



Evaluation du projet Article 51 VIGIE ÂGE

Rapport final d'évaluation

Date de dernière modification : 17 octobre 2024 – Revu le 31 10 2024, 3 12 2024 et 03 02 2025

Réalisé par



43, boulevard du Maréchal Joffre
92340 Bourg-La-Reine, France

Sous le pilotage de la cellule d'évaluation Article 51



EQUIPE CEMKA

- ⇒ **Valérie DONIO**, Directrice Adjointe du Pôle Santé Publique.
valerie.donio@cemka.fr - 01.41.87.95.27
- ⇒ **Laura BEZANNIER**, Consultante Santé Publique.
laura.bezannier@cemka.fr
- ⇒ **Camille NEVORET**, Directrice Adjointe Biostatistiques.
- ⇒ **Chloé GRIMAL**, Biostatisticienne.
- ⇒ **Sandrine BAFFERT**, Directrice du pôle Economie de la Santé.
- ⇒ **Thelma ARCELIN**, Consultante Economie de la Santé.
- ⇒ **Antonin JOUDIOU**, Consultant Santé Publique.
- ⇒ **Dr Alexandre CARON**, Médecin de Santé Publique.

REFERENTS DE L'EXPERIMENTATION VIGIE ÂGE

- ⇒ **Valérie PONS PRÊTRE**, Directrice du CHRDS.
vponspretre@ch-rivesdeseine.fr
- ⇒ **Dr. Elise CABANES**, Présidente & Cofondatrice, EPOCA.
elise@epoca.health
- ⇒ **Dr. Christine CHANSIAUX**, Cheffe de service Pôle gériatrique, CHRDS.
- ⇒ **Audrey VERCHIN**, Directrice des Opérations, EPOCA.
- ⇒ **Damien TESTA**, Chief Scientific Officer, EPOCA.

REFERENTS CELEVAL

- ⇒ **Emmanuelle BATAILLE**, CPAM LOIRE-ATLANTIQUE.
- ⇒ **Anne-Sophie AGUADE**, CNAM.

Remerciements

→ Qu'il soit permis de remercier l'équipe de coordination du projet VIGIE-ÂGE, ainsi que tous les professionnels et les différentes personnes et patients qui ont accepté d'être interrogés, et qui ont ainsi permis la réalisation des différents bilans d'évaluation. Nous remercions également l'équipe Data management A51 de la CNAM (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie) pour la mise à disposition des données du SNDS.

POINTS SAILLANTS

VIGIE-ÂGE (VA) propose 3 parcours adaptés aux besoins des personnes âgées de plus de 70 ans polypathologiques quel que soit leur niveau de dépendance : parcours GAD (gériatrie aiguë à domicile), AMAD 1 et 2 (accompagnement médicalisé à domicile). Le dispositif repose sur une équipe pluridisciplinaire qui assure un suivi médical collaboratif, avec surveillance à distance et interventions mobiles 24h/7j. Une plateforme de télésurveillance, alimentée par des objets connectés, permet d'identifier et d'anticiper les dégradations de l'état de santé des patients.

Faisabilité / opérationnalité

- ⇒ **4 sites opérationnels sur 2 régions (Ile de France : sites 92, 78 et 95 plus récemment) et Centre Val de Loire (28).** Chartres (VA28) et Argenteuil (VA95) ayant démarré plus récemment (fin 2023).
- ⇒ **2 050 suivis réalisés depuis février 2022 : 1 029 séjours GAD, 691 AMAD 1 et 330 AMAD 2 ; soit 65% de l'objectif global pour VA IDF et 44% pour VA CVL.** Pour les 2 régions d'expérimentation, le nombre d'inclusions reste inférieur aux objectifs révisés pour les suivis GAD, tandis que l'activité AMAD dépasse les prévisions.
- ⇒ Le parcours des patients inclus dans le dispositif se caractérise par un **adressage principalement hospitalier**, avec un suivi GAD en première intention, suivi dans près de 60% des cas par un AMAD. En moyenne, la prise en charge VA dure 4,7 mois : **parcours GAD de 19,3 jours et parcours AMAD1 et AMAD2 de 6,6 et 5,4 mois** respectivement.
- ⇒ **Le modèle organisationnel envisagé s'avère opérationnel et adaptable** quel que soit les contextes et ressources disponibles et doit comprendre plusieurs briques : l'équipe de télésurveillance, le médecin gériatre et l'infirmier opérationnel. Le modèle Equipe mobile gériatrique extrahospitalière paraît optimal.

Efficacité / efficience

- ⇒ Le dispositif s'est montré **efficace pour réduire les hospitalisations et les passages aux urgences**, particulièrement pour les patients en suivi AMAD (81% de patients hospitalisés Avant vs 45,4% Pendant un suivi AMAD). Des taux réduits et faibles d'hospitalisation ont été observés à 30 jours post GAD, ainsi qu'une réduction significative des hospitalisations complètes MCO, sur les périodes « pendant et après » et « avant et après », la prise en charge AMAD. Même constat de diminution pour une hospitalisation complète MCO avec entrée par les urgences.
 - ⇒ **Des dépenses totales (avant/pendant) en diminution drivées par la réduction des coûts hospitaliers mais équivalentes si on ajoute les forfaits rémunérant la prise en charge par le dispositif :**
 - **Pendant l'AMAD, réduction significative de 19,6% des dépenses totales de santé, passant de 13 233 € à 10 639 €,** avec transfert de charges de l'hôpital vers la ville. Une tendance qui se poursuit dans une moindre mesure après l'AMAD (diminution de 4 % des dépenses de santé, mais échantillon réduit). Avec l'ajout de dépenses de forfaits, il n'y a pas d'écart significatif entre les dépenses « avant » et « pendant » (13 233 € vs 12 849€ (soit 384 € (-2,9%) différentiel non significatif). Ainsi, du point de vue de l'Assurance Maladie, les dépenses liées à la prise en charge par le dispositif expérimenté sont globalement équivalentes à la réduction des dépenses de soins, de l'hôpital principalement.
 - ⇒ **Un modèle économique permettant de couvrir les coûts du dispositif par la réduction des coûts d'hospitalisation**
 - Un coût par parcours estimé à **1 678 € sur l'ensemble de la période (3,3 M€ pour 1 975 parcours réalisés)**. L'expérimentation présente un déficit de 143 000€ sans versement de la part conditionnelle (PATHOS), mais un versement permettra(it) d'équilibrer le budget.
 - La rémunération **d'un parcours GAD de 1 095 € paraît insuffisante** pour couvrir les frais de TLS (EPOCA), tout comme celle du parcours AMAD1 (3 198 €), notamment en raison d'une durée moyenne de séjour qui excède la durée prévisionnelle. A l'inverse, la rémunération prévue pour **le parcours AMAD2 de 3 530 € paraît suffisante** pour couvrir les dépenses afférentes.
- Des forfaits à revoir/ à recomposer à la lumière des pratiques :** englober le parcours GAD dans l'AMAD.
- ⇒ Qualitativement, patients/aidants et professionnels hospitaliers/de ville observent des bienfaits de cette prise en charge, principalement, en termes de **maintien sécurisé à domicile. Une pertinence et une utilité confirmées.**

Reproductibilité

Le déploiement secondaire de 2 nouveaux sites a permis indirectement de **tester/d'observer et de valider la reproductibilité du modèle**. Ces derniers sites ont bénéficié de l'expérience et de la maturité des 2 premiers et

ont su s'approprier et développer le modèle de manière adaptée aux ressources et contextes locaux, et efficace (démarrage rapide et nombreuses inclusions). Les facteurs clé de succès ont été identifiés.

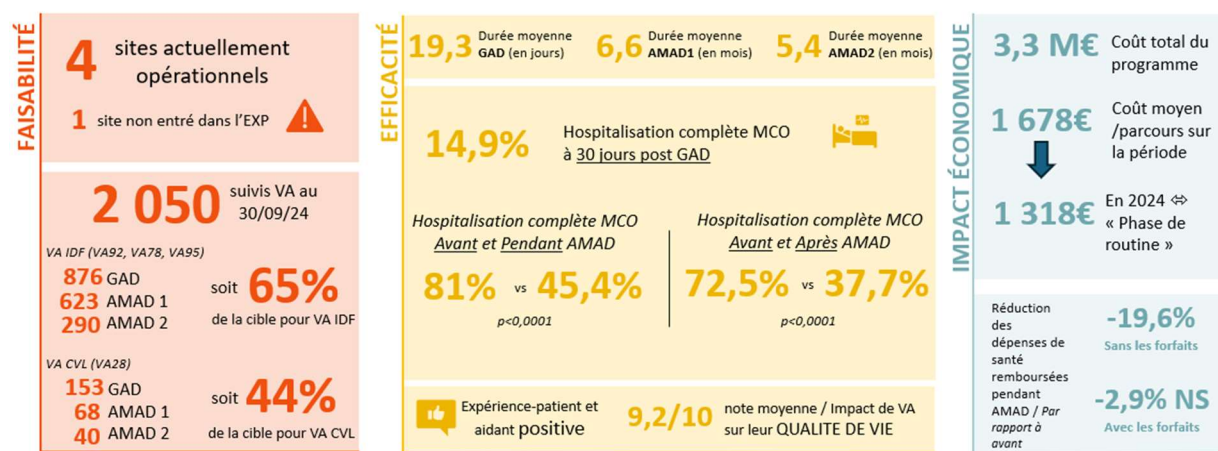
→ **Un modèle à soutenir, avec des révisions notamment sur le périmètre/dimensionnement du forfait et le portage des professionnels opérationnels (infirmier et médecin). Au-delà, VIGIE-AGE semble apporter une réponse possible à un enjeu de société et de santé publique.**

SYNTHESE

Ce document constitue le **rapport final d'évaluation externe du projet VIGIE-ÂGE (VA)**. Cette expérimentation Article 51 est portée par l'équipe du Centre Hospitalier Rives-de-Seine (CHRS) de Neuilly-sur-Seine en partenariat avec la société EPOCA. Elle a pour ambition de **créer et d'évaluer une filière de soins gériatriques (aiguës et chroniques) connectée à domicile afin de prévenir les complications et décompensations des personnes âgées de 70 ans et plus afin de prolonger leur maintien à domicile dans des conditions sécurisées, personnalisées et adaptées à leurs besoins**. Ce parcours repose sur le suivi médical et médico-social collaboratif par une équipe soignante pluridisciplinaire dédiée (personnel médical hospitalier, SSIAD, IDE) agissant aussi bien en surveillance à distance qu'en intervention mobile 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. Le projet VA déroge alors aux règles de rémunération des établissements de santé, des SSIAD et des professionnels de santé en proposant 3 forfaits par patient couvrant de la télésurveillance, de la gestion et coordination des parcours de soins GAD, AMAD1 et AMAD2 et une part complémentaire conditionnelle.

Utilisant une méthodologie mixte, l'évaluation s'est appuyée sur le retour d'expérience de l'ensemble des professionnels impliqués (hospitaliers, de ville et partenaires territoriaux/institutionnels), sur l'analyse de la documentation produite et des données du système d'information (données individuelles des parcours des patients). Le rapport final comporte une présentation des principaux résultats finaux sur les différents critères et champs étudiés, des constats et jugements évaluatifs découlant des résultats en termes de faisabilité/opérationnalité, d'efficacité/efficience ainsi que des éléments à prendre en compte concernant la reproductibilité du dispositif.

Figure 1. Chiffres clés



Après 2,5 années d'expérimentation, les constats et conclusions de l'évaluation finale sont les suivants :

Un déploiement opérationnel, progressif et conforme au cahier des charges confirmant la faisabilité du dispositif, malgré les freins rencontrés

→ Une activité en progression en lien avec la participation de 2 nouveaux sites : des objectifs dépassés pour les suivis AMAD mais un nombre de suivis GAD réalisés inférieur aux prévisions

⇒ 4 sites sont actuellement opérationnels : Parmi les 3 territoires pilotes initiaux, 2 (VA92 et VA78) sont actifs, tandis que le 3ème (VA75) a été « remplacé » secondairement par les sites de Chartres (VA28) et d'Argenteuil (VA95) (mise en place plus récente : septembre 2023). Depuis le début des inclusions en février 2022, 2 050 suivis ont été réalisés : 1 029 séjours GAD, 691 AMAD 1 et 330 AMAD 2, au 30 septembre 2024 ; soit 65% de l'objectif global pour VA IDF et 44% pour VA CVL.

Pour les 2 régions d'expérimentation, le nombre d'inclusions reste inférieur aux objectifs révisés¹ pour les suivis GAD, tandis que l'activité AMAD dépasse les prévisions.

- ⇒ Le retard d'activité constaté est attribuable à plusieurs facteurs interconnectés : l'absence de démarrage du 3^{ème} site initial en 2022 pour faute de personnel, un décalage entre les ambitions initiales et la réalité organisationnelle, des difficultés de recrutement des IDEO au sein des SSIAD, et une probable sous-estimation des volumes de parcours AMAD impactant la rotation et la durée des suivis GAD. Ces contraintes organisationnelles, de RH et les ajustements imprévus liés aux particularités des patients adressés ont conduit les équipes à adapter les *process* tout en cherchant à respecter les objectifs du CdC.

→ Une structuration opérationnelle en termes de protocole organisationnel, formation, SI et de gouvernance du projet

- ⇒ L'internalisation de l'élaboration du SI/plateforme a facilité son opérationnalité. Conçu et développé sur la base du pilote 2021-2022, le SI a été adapté en fév-22 pour les besoins de VA. La plateforme de TLS, bien acceptée par les *care-managers* et les binômes opérationnels, est opérationnelle pour le suivi des patients, mais des améliorations restent nécessaires, en termes d'accès notamment, du point de vue des partenaires opérationnels pour une meilleure gestion des RH et du reporting (*Améliorations précisées et en cours d'intégration début février 2025*).
- ⇒ Si la gouvernance du projet est effective, la gouvernance territoriale tripartite reste à revoir/optimiser pour certains partenaires entre les parties prenantes : EPOCA, établissements hospitaliers et SSIAD.
- ⇒ Les formations ont contribué à une sensibilisation/montée en compétences des professionnels impliqués – un prérequis indispensable : 104 professionnels formés au dispositif VA par EPOCA.

→ Profil et niveau d'adhésion des professionnels (hospitaliers et de ville) participants

- ⇒ Des difficultés initiales de recrutement/stabilisation du binôme opérationnel (en lien avec le manque global de ressources humaines) ... et l'émergence d'un nouveau métier.
 - Le démarrage et l'activité des sites VA ont été impactés par des difficultés pour les SSIAD des sites VA92 et VA78, qui ont eu du mal à recruter et maintenir les 2,5 ETP d'IDEO nécessaires, entraînant un *turnover* élevé et une discontinuité des soins. Les effectifs IDEO se sont récemment stabilisés avec environ 1 ETP pour VA92 et 1,5 ETP pour VA78, tandis que VA28 a alloué dès le début 2 ETP IDEO, favorisant, selon l'équipe, la réussite du projet.
 - Le recrutement médical n'a pas posé de difficultés majeures pour VA92 et VA78, bien que les médecins recrutés spécifiquement pour le projet ne soient pas exclusivement dédiés à VA. En revanche, VA28 et VA95 n'ont pas recruté de médecins spécifiques, les fonctions de médecin opérationnel étant assurées par les médecins hospitaliers dans le cadre de leur temps de travail. Ces 2 nouveaux sites ont adapté le protocole organisationnel en fonction des ressources disponibles, notamment en supprimant les VAD des médecins, réduisant ainsi le temps médical requis tout en assurant une disponibilité quotidienne pour maintenir la collaboration avec les IDEO.
- ⇒ Un recrutement effectif de l'équipe médicale et paramédicale d'EPOCA : une ressource stable nécessaire à la continuité de la prise en charge.
 - L'équipe EPOCA dédiée à VA est principalement composée de gestionnaires de projet personnalisé de santé (PPS) du patient ou *care-managers*. Un médecin régulateur, positionné en soutien des *care-managers*, assure le lien avec les gériatres / MG des patients et il veille à la réalisation du PPS.
- ⇒ L'instabilité/turn-over des équipes adresses impose une ré-information régulière, nécessitant une sensibilisation continue de la part des porteurs du projet et des professionnels des binômes opérationnels pour garantir le bon fonctionnement du dispositif.
- ⇒ L'enjeu restant du déploiement vers la ville : la participation des MG dans le dispositif est limitée, malgré des efforts de communication. Le dispositif compense en partie ce manque, mais l'absence

¹ Les objectifs ont été ajustés par arrêtés modificatifs, fixant une nouvelle cible de 3 094 patients pour VA Île-de-France (2 754 en GAD, 446 en AMAD 1 et 282 en AMAD 2) et de 600 patients sur une année pour VA Centre Val-de-Loire (540 en GAD, 30 en AMAD 1 et 30 en AMAD 2).

d'implication des MG et de VAD est souvent regrettée par les équipes opérationnelles et les partenaires.

→ **Un déploiement de l'expérimentation spécifique à chaque territoire en lien avec les acteurs locaux et les ressources disponibles : 4 sites d'expérimentation illustrant plusieurs modalités de mise en œuvre du dispositif VA.**

- VA 92 : Un déploiement effectif et opérationnel mais un retour d'expérience contrasté, mettant en évidence un fonctionnement tripartite qui reste perfectible.
 - VA 78 : Après un temps d'implémentation incompressible de 12 mois, le parcours est déployé et opérationnel, mais n'a pas encore atteint une phase de routine.
 - VA 95 : L'absence de binôme opérationnel sur ce site est compensée par l'engagement du médecin responsable du service des urgences, l'équipe de la plateforme Terr-eSanté (cellule d'enregistrement) et EPOCA, avec une montée en charge rapide observée.
 - VA 28 : L'expérience réussie d'un déploiement « en province » : très bonne appropriation du parcours par le CH de Chartres organisé autour d'une équipe mobile extrahospitalière.
- ⇒ L'analyse 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. Il semble cependant que le portage du binôme par le CH soit plus pertinent.

→ **Profil et parcours des patients bénéficiaires**

- ⇒ Profil des 722 patients : des patients multi-hospitalisés avec des pertes d'autonomie importantes
- Age moyen : **87,9 ans** ; 63,6% sont des femmes ; **58% vivent seuls** ; 32,5% vivent avec leur conjoint ou conjointe. 51,5% des patients bénéficiaient d'une allocation à l'inclusion (47,5% l'allocation personnalisée d'autonomie, 2,1% d'une allocation MDPH). Près de la moitié des patients sont **isolés socialement** (41% isolés géographiquement, 6% isolés totalement).
 - A l'inclusion, 59,3% des patients ont une perte d'autonomie moyenne ou forte et 49% présentent des troubles cognitifs.
 - Dans les 6 mois précédant l'inclusion, 86,4% des patients ont été hospitalisés en MCO avec en moyenne 2,6 hospitalisations ce qui confirme l'inclusion d'une population multi-hospitalisée.
- ⇒ Parcours effectifs des patients inclus : un adressage hospitalier principalement avec GAD en première intention.
- En moyenne, la prise en charge VA dure 4,7 mois (2,2 mois en médiane). 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.
 - En moyenne, sur 1 mois de suivi VA, 185 incidents/patient sont détectés par le système de EPOCA.
 - Peu de téléexpertises, de téléconsultations, de visites virtuelles ou de visites en cabinet sont rapportées dans le SI. A noter que de nombreuses informations sont saisies en texte libre : utiles aux professionnels pour le suivi des patients, mais non accessibles à l'analyse par l'évaluateur. Ce point permet de préciser que les données analysées sont sans doute des minima.
 - Sur un mois de suivi VA, le SI enregistre en moyenne par mois 29 interventions ou actions/patient.

Une efficacité et une efficacité démontrées en termes de réduction d'hospitalisations par la prise en charge VIGIE-AGE

→ **Résultats sur la prise en charge et sur les parcours des patients**

- ⇒ Des taux réduits et faibles d'hospitalisation à 30 jours post GAD :
- Parmi l'ensemble des patients qui sont allés jusqu'au bout de la prise en charge GAD (N =409, exclusion de 13 abandons et 8 décès), 14,9% (N=61/409) sont entrés en hospitalisation complète MCO toute cause confondue dans les 30 jours après leur sortie de GAD. Ce taux d'hospitalisation est dans la fourchette basse des taux de réadmissions hospitalières habituellement observés (entre

14% et 30%^{2,3}, pourcentage sur des hospitalisations pour le même motif). 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.

⇒ Réduction significative des hospitalisations complètes MCO pendant et après AMAD :

- Analyse « Avant vs Pendant » AMAD : L'entrée 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-ÂGE) sans modifier le profil (nombre et durée) de ces hospitalisations pour les patients hospitalisés. Même constat de diminution pour une hospitalisation complète MCO avec entrée par les urgences. Même s'il y a une tendance à la baisse, la prise en charge AMAD n'a pas d'impact statistiquement significatif sur les taux de passage en réanimation, en soins intensifs, ou en soins continus.

Constats « Avant vs Pendant » sur les consommations de soins de ville :

- 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 MG en cabinet (- 14,7%, p=0,0105).
- Diminution significative (p<0,0001) du recours aux transports en ambulance (-21,4%).
- Augmentation significative (+11,5%, p=0,0124) du recours aux infirmiers.
- Analyse « Avant vs Après » AMAD : Le taux de patients avec hospitalisation complète MCO a également diminué (p-valeur <0,0001) sur les 2 périodes Avant et Après la prise en charge (72,5% de patients hospitalisés Avant vs 37,7% Après VIGIE-ÂGE). Parmi les 69 patients de l'analyse AMAD « Avant vs Après », 18,8% n'ont pas eu d'hospitalisation complète MCO pendant l'AMAD mais en ont au moins une après.

Constats « Avant vs Après » sur les consommations de soins de ville :

- Diminution significative (- 29,0%, p=0,0001) de la consultation d'au moins un MG et plus spécifiquement de la consultation d'au moins un médecin généraliste en cabinet (- 47,8%, p=0,0001).
- Diminution significative (- 27,2%, p =0,0124) du recours à au moins un transport en ambulance.
- Diminution significative (- 28,8%, p =0,0071) du recours à au moins un contact infirmier.

→ Impact sur les consommations de soins et coûts associés

⇒ Réduction des dépenses de santé pendant et après l'AMAD (1 ou 2) :

- Analyse « Avant vs Pendant » AMAD : Une diminution significative de 19,6% des dépenses totales de santé est observée pendant la prise en charge AMAD hors forfait. Les dépenses totales passent de 13 233 € en moyenne avant AMAD, à 10 639 € pendant AMAD, soit une diminution de 2 594 € (p=0,0011). Cette diminution des dépenses de santé totales se traduit par un transfert de charges de l'hôpital (- 4 439 €, diminution de 43,8%) vers la ville (+ 1 844 €, augmentation de 59,2%). **Avec l'ajout de dépenses de forfaits (2 210 € en moyenne), il n'y a plus d'écart significatif entre les dépenses « avant » et « pendant », ce qui signifie que les dépenses liées à la prise en charge par le dispositif expérimenté sont globalement compensées par/équivalentes à la réduction des dépenses de soins, hospitaliers notamment.**
- Analyse « Avant vs Après » AMAD : Cette analyse porte sur des échantillons plus petits en raison du faible recul (69 patients). Toutefois, elle met en évidence des dépenses de santé moyennes stables entre la période avant AMAD et après AMAD (diminution de 4% non significative) (montrant un « retour » au niveau antérieur de consommations de soins, après l'intervention du dispositif).

→ Analyse budgétaire de l'expérimentation :

⇒ Sur les 3 années de l'expérimentation, les coûts totaux s'élèvent à 3,3 millions d'euros pour 1 975 parcours initiés. Pour l'année 2023, seule année pleine (bien qu'incomplète car tous les sites

² 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

³ 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

n'étaient pas ouverts), le coût s'élevait à 1,2 millions d'euros pour 615 entrées, tous parcours confondus.

