont-ils réellement la capacité de monter et faire fonctionner le dispositif envisagé ? Les acteurs des terrains d'expérimentation parviennent-ils à s'approprier le modèle organisationnel et tarifaire proposé ? Quels freins rencontrés ? Quelles adaptations apparaissent nécessaires pour le déploiement ? (Faisabilité)
- Quels sont les résultats sur la prise en charge et sur les parcours des patients ? Quels sont les résultats en matière d'exercice et de coordination des professionnels et établissements ou services (entre les professionnels de ville – hôpital – EPOCA) ? Quel est l'impact du programme sur les consommations de soins des patients inclus ? Le modèle tarifaire proposé est-il incitatif à l'implication des professionnels du réseau médical, paramédical et social du patient ? Quels sont les effets indirects, non prévus ? (Efficacité) (Efficience)
- Dans quelle mesure le dispositif peut-il être transféré, généralisé à d'autres territoires, et quelle est la pérennité de ce modèle innovant d'organisation et de financement ? (Transférabilité)

L'évaluation de l'expérimentation repose sur la mobilisation de méthodes mixtes permettant une analyse combinée de données qualitatives et quantitatives.

A noter, l'évaluation a porté sur une période de février 2022 à avril 2024. L'analyse des données du système d'information de l'expérimentation a porté sur 722 patients et a permis de décrire le profil des patients ayant bénéficié de l'expérimentation et les parcours dans VIGIE-AGE. Les données SNDS disponibles pour 702 patients portaient sur des périodes temporelles restreintes (données de soins de ville de janvier 2021 à avril 2024, données hospitalières de janvier 2021 à décembre 2023).

Compte tenu des contraintes liées aux périodes de données disponibles, des sous-populations d'analyse ont été définies pour chaque analyse.

Conclusions du rapport d'évaluation :

Faisabilité :

Un déploiement opérationnel, progressif et conforme au cahier des charges, confirme la faisabilité du dispositif. Malgré des difficultés de recrutement des infirmiers, un

renouvellement marqué des équipes adressant les patients (services des urgences, services hospitaliers), une participation limitée des médecins généralistes et des difficultés conjoncturelles d'un site initial qui a été remplacé secondairement par deux autres sites, l'activité est en progression constante. Les « accompagnements médicalisés à domicile » - AMAD – sont supérieurs aux prévisions initiales. Cette dynamique AMAD a un impact sur le renouvellement et la durée des « suivis Gériatrie Aigu à Domicile » – GAD - dont le nombre est inférieur aux prévisions. Ces difficultés et les ajustements imprévus liés aux particularités des patients adressés ont conduit les équipes à adapter les process.

Ainsi une information régulière et une sensibilisation continue ont été prodiguées par les porteurs du projet et les binômes opérationnels auprès des équipes soignantes concernées pour garantir le bon fonctionnement du dispositif. L'organisation des binômes opérationnels a été également adaptée aux contraintes locales.

Les *care managers* (ou « gestionnaire de soins ») de « Vigie Age » ont un rôle majeur dans la coordination et la continuité des soins. Un médecin régulateur, positionné en soutien des *care managers*, assure le lien avec les gériatres ou médecins généralistes des patients et veille à la réalisation du plan personnalisé de soins.

Une bonne coopération entre les médecins gériatres hospitaliers et les infirmiers est observée ; elle semble plus fluide lorsque les médecins et les infirmiers appartiennent à la même entité.

Les formations ont contribué à une sensibilisation et une montée en compétences des professionnels impliqués. 104 professionnels ont été formés au dispositif « Vigie Age ».

La plateforme numérique du dispositif configurée de façon à faciliter son acceptabilité par les utilisateurs, est opérationnelle pour le suivi des patients ; elle compte un peu plus de 220 professionnels utilisateurs. Les utilisateurs identifient la nécessité de mettre à disposition un module de pilotage de l'activité en temps réel.