- ⇒ Sur l'ensemble de l'expérimentation, le coût total par parcours s'élève à 1 678 €. Ce coût diminue entre la première année (2 247 €) et l'année 2024 (1 318€), notamment en raison de la montée en charge des inclusions.
- ⇒ En termes d'équilibre financier, les résultats sont variables. Dans la situation actuelle, sans versement de la part conditionnelle (PATHOS), l'expérimentation présente un bilan déficitaire de 64k €. En revanche, le versement de la part conditionnelle permettra(it) d'équilibrer le budget, puisque en simulant son versement, le résultat est positif de + 398k €. La société EPOCA, qui pilote l'expérimentation fait apparaître un bilan contrasté. Le retard de versement de la part conditionnelle impacte très fortement la société, qui engendre un déficit de -410k € en l'absence de ce versement.
 - ➔ Le modèle économique n'est pas viable pour la société sans la part conditionnelle.
- ⇒ Le coût estimé d'un parcours GAD est de 1 095€ par suivi, dont 221€ pour la structure hospitalière, 709€ pour EPOCA et 165€ pour le SSIAD. Les montants de forfaits versés s'avèrent insuffisants pour couvrir les frais engendrés par la société EPOCA (- 390 €), mais suffisants pour la structure hospitalière (+ 51 €) et le SSIAD (+ 195€). Une certaine marge permet de garantir l'attractivité du dispositif pour les partenaires.
- ⇒ Les conclusions sont différentes pour les parcours AMAD 1 et AMAD 2. Peu de différences sont observées en termes de coûts entre les 2 parcours, avec un coût estimé de 3 198 € pour AMAD 1 et 3 530 € pour AMAD 2. Les financements prévus étaient toutefois largement supérieurs pour AMAD 2, ce qui s'expliquait par une durée théorique de parcours de 12 mois (versus 6 mois pour AMAD 1), et un niveau de dépendance plus important.
 - ➔ **Le forfait prévu AMAD 1 est ainsi largement insuffisant, pour l'ensemble des partenaires, et de manière plus importante pour EPOCA (- 1 417 €). Ce forfait ne permet pas de couvrir les frais de personnel et de plateforme. Les montants du forfait AMAD 2 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 €). Cependant, la part conditionnelle versée à la société EPOCA permet de maintenir l'équilibre pour la société.**
- ➔ **Des apports et effets positifs perçus de l'expérimentation sur la prise en charge et sur les parcours des patients : une convergence des retours observée**
- ⇒ Les retours des porteurs, professionnels et partenaires convergent vers une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients âgés polypathologiques. Les principaux bénéfices perçus incluent la sécurisation et la facilitation des retours à domicile, la réduction des 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.
- ➔ **Des retours positifs reflétant une bonne « expérience-patient et aidant » : un sentiment de « réassurance » et de sécurité à domicile**
- ⇒ Une **bonne acceptation** du dispositif par les patients et les aidants : La très grande majorité des patients interrogés se dit satisfaite d'être prise en charge dans VA, tant pour la qualité du service d'EPOCA que pour l'utilité de ce type de suivi ➔ **Note moyenne de satisfaction de 9,5/10.**
- ⇒ Un impact positif ressenti sur la qualité de vie : Parmi les impacts observés, les patients ont notamment relevé le fait de pouvoir rester à leur domicile grâce à VA et le sentiment de réassurance et de sécurité (interlocuteur accessible/Réponses). ➔ **Note moyenne de 9,2 sur 10.**
- ➔ **Des impacts constatés sur les pratiques professionnelles, notamment en termes de coordination, de continuité des soins, et de soutien aux équipes hospitalières et de ville**
- ⇒ Les acteurs impliqués interrogés relèvent en matière d'évolution et d'impact sur les pratiques : un renforcement de la coordination médicale et paramédicale, ainsi que de la continuité des soins ; un appui aux équipes hospitalières et un soutien aux services de gériatrie ; un accès facilité aux ressources hospitalières et une prise en charge optimisée ; un soutien des soignants à domicile ;

une évolution des pratiques via une montée en compétence gériatrique des professionnels de ville et une plus grande autonomie des IDEO, une démultiplication des capacités des soignants.

- ⇒ Le développement de ces effets positifs nécessite du temps et des efforts constants pour que le dispositif s'intègre pleinement dans la pratique quotidienne de tous les acteurs.

Une reproductibilité testée sur les 2 nouveaux sites et des éléments de réflexion identifiés pour le renforcement du modèle

- ⇒ Le déploiement tardif de 2 sites a permis indirectement de tester/d'observer et de valider la reproductibilité du modèle. Ces derniers sites ont bénéficié de l'expérience et de la maturité des 2 premiers et ont su s'approprier et développer le modèle de manière adaptée aux ressources et contextes locaux, et efficace (démarrage rapide et nombreuses inclusions).
- ⇒ Les facteurs clé de succès ont été identifiés :
- Leviers contextuels : **Implication et le soutien des directions (volonté politique)** des partenaires (établissements hospitaliers et SSIAD, pertinence du dispositif, apport de ressources médicales et offre d'aval des urgences supplémentaires, le déploiement général de la télémédecine/télésurveillance.
 - Leviers en lien avec le dispositif : adaptabilité aux contextes, ressources, à l'organisation des établissements, relative rapidité de mise en place, le service apporté par EPOCA, le **système d'information permettant un partage d'information et l'algorithme performant en termes de détection/gestion des anomalies**, l'adaptation à la polypathologie et aux personnes isolées et dépendantes...

CONCLUSION DE L'EVALUATION

- ⇒ Les outils technologiques s'améliorant sans cesse et les besoins explosant en lien avec la démographie vieillissante vont dans le sens de la nécessité du développement de solutions de prises en charges telles que VIGIE-AGE (pertinence et utilité confirmées). Si **des améliorations et des adaptations du modèle étudié sont encore à apporter**, il a démontré dans le cadre de cette expérimentation, sa faisabilité et sa possibilité d'implantation et de fonctionnement relativement rapide et dans des contextes différents. L'expérience montre un système apprenant, à géométrie variable adaptable à de nombreux contextes. Le dispositif apporte une solution en partie « clé en main » pour les établissements pour fluidifier les urgences, améliorer l'aval – optimiser une filière de soins qui existe et en soutien à la ville, sans sur-coûts pour l'Assurance Maladie. L'évaluation du retour d'expérience des bénéficiaires confirme la plus-value et le **service rendu aux patients, aux aidants et aux professionnels** tant du domicile qu'hospitaliers ou des partenaires de terrain (voire au système de santé).

SOMMAIRE

POINTS SAILLANTS	3
SYNTHESE	5
PRÉAMBULE : UN PROJET QUI A POUR AMBITION DE RÉPONDRE AUX ÉVOLUTIONS DU CONTEXTE SANITAIRE et EPIDEMIOLOGIQUE	14
1. Rappels - presentation synthétique de l'experimentation et des parcours VIGIE-ÂGE.....	16
1.1 Fiche signalétique.....	16
1.2 Rappel du fonctionnement global du projet VIGIE ÂGE (Source : cahier des charges)	17
2. Rappel de la methodologie generale d'evaluation / travaux effectues.....	20
2.1 Objectifs et contenu du présent rapport final	20
2.2 Données recueillies et analysées pour l'évaluation finale.....	20
2.3 Méthodologie d'analyses statistiques du SI et du SNDS	21
2.4 Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de l'évaluation / remarques des évaluateurs.....	23
3. Resultats axe 1 : Faisabilite/Operationnalite	25
3.1 Un déploiement opérationnel, progressif et conforme au cahier des charges confirmant la faisabilité du dispositif, malgré les freins rencontrés.....	25
3.2 Profil et niveau d'adhésion des professionnels (hospitaliers et de ville) participants	34
3.3 Un déploiement de l'expérimentation spécifique à chaque territoire en lien avec les acteurs locaux et les ressources disponibles.....	39
3.4 Profil et parcours des patients bénéficiaires	45
3.5 Récapitulatif des principaux freins identifiés	48
4. Resultats axe 2 : Efficacite/Efficiencce	50
4.1 Résultats sur la prise en charge et sur les parcours des patients.....	50
4.2 Impact sur les consommations de soins et coûts associés	55
4.3 Analyse budgétaire de l'expérimentation	65
4.4 Des apports et effets positifs perçus de l'expérimentation sur la prise en charge et sur les parcours des patients : une convergence des retours observée	74
4.5 Des retours positifs reflétant une bonne « expérience-patient et aidant » : un sentiment de « réassurance » et de sécurité à domicile.....	75
4.6 Des impacts constatés sur les pratiques professionnelles, notamment en termes de coordination, de continuité des soins, et de soutien aux équipes hospitalières et de ville	77
4.7 Des effets indirects non prévus identifiés dans le sillage de VIGIE ÂGE.....	78
5. Resultats axe 3 : Reproductibilite.....	80
5.1 Facteurs clés de succès	80
5.2 Eléments structurants du modèle VIGIE-ÂGE	81
6. CONCLUSION	83
7. ANNEXES.....	84
7.1 Annexe 1 : Parcours GAD et AMAD théoriques	84
7.2 Annexe 2 : Listes des acteurs interrogés lors des entretiens qualitatifs semi-directifs	84
7.3 Annexe 3 : Détail des dépenses AMAD 1 et AMAD 2	88
7.4 Annexe 4 : Coûts détaillés de l'expérimentation Vigie Age.....	91

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Chiffres clés à retenir	5
Figure 2. Flowchart des différentes populations d'analyse	23
Figure 3. Evolution du nombre d'Inclusions depuis le démarrage (Fév.22 à Avril.24)	27
Figure 4. VA 92 : Nombre et type d'inclusions par mois	28
Figure 5. VA 78 : Nombre et type d'inclusions par mois	28
Figure 6. VA 95 : Nombre et type d'inclusions par mois	29
Figure 7. VA 28 : Nombre et type d'inclusions par mois	29
Figure 8 : Risques des patients (en pourcentage) et terrains	46
Figure 9 : Hospitalisations complètes MCO à 30 jours de la sortie de GAD selon la provenance	51
Figure 10 : Distribution des dépenses de soins de santé (ville et hôpital) des patients dans les 30 jours suivant la sortie de GAD (Source : SNDS)	56
Figure 11 : Dépenses moyennes pour les soins hospitaliers : Avant versus Pendant AMAD	58
Figure 12 : Dépenses moyennes pour les soins de ville : Avant versus Pendant AMAD	58
Figure 13 : Dépenses moyennes pour les soins hospitaliers : Avant versus Pendant AMAD 1 (A.) et AMAD 2 (B.) (dépenses rapportées sur 1 an) (Source : SNDS)	61
Figure 14 : Dépenses moyennes pour les soins de ville : Avant versus Pendant AMAD 1 (dépenses rapportées sur 1 an) (Source : SNDS)	61
Figure 15 : Dépenses moyennes pour les soins hospitaliers : Avant versus Après AMAD (dépenses rapportées sur 1 an) (Source : SNDS)	63
Figure 16 : Dépenses moyennes pour les soins de ville : Avant versus Après AMAD (dépenses rapportées sur 1 an) (Source : SNDS)	63
Figure 17 : Evolution des dépenses avant-pendant et avant-après la prise en charge AMAD	65
Figure 18 : Répartition des coûts par type de structure	69
Figure 19 : Le parcours GAD	84
Figure 20 : Le parcours AMAD	84

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Fiche signalétique de l'expérimentation VIGIE-ÂGE	16
Tableau 2. Recueils de données mis en œuvre entre mai et septembre 2024	20
Tableau 3 : Données analysées pour l'évaluation finale « Volet Quantitatif »	21
Tableau 4. Situation et répartition des inclusions au 15 avril 2024 (Source SI)	26
Tableau 5. File active mensuelle, par site et par type de suivi	29
Tableau 6: <i>Nombre et type de professionnels formés depuis le début de l'expérimentation</i>	34
Tableau 7: <i>Nombre d'ETP prévus et réels dédiés à VA de Fév-22 à Sept-24, hors astreinte de nuit/WE (Source : EPOCA)</i>	35
Tableau 8 : Profil des patients inclus dans l'expérimentation Vigie Âge (analyses des données du SI)	45
Tableau 9 : Distribution des différents Parcours par patient dans VIGIE-ÂGE (pour l'ensemble des patients)	47
Tableau 10. <i>Freins / difficultés rencontrées</i>	48
Tableau 11 : Hospitalisation complète dans les 30 jours suivant la sortie du GAD en fonction du nombre d'hospitalisation dans les 6 mois précédent le	51
Tableau 12 : Hospitalisation complète et passage aux urgences Avant et Pendant la prise en charge Vigie-Âge	52
Tableau 13 : Consommations de soins de ville avant vs pendant la prise en charge AMAD	53
Tableau 14 : Hospitalisation complète Avant et Après la prise en charge AMAD dans Vigie-Âge	54
Tableau 15 : Consommation de soins de ville avant vs après la prise en charge AMAD	55
Tableau 16 : Dépenses de santé moyennes dans les 30 jours suivant le GAD (source : SNDS)	56
Tableau 17 : Dépenses de santé moyennes AVANT AMAD versus PENDANT AMAD (Source : SNDS)	57
Tableau 18 : Dépenses de santé moyennes AVANT AMAD 1 versus PENDANT AMAD 1 et AVANT AMAD 2 versus PENDANT AMAD 2 (Source : SNDS)	59
Tableau 19 : Dépenses de santé moyennes (rapportées à 1 an) AVANT AMAD versus APRES AMAD (Source SNDS)	62
Tableau 20 : Dépenses de santé moyennes AVANT AMAD 1 versus APRES AMAD 1 (Source : SNDS)	63
Tableau 21 : Dépenses de santé moyennes (rapportées à 1 an) AVANT AMAD 2 versus APRES AMAD 2 (Source : SNDS)	64
Tableau 22. Tarifs des forfaits et répartition entre les partenaires	66
Tableau 23. Montants versés au titre du FIR (IDF et CVL) pour l'amorçage et l'ingénierie (source : cahier des charges, CH Chartres)	67
Tableau 24. Montants perçus pour les forfaits patients selon la file active	68
Tableau 25 : Estimation du coût des IOT par suivi (source : EPOCA)	68
Tableau 27 : Evaluation de l'équilibre financier de l'expérimentation Vigie Age	70
Tableau 28 : Evaluation du bilan financier de la société EPOCA	70
Tableau 29 : Evaluation du bilan financier à 3 ans des différents territoires	71
Tableau 30 : Estimation du coût d'un parcours GAD versus financement actuel	72
Tableau 31 : Estimation du coût d'un parcours AMAD1 versus financement actuel	72
Tableau 32 : Estimation du coût d'un parcours AMAD2 versus financement actuel	72
Tableau 33 : Conditions identifiées / pistes de réflexions pour une éventuelle pérennisation du dispositif et son déploiement	81
Tableau 34. Professionnels des SSIAD/SPASAD interrogés (anciens et nouveaux sites)	84
Tableau 35. Partenaires institutionnels et acteurs de terrain interrogés	84
Tableau 36. Liste des patients bénéficiaires interrogés	85
Tableau 37 : Liste des médecins généralistes interrogés	85
Tableau 37. Comparaison des déploiements effectifs et des différentes organisations de VA 92, 78, 95 et 28	86
Tableau 38 : Détail des dépenses avant-pendant AMAD 1 et AMAD 2	88
Tableau 39 : Détail des dépenses avant-après AMAD 1 et AMAD 2	89
Tableau 40 : Coûts liés à l'expérimentation VIGIE-AGE (2022-septembre 2024)	91

LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS

AMAD	Accompagnement médicalisé à domicile
APA	Activité physique adaptée
AP-HP	Assistance publique des hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCMU	Classification clinique des malades des urgences
CHRDS	Centre hospitalier Rives-de-Seine (92)
CLIC	Centre local d'information et de coordination gérontologique
CM	Care Manager
CNAM	Caisse nationale d'assurance-maladie
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CRT	Centre de Ressources Territorial
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
EHPAD	Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes
FIR	Fonds d'intervention régional (géré par l'ARS)
FISS	Fonds pour l'innovation du système de santé
GAD	Gériatrie aigüe à domicile
GH	Groupe hospitalier
GHT	Groupe hospitalier de territoire
GIR	Groupe iso-ressources, correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
IDEL	Infirmier diplômé d'état libéral
IDEO	Infirmier diplômé d'état Opérationnel
IOT	Internet des objets / Internet of Things
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MAIA	Méthode d'action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie
MCO	Médecine-chirurgie-obstétrique
MT	Médecin traitant
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPS	Projet personnalisé de santé
RPU	Résumé de passage aux urgences
SAD	Service d'aide à domicile
SAU	Service d'accueil des urgences
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TLS	Télésurveillance
UGA	Unité de Gériatrie Aigüe
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UPOG	Unité péri-opératoire gériatrique
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

PRÉAMBULE : UN PROJET QUI A POUR AMBITION DE RÉPONDRE AUX ÉVOLUTIONS DU CONTEXTE SANITAIRE et EPIDEMIOLOGIQUE

En préambule et pour une mise en perspective du projet VIGIE ÂGE par rapport à la situation du système de santé, il convient de rappeler le contexte sanitaire et épidémiologique actuel ainsi que les difficultés auxquelles sont confrontées les filières de soins notamment gériatriques et plus globalement les acteurs du système de santé.

- ! Le **vieillissement de la population** (« déferlante/vague démographique attendue à partir de 2030 ») et la **transition épidémiologique** : Transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit de l'**accroissement des maladies chroniques** et dégénératives et des accidents.
- ! Les implications et conditions de réussites du **virage domiciliaire** (priorité donnée au maintien à domicile par les politiques publiques et aspiration des usagers à vivre le plus longtemps possible chez eux) et du **virage ambulatoire (+/- gériatrique)** entamé.
- ! La **saturation de l'offre de soins destinée aux personnes âgées** : crise des effectifs en EHPAD et à l'hôpital, saturation des filières d'aval de l'hôpital (SSR, HAD...), la sur sollicitation des SAU, expertise gériatrique sous-dimensionnée par rapport aux besoins, lits hospitaliers bloqués pour des problèmes sociaux...
- ! Une **offre de soins de premier recours faible avec un accès qui se dégrade** : un manque global de ressources humaines médicales et paramédicales ; des problématiques de rémunération et d'attractivité des métiers soignants ; un nombre insuffisant de médecins traitants ; l'inexistence de la gériatrie de médecine primaire ; des médecins qui manquent ainsi de temps et de moyens pour gérer des situations complexes associant des troubles somatiques, cognitifs et psychiques à des difficultés sociales, notamment l'épuisement de l'aidant (peu de MG réalisent encore des visites à domicile (VAD)). L'ensemble entraînant des **ruptures de parcours** notamment pour les personnes âgées polypathologiques instables.
- ! L'**épuisement des équipes médicales post-COVID**, sur-sollicitées pendant la crise sanitaire.
- ✓ Le **déploiement de la télémedecine** : Prise en charge et remboursement récent des activités de télésurveillance médicale (décret n°2022-1767 du 30 décembre 2022 / remboursement par la Sécurité Sociale depuis le 1^{er} juillet 2023).
- ✓ Une **période post-COVID** qui semble favoriser une meilleure acceptation des outils (et pratiques) numériques et technologiques : Acculturation des soignants et des patients. Et l'évolution/amélioration constantes des **objets connectés**.
- ✓ Une **réforme récente du financement des SSIAD et des SPASAD** : La nouvelle tarification repose sur une part socle et une part variable ; elle doit permettre de donner davantage de moyens financiers aux services lorsqu'ils accompagnent des personnes avec des prises en soins plus importantes.
- ✓ Le développement de nouveaux acteurs potentiellement partenaires tels que les **Centres Ressources Territoriaux (CRT)** (notamment dans son volet 2 d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD), et des **Services Renforcés À Domicile (SRAD)** qui proposent une alternative à l'entrée en établissement des personnes âgées en perte d'autonomie, en leur permettant de vivre chez elles.

➔ **L'évaluation de l'expérimentation VIGIE-ÂGE tient compte de ce contexte, qui peut s'avérer freinant comme facilitant pour son déploiement.**

1. RAPPELS - PRESENTATION SYNTHETIQUE DE L'EXPERIMENTATION ET DES PARCOURS VIGIE-ÂGE

1.1 Fiche signalétique

Tableau 1. Fiche signalétique de l'expérimentation VIGIE-ÂGE

Titre de l'expérimentation	VIGIE-ÂGE – La filière de soin gériatrique (aigüe et chronique) connectée à domicile
Porteur	Le centre hospitalier Rives-de-Seine (CHRDS) de Neuilly sur Seine et la société EPOCA.
Partenaire(s) (stratégiques et tactiques)	Projet mis en œuvre sur 3 sites impliquant 3 établissements hospitaliers (soit 3 services d'urgence, et 3 services de gériatrie aigüe) et 5 SSIAD/SPASAD : • Hôpital Léopold Bellan (75). • Hôpital La Porte Verte (78). • SSIAD Courbevoie (SAPA). • SSIAD Neuilly (ANSIAD). • SSIAD d'Aulagnier. • Service Polyvalent d'aide et de soins à domicile Léopold Bellan. • SSIAD Lépine. • CH Chartres (inclusion en 2024). • CH Argenteuil (inclusion en 2024).
Territoire(s) concerné(s)	3 départements d'Ile-de-France : Hauts de Seine (92), Paris (75) et Yvelines (78). 2 nouveaux sites depuis 2024 : Chartres (28) ; Argenteuil (95).
Nature du projet	Régional.
Public cible	Critères d'inclusion GAD : • Age ≥ 70 ans GIR 1 à 6 • Résidant sur les territoires d'expérimentation. • Accord du patient et de son représentant légal • ISAR ≥ 2 ou ISAR 1 avec suivi d'oxygénothérapie • CCMU 2 à 3 (absence de signe de gravité mais risque d'instabilité possible) dont l'hospitalisation serait incontournable en l'absence d'une surveillance médicalisée 24/7 temporaire ○ Risque rupture de parcours, isolement social et/ou troubles cognitifs ○ Covid débutant avec terrain à risque ou sous oxygénothérapie en phase de sevrage ○ Risque de décompensation secondaire ou polypathologie modérée à sévère • Si besoin d'examens complémentaires : disponibles en ville ou HDJ et délai acceptable ≥ 24h • Absence de critères d'exclusion : ○ Pas de risque suicidaire ou de fugue ○ Pas de troubles comportementaux (agressivité importante) ○ Pas de suivi ou critères HAD ○ Patient non-SDF vivant en zone de couverture du dispositif Critères d'inclusion AMAD : • Age ≥ 70 ans • Accord du patient ou de son représentant légal • Accessibilité du domicile et acceptation par le patient ou sa famille de la pose d'une boîte connectée (wifi préexistant non nécessaire) • Absence de critère d'exclusion que sont : - patient suivi HAD ou EHPAD hors les murs ou indication à prise en charge HAD/EHPAD hors les murs - patient sans domicile fixe (SDF) ou troubles du comportement agressif ou risque suicidaire ou fugue - AMAD1 : - Polypathologie (> 2 organes vitaux) complexe, modérée à sévère, avec décompensations multiples et multimodales du patient semi ou autonome : GIR 4 à 6 (classiquement : hospitalisé $\geq$ à 2 fois durant les 12 derniers mois (stabilisation médicale et dépistage précoce des décompensations) hors dispositif) - Polypathologie à risque d'instabilité médicale intermédiaire, de « décompensation » sociale ou rupture de parcours du patient isolé atteint de troubles cognitifs ayant été hospitalisé au moins 2 fois au cours des 12 derniers mois - AMAD2 : - Polypathologie complexe modérée à sévère avec décompensations multiples et multimodales du patient dépendant (GIR 1 à 3) - isolé ou non, atteint de démence ou non, aidant épuisé ou non. NB : La démence même sévère, la solitude au domicile, ou les 2 à la fois, ainsi que l'épuisement de l'aidant principal, ne sont pas des contre-indications au dispositif.

Professionnels de santé et structures impliqués	⇒ Les médecins libéraux correspondants acteurs dans le parcours des patients. ⇒ Un gériatre recruté par l'hôpital. ⇒ Les infirmiers et aides-soignants en SSIAD et en équipe mobile de gériatrie de l'hôpital. ⇒ Une équipe de surveillance et de coordination : gestionnaires de projet personnalisé (aides-soignants ou infirmiers).	
Objectifs principaux	FINALITE : Prévenir les complications et décompensations des personnes âgées de 70 ans et plus. OBJECTIFS PRINCIPAUX : ⇒ Améliorer la qualité de vie effective et ressentie du patient et de son entourage/aidant. ⇒ Améliorer les conditions de travail des professionnels de santé auprès des séniors. ⇒ Éviter les hospitalisations inutiles et la rupture de parcours des patients seniors en début de perte d'autonomie à Réduire les hospitalisations et les passages aux urgences. ⇒ Améliorer le dépistage précoce de la dégradation de l'état de santé des patients. ⇒ Permettre le maintien à domicile de patients relevant actuellement de l'ULSD du fait d'une polyopathie complexe à risque d'instabilité (multi-hospitalisations annuelles) à Limiter ou retarder les entrées en EHPAD ou en USLD. ⇒ Mettre en œuvre un modèle économique efficient, notamment en évitant l'hospitalisation, ou en la raccourcissant. → 4 704 patients prévus initialement en 3 ans : 4304 en GAD, 200 en AMAD1 et 200 en AMAD2. Les <u>objectifs ont été ajustés (par avenant)</u> , fixant une nouvelle cible de 3 094 patients pour VA Île-de-France (2 754 en GAD, 446 en AMAD 1 et 282 en AMAD 2) et de 600 patients sur une année pour VA Centre Val-de-Loire (540 en GAD, 30 en AMAD 1 et 30 en AMAD 2).	
Objectifs opérationnels	⇒ Mettre en œuvre une plateforme de télésurveillance , de coordination et de télé-médecine continue adaptée au patient âgé quel que soit son niveau de dépendance. ⇒ Organiser une réponse médicale, paramédicale et médico-sociale réactive et adaptée aux besoins des patients. ⇒ Mettre à disposition un algorithme simple permettant de fluidifier le déclenchement du dispositif. ⇒ Participer à l'animation et au maillage territorial (ville/hôpital) de professionnels de santé, pour cette population spécifique.	
Financement Coût prévu de l'expérimentation	FISS	Besoin de financement initial / FISS : 5 867 261€ pour les prestations dérogatoires (y compris la part conditionnelle estimée à 462 477 € (8%)). Financement prévu après réajustement (mars 2024) : - VA IDF : 4 687,4K€ VA CVL : 694 K€
	FIR	Besoin de financement initial / Crédits d'amorçage et d'ingénierie : 259 400€ (sur la base de 4 704 patients inclus). Financement prévu après réajustement (mars 2024) : - VA IDF : 259,4 K€ VA CVL : 61,5 K€
	TOTAL	Besoin de financement <u>initial</u> : Total FISS et FIR : 6 126 661€ Financement prévu après réajustement (mars 2024), pour les 2 sites : 5 702,3 K€ - VA IDF : 4 946,8 K€ VA CVL : 755,5 K€
Dates de début	Publication de l'arrêté ARS IDF : 24 décembre 2021. VA IDF : Arrêté modificatif du 15/03/2024 et RAA du 18/03/2024. VA CVL : Arrêté et RAA du 27/02/2024.	
	La première inclusion a été réalisée le 16/02/22 (sur le territoire du 92).	
Durée	3 ans à compter de la date d'inclusion du 1^{er} patient (→ Fin le 15 février 2025).	

1.2 Rappel du fonctionnement global du projet VIGIE ÂGE (Source : cahier des charges)

L'expérimentation VIGIE-ÂGE propose aux personnes âgées de 70 ans ou plus, polypathologiques et en situation clinique et cognitive instable avec perte d'autonomie ou en situation complexe, un **parcours de télésurveillance complet**, permettant leur maintien à domicile 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.

Une **phase pilote** du parcours VIGIE-ÂGE autour de l'hôpital de Puteaux (CHRDS, 92), d'une durée d'un an à partir d'août 2020, a fait la preuve de la faisabilité et de l'intérêt de cette organisation innovante. Dans le cadre de l'expérimentation Article 51, une extension à 2 autres territoires était prévue : le 75 et

le 78 avec la participation des établissements Léopold Bellan et la Porte Verte ainsi que leurs SSIAD partenaires.

Ce parcours repose sur le **suivi médical et médico-social collaboratif par une équipe soignante pluridisciplinaire dédiée** (personnel médical hospitalier, SSIAD, IDE) agissant aussi bien en surveillance à distance qu'en intervention mobile 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.⁴

En fonction des différents besoins du patient et de son niveau polypathologique ou de dépendance, 3 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 et de dépendance :

- ⇒ Le séjour **GAD remplace** un séjour hospitalier en MCO en cas d'épisode aigu d'un patient âgé correspondant aux critères d'inclusion/exclusion CCMU⁵ 1 à 3, ou **raccourcit** un séjour hospitalier pour les patients plus lourds (cf. [parcours détaillé](#)).
- ⇒ Les séjours **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) (cf. [parcours détaillé](#)).

Rappel : l'innovation VA repose sur le **suivi de paramètres de la santé du patient (physique/physiologique, psychique social, environnemental) collectés de façon variée et adaptée au patient et aux besoins de surveillance (épisode, actionnée ou très rapprochée)**, grâce à des **objets connectés**, une **plateforme de télésurveillance** analysant les données remontées et créant des alertes et une **équipe médicale et paramédicale** pour analyser/confirmer les alertes et garantir la gestion logistique au domicile du patient.

Ainsi, la prise en charge des patients dans le cadre de l'expérimentation repose sur :

- ⇒ Un **repérage et adressage vers VA** par les professionnels de SAU (principalement) pour VA 92 et de MCO (essentiellement) pour VA 78. Les MG et SSIAD ont également la possibilité d'adresser des patients vers VA.
- ⇒ Un **binôme opérationnel** 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'IDEO +/- le médecin opérationnel réalisent la visite d'inclusion au domicile du patient, le suivi spécifique à chaque parcours/patient et la gestion des alertes.
- ⇒ L'**équipe médicale et paramédicale d'EPOCA** (care-managers et médecins), appuyée par une **plateforme de télésurveillance, de coordination et de télé-expertise** se basant sur l'analyse des données remontées via les **objets connectés** pour identifier et anticiper les épisodes de dégradation de l'état de santé du patient.

Indépendamment de l'expérimentation, les **infirmiers de ville** (SSIAD ou IDEL) assurent les soins à domicile et les **médecins traitants** gardent la responsabilité médicale du patient.

⁴ Il est à noter que l'outil de télésurveillance gériatrique Epoca est certifié pour les 4 mono-pathologies suivantes : ICAR, IRESP, IREN et diabète et est un dispositif médical de classe I selon la MDD, en cours de transition vers un DM2a selon le MDR (organisme notifié BS1)

⁵ Classification Clinique des Malades des Urgences. CCMU 1 à 3 = pas de mise en jeu du pronostic vital.

Focus sur l'AMAD 0 (hors périmètre Article 51)

L'AMAD 0 est un **suivi annuel forfaitaire, hors cadre de l'Article 51**, financé par les Conseils Départementaux des Yvelines (78) et des Hauts-de-Seine (92) via la conférence des financeurs et créé pendant l'expérimentation. Ce dispositif inclut uniquement la télésurveillance et la télé-coordination d'EPOCA, en lien avec le médecin traitant mais sans l'intervention d'un gériatre hospitalier ni d'un infirmier opérationnel SSIAD.

En raison de l'**absence de places disponibles dans les parcours AMAD 1 et 2** de VA et pour assurer la continuité de la surveillance de certains patients VA, ces derniers sont transférés et pris en charge par EPOCA dans le cadre de l'AMAD 0. **87 patients inclus dans VA ont bénéficié d'au moins un suivi en AMAD 0** (source : données du SI EPOCA extraites à la date du 15/04/2024).

NB : Ce nouveau forfait peut impacter les **analyses de consommation de soins** réalisées dans le cadre de la présente évaluation finale, car ces patients continuent de bénéficier d'un suivi par TLS, contrairement à une sortie classique des parcours AMAD.

Etude pilote 2020-2021

Le projet s'est basé sur une étude pilote réalisée avec le soutien financier de l'ARS Île-de-France et du Conseil Départemental des Hauts-de-Seine. Elle a comptabilisé plus de 200 séjours en un an : 120 séjours GAD, 31 séjours AMAD 1 et 66 séjours AMAD 2.

Elle avait notamment mis en évidence :

- ⇒ Une **diminution de la durée moyenne de séjour** pour les patients du parcours GAD : 14 jours en moyenne la première année et 9,1 jours en moyenne sur les 2 derniers mois. Remarques : les 114 patients admis en GAD après un passage aux urgences auraient été hospitalisés si Vigie-Age n'avait pu être mis en place. De plus, le **nombre de passages aux urgences** des patients pris en charge par Vigie-Age a été réduit de 36% grâce à des admissions directes.
- ⇒ Sur les 34 patients suivis en AMAD2 plus de 3 mois : 87% **d'hospitalisations évitées** (estimation réalisée en comptabilisant les hospitalisations des patients au cours de l'année précédente, réduites au prorata de la période d'observation).

2. RAPPEL DE LA METHODOLOGIE GENERALE D'EVALUATION / TRAVAUX EFFECTUES

L'évaluation comprend 3 grands axes définis dans le cahier des charges de l'évaluation des projets Article 51 LFSS 2018 : **faisabilité**, **efficacité/efficience**, et **reproductibilité**. Le processus de l'évaluation est concomitant à celui de l'expérimentation. La méthodologie est coconstruite, multicritère et fait appel à plusieurs méthodes de recueil de données et d'analyses, avec un volet qualitatif et un volet quantitatif. L'analyse transversale de l'ensemble des éléments permet de répondre aux questions évaluatives définies dans le protocole d'évaluation.

2.1 Objectifs et contenu du présent rapport final

Un rapport d'évaluation intermédiaire, remis en juin 2023, était consacré principalement à l'axe Faisabilité et aux premiers retours d'expérience des différents acteurs et partenaires.

→ Ce rapport **final d'évaluation** intervenant plus de 2,5 ans après son agrément (décembre 2021) et l'inclusion du premier patient (février 2022), fournit des éléments de réponses aux questions évaluatives sur les 3 volets et sous-critères en découlant :

1. **FAISABILITE** / Opérationnalité / Implémentation / Acceptabilité.
2. **EFFICACITE / EFFICIENCE** :
 - a. / Efficacité / Parcours-Réduction d'hospitalisation-Maintien à Domicile.
 - b. / Efficacité / Pratiques professionnelles.
 - c. / Efficacité / Expérience-patients (/objectif de l'amélioration de la qualité de vie du patient (et aidant)).
 - d. / Efficience / Impact budgétaire.
3. **REPRODUCTIBILITE** / Prérequis / Facteurs clé de succès / Conditions.

2.2 Données recueillies et analysées pour l'évaluation finale

La présente évaluation finale a reposé sur l'analyse de **données qualitatives**, recueillies auprès des différents publics concernés par l'expérimentation et de **données quantitatives** telles que les charges administratives et les coûts de fonctionnement, les données de prise en charge des patients (issues du SI EPOCA) et les données du SNDS.

Tableau 2. Recueils de données mis en œuvre entre mai et septembre 2024

Public cible des recueils de données	Type et nombre d'entretiens prévus	Nombre réalisé	Date de réalisation
Porteur de l'expérimentation	- 1 focus group	1 focus group	03/06/2024
Equipe de télésurveillance	- 1 focus group	1 focus group	03/06/2024
Structures SSIAD/SPASAD pilotes et professionnels	- Journée (immersion) auprès de 2 SSIAD - 10 entretiens complexes	- 2 Observations directes sur site (100%) - 2 (20%)	SSIAD Lépine le 11/07/2024 et ANSIAD/SAPA le 23/07/2024 22/07/2024 au 09/09/2024
Equipes des 2 nouveaux sites (SSIAD/SPADAD)	- 10 entretiens complexes	- 5 (50%)	02/07/2024 au 30/07/2024
Patients bénéficiaires et / ou aidants	- 20 entretiens complexes	- 25 (125%)	31/07/2024 au 21/08/2024
Partenaires institutionnels Acteurs de terrain, impliqués dans les prises en charge (dont CH)	- 20 entretiens complexes	- 24 (120%)	23/05/2024 au 26/09/2024
MG des patients inclus et MG adresseurs	- 20 entretiens simples	- 3 (15%)	08/07/2024 au 19/09/2024

La liste de l'ensemble des personnes interrogées est disponible en [Annexe 1](#).

Tableau 3 : Données analysée pour l'évaluation finale « Volet Quantitatif »

Analyses	Sources / Méthodes
Analyse des charges administratives et des coûts de fonctionnement Données d'activité	Données de comptabilité analytique, éléments budgétaires, tableaux de bord des inclusions... fournies par le porteur de projet.
Base de données individuelles ; Parcours Système d'information VIGIE ÂGE	Description des patients inclus et de leur prise en charge
Données du système d'information couplées aux données du SNDS	Analyse statistique comparative des données du SNDS Avant-Pendant.

NB : Chaque unité d'œuvre réalisée a fait l'objet d'un PV de réalisation transmis à la CELEVAL.

Les données recueillies dans le cadre de ce rapport ont des TEMPORALITES DIFFERENTES :

- ⇒ L'ensemble des entretiens auprès des acteurs ont été réalisés entre juin et septembre 2024.
- ⇒ Les données d'activité du projet concernent les patients inclus jusqu'au 15/04/2024. Une actualisation au 30/09/2024 est présentée.
- ⇒ Les données du SI EPOCA ont été extraites à la date du 15/04/2024 et concernent les patients inclus entre février 2022 et avril 2024. Au total, l'analyse des données du SI a porté sur 722 patients.
- ⇒ Les données du SNDS sont disponibles pour l'ensemble des sujets inclus dans le SI pour lesquels le chaînage avec le NIR (Numéro d'inscription au Répertoire) a été possible (702 patients (97,2%)). Les données de soins de ville n'étaient disponibles pour les analyses que de janvier 2021 à avril 2024 et les données hospitalières que de janvier 2021 à **décembre 2023** (contraintes de disponibilité de données ayant un impact sur les analyses possibles).

2.3 Méthodologie d'analyses statistiques du SI et du SNDS

2.3.1 Analyse des données du système d'information (SI)

Les données du système d'information EPOCA ont été extraites à la date du 15/04/2024 dans le cadre de l'évaluation finale. Elles contiennent toutes les caractéristiques des patients à l'inclusion dans le programme VIGIE-AGE entre février 2022 et avril 2024 et quelques données du parcours. Les données du SI ont permis de décrire le profil des patients ayant bénéficié de l'expérimentation et les parcours dans VIGIE-AGE (GAD et AMAD).

Au total, l'analyse des données du SI a porté sur 722 patients.

2.3.2 Analyse des données du SNDS

Pour les 722 patients recensés dans le SI à la date de l'extraction, un chaînage avec leurs données dans le SNDS a été possible pour **702 patients (97,2%)**. Pour 20 patients, la correspondance du NIR n'a pas été retrouvée dans le SNDS.

Les données SNDS disponibles lors de l'extraction portaient sur des périodes temporelles restreintes :

- ⇒ Données de soins de ville : ensemble des soins remboursés entre janvier 2021 et avril 2024 ;
- ⇒ Données hospitalières : ensemble des séjours hospitaliers clôturés entre janvier 2021 et décembre 2023.

Compte tenu des contraintes liées aux périodes de données disponibles, des sous-populations d'analyse ont été définies pour chaque analyse et sont décrites dans la section suivante.

2.3.3 Variables créées et analyses statistiques réalisées

Les données du SI et du SNDS ont permis de :

- ⇒ Décrire le profil des patients inclus ;
- ⇒ Décrire les parcours AMAD et GAD ;

- ⇒ Analyser l'efficacité des parcours GAD et AMAD en termes de consommations de soins / recours au système de santé (+valorisation économique).

Le profil des patients inclus a été décrit en termes de caractéristiques sociodémographiques, de profils clinique et d'autonomie, et de consommations de soins à 6 mois et 1 an avant l'inclusion dans VIGIE-AGE.

L'efficacité de l'expérimentation a été évaluée séparément pour le parcours GAD et le parcours AMAD à partir des données SNDS.

Analyse de l'efficacité du parcours GAD

Ont été inclus dans cette analyse tous les sujets ayant débuté leur prise en charge VA par un parcours GAD et disposant d'au moins 30 jours de suivi après la sortie du GAD dans les données SNDS (i.e. exclusion des patients sortis de GAD après le 31 novembre 2023). L'analyse a ainsi porté sur **430 patients**. Dans le cas de plusieurs parcours GAD pour un même patient, seul le premier a été analysé.

Le critère principal pour évaluer l'efficacité de la prise en charge GAD est le **recours à l'hospitalisation complète en médecine chirurgie et obstétrique (MCO) dans les 30 jours après la sortie du GAD**. Ce critère a été analysé d'abord sans stratification puis avec stratification selon 3 critères distincts : le motif de sortie, la provenance du patient et le nombre d'hospitalisations dans les 6 mois avant l'entrée dans VIGIE-AGE.

Les **hospitalisations et passages aux urgences pendant le GAD** ont aussi été décrits.

Analyse de l'efficacité des parcours AMAD1 et AMAD2

Ont été inclus dans cette analyse tous les sujets ayant débuté leur prise en charge VIGIE-AGE par un parcours AMAD (1 ou 2) ou pour lesquels le parcours total était GAD+AMAD. Les patients présentant des parcours avec répétition de GAD ou d'AMAD ont été exclus afin d'isoler l'effet de l'AMAD.

L'efficacité des parcours AMAD a été évaluée sur la base de 2 comparaisons :

- ⇒ Comparaison des consommations **avant et pendant** la prise en charge AMAD : évaluation de l'effet direct du parcours. → **269 patients concernés**.
- ⇒ Comparaison des consommations **avant et après** la prise en charge AMAD : évaluation de l'effet à moyen terme du parcours. → **69 patients concernés**.

Pour chacune de ces comparaisons, les consommations de soins ont été comparées sur des « **périodes miroirs** », autrement dit, des périodes de même durée, alignées sur la période observée pendant (ou après) la prise en charge AMAD. Les consommations suivantes ont été décrites **en taux de patients** ayant bénéficié de ce soin et **en fréquence** (rapportée sur 1 an) :

- ⇒ Les hospitalisations complètes en MCO.
- ⇒ Les consultations et visites avec des MG, spécialistes de ville et médecins hospitaliers.
- ⇒ Les contacts infirmiers.
- ⇒ Les recours aux transports.

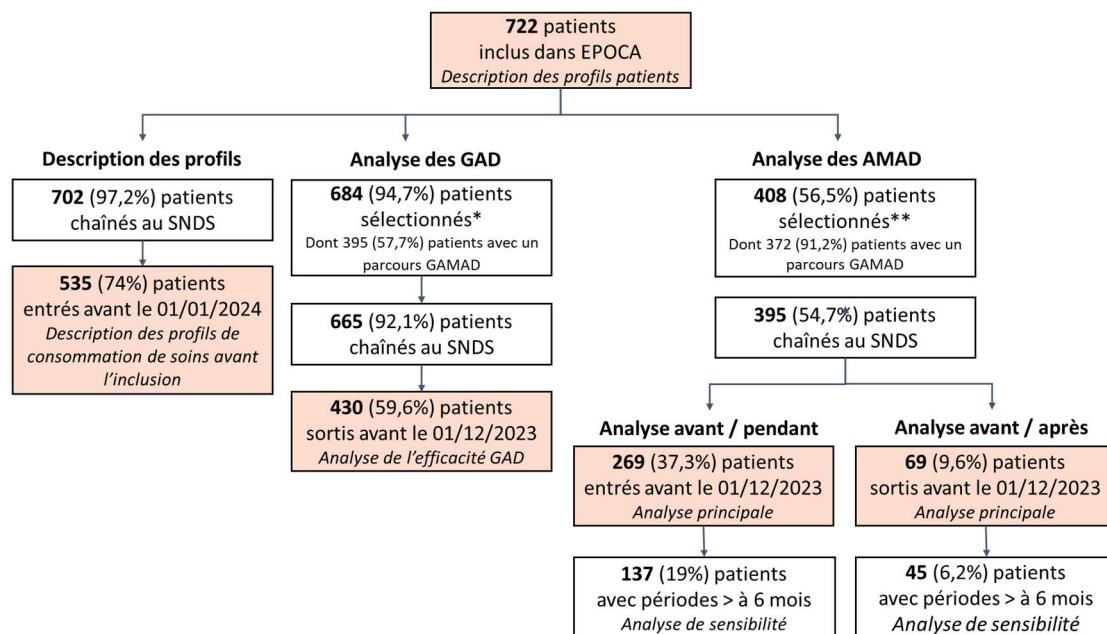
Dans un souci de robustesse, un minimum d'un mois de suivi pour les périodes miroirs est demandé. Les patients inclus dans l'expérimentation après le 31 novembre 2023 ont été exclus de l'analyse « Avant vs Pendant » et les patients sortis d'AMAD après le 31 novembre 2023 ont été exclus de l'analyse « Avant vs Après ». Des analyses de sensibilité ont été réalisées en incluant uniquement les patients avec au moins 6 mois de suivi.

Le montant des forfaits a été ajouté dans la période "Pendant la prise en charge AMAD". Pour chaque patient pris en charge en AMAD1 le montant de 1 362€ a été ajouté aux dépenses de santé identifiées dans le SNDS, et ce quelle que soit la durée du séjour AMAD 1. De la même façon le montant de 3 298€ a été ajouté pour les patients AMAD 2.

2.3.4 Populations d'analyse

La Figure 2 résume les différentes populations d'analyse.

Figure 2. Flowchart des différentes populations d'analyse



* patients entrés dans VIGIE AGE avec un GAD

** patients avec un des parcours VIGIE AGE suivants : GAD → AMAD1 (N = 221 ; 54,2%) ; GAD → AMAD2 (N = 151 ; 37,0%) ; AMAD1 (N = 21 ; 5,1%) et AMAD2 (N = 15 ; 3,7%).

2.4 Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de l'évaluation / remarques des évaluateurs

Le recueil et l'analyse des données dans le cadre de cette évaluation se sont heurtés aux difficultés suivantes :

Difficultés concernant le recueil « qualitatif » :

- ⇒ De nombreuses **sollicitations et relances** ont été nécessaires pour obtenir les rendez-vous pour les entretiens, les professionnels étant particulièrement occupés. Une fois le rendez-vous pris, ils acceptent cependant volontiers de livrer leur opinion, et de faire part de leur expérience.
- ⇒ Des professionnels de santé (IDEL, MG notamment) qui n'ont pas donné suite aux sollicitations malgré les nombreuses relances effectuées. Comme pour l'ensemble des projets, les MG sont restés très peu accessibles.
- ⇒ Un **manque de recul de certains professionnels sur le fonctionnement et les résultats** (en particulier les MG, professionnels hospitaliers, partenaires de terrain) → Difficulté de constater les impacts/effets ou d'indiquer leur retour d'expérience.
- ⇒ Un possible biais de mémoire des patients interrogés (en lien ou non avec leur pathologie). Des échanges parfois complexes en raison de l'âge avancé de certains patients, de leur niveau de surdité, ou de leur capacité à comprendre/s'exprimer en français. Dans ces situations, la présence d'un aidant a facilité le déroulement de l'entretien.