La gouvernance tripartite (EPOCA, établissements hospitaliers et SSIAD) est effective mais reste à optimiser ou à simplifier en fonction des territoires.

L'analyse du déploiement de « Vigie Age » sur quatre sites montre qu'il n'existe pas une organisation unique mais plutôt des structurations spécifiques et adaptées à chaque territoire, tenant compte des ressources disponibles, des partenariats antérieurs et de la volonté des acteurs locaux. De ce fait, bien qu'un cadre commun soit établi, chaque territoire a su s'approprier et adapter le dispositif en fonction de ses propres ressources, contraintes et besoins spécifiques. Les modèles qui s'appuient sur une équipe mobile de gériatrie et des infirmiers libéraux apparaissent plus agiles et plus performants en termes d'activité.

Efficacité/ Efficience :

Les patients pris en charge par le dispositif Vigie Age concernent selon l'analyse quantitative des patients polypathologiques en perte d'autonomie importante, d'un âge moyen de 87,9 ans, vivant seul dans 58% des cas et isolés géographiquement dans 41% des cas et présentant dans 49% des cas des troubles cognitifs. Plus de 50% des patients bénéficient d'une allocation compensatrice (47,5% de l'allocation personnalisée d'autonomie - APA, 2,1% de l'allocation aux adultes handicapés – AAH).

Dans les six mois précédant leur admission dans « Vigie Age », 86,4% des patients ont été hospitalisés en moyenne 2,6 fois en service de médecine. 7% des patients ont bénéficié d'un ou plusieurs renouvellements de leurs parcours GAD et AMAD (jusqu'à trois renouvellements maximum observés).

L'adressage dans Vigie Age se fait principalement au décours d'une hospitalisation MCO⁵ (50,6%) et SMR⁶ (6%) ou d'un passage aux urgences (30,9%). La médecine de ville adressent 12,4% des patients admis dans le dispositif Vigie Age.

La durée moyenne de la prise en charge dans Vigie Age est de 4,7 mois avec une médiane à 2,2 mois. La durée moyenne des parcours GAD est de 19,3 jours et celles des parcours AMAD1 et AMAD2 sont de 6,6 et 5,4 mois.

90,5% des patients admis ont suivi les trois parcours proposés : 39% des patients ont été pris en charge uniquement dans un parcours GAD ; 30,6% des patients ont été pris en charge en GAD puis en AMAD1 ; 20,9% des patients ont été pris en charge en GAD puis en AMAD2. Au cours du suivi Vigie Age, 5% des patients ont abandonné le parcours.

En moyenne sur un mois de suivi Vigie Age, 29 interventions ou actions sont déclenchées par patient. En moyenne, sont observés 5,3 consultations à domicile, 7,4 appels patient, 4,3 appels au cercle de soins, 5,3 appels à l'entourage de la personne et 6,7 notes de suivi.

A 30 jours d'une sortie GAD, le taux de ré-hospitalisation en MCO observé est de 14,9%. Ce taux de réadmission en MCO est dans la fourchette basse des taux de réadmissions hospitalières habituellement observés pour les personnes âgées polypathologiques (entre 14% et 30%)^{7,8}. Ce taux est de 15,5% pour les patients inclus dans VIGIE-AGE à la suite d'une hospitalisation en MCO ou en SSR et de 12,3% pour les patients inclus via la ville ou le passage aux urgences. Ce taux d'hospitalisation toute cause est dans la fourchette basse des taux de réadmissions hospitalières habituellement observés (entre 14% et 30%, sur des causes spécifiques d'hospitalisation).