Principales difficultés concernant l'analyse des bases de données – SI VIGIE-ÂGE et du SNDS

- ⇒ La base de données analysée est issue du système d'information de télésurveillance. Ce dernier n'est pas conçu pour réaliser des analyses statistiques/épidémiologiques. Il sert à la gestion des alertes et à la réalisation/suivi du PPS et recueil de nombreuses informations qualitatives servants

aux CM (et non transmises pour l'évaluation). L'ensemble n'a donc pas permis une analyse précise des parcours, des interventions et de l'atteinte des objectifs du PPS.

- Les données du SI ne permettent pas de décrire l'ensemble des actions menées par les équipes d'EPOCA lors de la prise en charge VA. Les données disponibles sont probablement sous-estimées et ne peuvent pas être affectées à chaque partie du parcours (GAD ou AMAD).
- Les données de profil patients ne portent que sur l'inclusion dans l'expérimentation VA. Il n'est donc pas possible de décrire le profil patient selon le parcours GAD ou AMAD.

- ⇒ L'évaluation ne visait pas à analyser la qualité et la performance des algorithmes du système de télésurveillance.
- ⇒ Les résultats de l'évaluation de l'efficacité de l'expérimentation n'ont pas pu être mise en regard d'une population témoin. L'identification d'une telle population est très compliquée compte tenu du profil des patients inclus dans l'expérimentation. En effet, les notions d'autonomie ou d'isolement social et géographique ne sont pas identifiables dans le SNDS et sont prépondérantes dans le profil des patients Vigie Âge.

Levier / Facteur facilitant l'évaluation

A noter, la **confirmation de l'intérêt de l'approche évaluative disposant d'un cadre méthodologique commun reposant sur une méthode mixte** (alliant qualitatif/quantitatif) qui permet d'approcher l'ensemble des résultats obtenus, d'éclairer par du qualitatif des données quantitatives (et inversement) mais également d'identifier des effets indirects non prévus. Autant de résultats et d'externalités positives ou négatives qu'il est nécessaire de connaître et de mettre en lumière pour alimenter les réflexions sur les suites à donner au dispositif, et plus stratégiquement au niveau national.

- ➔ Ce document constitue le **rapport final d'évaluation du projet VIGIE-ÂGE**, intervenant plus de deux ans et demi après le début des inclusions (16 février 2022). Sont présentés dans les chapitres suivants, les résultats par axe d'évaluation.

3. RESULTATS AXE 1 : FAISABILITE/OPERATIONNALITE

Cet axe vise à répondre aux questions évaluatives « **Dans quelle mesure les acteurs ont-ils réellement la capacité de monter et faire fonctionner le dispositif envisagé ? Les acteurs des terrains d'expérimentation (site pilote + sites expérimentateurs) parviennent-ils à s'approprier le modèle organisationnel et tarifaire proposé ?** » et aux sous-questions évaluatives afférentes :

- ⇒ Le projet s'est-il déployé de la manière prévue (analyse du fonctionnement global et de la montée en charge) ?
- ⇒ Qui sont les patients bénéficiaires et les modalités de prise en charge ?
- ⇒ Quels sont les principaux freins à la mise en place d'un tel dispositif ?

Ce volet fournit ainsi des éléments de réponse aux critères de conformité au cahier des charges, au niveau d'activité prévu, et aux modalités de déploiement. Il permet également de connaître le profil des professionnels impliqués et des patients pris en charge. Enfin, il fait un état des lieux des retours d'expériences des différentes parties-prenantes.

Les résultats et constats évaluatifs ont été dressés à partir de l'exploitation des données du système d'information VIGIE ÂGE (VA), des fichiers et rapports d'activité produits par les porteurs du projet, de documents et informations transmises dans le cadre de l'évaluation, et d'entretiens et enquêtes auprès des acteurs impliqués et partenaires.

→ **Au total, les constats de faisabilité/opérationnalité dressés dans le rapport intermédiaire (datant de juin 2023) se confirment. Ils sont rappelés dans leurs grandes lignes et des compléments sont apportés sur certains points, notamment à la lumière de l'expérience des 2 nouveaux sites Chartres et Argenteuil.**

3.1 Un déploiement opérationnel, progressif et conforme au cahier des charges confirmant la faisabilité du dispositif, malgré les freins rencontrés

3.1.1 Une dynamique d'inclusion qui reflète les difficultés rencontrées

→ Rappel des modalités prévues (Sources : cahiers des charges déc-21 et mars-24)

Initialement, le cahier des charges de l'expérimentation (décembre 2021) prévoyait son déploiement dans 3 départements : Hauts-de-Seine (92), Yvelines (78) et Paris (75). Chaque territoire devait associer un centre hospitalier pour l'expertise médicale, un ou plusieurs SSIAD (Services de Soins Infirmiers À Domicile) pour assurer les soins à domicile et la plateforme numérique et humaine de la société EPOCA.

Le nombre de patients attendu était de **4 704 sur 3 ans** (1 190 la première année, 1 557 les 2^{ème} et 3^{ème}), répartis comme suit : 4 304 patients en GAD, 200 en AMAD 1 et 200 en AMAD 2.

→ **Une pénurie de ressources humaines a conduit l'Hôpital Léopold Bellan à se retirer de l'expérimentation dès le démarrage. En parallèle, les Centres Hospitaliers d'Argenteuil et de Chartres ont manifesté leur intérêt pour rejoindre le projet.**

Le cahier des charges révisé⁶ en 2024 a au total concerné **4 territoires d'expérimentation** :

- ⇒ **Nord 92 (Hauts-de-Seine)** : CHRDS et les SSIAD de la SAPA, de l'ANSIAD et d'Aulagnier ;
- ⇒ **Grand Versailles, Yvelines (78)** : Hôpital de la Porte Verte et le SSIAD Solidarité Versailles Grand Age Lépine ;
- ⇒ **Val-d'Oise (95)** : CH d'Argenteuil qui intègre les acteurs du domicile ;
- ⇒ **Eure-et-Loir (28)** : CH de Chartres et le CRT d'Illiers-Combray.

⁶ VIGIE ÂGE Île-de-France : Arrêté modificatif du 15/03/2024 et RAA du 18/03/2024 ; VIGIE ÂGE Centre Val de Loire : Arrêté et RAA du 27/02/2024.

Les objectifs ont été ajustés par arrêtés modificatifs, fixant une nouvelle cible de **3 094 patients pour VA Île-de-France** (2 754 en GAD, 446 en AMAD 1 et 282 en AMAD 2) et de **600 patients sur une année pour VA Centre Val-de-Loire** (540 en GAD, 30 en AMAD 1 et 30 en AMAD 2).

→ **Situation de l'expérimentation à mi-avril 2024** (Source : données du SI EPOCA extraites le 15/04/2024)

Près de 2,5 ans après le début des inclusions, le projet VIGIE-ÂGE est **opérationnel pour 2 des 3 territoires initialement prévus** (Nord 92 et Grand Versailles), tandis que le **troisième site (Léopold Bellan) a été « remplacé » secondairement par les CH de Chartres et d'Argenteuil** (mise en place récente : septembre 2023).

Au 15 avril 2024 (date d'extraction des données du SI) :

⇒ **722 patients ont été pris en charge** par le dispositif depuis son démarrage le 16 février 2022 :

- VA 92 (Fév.22 à Avril.24) : 375 patients.
- VA 78 (Mars.22 à Avril.24) : 211 patients.
- VA 95 (Sept.23 à Avril.24) : 68 patients.
- VA 28 (Oct.23 à Avril.24) : 68 patients.

⇒ **Correspondant à 1 168 suivis⁷ VA : 714 séjours GAD, 268 séjours AMAD 1 et 186 séjours AMAD 2 :**

- VA IDF (92+78+95) : **1 035 suivis** VA : 633 GAD, 233 AMAD 1 et 169 AMAD 2.
- VA CVL (28) : **133 suivis** VA : 81 GAD, 35 AMAD 1 et 17 AMAD 2.

⇒ **Pour les 2 régions d'expérimentation, le nombre d'inclusions reste inférieur aux objectifs révisés pour les suivis GAD, tandis que l'activité AMAD dépasse les prévisions initiales :**

- **46% au global pour VA IDF** : 32% pour les séjours GAD ; 72% pour les séjours AMAD 1 et 83% pour les séjours AMAD 2 → Le CdC révisé prévoyait 3 094 suivis pour VA Île-de-France (2 754 en GAD, 446 en AMAD 1 et 282 en AMAD 2). (Cibles attendues à 36 mois : 3 094 suivis VA dont 2 754 GAD, 446 AMAD1 et 282 AMAD2. Rapporté à la durée de mise en œuvre (26 mois ici), les cibles attendues sont de 2 235 suivis VA dont 1 989 GAD, 322 AMAD1 et 204 AMAD2). A noter que le CdC initial prévoyait 200 suivis AMAD 1 et 200 suivis AMAD 2 ; **rapporté aux objectifs initiaux, l'activité AMAD dépasse ainsi les prévisions** → AMAD 1 : 161% de l'objectif initial rapporté à 26 mois ; AMAD 2 : 117% de l'objectif initial rapporté à 26 mois.
- **44% au global pour VA CVL** : 30% pour les séjours GAD ; 233% pour les séjours AMAD 1 et 113% pour les séjours AMAD 2. (Cibles attendues à 12 mois : 600 suivis VA dont 540 GAD, 30 AMAD1 et 30 AMAD2. Rapporté à la durée de mise en œuvre (6 mois ici), les cibles attendues sont de 300 suivis VA dont 270 GAD, 15 AMAD1 et 15 AMAD2).
- Il est à noter que **l'activité GAD est en progression**, atteignant entre 30 et 32% de l'objectif fixé à 26 mois selon les territoires (IDF / CVL) contre 18,7% de l'objectif réalisé à 16 mois.

Tableau 4. Situation et répartition des inclusions au 15 avril 2024 (Source SI)

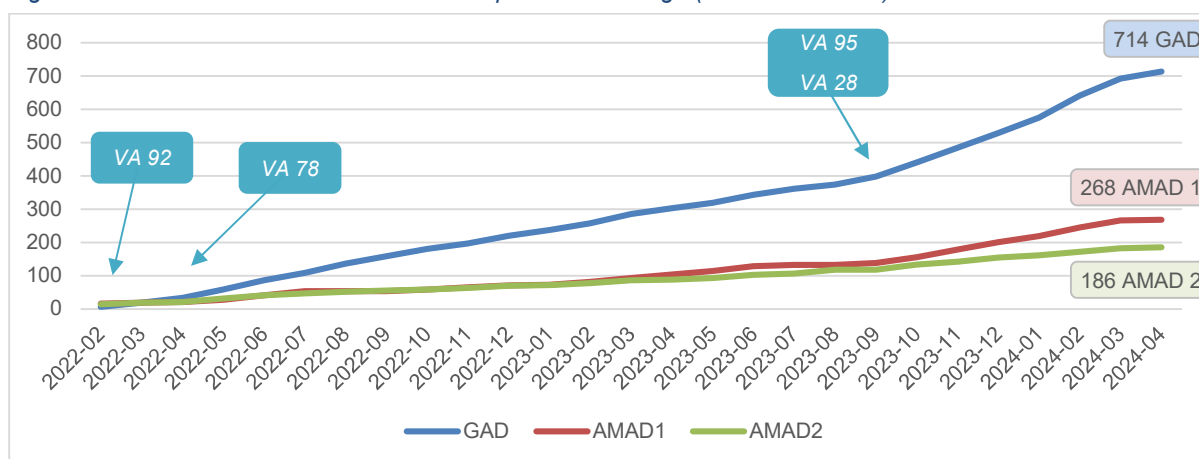
	Type de suivi	Inclusions	
VA 92	GAD	578 (49%)	355
	AMAD 1		120
	AMAD 2		103
VA 78	GAD	348 (30%)	213
	AMAD 1		84
	AMAD 2		51
VA 95	GAD	109 (9%)	65
	AMAD 1		29
	AMAD 2		15

⁷ Il est important de noter qu'un même patient peut bénéficier de plusieurs suivis dans le cadre de VA, par exemple en passant du GAD vers l'AMAD ou lors d'un renouvellement de prise en charge. Cela explique le décalage observé entre le nombre de patients bénéficiaires et le nombre de suivis réalisés, car un même patient peut être comptabilisé dans plusieurs catégories de suivis au fil du temps.

VA IDF	GAD	1 035 (89%)	633	% inclusions/objectifs <u>révisés</u> ⁸	46%	32%
	AMAD 1		233			72%
	AMAD 2		169			83%
VA 28 (CVL)	GAD	133 (11%)	81	% inclusions/objectifs ⁹	44%	30%
	AMAD 1		35			233%
	AMAD 2		17			113%
TOTAL	GAD	1 168	714			
	AMAD 1		268			
	AMAD 2		186			

La figure ci-après témoigne d'une **montée en charge régulière et progressive** depuis début 2022 et d'une activité en constante évolution en 2023, avec un rythme d'inclusion naturellement plus soutenu depuis l'intégration des établissements de VA 95 et VA 28.

Figure 3. Evolution du nombre d'Inclusions depuis le démarrage (Fév.22 à Avril.24)



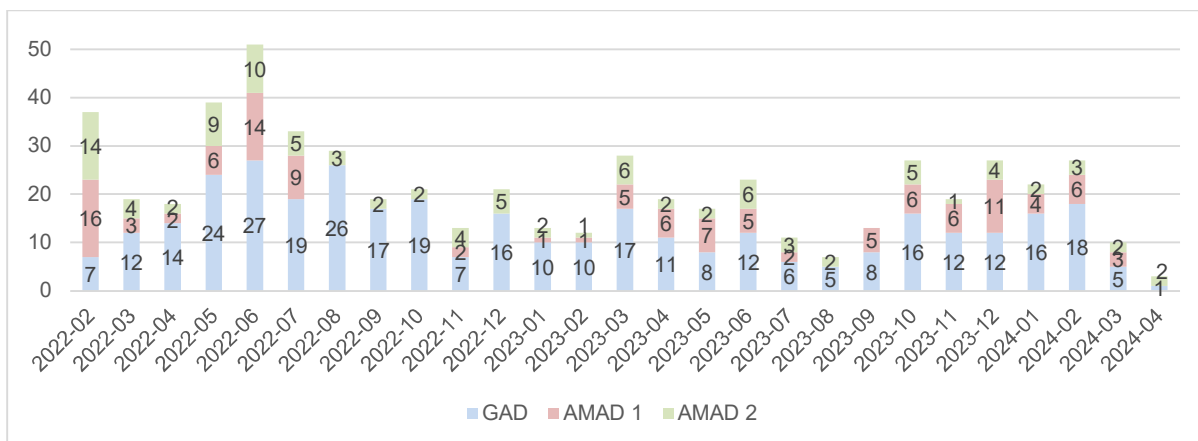
Focus sur l'activité par site – **VA 92** :

- ⇒ Le site du 92 a été le premier à commencer l'activité. Fort de l'expérience acquise lors de l'étude pilote, **VA 92 a réalisé près de la moitié (49%) des inclusions** (forte activité compensatrice réalisée par VA 92, en particulier au démarrage).
- ⇒ Une **diminution d'activité est observée au cours de l'année 2023** : en moyenne, 17 inclusions GAD sont comptabilisées par mois en 2022 contre 10,6 inclusions GAD par mois en 2023. Une combinaison de facteurs a impacté la performance du dispositif VA92 en 2023 :
 - La **fermeture des urgences de nuit du CHRDS (service d'adressage principal)** de janvier à septembre 2023 a réduit les opportunités d'inclusion. Depuis, le relai a été partiellement pris par d'autres services locaux d'urgences (Foch, IHFB...), mais cela a entraîné une baisse temporaire de l'activité.
 - Le **départ en retraite du gériatre initial du CHRDS**, médecin opérationnel central au dispositif, a également affecté l'activité. Le remplacement a nécessité un temps d'adaptation plus long, ralentissant ainsi la dynamique du binôme opérationnel.
- ⇒ Estimation (par le SSIAD) de 10% de refus (secondaire) de patients : Principales causes de refus identifiées : manque d'informations en amont de la visite d'inclusion, des patients réfractaires à la mise en place d'une « surveillance » et/ou qui craignent un reste à charge ; des IOT qui constituent parfois un frein (jusqu'à 3 dispositifs à mettre en charge... VA plutôt bien accepté par les patients en refus d'hospitalisation (une solution pour un retour à domicile).

⁸ La méthode de calcul pour déterminer les objectifs à 26 mois (Obj26) (Fév-22 à Avril-24) est la suivante : $Obj26 = Obj36/36 \times 26$. Ainsi en GAD le calcul est le suivant : $Obj26 = (2\,754/36) \times 26 = 1\,989$ suivis attendus en GAD à 26 mois.

⁹ La méthode de calcul pour déterminer les objectifs à 6 mois (Obj6) est la suivante : $Obj6 = Obj12/2$. Ainsi en GAD le calcul est le suivant : $Obj6 = 540/2 = 270$ suivis attendus en GAD à 6 mois.

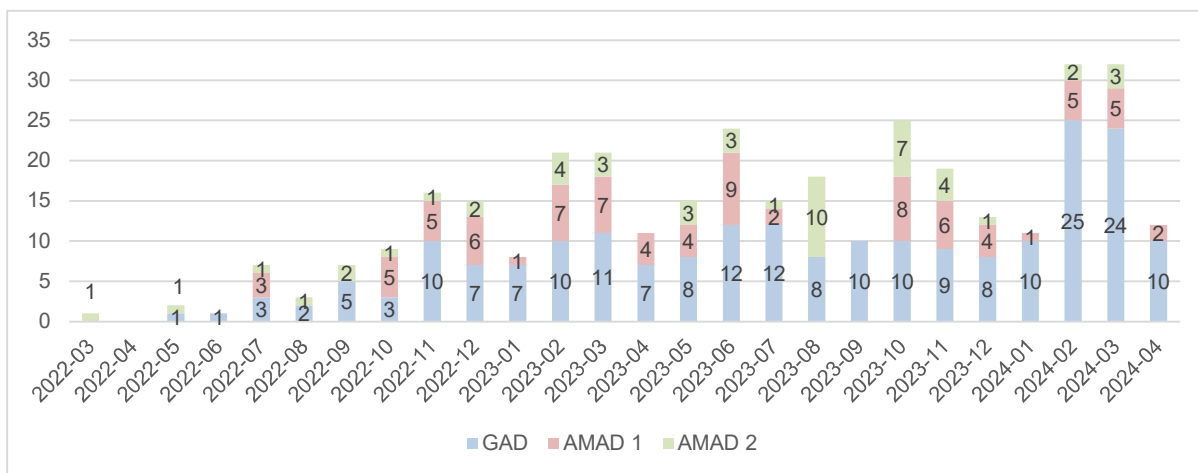
Figure 4. **VA 92** : Nombre et type d'inclusions par mois



Focus sur l'activité par site – **VA 78** :

- ⇒ Ayant rencontré des difficultés de recrutement des équipes opérationnelles, le **site du 78 a démarré l'activité dans un second temps et en « mode dégradé »** (démarrage en AMAD exclusif).
- ⇒ Une **croissance d'activité plus progressive pour VA78**, qui s'explique par la non-connaissance préalable du dispositif à la différence de VA92.
- ⇒ Malgré ce certain retard et une moindre connaissance locale du dispositif, VA78 connaît une **croissance continue**. Cette progression a été marquée par un **élargissement des canaux d'adressage**, notamment au niveau des **SAU** au cours de l'été 2023. Initialement concentrée sur les **MCO**, l'activité s'est diversifiée, montrant ainsi une meilleure implication des acteurs locaux dans le dispositif.

Figure 5. **VA 78** : Nombre et type d'inclusions par mois



Focus sur l'activité par site – **VA 95 et VA 28** :

- ⇒ Le démarrage des sites VA95 et VA28, **intervenu à partir de septembre/octobre 2023**, s'est fait dans la continuité des 2 premiers sites, VA92 et VA78, déployés depuis 2022.
- ⇒ L'activité sur ces sites se distingue par une **mise en place rapide**, attestée par un **nombre significatif d'inclusions dès les premiers mois du déploiement** :
 - VA95 : une moyenne de 8 inclusions mensuelles en GAD.
 - VA28 : une moyenne de 11,5 inclusions mensuelles en GAD.
- ⇒ Il semble ainsi que les sites VA 95 et VA 28 aient bénéficié de l'expérience acquise par VA 92 et VA 78, pour déployer plus rapidement et efficacement l'activité. Les ajustements et améliorations

apportés au dispositif ont contribué à une **montée en charge plus fluide dès les premiers mois, malgré des ressources médecin et IDE opérationnels incomplètes.**

Figure 6. **VA 95** : Nombre et type d'inclusions par mois

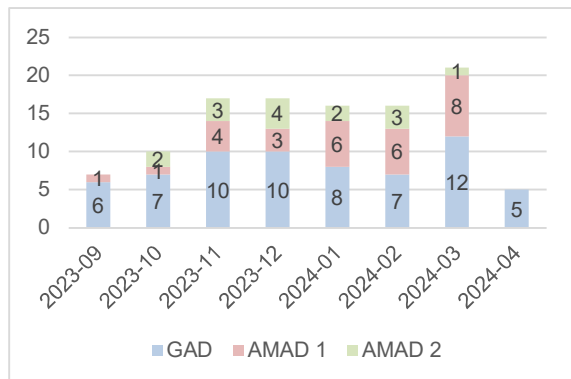
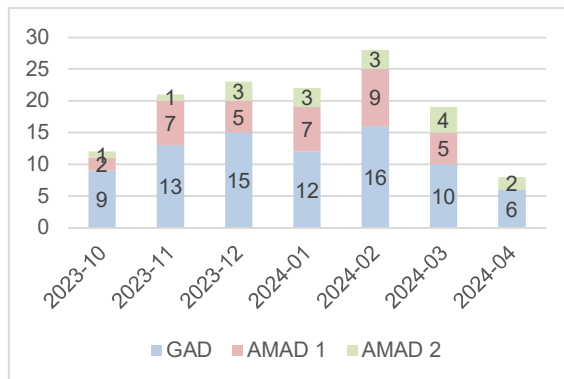


Figure 7. **VA 28** : Nombre et type d'inclusions par mois



Concernant la file active mensuelle des différents sites :

Rappel des grandes lignes du prévisionnel :

- 12 patients GAD en file active par site pour une DMS attendue autour de 10 jours soit 36 patients cumulés attendus par site par mois.
- 25 patients en file active AMAD1 (forfait 6 mois renouvelable).
- 25 patients en file active AMAD 2 (forfait 12 mois).

Le tableau suivant montre que l'**objectif en termes de file active mensuelle en GAD est atteint et dépassé pour tous les sites**. Pour les suivis AMAD, une **hétérogénéité** des performances est constatée **entre les différents sites et selon les périodes** :

- ⇒ Pour tous les sites : une **file active mensuelle moyenne de plus de 12 suivis GAD** : allant de 14,5 suivis GAD pour VA 78 à 18,9 suivis GAD pour VA 92.
- ⇒ **VA 92** : une file active mensuelle moyenne en 2022 de 22 suivis GAD contre 16 en 2023 → En lien avec les difficultés organisationnels et de ressources humaines rencontrées cette année (cf. [ci-après](#)).
- ⇒ **VA 92 versus VA 78/95/28** : une file active mensuelle moyenne en AMAD 1 et en AMAD 2 plus importante pour VA 92 que pour les autres sites (supérieure aux 25 patients en file active prévus dans le CdC).
- ⇒ **VA 78** : une file active mensuelle moyenne sur la période mars-22 à avril-23 de 7 suivis GAD contre 23 entre mai-23 et avril-24 → En lien, notamment, avec la stabilisation des RH Méd/IDE opérationnels (cf. [ci-après](#)).