⁵ Médecine, chirurgie, obstétrique

⁶ Soins médicaux et de réadaptation

⁷ Soh YY, Zhang H, Toh JJY, Li X, Wu XV. The effectiveness of tele-transitions of care interventions in high-risk older adults: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 1 mars 2023; 139:104428

⁸ de Stampa M, Georges A, Grino M, Cerase V, Baudouin É, Vedel I. Thirty-day hospital readmission predictors in older patients receiving hospital-at-home: a 3-year retrospective study in France. *BMJ Open*. 2023 Dec 18;13(12):e073804. doi: 10.1136/bmjopen-2023-073804. PMID: 38110386; PMCID: PMC10748998

L'admission en AMAD a permis de diminuer de manière très significative (p -valeur $<0,0001$) la proportion de patients en hospitalisation complète MCO (81% de patients hospitalisés avant vs 45,4% pendant « Vigie Age ») sans modifier les caractéristiques de ces hospitalisations. Le même constat est dressé pour le passage aux urgences, la proportion de patients avec au moins un passage aux urgences est de 74,7% avant vs 42% après. L'admission en AMAD n'a pas d'impact statistiquement significatif sur les taux de passage en réanimation, en soins intensifs, ou en soins continus, même si une tendance à la baisse est observée. L'admission en AMAD a permis de réduire le nombre de patients hospitalisés mais le niveau de recours reste le même pour 37,6% des patients hospitalisés. L'expérimentation a permis le maintien à domicile de 54,6% des patients dont 43,5% d'entre eux étaient hospitalisés dans les mois précédents le parcours AMAD. A noter que le taux de patients avec hospitalisation complète MCO a également diminué après la prise en charge en AMAD avec une diminution de 48%.

L'admission en AMAD a un impact sur le recours aux soins de ville, en comparant la période avant à celle pendant la prise en charge, avec une diminution significative (-8,7%, $p=0,0104$) du taux de patients consultant au moins un fois un médecin généraliste et plus spécifiquement des consultations d'au moins un médecin généraliste en cabinet (-14,7%, $p=0,0105$). On note également une diminution significative (-21,4%, $p<0,0001$) du recours aux transports en ambulance mais une augmentation significative (+11,5%, $p=0,0124$) du recours aux infirmiers.

Une diminution de 19,6% des dépenses totales de santé est observée pendant la prise en charge en AMAD (en ne prenant pas en compte les forfaits AMAD). En prenant en compte un forfait moyen de 2 210 euros sur les périodes observées, les dépenses totales passent de 13 233 euros en moyenne avant AMAD à 12 849 euros pendant AMAD. Les dépenses liées à la prise en charge par « Vigie Age » sont globalement équivalentes à la réduction des dépenses de soins. Le dispositif engendre un transfert de charge de l'hôpital (- 4 439 euros, diminution de 43,6%) vers la ville (+ 1 844 euros, augmentation de 59,2%) et le dispositif/domicile (forfaits). La réduction des dépenses de soins hospitaliers s'explique principalement par une diminution des dépenses des hospitalisations en MCO de 3 140 euros ($p<0,0001$) et des hospitalisations en SMR (- 1 362 euros, $p=0,0008$).

L'augmentation des dépenses des soins de ville concerne principalement trois postes de dépenses : auxiliaires médicaux (+ 525 euros, $p<0,0001$), pharmacie (+ 502 euros, $p<0,0001$) et LPP (+ 588 euros, $p<0,0001$).

L'analyse des dépenses de santé avant et après AMAD (c'est-à-dire après la fin de la prise en charge et non pendant comme on vient de l'exposer) porte sur des échantillons plus faibles en raison du faible recul. Toutefois, cette dernière met en évidence des dépenses de santé moyennes qui diminuent significativement de 4% entre la période avant AMAD et après AMAD, diminution de 455 euros ($p=0,0296$). On note une augmentation non significative des dépenses de ville (+1 053€, soit +20,5%, $p=0,6983$) et une diminution significative des dépenses hospitalières (+4 919€, soit -30,8%, $p=0,0043$).

Les principaux bénéfices perçus et rapportés lors des entretiens sont la sécurisation et la facilitation des retours à domicile, la réduction des hospitalisations notamment les hospitalisations non programmées et des passages aux urgences, ainsi qu'une optimisation de la prise en charge globale grâce à la détection précoce des pathologies et au suivi des traitements. La qualité de vie des patients et de leurs aidants s'en trouverait améliorée, notamment par un maintien sécurisé à domicile, un soutien pour les soins palliatifs et une réduction de la charge mentale pour les aidants.

La très grande majorité des patients interrogés ou leurs aidants se dit satisfaite de la prise en charge Vigie Age, tant pour la qualité du service de la plateforme de télésurveillance que pour l'utilité du suivi Vigie Age. La note moyenne de satisfaction est de 9,5/10. Les patients interrogés ou leurs aidants relèvent également le sentiment de réassurance et de sécurité (interlocuteur accessible, réponses données) avec une note de satisfaction de 9,2/10.

Les professionnels de santé impliqués soulignent l'adaptabilité du dispositif aux différentes situations rencontrées chez les personnes âgées polypathologiques à leur domicile grâce à la réactivité des équipes impliquées dans le dispositif Vigie Age. Ils estiment l'impact de ce dispositif positif en termes de pratiques avec notamment un renforcement de la coordination médicale et paramédicale et de la continuité des soins. Ils indiquent que le dispositif Vigie Age est un réel appui aux équipes hospitalières, en particulier aux services de gériatrie. Ils relèvent également que « Vigie Age » facilite l'accès aux ressources hospitalières et permet une prise en charge optimisée des personnes âgées polypathologiques. Il est noté par ces acteurs que les urgentistes, face au manque de lits d'aval des urgences, orientent de plus en plus de patients lourds en « GAD » et que le dispositif est pertinent pour la surveillance au long cours via l'AMAD ; il permet d'éviter les décompensations et des hospitalisations itératives aux personnes âgées. Selon ces mêmes professionnels, Vigie Age constitue un réel soutien aux soignants à domicile. Enfin via la sensibilisation et la formation, ils estiment que « Vigie Age » favorise la montée en compétence gériatrique des professionnels de ville et une plus grande autonomie des infirmiers et permet une démultiplication des capacités des soignants.

Pour les trois années de l'expérimentation, les coûts totaux s'élèvent à 3 312 509 euros pour 1 975 parcours initiés. Pour l'ensemble de l'expérimentation, le coût total par parcours s'élève à 1 678 euros. Ce coût diminue entre la première année (2247 euros) et l'année 2024 (1 318 euros), notamment en raison de la montée en charge des inclusions. En l'absence de versement de la part conditionnelle, l'expérimentation présente un bilan déficitaire de 143 000 euros.

Le coût estimé d'un parcours « GAD » est de 1 095 euros par suivi, dont 221 euros pour la structure hospitalière, 709 euros pour EPOCA et 165 euros pour le SSIAD. Les montants de forfaits versés s'avèrent insuffisants pour couvrir les frais engendrés par la société EPOCA (- 390 euros), mais suffisants pour la structure hospitalière (+ 51

euros) et le SSIAD (+ 195 euros). Une certaine marge permet de garantir l'attractivité du dispositif pour les partenaires.

Concernant les parcours « AMAD », peu de différences sont observées en termes de coûts entre les deux parcours, avec un coût estimé de 3 198 euros pour « AMAD 1 » et 3 530 euros pour « AMAD 2 ». Le forfait prévu « AMAD 1 » est ainsi largement insuffisant : pour l'ensemble des partenaires, il ne permet pas de couvrir les frais de personnel et de plateforme. Les montants du forfait « AMAD 2 » qui sont calibrés pour une durée théorique de parcours de douze mois (versus six mois pour AMAD 1) et un niveau de dépendance plus important sont plus adaptés et permettent de couvrir les coûts pour la structure hospitalière et le SSIAD, mais pas les coûts de la société EPOCA (- 565 euros).

Reproductibilité :

L'expérimentation a atteint un niveau de maturité suffisant pour envisager un transfert du modèle. L'extension sur deux nouveaux sites a permis de tester non seulement l'adaptabilité du dispositif à différents contextes territoriaux et ressources disponibles mais également à l'organisation spécifique de chaque établissement dans lequel il s'intègre. La mise en place dans les deux nouveaux sites a été rapide montrant ainsi l'agilité du dispositif Vigie Age à se déployer en s'appuyant sur l'expérience acquise par les équipes porteuses et une gouvernance tripartite efficace.