Tableau 5. File active mensuelle, par site et par type de suivi

	GAD			AMAD 1			AMAD 2		
	Moyenne	Min	Max	Moyenne	Min	Max	Moyenne	Min	Max
VA 92 (Fév.22 à Avril.24)	18,9	7	34	32,1	14	41	39,6	16	63
VA 78 (Mars.22 à Avril.24)	14,5	0	45	15,9	1	37	29,7	0	58
VA 95 (Sept.23 à Avril.24)	16,6	6	21	7,3	0	13	13,6	1	29
VA 28 (Oct.23 à Avril.24)	15,7	8	23	6	1	10	17	2	27
TOTAL (4 sites confondus)	41,9	7	104	51,1	14	89	76,6	16	169

→ Retours des acteurs interrogés concernant le retard d'activité par rapport au prévisionnel :

Le retard d'activité constaté est attribuable à plusieurs facteurs interconnectés rapportés par les acteurs :

- ⇒ **Absence de démarrage en 2022 du 3^{ème} site initial** : La participation du site de Léopold Bellan (75) a été annulée, ce qui a conduit à l'autorisation de 2 autres sites de remplacement pour rejoindre la démarche (mais autorisés tardivement (début 2024)).

- ⇒ **Ambition initiale et décalage avec la réalité organisationnelle** : La pente de croissance d'activité prévue dans le CdC s'est avérée trop ambitieuse. Elle ne tenait pas compte d'un temps d'intégration nécessaire des nouvelles pratiques au sein des équipes des partenaires porteurs et adresseurs. Les professionnels de VA 92 et VA 78 (sites pilotes) s'accordent sur un **temps d'implémentation incompressible de 12 à 18 mois** pour permettre l'adaptation des acteurs locaux, la réorganisation des équipes et l'adoption du dispositif. Le CHRDS, qui a participé à l'étude pilote, a également connu des retards d'activité liés au turnover des professionnels, illustrant la **nécessité d'une stabilité des équipes pour la réussite de la mise en œuvre**.
- ⇒ **Difficultés dans le recrutement des IDEO au sein des SSIAD** partenaires ayant freiné le déploiement général du dispositif.
- ⇒ **Probable sous-estimation du volume de parcours AMAD 1 et AMAD 2** : Le suivi GAD a été initialement conçu pour (1) accueillir les patients âgés « tout venant » nécessitant une surveillance ou des évaluations qui compliquaient leur retour au domicile et (2) faciliter l'identification de profils spécifiques à haut risque ou à parcours complexes, tels que les patients classés en AMAD 1 et 2, afin d'assurer un suivi à long terme. Selon ce principe, il était **initialement anticipé que 10% à 20% des patients pris en charge en GAD évolueraient vers un suivi AMAD**. Cependant, en pratique, **plus de la moitié (57,7%) (voire plus selon les retours des porteurs) des suivis GAD se sont transformés en AMAD** (source : analyse des données SI à mi-avril 2024). Cette sous-estimation résulte d'un **phénomène d'adressage important des patients instables et complexes directement en GAD**, qui sont dès le départ identifiés comme nécessitant un suivi AMAD à long terme. Par conséquent, les gériatres sont contraints d'augmenter le nombre de suivis AMAD pour garantir la sécurité des patients, dépassant ainsi les volumes prévus dans le cahier des charges.
- ⇒ **Impact sur la rotation et la durée des suivis GAD** : Ce « sur-adressage » des patients complexes a également mené à une décision secondaire de bloquer le nombre de suivis AMAD afin de rester conforme au cahier des charges. En conséquence, les durées moyennes de suivi en GAD se sont allongées, les patients à haut risque étant maintenus plus longtemps dans ce parcours. Cette prolongation a freiné la rotation des patients en GAD, réduisant ainsi les nouvelles admissions tout en respectant la file active cible (12 patients actifs GAD par site).
- ➔ **Au total, le retard d'activité est multifactoriel, combinant contraintes organisationnelles, problèmes de ressources humaines et ajustements imprévus liés aux particularités des patients adressés. Ces éléments ont poussé les équipes à adapter les process tout en cherchant à respecter les objectifs du cahier des charges.**

→ **ACTUALISATION à partir des nouvelles données fournies à fin sept-24 : Situation de l'expérimentation au 30 septembre 2024** (Source : EPOCA)

Au 30 septembre 2024, 2 050 suivis VA ont été réalisés : 1 029 séjours GAD, 691 séjours AMAD 1 et 330 séjours AMAD 2, soit +42% en 5 mois :

- VA 92 : 846 suivis VA : 421 séjours GAD, 266 séjours AMAD 1 et 159 séjours AMAD 2.
- VA 78 : 595 suivis VA : 277 séjours GAD, 232 séjours AMAD 1 et 86 séjours AMAD 2.
- VA 95 : 348 suivis VA : 178 séjours GAD, 125 séjours AMAD 1 et 45 séjours AMAD 2.
- VA 28 : 261 suivis VA : 153 séjours GAD, 68 séjours AMAD 1 et 40 séjours AMAD 2.

Pour les 2 régions d'expérimentation, le nombre d'inclusions reste inférieur aux objectifs révisés pour les suivis GAD, tandis que l'activité AMAD dépasse les prévisions :

- **65% d'atteinte de l'objectif global pour VA IDF** : 36% pour les séjours GAD ; 157% pour les séjours AMAD 1 et 116% pour les séjours AMAD 2.
- **44% pour VA CVL** : 28% pour les séjours GAD ; 227% pour les séjours AMAD 1 et 133% pour les séjours AMAD 2¹⁰.

¹⁰ Le CdC révisé prévoyait 600 suivis sur une année pour VA Centre Val-de-Loire (540 en GAD, 30 en AMAD 1 et 30 en AMAD 2).

3.1.2 Une structuration opérationnelle en termes de protocole organisationnel, formation, SI et de gouvernance du projet

a. Une internalisation de l'élaboration du système d'information/plateforme qui a facilité son opérationnalité

Il est important de noter que l'évaluation n'avait pas pour objectif d'analyser la qualité/performance des algorithmes du système de télésurveillance EPOCA.

Pour rappel, le projet repose sur une plateforme numérique analysant des données fournies automatiquement par des objets connectés. Dans ce cadre, **EPOCA met à disposition sa plateforme de télésurveillance et de télécoordination** : dispositif médical en tant que tel, il est prévu qu'elle prévienne les risques de décompensation, qu'elle analyse les données remontées par les objets connectés et génère des signalements d'anomalies en fonction de seuils personnalisés (reposant sur des algorithmes métiers prescrits par les professionnels).

Conçue et entièrement développée par EPOCA, la **plateforme numérique est basée sur l'expérience de l'étude pilote 2021-2022**. Elle a été adaptée en février 2022 pour répondre aux besoins de l'expérimentation VIGIE-ÂGE. L'usage digital de VA est conçu, selon les porteurs, pour être aussi simple que possible pour les partenaires. Il permet notamment d'organiser des visioconférences avec les professionnels du patient via un lien envoyé par SMS, sans nécessiter de plateforme spécifique, ce qui favoriserait l'acceptabilité par les professionnels.

La plateforme dispose des fonctionnalités suivantes (*Sources : Rapport d'étape Avril-23*) :

- Collecte de signes vitaux via des dispositifs médicaux et domotiques connectés (PA, FC, FR, Sat, T°C).
- Réalisation, collecte et historisation d'examens (ECG, auscultation cardio-respiratoire, etc.).
- Collecte de paramètres de santé pour (symptômes, éléments psycho sociaux) via des questionnaires adressés au patient, ses proches ou son cercle de soin.
- Signalement des anomalies dans les paramètres santé en accord avec les seuils préconisés par les sociétés savantes ou les professionnels de santé en charge des patients.
- Collecte et mise à jour du dossier médico-administratif et social des patients.
- Collecte de documents liés à la prise en charge.
- Organisation du PPS.
- Communication entre les équipes de soins (appels directs, questionnaires, système de tâches).
- Réalisation de comptes-rendus et fiches de liaison.

⇒ Au total, le SI est **opérationnel** pour réaliser la prise en charge/surveillance des patients. Au cœur du dispositif, il permet à la fois une **vision prédictive de la dégradation de l'état de santé du patient** et le **suivi de la réponse par les professionnels de santé**. Il fait l'objet d'évolutions et d'**actualisations régulières** pour répondre aux besoins de l'expérimentation¹¹.

⇒ Participation des professionnels : Plus de **220 professionnels ont un compte sur la plateforme EPOCA**. Un mail de synthèse de la prise en charge est envoyé aux médecins (synthèse PDF avec graphiques). Après un certain temps, des MG de patients inclus demandent un accès.

⇒ Les entretiens réalisés auprès des care-managers et des binômes opérationnels témoignent de leur **adhésion** au SI. Les principaux utilisateurs estiment que la **plateforme répond à leurs attentes, elle est utilisée et renseignée**. Dans une perspective d'amélioration continue, des axes d'amélioration sont identifiés par les binômes opérationnels :

- **Tri des informations** : Les utilisateurs ont signalé que le tri des informations n'est pas pratique. Les données sont actuellement affichées par ordre chronologique, rendant difficile la distinction entre les différents types de messages (alertes, visites, transmissions d'appels et tâches). Une hiérarchisation des messages et l'ajout de filtres seraient bénéfiques.
- **Planification** : Il n'existe pas de fonctionnalité de planification au sein du système. Le binôme de l'HLPV utilise par exemple un agenda externe (*Google Agenda*) pour organiser les visites.

⇒ Quelques **difficultés techniques** sont remontées et concernent :

¹¹ En 2023, la plateforme EIS a intégré les développements nécessaires à l'obtention du certificat de conformité DMN de télésurveillance médicale.

- **Des problèmes techniques liés à l'infrastructure réseau de l'HLPV** : La connectivité nécessite des améliorations, car son insuffisance a un impact direct sur le dispositif en entravant les visioconférences/télécommunications entre IDE et médecins opérationnels lors des visites à domicile des patients.
 - **La nécessité d'une connexion internet fiable/stable** : Pour tous les sites, il est souligné que l'accès à une connexion internet performante et stable est essentiel, y compris au domicile des patients : « *Inclusion du patient impossible quand il n'y a pas de réseau* » ; « *La tablette du médecin qui se déconnecte en pleine écriture : perte de données* ».
- ⇒ Alors que le cahier des charges prévoyait que les professionnels de santé de ville et hospitaliers puissent accéder aux données de la plateforme afin d'améliorer le suivi continu des patients, certains professionnels de SSIAD et hospitaliers déplorent un **manque de visibilité sur l'activité**. Cette difficulté, relevée lors de l'évaluation intermédiaire, perdure.
- L'accès restreint à la plateforme pour les professionnels/responsables des SSIAD limite leur capacité à assurer un suivi des patients et à avoir une vue d'ensemble de l'activité des IDEO. Bien que le tableau de bord hebdomadaire fourni par EPOCA soit utile, il ne permet pas un **pilotage en temps réel de l'activité**. Les IDEC et les cadres de santé, expriment notamment le besoin d'un accès direct à la plateforme afin de gérer le dispositif VA avec les mêmes outils de pilotage que ceux utilisés pour les autres services. Un **accès aux indicateurs clés** comme le taux d'occupation, la durée moyenne de séjour et les écarts entre le nombre de passages prévus et réalisés, permettrait une meilleure organisation et un suivi plus précis des ressources et des besoins des patients.
 - Bien que le CHRDS et l'HLPV constatent des améliorations en matière de reporting grâce aux tableaux de bord mensuels envoyés par EPOCA, ils estiment qu'un accès direct à la plateforme permettrait un pilotage de l'activité encore plus efficace en temps réel.
- Au global, la plateforme de télésurveillance est **opérationnelle pour le suivi des patients** (une des conditions sine qua none de l'expérimentation) et **bien acceptée** par les care-managers et les binômes opérationnels ; mais, elle reste **à améliorer (en termes d'accès notamment) du point de vue des partenaires opérationnels pour une meilleure gestion des ressources humaines et du reporting**.

FOCUS sur les dispositifs médicaux et domotiques connectés (IoT) utilisés dans le cadre de VA :

Parmi les dispositifs connectés utilisés par EPOCA, figurent : des montres, des bracelets « *No touch* », des tensiomètres, des électrocardiogrammes, des saturomètres, des balances, des thermomètres, des glucomètres, des stéthoscopes, des EFR, des Holter, etc. Tous ces objets ont un marquage CE.

Retours des professionnels interrogés concernant les IoT :

- **Fiabilité Générale** : La fiabilité des dispositifs IoT est globalement jugée acceptable par les professionnels.
- **Difficultés remontées** :
 - (1) **Chargement et Adaptation** : Certains professionnels ont rapporté des difficultés liées au chargement des appareils, à leur adaptation aux besoins des patients (confort, nombre d'IoT portés...), et à une infrastructure de logement parfois inadaptée (équipements électriques, connectivité internet...). Ces facteurs peuvent entraver l'utilisation continue des dispositifs et nuire à l'expérience des patients. « *Il y a des limites comme la problématique de recharge pour des patients pas habitués, des IoT qu'il faut retirer sous la douche et des patients qui ne pensent pas à les remettre, des logements anciens pas toujours adaptés d'un nombre de prises suffisantes* ».
 - (2) **Confusion des Patients** : Il existe une confusion fréquente chez les patients entre les dispositifs de télésurveillance et d'autres systèmes, tels que les téléalarmes. Cela souligne l'importance pour les IDEO d'accorder une attention particulière à l'information et à l'éducation des patients concernant l'utilisation de ces outils, car cette mécompréhension peut nuire au bon déroulement de leur parcours de soins.
- **Dysfonctionnements Techniques** : Quelques professionnels ont, de manière isolée, rapporté des dysfonctionnements ou des défauts techniques pouvant entraînant une perte de confiance dans le matériel connecté. Ces problèmes peuvent contribuer à une perception négative des dispositifs et réduire leur adoption par les professionnels/patients/aidants. « *Des montres qui ne fonctionnent plus (toutes les puces à remplacer)* » ; « *Dysfonctionnement de la montre : 91-92 de saturation mesurée par EPOCA versus 72 par l'aidante : un défaut de surveillance à distance* ».

- **Gestion du Stock d'IOT** : Les binômes opérationnels disposent de leur propre stock de matériel, et un processus est en place pour signaler les besoins de remplacement ou de réparation. L'organisation est opérante et permet une gestion efficace des ressources disponibles.

➔ **Ces points de vigilance restent ponctuels/individuels, inhérents aux systèmes de télésurveillance en général et au public cible VA en particulier (personnes âgées polypathologiques avec problématiques cognitives notamment). A noter que de nombreuses évolutions apportent des améliorations constantes aux objets connectés.**

b. Une gouvernance du projet effective mais une gouvernance territoriale tripartite restant à revoir/optimiser pour certains partenaires

Pour rappel, le cahier des charges prévoyait la mise en place de 3 instances de gouvernance :

- ⇒ Une table stratégique, composée des directeurs de sites et des directions des SSIAD ;
- ⇒ Une table opérationnelle par site composée des équipes de direction et opérationnels ainsi que les médecins prescripteurs, les IDEL et la PTA-DAC ;
- ⇒ Un comité scientifique incluant un représentant des usagers et des experts gériatres extérieurs au dispositif.

Une **gouvernance ad hoc est effectivement instaurée** autour de réunions de coordination hebdomadaires par secteur géographique, de comités de pilotage locaux mensuels, d'un comité de pilotage régional qui avait lieu tous les 4 mois la première année puis de façon semestrielle et d'un comité scientifique semestriel (source : rapport d'étape 2023) :

- ⇒ En routine, avec la pratique, ces **instances de pilotage semblent moins régulières qu'annoncé**, les comités de pilotage territoriaux se réunissant davantage **en fonction des besoins / à la demande des partenaires** (SSIAD en particulier). Cette organisation s'avère opérationnelle.
- ⇒ La **gouvernance territoriale impliquant 3 partenaires** semble à questionner, selon les retours des partenaires :
 - Une **gouvernance** jugée complexe et non optimale par les partenaires SSIAD de VA92 et VA78 : la **structure du pilotage tripartite** qui réunit l'hôpital (CHRDS/HLPV), EPOCA et le SSIAD (ANSIAD-SAPA/Lépine) complique la coordination en raison de l'**absence d'une personne ou d'une structure référente dédiée**. Une **organisation plus centralisée**, avec une gouvernance claire et un *leadership* identifié, pourrait simplifier la gestion territoriale, renforcer la prise de décision et fluidifier la communication entre les différentes entités impliquées.
 - L'organisation actuelle associant des partenaires de statuts/intérêts différents (publics et privés) amène à avoir une attention particulière sur la gouvernance et les responsabilités en cas de pérennisation. **Les questions d'instabilité, de dépendance d'un établissement public à une société de statut privé sont à étudier.**
 - Le portage du binôme opérationnel par des entités différentes ne facilite pas la gestion et le management (manque de visibilité sur l'activité des IDEO et Médecins opérationnels rapportée). Il semble souhaité que les membres du binôme soient portés par la même entité.
 - Les **sites de VA 95 et VA 28**, qui ne disposent pas d'une structuration similaire à celle des autres sites (sans SSIAD porteur d'un IDEO et impliquant uniquement 2 acteurs principaux : un CH et EPOCA), ne signalent pas de difficultés en matière de gouvernance ou de pilotage.
 - ➔ Cette **configuration simplifiée semble favoriser une meilleure collaboration et une communication plus fluide entre les parties prenantes**, contribuant ainsi à un fonctionnement plus efficace du dispositif.

c. Des formations qui ont contribué à une sensibilisation et à une montée en compétences des professionnels impliqués – un prérequis indispensable

Le CdC prévoyait une formation des personnels au protocole de coopération entre les acteurs, une formation des équipes hospitalières et des SSIAD à l'utilisation de la télésurveillance et des dispositifs médicaux et domotiques connectés ainsi qu'aux procédures et protocoles.

L'information et la formation des équipes au process, à la plateforme et aux dispositifs connectés ont pris les formes d'une **formation initiale** (présentielle) et d'une **semaine d'intégration** avec les équipes de care management d'EPOCA comportant : la formation à l'admission des patients dans le suivi, l'utilisation du kit d'examen et le parcours personnalisé de santé.

En complément, des **Webinaires de formation paramédicale** animés par le Dr Cabanes (cycles de 1h16) ont été organisés. Ils s'adressent aux IDE des SSIAD, IDE opérationnels et care-managers¹².

Les professionnels impliqués reçoivent également une **formation continue de l'utilisation des dispositifs médicaux et de la plateforme** (mail informatif systématique et formation à distance au besoin).

- ⇒ Au global, EPOCA a formé **104 professionnels** au dispositif VA. Cela concerne des **professionnels hospitaliers** (médecins opérationnels, médecins de garde, médecins, IPA), des **professionnels de SSIAD** (IDEO, IDEC, CDS, IDE), des **professionnels d'EPOCA** (care-managers, médecins, IPA stagiaires) : cf. [tableau ci-dessous](#).
- ⇒ Le nombre de professionnels formés témoigne notamment du **turnover des équipes médicales et paramédicales**, demandant un effort et temps supplémentaire dédié à la formation pour l'équipe projet.

Tableau 6: Nombre et type de professionnels formés depuis le début de l'expérimentation

Territoire	Structure	Type et nombre formé	
92	CHRDS	5 médecins opérationnels et 11 médecins de garde	16
	ANSIAD	13 IDE opérationnels et 6 IDE	19
	SAPA	6 IDE (nuit) ; 2 IDEC (nuit) ; 1 CDS (nuit) ; 15 IDE (jour)	24
78	HLPV	1 médecin opérationnel et 2 IPA	3
	SSIAD Lépine	5 IDEO ; 2 IDE ; 2 IDEC ; 1 CDS	10
75	Hôpital Léopold Bellan	1 médecin	1
	SSIAD Présence à Domicile	3 IDE ; 2 IDEC ; 1 CDS	6
95	CH d'Argenteuil	1 médecin et 2 IDE	3
28	CH de Chartres	2 médecins et 2 IDE	4
EPOCA		10 care-managers (jour) ; 4 médecins régulateurs ; 4 IPA stagiaires	18
Professionnels formés :			104

- ⇒ D'une manière générale, tous les acteurs interrogés (hospitaliers ou de SSIAD) ayant participé à ces temps d'information/sensibilisation sont apparus **très satisfaits du contenu et de la forme des formations proposées**.
- ⇒ Elles ont contribué à la **compréhension du protocole organisationnel** pour tous les acteurs, à la **prise en main de la plateforme EPOCA** pour les médecins et infirmiers opérationnels et à **l'utilisation des dispositifs médicaux et domotiques connectés** pour les binômes opérationnels et IDE de SSIAD partenaires.
- ⇒ Les professionnels (en particulier IDE, IDEO et care-managers) soulignent **l'intérêt de la formation initiale et continue** : sensibilisation et montée en compétences. Le fonctionnement en binôme du médecin et de l'IDEO contribue naturellement au partage de compétences (**compagnonnage**).

3.2 Profil et niveau d'adhésion des professionnels (hospitaliers et de ville) participants

3.2.1 Des difficultés initiales de recrutement/stabilisation du binôme opérationnel (en lien avec le manque global de ressources humaines) ... et l'émergence d'un nouveau métier

Le [tableau ci-dessous](#) présente le nombre d'équivalents temps plein (ETP) dédiés à VA par structure et territoire par rapport au prévisionnel du cahier des charges : 1 ETP Médical (médecin opérationnel) par site ; 2,5 ETP paramédicaux (IDEO) par site ; 1 astreinte de nuit - Paramédical par site ; 1 astreinte de nuit - Médical (mutualisée) et 1 astreinte weekend - Médical (mutualisée).

¹² D'autres formations ponctuelles ont eu lieu, telles que celles du 2 juin au 4 juillet 2023 : le médecin urgentiste/gériatre d'EPOCA a proposé des formations quotidiennes de session d'une heure sur une approche générale de prise en charge gériatrique médicale.

Tableau 7: Nombre d'ETP prévus et réels dédiés à VA de Fév-22 à Sept-24, hors astreinte de nuit/WE (Source : EPOCA)

RH ETP théorique	VA 92		VA 78		VA 95		VA 78					
	CHRDS	ANSIAD	HLPV	SSIAD Lépine	CH Argenteuil	EPOCA	CH Chartres	CH Chartres				
	MED	PARAMED	MED	PARAMED	MED	PARAMED	MED	PARAMED				
RH ETP théorique	1 ETP	2,5 ETP	1 ETP	2,5 ETP	1 ETP	2,5 ETP	1 ETP	2,5 ETP				
Févr-22	1 (100%) *	0 (0%)	0,2 (20%)									
Mars-22				0 (0%)								
Avr-22		1,7 (68%)		0 (0%)								
Mai-22				0,5 (19%)								
Juin-22				1,6 (64%)					0 (0%)			
Juil-22									0,6 (23%)			
Août-22									1,8 (71%)			
Sept-22									1 (40%)			
Oct-22				0,8 (32%)					0,8 (32%)			
Nov-22				1,1 (44%)					1 (40%)			
Déc-22				0,9 (36%)								
Janv-23				1,8 (72%)								
Févr-23	1,6 (64%)											
Mars-23	1,1 (44%)	0,4 (40%)	0,9 (36%)	0,1 (10%)	0,5 (20%)	0,2 (20%)	2 (80%)					
Avr-23	0,7 (28%)		1 (40%)									
Mai-23	1,1 (44%)		1 (40%)									
Juin-23	1 (40%)		0,4 (16%)									
Juil-23	0,5 (20%)		0 (0%)									
Août-23	1,4 (56%)		0,9 (36%)									
Sept-23	1,7 (68%)		1 (40%)									
Oct-23	2 (80%)		1 (40%)									
Nov-23	1,9 (76%)		0,9 (36%)									
Déc-23	1 (100%) *		1 (40%)					1 (40%)	0,4 (40%)	1 (40%)		
Janv-24												
Févr-24												
Mars-24												
Avr-24		1 (40%)										
Mai-24												
Juin-24		1,5 (60%)										
Juil-24												
Août-24												
Sept-24												

* Médecin non mobilisé totalement sur VA : « 0,4 ETP » observés du fait d'un nombre de patients insuffisant.