Le rapport d'évaluation identifie des axes d'amélioration :

- Le portage des binômes opérationnels pourrait être assuré par des établissements hospitaliers.
- Une organisation par territoire pour la mutualisation des astreintes médicales est à mettre en place.
- Une évolution des systèmes d'information est à envisager pour permettre un meilleur pilotage des ressources avec un module de pilotage de l'activité en temps réel.
- Le dimensionnement des parcours GAD et AMAD, voire la fusion des deux parcours AMAD sont à étudier pour répondre aux besoins de la population cible sur les territoires.
- Un ajustement plus resserré du nombre de visites à domicile du binôme opérationnel est à envisager notamment en rendant optionnelle la visite à domicile du médecin, celle-ci ne devant se réaliser que quand elle est indispensable.
- Une révision des critères de sortie ainsi que la définition de l'aval de « Vigie Age » avec la création ou non d'un AMAD 0 sont également à étudier.
- Le périmètre d'intervention des équipes Vigie Age sont à définir pour chaque territoire.
- L'insertion du dispositif « Vigie Age » dans l'offre des centres de ressources territoriales (CRT) est à étudier.

Avis et recommandations sur les suites à donner sur l'expérimentation

Les résultats de l'évaluation finale indiquent que le dispositif « Vigie Age » a atteint ses objectifs. Il pourrait constituer une nouvelle offre dans les orientations d'aval des services d'urgences et hospitaliers, et pour le maintien à domicile des personnes âgées polypathologiques et dépendantes et ce en considérant toutefois que le secteur est lui-même en évolution et que des offres alternatives ont pu être développées ou sont en cours de développement. Ce dispositif a montré sa capacité à s'adapter à de nombreux contextes.

Le dispositif Vigie Age apporte une expertise gériatrique et des prestations personnalisées aux personnes âgées polypathologiques dépendantes en s'appuyant sur une équipe soignante.

Pour les établissements, le dispositif Vigie Age constitue une solution « clé en main » pour fluidifier les urgences et améliorer l'aval – optimisation d'une filière de soins qui existe et en soutien à la ville. L'évaluation du retour d'expérience des bénéficiaires confirme la pertinence et la plus-value de ce dispositif. Les acteurs sont satisfaits du service rendu aux patients, aux aidants ainsi qu'aux professionnels et aux partenaires de terrain.

Néanmoins, le dispositif Vigie-Age tel que mis en œuvre montre les limites ou interrogations suivantes, qui demanderaient des précisions, travaux complémentaires ou aménagements avant toute suite :

1/ Les positionnements de chaque parcours et les publics ciblés demanderaient à être mieux précisés pour assurer la pertinence du dispositif.

Le dispositif Vigie Age déploie des moyens conséquents en termes de télésurveillance et de mobilisation des moyens sanitaires (soins de ville, soins à domicile, équipe mobile gériatrique notamment).

De ce point de vue, le dispositif doit pouvoir en priorité bénéficier à des patients présentant un niveau de sévérité de leur maladie et/ou de dépendance justifiant le recours renforcé à des outils de surveillance et de prise en charge des alertes.

Les parcours AMAD1 et AMAD2 arriveraient à maintenir les patients âgés à domicile, mais sans diminution des dépenses de santé par rapport à la situation avant inclusion.

Ce maintien au domicile se traduit par une modification des dépenses : moins d'hospitalisations, notamment de séjours lourds, et en parallèle accroissement des dépenses de ville (forfait Vigie Âge, et aussi actes infirmiers, etc.) qui se contrebalanceraient.

La comparaison avec les tarifs des EHPAD où ces patients auraient pu être admis montre des coûts de charge en soins plus élevés pour « Vigie Age », pour les mêmes niveaux de dépendance.

La question se poserait donc de pouvoir cibler plus précisément les bénéficiaires pour lesquels un maintien à domicile avec les outils de télésurveillance et de gestion des alertes et parcours déployés dans « Vigie Age ».

Les premiers éléments d'analyse demanderaient à être complétés, notamment en vue d'un dépôt pour l'entrée dans le droit commun d'un dispositif de télésurveillance adapté à la gériatrie. Ils montrent que trois catégories de parcours pourraient être distinguées :

- les prises en charge sécurisées de fin de vie à domicile, après de longues et lourdes hospitalisations, pourraient utilement être accompagnées par le dispositif, en évitant notamment de nouveaux retours à l'hôpital ;
- pour les personnes âgées entrant dans la dépendance et présentant plusieurs épisodes d'hospitalisation pour des complications majeures, le dispositif devrait permettre de diminuer la fréquence des hospitalisations lourdes ;
- en appuyant la stabilisation des personnes âgées admises pour des premiers bilans et surveillance, le dispositif devrait permettre d'éviter des passages aux urgences et de diminuer la durée des hospitalisations

Ces trois types de parcours demanderaient à être détaillés plus précisément, notamment en mobilisant plus d'informations sur les parcours complets. Celles-ci n'étaient pas disponibles au moment de l'évaluation externe mais pourraient être consolidées en vue d'une demande auprès de la Haute Autorité de santé en vue d'obtenir le remboursement du dispositif de télésurveillance.

2/ La complémentarité avec les autres dispositifs « gériatriques » de prise en charge sanitaire et de maintien au domicile doit pouvoir être assurée.

Le dispositif « Vigie Age », pour se déployer de façon pertinente dans le droit commun, doit pouvoir s'intégrer de façon complémentaire aux dispositifs déjà existants (équipe mobile hospitalière, soins de ville en support, etc.), en cours de réforme (SSIAD et SPASAD se transformant en SAD) ou de montée en charge (centres de ressources territoriaux – CRT volet 2 et services renforcés à domicile - SRAD).

Les réformes en cours visent de la même façon à mobiliser davantage de moyens pour permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de continuer à vivre à domicile.

Les équipes des SSIAD ou des CRT, les services renforcés à domicile (SRAD), voire les équipes mobiles gériatriques pourraient mobiliser le dispositif « Vigie

Age », notamment en matière de télésurveillance et de télé-suivi, dans le cadre de leurs missions de maintien à domicile, en lien avec les autres acteurs de soins.

3/ L'outil de télésurveillance « gériatrique » demanderait des aménagements avant une entrée dans le droit commun.

La plateforme de télésurveillance mise en place par EPOCA permet de gérer les alertes et d'assurer le suivi à moyen terme de patients âgés chroniques, grâce aux informations collectées.

Néanmoins, concernant l'entrée dans le droit commun de l'outil de télésurveillance, les points suivants seront à sécuriser :

- Les prises en charge médicales des patients ne peuvent être assurées par les professionnels de la plateforme de télésurveillance, en l'occurrence les gériatres et *care managers*. L'équipe en charge de la télésurveillance doit se concentrer sur ses missions techniques de transmission des données, de maintenance et de formation à l'outil. En vue d'une entrée dans le droit commun, la prise en charge des alertes et le suivi médical du plan de soins devront être assurées par les prescripteurs locaux ;

- Les critères d'éligibilité pour la mise en place d'une télésurveillance pour les patients âgés polypathologiques devront être précisés.

L'entrée dans le droit sera notamment conditionnée à l'avis de la HAS pris en application des articles L.162-52 et R.162-84 du code de la sécurité sociale.

A titre d'exemple, pourraient notamment être précisées les indications retenues selon la CIM-10 ou CIM-11, les comorbidités associées ainsi que leur nombre et/ou avec d'autres conditions telles que l'âge ou une hospitalisation au cours des six derniers mois en lien avec cette situation. Comme évoqué ci-dessus, le processus d'entrée dans le droit commun mobilisera les données cliniques que le porteur aura rassemblé durant l'expérimentation.