Principaux constats :

⇒ Les **fortes tensions liées au recrutement**, en particulier dans le secteur paramédical pour les SSIAD, ont eu une **incidence directe sur le démarrage effectif et l'activité de chaque site**. Les SSIAD partenaires de VA 92 et VA 78 ont rencontré des difficultés à recruter et maintenir en poste 2,5 ETP IDEO nécessaires. Cela peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- La **situation sinistrée du recrutement paramédical** en général, et plus spécifiquement au sein des SSIAD.
- Un **projet et un forfait élaborés avant le SÉGUR**, rendant les salaires des IDEO moins attractifs.
- Un **métier nouveau**, demandant un profil infirmier particulier et une bonne compréhension des missions/attentes (autonomie, expérience en gériatrie, travail rapproché avec le gériatre/les care-managers, compétences cliniques, fiche de poste qui évolue encore/à calibrer...).

→ Ces difficultés de recrutement/maintien en poste ont conduit à un **turnover élevé parmi les IDEO depuis début 2022**, ce qui a entraîné une **discontinuité dans les soins**, un **taux d'inclusion inférieur aux attentes** et une **activité inférieure au prévisionnel**, jugée « **non rentable** ».

→ Bien que les effectifs restent incomplets, les ressources IDEO semblent aujourd'hui se stabiliser avec environ 1 ETP pour VA 92 et 1,5 ETP pour VA 78.

→ A noter : Dès le lancement, le CH de Chartres a alloué 2 ETP IDEO à VA, ce qui, selon l'équipe, a été un facteur clé de réussite.

⇒ Pour les sites pilotes VA 92 et VA 78, le **recrutement médical n'a pas semblé poser de difficulté majeure**. Bien que les 2 médecins opérationnels du CHRDS et de l'HLPV aient été recrutés spécifiquement pour le projet, ils ne sont, **en pratique, pas exclusivement mobilisés sur VA**.

- Remarques concernant VA 92 : Le médecin a été recruté à temps plein mais non mobilisé totalement sur VA (« plutôt 0,4 ETP ») du fait d'un nombre de patients jugé insuffisant (d'autres missions complètent le TP).
 - Remarques concernant VA 78 : L'**asynchronisme de recrutement** entre le médecin opérationnel (HLPV) et l'IDEO (Lépine) explique le **retard de déploiement**. Aussi, le **médecin opérationnel de l'HLPV a été recruté pour le projet à temps plein mais il n'est pas exclusivement mobilisé sur VA (0,2 à 0,4 ETP)**. Cette décision est motivée par le « **nombre insuffisant** » de patients inclus et pris en charge. Les porteurs et le SSIAD Lépine regrettent cette décision car l'activité réalisée dépend directement du temps médical et paramédical dédié à VA.
- ⇒ **Aucun recrutement médical spécifique n'a été réalisé pour VA 28 et VA 95** : les fonctions de médecin opérationnel sont assurées par des médecins de l'hôpital dans le cadre de leur temps de travail.
- Remarques concernant VA 28 : le Chef de service de gériatrie du CH de Chartres consacre entre 0,2 et 0,4 ETP à VA (intégré à son temps de travail « habituel »), répartis sur la semaine, afin de garantir une disponibilité quotidienne pour les IDEO. La Direction du CH envisageait de renforcer cette organisation en recrutant ou en allouant un médecin à temps plein dédié spécifiquement à l'activité VA, dans le but d'augmenter la capacité d'inclusion et d'améliorer la prise en charge des patients (en lien avec la volonté de recruter une 3^{ème} IDEO).
 - Remarques concernant VA 95 : la cheffe de service des urgences du CH d'Argenteuil consacre environ 20 minutes par jour à VA (principalement pour les inclusions), soit environ 2 heures par semaine et une disponibilité téléphonique en cas de besoin. Comme pour VA 28, le médecin hospitalier intègre/absorbe le rôle de médecin opérationnel.
- **Les 2 nouveaux sites se sont approprié le protocole organisationnel en fonction des ressources disponibles, notamment en supprimant les VAD du médecin, ce qui a permis de réduire le temps médical requis. Cette organisation doit cependant permettre d'assurer une disponibilité quotidienne du médecin afin de ne pas ralentir l'activité ni compromettre la collaboration avec les IDEO.**

Conformément au CdC, **les astreintes de nuit (paramédicales sur le 92 et médicales) et de weekend (médicales) sont effectives**. A noter qu'il n'y a pas d'astreinte de nuit paramédicale pour VA 78 et que le CHRDS porte exclusivement l'astreinte médicale (nuit et WE) pour tous les sites de VA IDF (92, 78, 95).

Les entretiens réalisés auprès des professionnels des binômes opérationnels mettent en évidence :

- ⇒ Cette **nouvelle organisation** et ces **nouvelles missions** (en particulier pour les IDEO) nécessitent un **temps d'acculturation, de mise en place** et pour **se faire connaître des adresses** : « *il faut sans cesse renouveler la communication sur VA en raison du turnover élevé et du temps nécessaire pour l'acculturation et l'adaptation aux nouvelles pratiques, qui est souvent long* » (IDEO).
- ⇒ La **proximité géographique du médecin et infirmier opérationnels** constituerait un levier à la mise en place et au fonctionnement : même si les IDEO sont salariés de SSIAD, leur bureau est à l'hôpital, à proximité du médecin. « *La collaboration avec les IDEO est fluide, elles sont salariées du SSIAD mais probablement plus souvent à l'hôpital ; il faut maintenir cela car les IDEO ont des liens fonctionnels avec l'hôpital et des liens hiérarchiques avec le SSIAD* » (Médecin opérationnel).
- ⇒ Un **planning évolutif**, non préétabli : ce sont principalement les IDEO qui gèrent leur planning des visites d'inclusion ainsi que des suivis et réévaluations au cours du parcours. Toutefois, ce programme peut être modifié en fonction des alertes remontées, qu'il s'agisse de la nécessité d'une visite programmée ou non programmée. De même, si une nouvelle inclusion est demandée, le planning peut être ajusté : « *en particulier si la demande émane des urgences, on essaie d'être le plus réactif possible, il faut être flexible dans notre organisation* » (IDEO).
- ⇒ Les IDEO interrogés font partis des effectifs des SSIAD. Pour autant, ils sont localisés et travaillent avec le médecin gériatre à l'hôpital. Pour ces raisons, le rattachement au SSIAD est à questionner d'après les acteurs de VA 92 et VA 78 (dans le contexte d'un « *pilotage à trois têtes* »).

⇒ Aujourd'hui, une grande **satisfaction à participer**, une bonne **adhésion aux modalités de l'expérimentation** et une **pertinence ressentie** du dispositif proposé sont relevées. Le démarrage dans les SSIAD a nécessité des mises au point, des calages qui ont conduits plusieurs IDEO à la démission (le « poste », étant à créer, nécessite une personnalité adaptée).

3.2.2 Un recrutement effectif de l'équipe médicale et paramédicale d'EPOCA : une ressource stable nécessaire à la continuité de la prise en charge

Pour VA, EPOCA met à disposition une **équipe de télé-surveillance et de télé-coordination, encadrée par une direction médicale**. L'équipe a pour principales missions d'analyser les données remontées sur la plateforme numérique et de confirmer les besoins d'intervention médicale ou paramédicale, de déclencher la réponse nécessaire et suivre l'évolution. Elle gère également la prise en charge psycho-sociale du patient.

L'équipe EPOCA dédiée à VA est principalement composée de **gestionnaires de projet personnalisé de santé (PPS) du patient ou care-managers**. Un **médecin régulateur**, positionné en soutien des care-managers, assure le lien avec les gériatres / médecins traitants des patients et il veille à la réalisation du PPS.

FOCUS sur l'équipe de télé-surveillance et de télé-coordination EPOCA :

- L'équipe EPOCA est structurée autour de 2 plateformes de TLS, situées à Nantes et à Nanterre.
- Trois lignes de care-managers sont actives en journée mais leur rôle ne se limite pas uniquement aux activités liées à VA. Les CM interviennent également sur d'autres activités d'EPOCA (VIGIE EHPAD, résidences autonomie, AMAD0...). L'équipe de jour est composée de 3 IDE, accompagnés de 2 à 3 médecins et de plusieurs assistants CM, tels que des secrétaires, qui facilitent la gestion administrative et le suivi des patients.
- Tel que prévu dans le cahier des charges, EPOCA a recruté et dédié à VA : 4 ETP paramédicaux « jour » (7/7 ; 8h-20h), 2,8 ETP paramédicaux « nuit » (7/7 ; 20h-8h) et 0,5 ETP médical (jour ; 5/7 ; 9h-18h). Contrairement aux SSIAD et CH partenaires, EPOCA n'a pas rencontré de difficulté particulière dans le recrutement des gestionnaires de PPS.
- Les CM ont un profil principalement soignant (aide-soignant ou IDE).

Principaux constats concernant le retour d'expérience de l'équipe de télésurveillance EPOCA¹³ :

- ⇒ Un **fort intérêt pour une expérimentation innovante**.
- ⇒ Un **temps important de coordination** est assuré par les CM, les assistants et les responsables de plateaux : « *travail important de secrétariat médical, pour coordonner il faut partager les informations* ».
- ⇒ Les **temps d'animation et de pilotage** sont jugés indispensables pour le bon fonctionnement de VA. Des réunions régulières permettent d'échanger sur les pratiques et d'adapter les outils aux besoins du terrain.
- ⇒ Un rôle clé est attribué à la **responsable de plateau**, qui veille à la formation des partenaires, à l'organisation des plannings, à la création des procédures/process, à contrôler les dossiers et leur complétude, à accompagner les nouvelles équipes médicales/paramédicales...
- ⇒ Un **nouveau métier de care-manager** : VA a participé à la définition et à l'évolution de ces nouvelles missions : « *on a créé ce métier tous ensemble, besoin de trouver notre équilibre, une organisation, des manières de communiquer* ».
- ⇒ Des **difficultés RH au sein des CH et SSIAD partenaires** qui limitent l'activité réalisée. Toutefois, malgré un effectif réduit, les équipes semblent réussir à dépasser les objectifs prévisionnels, ce qui témoigne de leur engagement significatif : « *des équipes sous-dotées mais à moindre effectif on fait plus que le prévisionnel / rapporté aux RH* ».
- ⇒ Les retours indiquent une **coopération réussie entre IDEO et médecins opérationnels**. Cependant, des difficultés persistent lorsque les médecins ne sont pas immédiatement disponibles.

¹³ Entretien collectif réalisé auprès de 7 professionnels de profils variés (Directrice médicale, Responsable de plateau technique, care-manager et secrétaire médicale).

Le renforcement des équipes dans certaines zones (VA 78 notamment) a été perçu comme bénéfique.

➔ **Au total, l'équipe EPOCA constitue le socle « stabilisateur » du dispositif VIGIE-AGE, assurant/garantissant la continuité et la coordination du parcours.**

3.2.3 Une instabilité des équipes adressesuses nécessitant une ré-information régulière et l'enjeu restant du déploiement vers la ville

Les porteurs et professionnels des binômes opérationnels se rejoignent quant au **besoin régulier d'informer et de sensibiliser les équipes adressesuses**.

Concernant les équipes hospitalières :

- ⇒ **Visibilité et reconnaissance du projet** : Au début du déploiement, un des principaux enjeux pour les binômes opérationnels a été de **se faire connaître et faire connaître le dispositif aux médecins** des services. Des actions ont été mises en place, telles que des visites dans les services et la participation aux réunions de service.
- ⇒ **L'instabilité des équipes adressesuses** (*notamment au sein du SAU du CHRDS, principalement constituée de vacataires, avec fort turnover*) et la **fermeture de services de sites adresseurs** ont freiné le repérage et l'activité VA. Cela nécessite des efforts continus de réinformation et de sensibilisation de la part des porteurs et des binômes opérationnels envers les professionnels hospitaliers.
- ⇒ **Acceptation et changement de pratiques** : Les entretiens menés auprès des médecins hospitaliers témoignent de leur **bonne acceptation** mais d'un changement de pratiques long. **VA n'est pas encore ancré dans les pratiques habituelles des professionnels**, bien qu'une amélioration dans l'intégration du dispositif soit constatée avec le temps.

Concernant les médecins traitants et autres professionnels de ville :

D'après les retours des porteurs et professionnels impliqués, la **participation des MG dans le dispositif est limitée**, les MG étant peu ou pas impliqués. Malgré des efforts de communication de la part des porteurs, VA reste relativement méconnu parmi ces acteurs clés pour le repérage et l'adressage des patients.

Plusieurs facteurs expliquent la **place et le rôle actuellement limités** des MG dans VA :

- ⇒ **Un centrage initial sur l'hôpital** (et le SSIAD) : le dispositif a d'abord été conçu pour le repérage et l'adressage via l'hôpital.
- ⇒ Les retours des différentes équipes montrent que les **MG ont encore peu connaissance du rôle précis de VA et de ses bénéfices**. Cela souligne la nécessité de renforcer les échanges et la sensibilisation pour encourager leur participation active. Comme l'a exprimé l'équipe TLS EPOCA : « *Il faut réussir à faire comprendre aux MG notre rôle, se connaître, s'apprécier et cela demande un temps long* ».
- ➔ Ce point soulève la **question des ressources nécessaires** pour assurer une bonne information et communication sur le dispositif auprès des partenaires de ville (plus efficient dans un contexte de pérennisation).
- ⇒ **Un changement de pratique qui se fait sur le long terme** et au vu d'expériences positives : VA n'a pas encore trouvé sa place dans la pratique quotidienne des MG, notamment en raison du nombre limité de patients concernés par professionnel. « *Pour les MG, VA est un dispositif parmi d'autres, ils oublient au fur et à mesure* » (IDEO). Cependant, lorsqu'ils ont eu l'occasion d'observer des bénéfices concrets pour certains de leurs patients, les MG semblent se montrer plutôt enclins à orienter des patients et à l'intégrer dans leurs pratiques.

Les retours des quelques MG interrogés (N=3) confirment leur implication limitée dans le dispositif, malgré une connaissance générale de ses objectifs et de son fonctionnement. Ils perçoivent néanmoins

le dispositif comme **utile** et reconnaissent son **potentiel rassurant pour les patients** : « *Utile pour des patients qui chutent régulièrement* ».

➔ **Au total, des MG « pour l'instant » absents de l'organisation mise en place. Le dispositif semble capable de fonctionner sans leur implication directe, compensant en partie le manque de médecins traitants et de visites médicales à domicile, un point souvent relevé/regretté par les équipes opérationnelles et les partenaires de terrain.**

Tout comme pour les MG, peu d'entrées provenant des SSIAD et des IDEL sont notées. La structuration de VA est principalement axée sur l'hôpital, et le dispositif reste encore peu connu de ces professionnels. Le **travail de communication et de relations afin de favoriser le déploiement vers la ville** reste à développer.

3.3 Un déploiement de l'expérimentation spécifique à chaque territoire en lien avec les acteurs locaux et les ressources disponibles

➔ **4 sites d'expérimentation illustrant plusieurs modalités possibles de mise en œuvre de VA.**

3.3.1 **VA 92 : Un déploiement effectif et opérationnel mais un retour d'expérience contrasté, mettant en évidence un fonctionnement tripartite qui reste perfectible**

846 suivis VA réalisés à fin Sept-24 :
421 séjours GAD, 266 séjours AMAD 1 et 159 séjours AMAD 2.

Principales composantes du modèle VA 92

Un fonctionnement conforme au protocole organisationnel du CdC : l'organisation repose sur :

- ⇒ Un **binôme opérationnel porté par les SSIAD et CH partenaires** : IDEO par l'ANSIAD et Médecin opérationnel par le CHRDS.
- ⇒ Une **astreinte de nuit infirmière** assurée par le partenaire SSIAD (SAPA) pour permettre un déplacement au domicile du patient si son état le nécessite ; à noter que cette astreinte assurée par un SSIAD partenaire n'existe pas pour les autres territoires d'expérimentation.
- ⇒ Une **astreinte médicale** portée par le CHRDS (portage exclusif de l'astreinte médicale (nuit et WE) pour les territoires du 92, 78 et 95).
- ⇒ La **solution de télémedecine humaine et connectée EPOCA**.

⇒ Principaux retours des acteurs de VA 92 sur le fonctionnement

Les grands constats :

- ⇒ Un site qui a bénéficié de l'expérience de l'étude pilote : L'expérience acquise lors de l'étude pilote a permis une mise en œuvre plus rapide de l'activité VA sur ce territoire (malgré une interruption avant l'obtention de l'arrêté). VA 92 rencontre cependant des difficultés similaires aux autres sites, notamment un turnover élevé du personnel médical et paramédical et des difficultés de recrutement, particulièrement pour les IDEO.
- ⇒ Un nécessaire temps d'appropriation : Les partenaires professionnels doivent s'approprier le fonctionnement (information et formation des professionnels/partenaires, mise en place, changement d'habitude, organisation...). Aussi, ils sont de fait, confrontés à de nouveaux enjeux/organisations (positionnement des infirmiers des SSIAD vis-à-vis des care-managers et/ou du binôme opérationnel ; management de salariés délocalisés...).
- ⇒ Un terrain d'apprentissage pour l'ensemble du dispositif et ayant bénéficié aux autres sites : L'expérience acquise depuis le démarrage a permis à l'organisation d'évoluer et de s'adapter progressivement, contribuant à la maturation de tous les acteurs impliqués, y compris EPOCA. Au fur et à mesure, le dispositif s'est stabilisé dans son fonctionnement et ses processus ; ce qui a notamment bénéficié aux nouveaux sites d'expérimentation. Cependant, cette phase d'ajustement

a également engendré des lenteurs et des difficultés spécifiques à VA 92, liées à la recherche d'une organisation optimale. Il est apparu nécessaire de clarifier les missions des différents acteurs, de renforcer la coordination et d'améliorer la communication entre les parties prenantes afin de maximiser l'efficacité du modèle.

Retours des professionnels des SSIAD partenaires (ANSIAD, SAPA) :

- ⇒ Une **pertinence confirmée** de VA par les équipes mais un **temps d'expérimentation qui n'a pas permis à date et pour ce site, de trouver un fonctionnement/process en routine fluide/optimal**.
- ⇒ Des **difficultés persistantes de communication et de collaboration entre les équipes du SSIAD et les CM de la plateforme de télésurveillance**. Les staffs hebdomadaires initiaux ne sont plus réalisés. En conséquence, une perte de qualité/fluidité de la prise en charge est observée.
- ⇒ Des **difficultés en lien avec le recrutement des IDEO** : de fortes attentes en termes d'activité (inclusion) engendrant une pression et un turn over importants. Une activité d'inclusion limitée en partie par la disponibilité limitée du médecin opérationnel.
- ⇒ La **pertinence du portage de l'IDEO par le SSIAD est remise en cause** (difficultés de pilotage et de management).

Retours des professionnels des établissements hospitaliers partenaires :

- ⇒ Pour le CHRDS :
 - Un **contexte organisationnel difficile** : Depuis 2020, les services hospitaliers et les professionnels de santé du CHRDS sont confrontés à une désorganisation, avec un manque de temps et de personnel pour se consacrer à la mise en place de nouveaux projets comme VA. Cette situation complique l'appropriation et l'acculturation des équipes aux nouvelles pratiques.
 - Le temps disponible de **médecin opérationnel** dont les inclusions dépendent.
 - Bien que l'intégration du dispositif VA au CHRDS présente encore des **défis organisationnels et de ressources humaines**, l'adhésion des équipes est indéniable. Le personnel est très motivé, et les médecins s'efforcent d'adresser les patients : le **repérage et l'adressage des patients sont en constante amélioration**.
- ⇒ Pour l'Hôpital Foch : Le dispositif est jugé **pertinent** et soutenu par les responsables hospitaliers, convaincus de son potentiel pour faciliter le retour à domicile des patients. Cependant, il apparaît **sous-utilisé malgré une bonne compréhension de son fonctionnement** (nombreuses réunions d'information). Le passage à la pratique est freiné par plusieurs obstacles (qui semblent se lever avec le temps), notamment : (1) un fort turnover du personnel des urgences et un changement récent de chef de service ; (2) un **besoin de réactivité** exprimé par les médecins des services pour la confirmation formelle de la prise en charge des patients et sa mise en place immédiate (« *nous avons besoin de savoir avec certitude que le patient va bénéficier de la prise en charge au domicile avant de décider de le laisser sortir* »), parfois difficile à assurer en raison du sous-effectif de l'équipe VA92. Malgré ces défis, le dispositif est perçu comme un **atout essentiel**, avec une **volonté affirmée de collaboration pérenne** et d'amélioration continue.
- ⇒ Pour l'Hôpital Antoine-Béclère : L'expérience représente un **potentiel intéressant**, bien que sa **mise en œuvre reste encore en phase d'adaptation**. Dans un contexte de forte pression sur ses lits en raison d'un afflux croissant de patients aux urgences, en particulier des personnes âgées, VA peut constituer une solution. VA a été présenté à 2 reprises à l'établissement par EPOCA, permettant d'identifier les **urgences** et l'**unité post-urgences** comme cibles prioritaires de recrutement. L'objectif était de faciliter le retour à domicile, en anticipant les rechutes potentielles de certains patients faisant « des allers-retours domicile-hôpital ». Initialement, l'établissement s'était fixé un objectif d'une inclusion par jour, 5 jours par semaine. Cependant, la réalité a été plus complexe : 8 inclusions en avril, 1 en mai, et 4 en juin, en raison de plusieurs facteurs, notamment le **changement de chefferie des médecins engagés**, des **problèmes d'effectifs**, et un **fort taux de passage aux urgences rendant difficile l'appropriation et le recours à un dispositif innovant** tel que VA : « *plus il y a de patients, plus c'est compliqué d'innover en termes de prise*

en charge ». Ainsi, le dispositif VA n'est **pas encore entré dans une phase de routine**, nécessitant encore un changement de pratiques et une meilleure acculturation au sein de l'équipe soignante. Deux actions ont été identifiées pour remédier à ces difficultés : renforcer l'information/sensibilisation des médecins et mettre en place des rappels quotidiens lors des réunions de staff et potentiellement étendre VA à d'autres services de l'hôpital (UGA...). VA est perçu comme une **ressource essentielle**, à la fois **curative** (« *capable de mettre en place des actions* ») et **préventive** (« *capable d'anticiper des phases de rechutes* »).

3.3.2 **VA 78 : Après un temps d'implémentation incompressible de 12 mois, le parcours est déployé et opérationnel, mais n'a pas encore atteint une phase de routine**

595 suivis VA réalisés à fin Sept-24 :
277 séjours GAD, 232 séjours AMAD 1 et 86 séjours AMAD 2.

Principales composantes du modèle VA 78 :

- ⇒ L'équipe opérationnelle est composée de **2 IDEO (1,5 ETP)** : 1 IDE à temps plein, 1 IDE à mi-temps) et d'un **médecin gériatre opérationnel** recruté pour le projet à temps plein mais non mobilisé totalement sur VA (« **0,3-0,4 ETP** ») du fait d'un nombre de patients jugé insuffisant (d'autres missions complètent le TP).
- ⇒ Les **astreintes médicales** ne sont pas mises en place dans l'établissement et sont **assurées par le CHRDS**.
- ⇒ Des **difficultés organisationnelles et technologiques** ont freiné/freinent encore la mise en place et le bon fonctionnement en routine :
 - Difficultés au démarrage : Une intégration initiale des IDEO à anticiper : problèmes liés à l'accès informatique et aux outils pour les non-salariés de l'hôpital ; problèmes d'assurance liés au prêt de voiture de l'HLPV à des IDE non-salariés de l'établissement...
 - Difficultés persistantes : (1) Le **temps médical alloué au médecin opérationnel est jugé insuffisant**. Les IDEO souhaitent en ce sens une augmentation du temps de disponibilité du médecin opérationnel pour assurer une présence quotidienne. (2) Le **turnover des médecins de l'hôpital** entraîne un temps d'acculturation long pour s'adapter aux nouvelles pratiques. La sensibilisation/communication doit être renouvelée constamment pour intégrer le dispositif → à noter que l'intégration de VA dans le livret de sortie a permis d'optimiser le fonctionnement. (3) **la téléconsultation avec le médecin opérationnel, prévue à la fin de la visite d'inclusion, n'est, en pratique, pas/peu réalisée**. Cela s'explique par la disponibilité limitée du médecin opérationnel, qui n'est pas présent tous les jours, et des problèmes techniques liés à l'infrastructure réseau de l'HLPV (→ un besoin d'améliorer la connectivité).
 - Difficulté ponctuelle : des **périodes avec une forte affluence d'admissions**, rendant difficile la gestion du flux de patients. Cette variabilité peut entraîner une surcharge de travail pour l'équipe et des difficultés à inclure tous les patients relevant du dispositif.

Principaux retours des acteurs de VA 78 sur le fonctionnement :

Professionnels du SSIAD partenaire (Lépine) :

- ⇒ Professionnels et Direction manifestent une forte motivation pour le projet, soulignant son **caractère innovant** et exprimant leur désir de contribuer à la démonstration de l'adaptation du dispositif au maintien à domicile.
- ⇒ Le **portage par le SSIAD des IDEO est jugé pertinent** pour 2 raisons principales : (1) il rassure les patients et leurs aidants, renforçant ainsi leur sentiment de sécurité, et (2) il favorise l'ouverture de l'hôpital vers les soins de ville, facilitant le travail en partenariat et évitant l'autocentrisme de l'hôpital.
- ⇒ Les **IDEO sont décrits comme autonomes et impliqués**. Une expérience préalable du domicile et de la filière gériatrique constitue un levier.

- ⇒ Les professionnels se montrent très satisfaits du projet et souhaitent sa poursuite, tout en soulignant la nécessité d'**améliorer l'accès au logiciel métier** (pour des fonctions de pilotage et management des IDEO), de **revaloriser les salaires des IDEO** (rôle crucial dans l'organisation, expertise profil IPA) et de **renforcer le temps disponible du médecin opérationnel** (disponibilité actuellement limitée (0,2-0,4 ETP)), ce qui freine le développement du projet).

Professionnels de l'établissement hospitalier partenaire (HLPV) :

- ⇒ VA **correspond aux ambitions d'innovation et de création de liens Ville-Hôpital** de l'HLPV, qui fait de la TLM depuis 6-7 ans.
- ⇒ Le dispositif a connu un **démarrage difficile**, mais il fonctionne de mieux en mieux avec le temps (évolution constatée entre évaluation intermédiaire et finale), grâce à une adaptation progressive des organisations et des équipes.
- ⇒ La structure de **pilotage tripartite** impliquant l'HLPV, EPOCA et le SSIAD Lépine entraîne une **dilution des responsabilités**, jugée complexe et non optimale.
- ⇒ Au global, le projet est vu comme très pertinent et aligné sur les évolutions des pratiques hospitalières, mais son mode de gestion reste difficile. **Une organisation plus centralisée, avec une équipe médico-soignante unique, pourrait faciliter son pilotage.**

Partenaires médico-sociaux :

- ⇒ SSIAD Louveciennes : Le dispositif est jugé pertinent et particulièrement adapté aux patients isolés, notamment ceux pour qui le MG ne se déplace pas à domicile. Bien que l'**expérience** de l'équipe du SSIAD reste **limitée** (3 prises en charge communes), VA est **bien accepté par les équipes infirmières** qui relèvent la réactivité d'EPOCA et la disponibilité de l'équipe opérationnelle et apprécient de pouvoir compter sur un **soutien médical et gériatrique supplémentaire** pour leurs patients.
- ⇒ SSIAD SIMAD : Une **bonne adhésion** est constatée tant du côté de l'équipe que des patients, sans réticence notable à l'égard du dispositif. Le **processus d'adressage/d'orientation** des patients vers VA est jugé **fluide**.
- ⇒ DAC 78 : La **collaboration est limitée, avec peu de cas partagés**, malgré une rencontre initiale avec EPOCA. Nombreux points positifs relevés : des retours très favorables de la part des patients et de leurs familles, qui trouvent le dispositif rassurant. Les professionnels se sentent également « sécurisés » lorsque les patients sont pris en charge par VA, notamment en ce qui concerne la prévention des hospitalisations et la réduction des appels au 15. Dans l'ensemble, la satisfaction envers le dispositif est élevée, mais **un meilleur partage des informations EPOCA-DAC est souhaité afin d'optimiser la coordination** (CR de visites, adaptations thérapeutiques, observations).

3.3.3 **VA 95 : L'absence de binôme opérationnel sur ce site est compensée par l'engagement de la responsable du service des urgences, l'équipe de la plateforme Terr-eSanté (cellule d'enregistrement) et EPOCA, avec une montée en charge rapide observée**

348 suivis VA réalisés à fin Sept-24 :
178 séjours GAD, 125 séjours AMAD 1 et 45 séjours AMAD 2.

Principales composantes du modèle VA 95 :

- ⇒ **Absence d'un binôme opérationnel spécifique** : Les postes d'IDEO et de Médecin opérationnel demeurent en cours de recrutement, des difficultés persistent. « *En fonction des ressources, les inclusions pourraient être multipliées par 3* » (CH Argenteuil).
- ⇒ **Pour autant, une activité importante réalisée en quelques mois** : 348 suivis VA réalisés à fin septembre 2024, grâce à l'investissement de la cheffe des urgences, de l'équipe de la plateforme Terr-eSanté et d'EPOCA (TLS et mise à disposition d'1 ETP IDEO).

- ⇒ En l'absence d'un IDEO recruté, un **IDE d'EPOCA** se rend au domicile des patients pour la visite d'inclusion, installer les objets connectés et coordonner la prise en charge en fonction des besoins identifiés sur place.
- ⇒ **Deux modes d'entrée et de repérage des patients éligibles en lien avec l'équipe de la cellule d'enregistrement du dossier dans Terr-eSanté** : les patients peuvent être adressés vers VA par les médecins des urgences (SAU) ou **identifiés en péri-urgence** par les médecins de l'hôpital (critères de récurrences des hospitalisations/fragilité).

Principaux retours des acteurs de VA 95 sur le fonctionnement :

- ⇒ Une **pertinence confirmée** : un besoin important est identifié pour assurer des sorties sécurisées des patients de l'hôpital et « *prévenir les allers-retours pour des problématiques mineures, pouvant être traités directement à domicile avec l'appui de VA* ».
- ⇒ **Peu d'impact pour le CH d'Argenteuil en termes de ressources hospitalières** : la mise en œuvre de VA 95 repose essentiellement sur une cellule d'enregistrement préexistante (Terr-eSanté : 3 agents pour assurer l'activité de la plateforme sur l'année) et un engagement minimal de la part du médecin (20min/jour soit environ 2h/semaine).
- ⇒ **Un dispositif estimé adaptable et facilitant** : VA se distingue par sa souplesse/capacité de s'adapter à divers contextes en fonction des ressources disponibles et des volontés des professionnels. Cette solution de télémédecine humaine et connectée joue un rôle clé en facilitant la coordination entre le domicile, l'hôpital et le médecin traitant. Elle offre l'avantage de la continuité de suivi grâce à une connaissance approfondie des patients, améliorant ainsi la gestion des situations à domicile par rapport à une régulation médicale classique.

3.3.4 **VA 28 : L'expérience réussie d'un déploiement « en province » : très bonne appropriation du parcours par le CH de Chartres organisé autour d'une équipe mobile hospitalière**

261 suivis VA réalisés à fin Sept-24 :
153 séjours GAD, 68 séjours AMAD 1 et 40 séjours AMAD 2.

Principales composantes du modèle VA 28 :

- ⇒ **Une équipe mobile hospitalière** : L'organisation de VA 28 se distingue de celle des sites pilotes VA 92 et 78, les IDEO étant rattachées (en tant que salariées) au CH de Chartres plutôt qu'à un SSIAD partenaire. En juillet 2024, l'équipe VA 28 était composée de **2 IDEO salariés de l'hôpital** (2 ETP), assurant une présence infirmière du lundi au vendredi de 8h à 19h (avec 2 plages horaires : 8h-16h et 11h-19h) et d'un **médecin opérationnel** (consacrant 0,2 à 0,4 ETP à VA). La Direction de l'hôpital envisage (1) d'étendre cette organisation en recrutant un 3^{ème} IDEO, probablement avec un profil d'infirmier en pratique avancée (IPA), et couvrir les interventions du samedi notamment ; (2) d'allouer un médecin à temps plein pour se consacrer spécifiquement à l'activité VA, renforçant ainsi la capacité d'inclusion et de prise en charge des patients et (3) de créer une 2^{ème} équipe opérationnelle à Dreux (dans l'éventualité d'une généralisation de l'expérimentation).
- ⇒ **Une équipe organisée et autonome** : L'équipe VA 28 couvre un rayon de 25 km autour de l'hôpital. Les IDEO sont les seuls membres du binôme opérationnel à se rendre à domicile pour effectuer des visites d'inclusion, de suivi/réévaluation ou de surveillance. Le Médecin Opérationnel valide les inclusions médicales, effectue un point quotidien avec les IDEO et reste disponible lors des visites, que ce soit en visioconférence ou par téléphone. Par ailleurs, VA 28 fonctionne de manière autonome en ce qui concerne les astreintes, qui sont assurées par les médecins gériatres du CH durant la semaine et par l'astreinte gériatrique du territoire le weekend, bien que les besoins constatés soient limités.

Principaux retours des acteurs de VA 28 sur le fonctionnement :

- ⇒ **Un engagement soutenu de la Direction du CH de Chartres** : pour la mise en place et le déploiement de VA 28. Un renforcement des effectifs et de l'organisation autour de VA sont prévus, même en cas d'arrêt de l'expérimentation. Cet appui institutionnel souligne la reconnaissance du potentiel et de l'intérêt de VA. Des discussions sont déjà prévues avec d'autres acteurs clés, comme le CH d'Orléans et la Fédération Hospitalière de France (FHF), afin d'assurer la poursuite du dispositif.
- ⇒ **Adhésion progressive des professionnels** : Initialement, des réticences se sont manifestées, notamment autour de la fiabilité des objets connectés et du fait des sorties estimées prématurées des services aigus gériatriques. Le travail de sensibilisation/d'information des IDEO / Médecin opérationnel et les résultats concrets observés sur les hospitalisations évitées et la qualité du matériel, ont contribué à lever les réticences initiales et à faire accepter le dispositif par les professionnels.
- ⇒ **Une reconnaissance croissante du dispositif VA** : Présenté aux CPTS, VA commence à être bien reconnu sur le territoire, ce qui favorise son appropriation par l'ensemble des acteurs locaux.
- ⇒ **Une collaboration renforcée avec les IDEL**, qui au départ craignaient une concurrence directe avec les soins, et ont finalement compris que l'équipe VA n'intervenait pas pour réaliser des soins. Aujourd'hui, les IDEL sollicitent même l'équipe VA, notamment pour obtenir des prescriptions en l'absence de MG et éviter des passages inutiles aux urgences.
- ⇒ **Axe d'amélioration identifié → Réactivité de l'équipe opérationnelle VA 28** : Un besoin d'améliorer la réactivité face aux demandes des médecins du service des urgences a été identifié. En effet, les IDEO en visite à domicile ne peuvent répondre immédiatement aux sollicitations des services d'urgence. Pour répondre à cette demande, le recrutement d'un 3^{ème} IDEO, qui permettrait à l'un des IDEO de rester basé au CH et disponible pour intervenir rapidement, est envisagé afin d'aligner le rythme de l'équipe VA avec celui des services hospitaliers, en particulier les urgences.

L'analyse globale montre des modalités différentes de mise en œuvre du dispositif VA et amène les constats suivants :

- Tous les modèles soulignent la nécessité d'un temps d'appropriation et d'acculturation des équipes pour intégrer efficacement les nouveaux process/liens de collaboration/métiers. Une accélération de cette acculturation est constatée entre les sites ayant démarré en 2022 et ceux ayant démarré en 2023. Forts de l'expérience et des enseignements tirés des premiers sites ainsi que de la maturité des acteurs/du dispositif, les territoires de VA95 et VA28 ont réussi à démontrer une autonomie accrue et à démarrer plus rapidement.
- Le turnover élevé et les difficultés de recrutement, particulièrement pour les IDEO, sont des difficultés communes aux sites. Les modèles VA92 et VA78 subissent particulièrement les effets de cette instabilité, affectant ainsi leur fonctionnement. En revanche, les sites VA95 et VA28 ont su s'organiser à partir des ressources et des partenariats existants pour déployer et faire fonctionner le dispositif.
- L'interdépendance d'activité entre le médecin et les IDE opérationnels est manifeste. Cette collaboration nécessite un investissement et un soutien institutionnel de part et d'autre (selon les modèles choisis, des CH et/ou SSIAD partenaires) pour assurer une prise en charge optimale des patients, favoriser une meilleure intégration dans les pratiques/organisations et garantir une activité constante. A ce titre les modèles de Chartres et d'Argenteuil qui s'appuient sur une équipe mobile et les IDEL du patient, apparaissent plus agiles et plus performants en termes d'activité.
- Le double portage du binôme opérationnel impacte la fluidité des organisations, ce qui entraîne des répercussions sur la performance globale du dispositif en termes d'activité.
- La communication entre les équipes et les différents acteurs (hôpitaux, SSIAD, partenaires médico-sociaux) représente un enjeu majeur pour la réussite du dispositif.

- Un dilemme RH/Financement en phase de mise en place : La mise à disposition du temps de médecin opérationnel est dépendante du nombre d'inclusions (financements correspondants) mais sans temps médical dédié, les inclusions ne sont pas possibles.

Un tableau synthétisant de manière comparée les modalités de déploiements des organisations de VA sur les 4 territoires : 92, 78, 95 et 28 est présenté en Annexe 3.

→→ L'analyse 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. Il semble cependant que le portage du binôme par l'établissement hospitalier soit plus pertinent.

3.4 Profil et parcours des patients bénéficiaires

3.4.1 Profil des 722 patients inclus dans l'expérimentation Vigie Âge : des patients multi-hospitalisés avec des pertes d'autonomie importantes

Au total, **722 patients ont été inclus dans VA** : Age moyen : **87,9 ans** ; 36,4% sont des hommes ; 58% vivent seuls ; 32,5% vivent avec leur conjoint ou conjointe. 51,5% des patients bénéficiaient d'une allocation à l'inclusion (47,5% bénéficiaient de l'allocation personnalisée d'autonomie, 2,1% d'une allocation de la MDPH). Près de la moitié des patients sont isolés socialement (41% isolés géographiquement, 6% isolés totalement).

A l'inclusion, **59,3% des patients ont une perte d'autonomie moyenne ou forte et 49% présentent des troubles cognitifs**. 46% des patients ont au moins 1 de ces 6 capacités à l'inclusion : ouvrir une porte, décrocher la montre, charger seul, appeler depuis la montre, décrocher le téléphone, alerter. Ils ont en moyenne 3,4 ($\pm 1,8$) capacités.

Tableau 8 : Profil des patients inclus dans l'expérimentation Vigie Âge (analyses des données du SI)

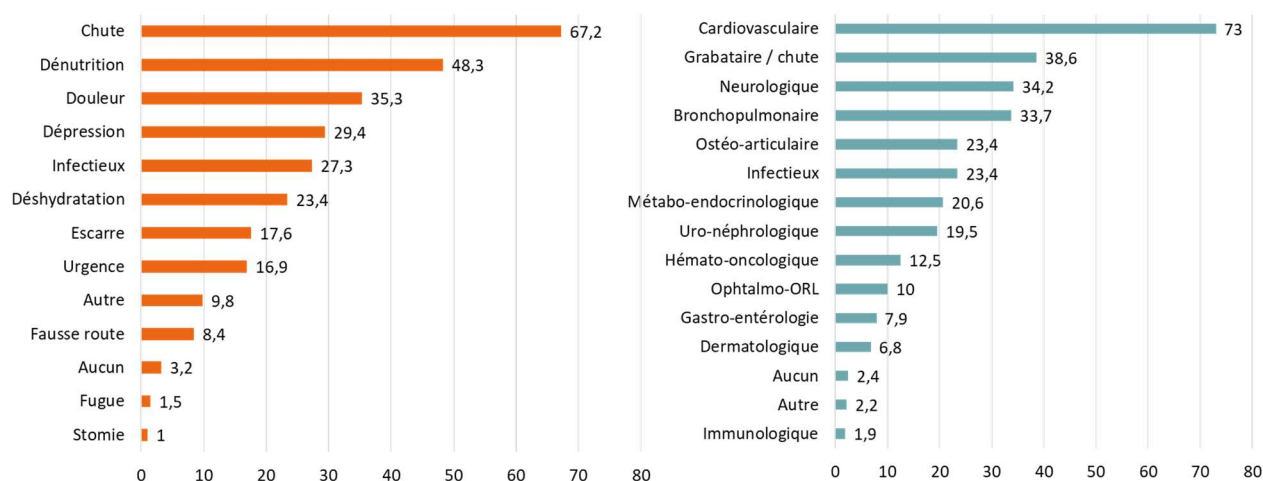
	Patients VIGIE-AGE N = 722	GAD seul N = 282	GAD + AMAD 1 N = 221	GAD + AMAD 2 N = 151
Données socio-démographiques				
Sexe : homme, N (%)	263 (36,4%)	104 (36,9%)	64 (29,0%)	66 (43,7%)
Age à l'inclusion Moyenne (écart-type), médiane	87,9 (7,1) / 89,0	87,6 (7,1) / 88,0	87,3 (6,5) / 88,0	89,2 (7,6) / 90,0
Constitution du foyer , N (%)				
Seul	419 (58,0%)	167 (59,2%)	146 (66,1%)	69 (45,7%)
Avec conjoint.e	235 (32,5%)	94 (33,3%)	59 (26,7%)	57 (37,7%)
Autre	68 (9,4%)			
Isolement social , N (%)				
Données manquantes	2	1	1	--
Pas d'isolement	382 (53,1%)	139 (49,5%)	121 (55,0%)	78 (51,7%)
Géographique	295 (41,0%)	130 (46,3%)	83 (37,7%)	63 (41,7%)
Total	43 (6,0%)	12 (4,3%)	16 (7,3%)	10 (6,6%)
Allocation à l'inclusion : Oui, N (%)	372 (51,5%)	123 (43,6%)	94 (42,5%)	103 (68,2%)
APA (Allocation personnalisée d'autonomie)	339 (47,5%)	114 (41,6%)	87 (39,4%)	95 (62,9%)
MDPH (Maison Départementale pour les Personnes Handicapées)	15 (2,1%)	2 (0,7%)	4 (1,8%)	5 (3,3%)
Autre	14 (2,0%)	7 (2,6%)	3 (1,4%)	3 (2,0%)
Données cliniques				
ALD à l'inclusion , N (%)	539 (76,8%)	203 (73,8%)	167 (77,3%)	115 (79,9%)
Score GIR :				
1-2 (dépendant)	142 (22,6%)	48 (20,3%)	5 (2,6%)	72 (52,6%)
3-4	230 (36,7%)	75 (31,8%)	73 (38,2%)	55 (40,1%)
5-6 (autonome)	255 (40,7%)	113 (47,9%)	113 (59,2%)	10 (7,3%)
Score MMS				
<24 (présence de troubles cognitifs)	128 (49,0%)	41 (46,6%)	39 (40,6%)	34 (77,3%)
>= 24 (absence de trouble cognitif)	133 (51,0%)	47 (53,4%)	57 (59,4%)	10 (22,7%)
Capacités : Oui, N (%)	331 (45,8%)	119 (42,2%)	93 (42,1%)	87 (57,6%)
Nombre de capacités (maximum 6)	3,4 (1,8)	3,6 (1,9)	3,5 (1,9)	3,2 (1,7)
Alerter	424 (58,7%)	169 (59,9%)	170 (76,9%)	49 (32,5%)
Décrocher le téléphone	451 (62,5%)	182 (64,5%)	168 (76,0%)	57 (37,7%)

	Patients VIGIE-AGE N = 722	GAD seul N = 282	GAD + AMAD 1 N = 221	GAD + AMAD 2 N = 151
Appeler depuis la montre	391 (54,2%)	153 (54,3%)	160 (72,4%)	44 (29,1%)
Charger seul la montre	307 (42,5%)	133 (47,2%)	129 (58,4%)	15 (9,9%)
Décrocher la montre	376 (52,1%)	149 (52,8%)	153 (69,2%)	42 (27,8%)
Ouvrir la porte	401 (55,5%)	166 (58,9%)	165 (74,7%)	31 (20,5%)
Prise en charge médicale avant l'inclusion				
Au moins un intervenant extérieur déclaré au début de la prise en charge : Oui, N (%)	546 (83,1%)	207 (83,5%)	150 (75,8%)	132 (91,0%)
Nombre d'intervenants, moyenne (écart-type)	2,3 (1,3)	2,0 (1,1)	2,1 (1,2)	2,7 (1,4)
Auxiliaire(s) de vie	277 (42,2%)	100 (40,2%)	60 (29,6%)	83 (59,3%)
Aide(s) soignant.e(s)	73 (12,5%)	16 (7,6%)	13 (6,9%)	29 (23,2%)
IDE	269 (40,8%)	93 (38,8%)	68 (32,5%)	75 (52,4%)
Kinésithérapeute	173 (27,2%)	49 (21,0%)	49 (24,5%)	50 (36,0%)
Aide(s) ménagère(s)	269 (43,2%)	106 (46,3%)	88 (44,0%)	52 (40,3%)
SSIAD	108 (18,6%)	24 (11,7%)	20 (11,0%)	45 (34,6%)
Livraison de repas	82 (12,4%)	31 (12,4%)	23 (11,3%)	24 (16,6%)
Combinaisons le plus fréquentes (> 2%)				
Aide(s) ménagère(s)	66 (12,1%)			
Auxiliaire de vie	45 (8,2%)			
IDE	42 (7,7%)			
Auxiliaire de vie + IDE	34 (6,2%)			
Aide(s) ménagère(s) + IDE	25 (4,6%)			
Aide(s) ménagère(s) + kinésithérapeute	22 (4,0%)			
Aide(s) ménagère(s) + Auxiliaire de vie + IDE	19 (3,5%)			
Aide(s) ménagère(s) + Auxiliaire de vie	18 (3,3%)			
Auxiliaire de vie + IDE + kinésithérapeute	18 (3,3%)			
Aide(s) ménagère(s) + Auxiliaire de vie + IDE + kinésithérapeute	17 (3,1%)			
	N = 535	N = 170	N = 174	N = 127
Au moins une hospitalisation en MCO dans les 6 mois : Oui, N (%)	463 (86,5%)	149 (87,6%)	157 (90,2%)	111 (87,4%)
Nombre d'hospitalisation, moyenne (écart-type)	2,6 (2,4)	2,9 (3,3)	2,7 (2,1)	3,0 (2,3)
Au moins une hospitalisation complète en MCO dans les 6 mois : Oui, N (%)	451 (84,3%)	145 (85,3%)	153 (87,9%)	110 (72,8%)
Nombre d'hospitalisation, moyenne (écart-type)	2,0 (1,4)	1,9 (1,4)	2,0 (1,4)	2,2 (1,4)
Durée cumulée sur 6 mois, moyenne (écart-type) en jours	14,1 (12,8)	10,9 (11,8)	14,6 (12,6)	17,4 (14,0)

Concernant la situation à l'inclusion, 83% des patients ont recours à au moins un intervenant extérieur : aide-ménagère (43%), auxiliaire de vie (42%), IDE (41%), kinésithérapeute (27%), SSIAD (19%), aide-soignant (13%), livraison de repas (12%). Ils ont recours en moyenne à 2,3 ($\pm$ 1,3) intervenants.