En raison de ce qui précède, l'entrée dans le droit commun d'un tel dispositif de télésurveillance devra mieux préciser les cibles visées (en termes d'opportunité notamment) et intégrer ou accompagner les dispositifs déjà existants ou en cours de déploiement de maintien à domicile des personnes âgées.

En outre, les adaptations suivantes du dispositif expérimenté sont recommandées :

- analyser et réajuster le modèle organisationnel et économique en vue d'une inscription dans le droit commun d'un forfait de télésurveillance « personnes âgées dépendantes et polypathologiques » ;

- valoriser l'activité populationnelle des établissements hospitaliers partenaires mutualisant astreinte gériatrique, équipe mobile gériatrique pour rendre effectifs les binômes opérationnels, s'assurer de l'articulation de ce modèle économique avec la dotation globale de soins et ses trois composantes (forfait global de soins, dotation de coordination et financements

complémentaires) des services autonomie à domicile aide et soins en cours de reconstitution (anciens SAAD, SSIAD et SPASAD) ;

- Clarifier les circuits en particulier le « qui fait quoi » autour du patient, et s'assurer de la bonne coordination entre les différents acteurs ;
- préciser l'aval de « Vigie Age » et les critères de sortie avec la création ou non d'un parcours complémentaire ;
- poursuivre l'amélioration du système d'information de « Vigie Age » pour partager en temps réel l'activité des binômes opérationnels ;
- affiner les profils de patients pour lesquels le dispositif présente une plus-value majeure ;
- expliciter les aires géographiques d'intervention des binômes opérationnels ;
- s'assurer de la bonne articulation de ce dispositif avec les centres de ressources territoriales (CRT) pour les personnes âgées et les services renforcés à domicile ;
- faire le lien opérationnel selon la situation clinique et les besoins du patient avec les autres structures compétentes (filiales d'hospitalisation de jour gériatrique, hospitalisation de jour pour insuffisance cardiaque, etc.) ;
- veiller à bien associer et à partager les informations du patient avec son équipe de soins traitante ;
- paramétrer le monitoring et la pertinence des alertes déclenchées afin d'en réduire le nombre.

La télésurveillance fait l'objet d'un cadre de droit commun avec un dépôt nécessaire de dossier par l'exploitant à la HAS pour permettre l'évaluation de sa solution et des impacts organisationnels, sur la base des résultats d'évaluation apportés par l'expérimentation « article 51 » et sur la base des données cliniques fournies par l'exploitant. Le rapport d'évaluation de l'expérimentation ne se substitue pas à l'évaluation clinique de la HAS. La CNEDiMTS se prononcera sur l'intérêt attendu de l'activité de télésurveillance médicale pour l'indication faisant l'objet de la demande. Cet avis sera nécessaire pour la suite qui sera donnée à cette prise en charge pour fixer le modèle économique du droit commun de cette nouvelle activité.

En conclusion, le comité technique et le conseil stratégique de l'innovation en santé donnent un avis favorable à l'entrée dans le droit commun de l'expérimentation « Vigie Age » assorti des recommandations exposées *supra*. Sont placés en annexe les quatre avis exprimés par certains membres du Conseil stratégique (les autres membres ayant acquiescé sous le régime du « *silence vaut accord* »).

Pour le comité technique de l'innovation en santé et le conseil stratégique de l'innovation en santé

Cécile Lambert
Rapporteuse Générale

Annexe 1 : contributions des membres du Conseil stratégique de l'innovation en santé

Directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS)

Le projet VIGIE AGE s'intègre bien dans les initiatives actuelles visant à prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées. Il repose sur une approche pluridisciplinaire, combinant télémédecine, télésurveillance et intervention humaine.

Ce dispositif réduit significativement les hospitalisations évitables et facilite le retour à domicile après une hospitalisation, ce qui améliore la qualité de vie des patients et de leurs aidants (baisse significative de 81 % à 45,4 % des hospitalisations dans le cadre du suivi AMAD). En Île-de-France et Centre Val-de-Loire, VIGIE AGE a démontré son efficacité opérationnelle en s'adaptant aux divers contextes locaux. Il optimise la prise en charge des patients âgés polypathologiques, en particulier dans les parcours complexes. Le système, fonctionnant 24h/24, est bien accueilli par les patients et professionnels, avec une satisfaction élevée (9,5/10).

Le projet est jugé comme une alternative pertinente pour le maintien à domicile des personnes âgées fragiles.

Cependant, des défis subsistent, notamment la surcharge des SSIAD, l'insuffisance des ressources humaines en IDE, et une meilleure participation des médecins généralistes et des IDEL, dont le rôle est parfois encore trop limité.

Quelques préconisations pour les travaux à mener durant la période transitoire :

- Un travail d'amélioration des articulations avec les dispositifs existants comme les Centres de Ressources Territoriaux (CRT), les DAC, les CPTS, l'HAD, les équipes mobiles de gériatrie et la filière gériatrique est nécessaire pour éviter l'illisibilité du système. L'articulation renforcée avec les services gériatriques et d'hospitalisation permettrait de faciliter l'admission directe et l'accès à l'expertise. Le rôle des DAC dans le repérage des patients doit être mieux défini.
- Les critères et modalités de sortie du dispositif doivent être clarifiés.
- Dans la nouvelle organisation, l'articulation avec la plateforme de télésurveillance serait à préciser, ainsi que les modes de sollicitations et les interventions de chacun.
- Le financement des parcours, notamment GAD et AMAD1, devrait être revu, car les forfaits actuels sont insuffisants pour garantir l'équilibre économique. La rémunération des professionnels, en particulier des médecins généralistes et des IDEL, ainsi que la valorisation de leur implication, doit être améliorée pour favoriser un engagement durable.

Le projet est perçu comme une solution complémentaire et pertinente pour maintenir les personnes âgées fragiles à domicile, avec une montée en charge constante et une appropriation locale réussie.

Avis favorable

Haute Autorité de santé

La HAS prend acte de l'avis du comité technique relatif à l'opportunité de généraliser cette expérimentation.

Avis favorable

La Mutualité Française

La Mutualité Française soutient la généralisation de ce dispositif connecté pour éviter les hospitalisations, qui couple prévention, dépistage et soins, permettant de favoriser le maintien à domicile de personnes âgées. Il a pour objectif d'éviter une hospitalisation ou d'en diminuer la durée et, le cas échéant, de gérer et prévenir des décompensations aiguës à répétition. Dès lors il constitue une solution d'aval pertinente aux problèmes de saturation des services d'urgences, aux hospitalisations évitables et dès lors aux traumatismes que peuvent vivre des personnes âgées ainsi que leurs aidants à domicile.

Compte-tenu de son coût important, pour pérenniser ce type de dispositif et gagner en efficience, il est essentiel de s'assurer de sa complémentarité avec les différents dispositifs gériatriques existants ou en cours de déploiement comme les Centres ressources territoriaux, les services autonomie à domicile ou bien les équipes mobiles gériatriques. Il doit en effet s'insérer dans une filière de soins ville-hôpital, de façon à cibler la réponse aux besoins dans les territoires.

Avis favorable

Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS)

l'UNPS formule un avis favorable sur l'entrée dans le droit commun tout en rejoignant les recommandations du CTIS.

En effet, pour l'UNPS, cette expérimentation s'inscrit en complémentarité de la surveillance à domicile des patients âgés. Il serait opportun d'intégrer davantage les équipes soignantes des patients et notamment les libéraux afin d'assurer une complémentarité de prise en charge et surtout d'éviter les incompréhensions comme cela pu être relevé au début de l'expérimentation dans le département de l'Eure-et-Loir.

Avis favorable