A l'inclusion, plus de deux tiers des patients présentaient des risques de chute, 48,3% un risque de dénutrition et 35,3% un risque de douleur (Figure 8).

Figure 8 : Risques des patients (en pourcentage) et terrains



➔ Dans les 6 mois précédant l'inclusion, 86,4% des patients ont été hospitalisés en MCO avec en moyenne 2,6 hospitalisations ce qui confirme l'inclusion d'une population multi-hospitalisée.

Profil des patients ayant abandonné :

- ⇒ 19 patients ont abandonné la prise en charge au cours d'un GAD, en moyenne 10,6 jours après l'entrée dans VIGIE-ÂGE. 14 patients ont abandonné au cours d'un AMAD, en moyenne 7,3 mois après l'inclusion.
- ⇒ Une sur-représentation des patients veuves/veufs (**57,6%** vs 47,6%) ; des patients vivant seuls (**75,8%** vs 57,2%) ; des situations sociales précaires (**21,2%** vs 7,4%) et de l'isolement social total (**21,2%** vs 5,2%) sont observés chez les patients ayant abandonné.
- ⇒ Les données cliniques sont peu renseignées pour les patients ayant abandonné.

3.4.2 Parcours effectifs des patients inclus : adressage hospitalier principalement avec GAD en première intension

L'adressage a été réalisé au cours d'une hospitalisation pour la majorité des patients : 50,6% en médecine chirurgie et obstétrique (MCO) et 6% en soins de suite et réadaptation (SSR). Ils ont en moyenne 7,6 diagnostics associés notés durant l'hospitalisation ayant motivé la prise en charge VIGIE-AGE. Les hospitalisations MCO retrouvées dans le SNDS ne sont pratiquement que des hospitalisations complètes. Elles durent en moyenne 10,6 ($\pm 8,7$) jours et valident le profil gériatrique des patients inclus. 30,9% des patients ont été inclus suite à un passage aux urgences et 12,4% proviennent de la ville.

Le Tableau 9 présente l'ensemble des parcours des 722 patients inclus dans l'expérimentation. Trois parcours principaux ont été suivis par 90,5% des patients.

- ⇒ 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. Tableau 1

Tableau 9 : Distribution des différents Parcours par patient dans VIGIE-ÂGE (pour l'ensemble des patients)

1er parcours	2e parcours	3e parcours	4e parcours	5e parcours	6e parcours	Fréquence	Pourcentage
GAD						282	39%
GAD	AMAD1					221	30,6%
GAD	AMAD2					151	20,9%
AMAD1						21	2,9%
AMAD2						15	2,2%
GAD	GAD					7	1,0%
GAD	AMAD1	GAD	AMAD1			4	0,6%
GAD	AMAD2	GAD	AMAD2			4	0,6%
GAD	GAD	AMAD1				3	0,4%
GAD	AMAD1	GAD				2	0,3%
GAD	AMAD1	GAD	AMAD2			2	0,3%
GAD	AMAD2	AMAD1				2	0,3%
AMAD1	AMAD1					1	0,1%
AMAD2	AMAD2					1	0,1%
GAD	AMAD1	AMAD2				1	0,1%
GAD	AMAD1	GAD	AMAD1	GAD	AMAD1	1	0,1%
GAD	AMAD2	GAD	AMAD1			1	0,1%
GAD	AMAD2	GAD	AMAD2	GAD	AMAD2	1	0,1%
GAD	GAD	AMAD1	GAD	AMAD1		1	0,1%
GAD	GAD	AMAD2				1	0,1%

En moyenne, la prise en charge VA dure 4,7 mois (2,2 mois en médiane). 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**. La durée moindre des AMAD2 peut en partie s'expliquer par un taux de décès plus important (51% des séjours AMAD2 terminés suite à un décès contre 21,9% des séjours AMAD1 terminés).

Au cours du suivi VA, 5% des patients ont abandonné l'expérimentation et 12% ont suivi un parcours AMAD0. Ces derniers ont un profil socio-démographique similaire aux autres patients. On note toutefois que ces patients sont plus souvent adressés par la ville (59,4% vs 41,2%), présentent plus d'isolement géographique (55,1% vs 45,8%) et ont moins d'allocations (36,8% vs 53,6%).

Eléments sur le suivi ayant pu être analysés

En moyenne, sur 1 mois de suivi VA, **185 incidents par patient** sont détectés par le système de EPOCA.

Peu de téléexpertises, de téléconsultations, de visites virtuelles ou de visites en cabinet sont rapportées dans le SI. **A noter que de nombreuses informations sont saisies en texte libre : utiles aux professionnels pour le suivi des patients, mais non accessibles à l'analyse par l'évaluateur. Ce point permet de préciser que les données analysées sont sans doute des minima.**

Sur un mois de suivi VA, le SI enregistre **en moyenne par mois 29 interventions ou actions par patient :**

- ⇒ 5,3 consultations à domicile.
- ⇒ 7,4 appels patient.
- ⇒ 4,3 appels au cercle de soins.
- ⇒ 5,3 appels entourage.
- ⇒ 6,7 notes de suivi.

3.5 Récapitulatif des principaux freins identifiés

Les difficultés ont pour la plupart été mentionnées dans les parties précédentes et sont pour partie en lien avec le coté expérimental du dispositif ou liées à la période de montée en charge. Le tableau suivant les synthétise :

Tableau 10. Freins / difficultés rencontrées

Difficultés générales	
⇒	La pénurie de RH médicales et paramédicales à l'hôpital et en ville : a un impact sur les équipes adreseeuses et pour recruter/constituer les binômes opérationnels (médecins et infirmiers).
⇒	Encore peu de patients entrés par le libéral / des MG peu impliqués (repérage et adressage) → Enjeu du déploiement vers la ville / « besoin de convaincre par les faits ».
⇒	Un pilotage tri-partite (CHRDS/HLPV (médecin opérationnel) ; EPOCA (CM) ; SSIAD (IDEO) apparaissant non optimal, impactant l'activité sur le terrain.
⇒	Une résistance au changement de certains professionnels ou de manque de connaissance du dispositif (a priori levée avec la pratique et l'apport de résultats concrets).
⇒	Problème de réseau / connexion internet notamment pour les TC IDEO Médico lors de l'inclusion (pour le SSIAD Lépine/l'HLPV, médecin opérationnel du CHRDS (« bugs, pertes de connexions et de données »).
Difficultés spécifiques	
A EPOCA	⇒ Des difficultés financières : activité inférieure au prévisionnel, abandon du site 75, part conditionnelle (PATHOS) non rémunérée annuellement.
	⇒ Une instabilité des équipes adreseeuses et opérationnelles nécessitant une ré-information / formation régulière (<i>turnover</i> des professionnels de santé).
	⇒ Le secteur géographique d'inclusion défini dans le CdC ne correspond pas parfaitement à la zone d'attractivité des établissements.
	⇒ Nécessité de pallier les manques de terrain : apport d'une IDEO pour VA95.
	⇒ « <i>Personne ne veut sortir du parcours</i> » → Quel aval possible ? AMAD0 ?
	⇒ <i>Care manager</i> : nouveau métier à construire avec l'expérience, en évolution. Evolution régulière des méthodes de travail, de l'organisation du travail.

Aux binômes opérationnels	⇒ Faible visibilité/prévisibilité du planning et une organisation complexe à trouver avec la planification de certaines visites au jour le jour (urgences). ⇒ Une activité (IDEO) en partie dépendante de la disponibilité du médecin opérationnel. ⇒ Instabilité des équipes hospitalières adressesuses : urgentistes du CHRDS (des intérimaires/vacataires, <i>turnover...</i>) → Besoin de ré-informer, re-sensibiliser régulièrement. ⇒ Difficultés d'intégration/d'exercice des IDEO de SSIAD au sein d'un établissement hospitalier : L'accès aux outils informatiques de l'hôpital et la gestion logistique ne sont pas fluides pour les non-salariés de l'établissement.
Aux CH partenaires	⇒ Un modèle économique à affiner à la lumière de l'expérience : Un projet semblant actuellement « déficitaire » pour l'hôpital – un niveau d'activité inférieur au prévisionnel, des charges supportées par l'hôpital : « <i>coût important des médecins opérationnels</i> » (mais des Directions toujours soutenant) → Une éventuelle crainte de perte de rentabilité pour certains établissements (privés, sans urgences / en lien avec l'occupation des lits). ⇒ Les tensions sur le recrutement et l'effectif soignant / Fermeture des SAU (conséquence directe sur l'activité, limite au déploiement). ⇒ Pour VA 92 : le CHRDS supporte exclusivement les astreintes médicales de nuit et de weekend (« <i>un système de garde mutualisé était prévu, non réalisé</i> »).
Aux SSIAD partenaires	⇒ Des difficultés pour recruter et maintenir en poste les IDE opérationnels. Fort <i>turnover</i> des IDEO constaté au démarrage, nouveau métier (crainte (?) de la technicité du parcours, profil spécifique : une activité en lien avec les CM, la nécessité d'un sens clinique gériatrique et la capacité d'un travail rapproché avec le gériatre tout en restant très autonome, profil IPA ?). Un forfait défini avant le SÉGUR avec un salaire moins attractif. ⇒ Un manque de visibilité/reporting, d'accès à la plateforme (SI) : souhait de disposer d'un tableau de bord pour piloter l'activité. ⇒ Manque de temps de médecin opérationnel regretté.
Aux partenaires médico-sociaux	⇒ Partenariats à développer : encore peu de prises en charges conjointes. ⇒ Transmission de l'information : Etudier les possibilités d'accéder/contribuer au dossier partagé EPOCA des patients et que tous les intervenants laissent une trace de leur intervention à domicile pour une meilleure transmission d'informations.
Aux patients et aidants	⇒ Anecdotique et personne-dépendant : les contraintes inhérentes aux objets connectés (recharger, porter...) : Outils techniques /technologiques encore difficile à appréhender pour certains patients ou professionnels ; ou encore quelques refus secondaires (acceptation à la présentation et refus à domicile).

Les **leviers** sont présentés dans la partie 3 Reproductibilité.

4. RESULTATS AXE 2 : EFFICACITE/EFFICIENCE

Ce 2^{ème} axe vise à apprécier l'atteinte des objectifs du dispositif mis en regard des coûts.

RAPPEL DES OBJECTIFS

Objectif général : Prévenir les complications et décompensations des personnes âgées de 70 ans et plus, afin de prolonger leur maintien à domicile dans des conditions sécurisées, personnalisées et adaptées à leurs besoins.

Objectifs spécifiques :

- ⇒ **Réduire les hospitalisations et les passages aux urgences :** Eviter les hospitalisations inutiles et la rupture de parcours des patients seniors en début de perte d'autonomie.
- ⇒ Améliorer la **qualité de vie** effective et ressentie du patient et de son entourage/aidant.
- ⇒ Améliorer les **conditions de travail** des professionnels de santé auprès des seniors.
- ⇒ Améliorer le **dépistage précoce de la dégradation** de l'état de santé des patients.
- ⇒ Permettre le **maintien à domicile** de patients relevant actuellement de l'ULSD du fait d'une polypathologie complexe à risque d'instabilité (multi-hospitalisations annuelles).
- ⇒ Limiter ou retarder les entrées en EHPAD ou en USLD*.
- ⇒ Tester/préciser un **modèle économique** efficient (en termes de réduction d'hospitalisations et ou de DMS).

* L'atteinte de cet objectif n'a pas été mesuré du fait du manque d'information dans le SNDS.

4.1 Résultats sur la prise en charge et sur les parcours des patients

Les résultats sont présentés par parcours : GAD puis AMAD.

4.1.1 Des taux réduits et faibles d'hospitalisation à 30 jours post GAD

Parmi l'ensemble des patients qui sont allés jusqu'au bout de la prise en charge GAD, **14,9% (N=61 / 409) sont entrés en hospitalisation complète MCO tout motif confondu dans les 30 jours après leur sortie. 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%^{14,15} sur des causes spécifiques d'hospitalisation).

La durée de ces hospitalisations est de 6,6 jours en moyenne ($\pm 6,4$ jours) et de 5 jours en médiane [Q1=2,0 ; Q3=9,0].

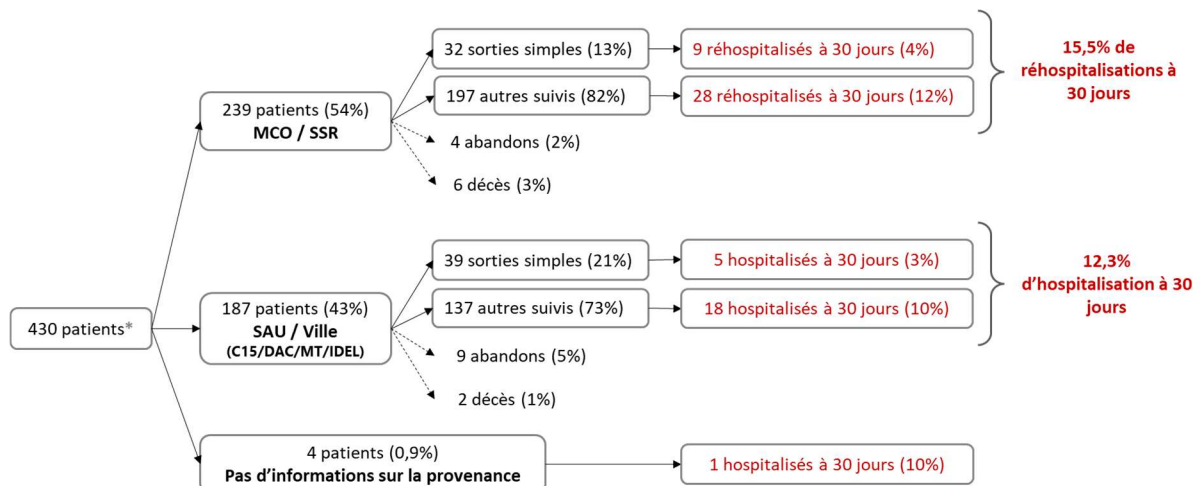
Les patients en sortie simple de GAD sont légèrement plus hospitalisés dans les 30 jours que les patients qui poursuivent avec un autre suivi VA (19,7% vs 13,9%, $p = 0,2861$). Ils sont hospitalisés principalement dans les 5 jours après la sortie de la prise en charge.

Les patients adressés par un service MCO ou SSR sont très légèrement plus réhospitalisés dans les 30 jours que les autres.

¹⁴ 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

¹⁵ 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

Figure 9 : Hospitalisations complètes MCO à 30 jours de la sortie de GAD selon la provenance



1 patient hospitalisé à 30 jours pour lequel la provenance n'est pas renseignée.

Le risque d'hospitalisation dans les 30 jours est d'autant plus important lorsque le patient a eu plusieurs hospitalisations complètes en MCO dans les 6 mois avant l'entrée dans VIGIE-AGE (Tableau 11).

Tableau 11 : Hospitalisation complète dans les 30 jours suivant la sortie du GAD en fonction du nombre d'hospitalisation dans les 6 mois précédent le

	Aucune hospitalisation dans les 6 mois précédant le GAD N = 59	1 hospitalisation dans les 6 mois précédant le GAD N = 167	2 hospitalisations dans les 6 mois précédant le GAD N = 196
Au moins une hospitalisation complète MCO	6 (10,2%)	17 (10,2%)	39 (19,9%)
Durée moyenne en jours (sur une période moyenne de 7,5 mois)			
Moyenne (écart-type)	5,7 (4,0)	4,9 (3,7)	7,5 (7,5)
Médiane / Min / Max	6,5 / 1,0 / 11,0	4,0 / 1,0 / 11,0	5,0 / 1,0 / 37,0
Quartile 25 / Quartile 75	1,0 / 8,0	1,0 / 8,0	2,0 / 10,0
Au moins une hospitalisation complète MCO avec entrée par les urgences	3 (5,1%)	9 (5,4%)	18 (9,2%)

Parmi l'ensemble des patients qui sont allés jusqu'au bout de la prise en charge GAD (non décédés et n'ayant pas abandonnés, N=409) :

- ⇒ 12% (N=50) sont passés aux urgences dans les 30 jours.
- ⇒ 7% (N=30) ont été hospitalisés après un passage aux urgences dans les 30 jours.

Pendant la prise en charge GAD, 8,8% des patients ont été hospitalisés en hospitalisation complète en MCO d'une durée moyenne de 8,4 jours.

→ Parmi les patients adressés à VIGIE-AGE suite à un passage aux urgences, l'hospitalisation évitée a été estimée sur la base des codes diagnostics lors de ce passage aux urgences. Les codes GHS ont été générés au CHRDS. 199 hospitalisations ont été identifiées. 18,1% étaient des hospitalisations pour insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, 4,5% des hospitalisation pour infections et inflammations respiratoires, 4% des hospitalisations pour troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux.

4.1.2 Réduction significative des hospitalisations complètes MCO pendant et après la prise en charge AMAD

Seuls les résultats de l'analyse principale sont présentés ici. Les résultats de l'analyse de sensibilité sont similaires à ceux de l'analyse principale. Ils sont en revanche moins significatifs en raison des faibles effectifs.

Analyse « Avant vs Pendant » AMAD

Les recours aux soins ont été comparés sur des périodes miroirs de 7,5 mois en moyenne ($\pm 5,8$ mois) et de 6,2 mois en médiane [Q1=2,7 ; Q3=10,5].

➔ L'entrée dans une prise en charge AMAD a permis de diminuer de manière très significative la proportion de patients en hospitalisation complète MCO (81% de patients hospitalisés Avant vs 45,4% Pendant VIGIE-ÂGE) sans modifier le profil (nombre et durée) de ces hospitalisations.

Tableau 12 : Hospitalisation complète et passage aux urgences Avant et Pendant la prise en charge Vigie-Âge

	Avant AMAD N = 269	Pendant AMAD N = 269	p-valeur
Au moins une hospitalisation complète MCO	218 (81%)	122 (45,4%)	<0,0001
Sur l'ensemble de la population :	N = 269	N = 269	
Nombre d'hospitalisations annuelles			
Moyenne (écart-type)	4,4 (5,1)	2,4 (4,2)	
Médiane / Min / Max	2,7 / 0,0 / 39,5	0,0 / 0,0 / 22,1	
Quartile 25 / Quartile 75	1,1 / 6,2	0,0 / 3,2	
Durée moyenne en jours (sur une période d'observation moyenne de 7,5 mois)			
Moyenne (écart-type)	6,2 (6,5)	3,3 (5,2)	
Médiane / Min / Max	5,4 / 0,0 / 53,0	0,0 / 0,0 / 29,0	
Quartile 25 / Quartile 75	1,0 / 8,9	0,0 / 5,5	
Durée annuelle cumulée			
Moyenne (écart-type)	32,3 (51,6)	17,7 (35,7)	
Médiane / Min / Max	15,5 / 0,0 / 374,9	0,0 / 0,0 / 243,3	
Quartile 25 / Quartile 75	3,7 / 41,1	0,0 / 21,7	
Sur les patients avec au moins une hospitalisation complète MCO :	N = 218	N = 122	
Nombre d'hospitalisations annuelles			
Moyenne (écart-type)	5,4 (5,2)	5,4 (4,9)	
Médiane / Min / Max	3,8 / 0,5 / 39,5	3,7 / 0,5 / 22,1	
Quartile 25 / Quartile 75	1,9 / 7,6	1,9 / 7,1	
Durée moyenne en jours (sur une période moyenne de 7,5 mois)			
Moyenne (écart-type)	7,7 (6,4)	7,3 (5,4)	
Médiane / Min / Max	6,5 / 1,0 / 53,0	6,0 / 1,0 / 29,0	
Quartile 25 / Quartile 75	4,3 / 9,5	3,5 / 10,0	
Durée annuelle cumulée			
Moyenne (écart-type)	39,9 (54,6)	39,0 (44,5)	
Médiane / Min / Max	23,7 / 0,6 / 374,9	25,5 / 0,6 / 243,3	
Quartile 25 / Quartile 75	10,5 / 44,9	9,0 / 48,7	
Au moins un passage par les urgences	201 (74,7%)	113 (42,0%)	<0,0001
Sur l'ensemble de la population :	N = 269	N = 269	
Nombre d'hospitalisations annuelles			
Moyenne (écart-type)	3,5 (4,2)	1,6 (2,7)	
Médiane / Min / Max	2,1 / 0,0 / 25,5	0,0 / 0,0 / 13,2	
Quartile 25 / Quartile 75	0,0 / 4,9	0,0 / 2,1	
Sur les patients avec au moins une hospitalisation complète MCO avec entrée par les urgences :	N = 167	N = 78	
Nombre d'hospitalisations annuelles			
Moyenne (écart-type)	4,7 (4,3)	3,9 (3,0)	
Médiane / Min / Max	3,3 / 0,5 / 25,5	3,1 / 0,5 / 13,2	
Quartile 25 / Quartile 75	1,7 / 6,1	1,6 / 5,3	
Au moins une hospitalisation complète MCO avec entrée par les urgences	167 (62,1%)	78 (29%)	<0,0001
Sur l'ensemble de la population :	N = 269	N = 269	
Nombre d'hospitalisations annuelles			
Moyenne (écart-type)	2,5 (3,4)	1,1 (2,3)	
Médiane / Min / Max	1,4 / 0,0 / 21,5	0,0 / 0,0 / 12,0	
Quartile 25 / Quartile 75	0,0 / 3,9	0,0 / 1,3	

	Avant AMAD N = 269	Pendant AMAD N = 269	p-valeur
Sur les patients avec au moins un passage aux urgences suivi ou non d'une hospitalisation :	N = 167	N = 78	
Nombre d'hospitalisations annuelles			
Moyenne (écart-type)	3,7 (3,3)	3,5 (2,8)	
Médiane / Min / Max	2,6 / 0,5 / 21,5	2,7 / 0,5 / 11,8	
Quartile 25 / Quartile 75	1,4 / 5,0	1,6 / 4,3	

Le nombre de patients ayant eu au moins une hospitalisation complète a diminué de manière significative (p-valeur <0,0001) entre Avant et Pendant la prise en charge. Même constat pour celles avec entrée par les urgences. Que ce soit Avant ou Pendant la prise en charge, les patients ayant eu au moins une hospitalisation complète MCO en ont eu 5,4 sur un an en moyenne et d'une durée moyenne de 7 jours sur une période moyenne de 7,5 mois.

Même s'il y a **une tendance à la baisse**, la prise en charge AMAD n'a pas d'impact statistiquement significatif sur les taux de passage en réanimation (Avant : 1,9% vs Pendant : 0,7%, p=0,2568), en soins intensifs (Avant : 5,2% vs Pendant : 2,2%, p=0,0593), ou en soins continus (Avant : 4,8% vs Pendant : 2,2%, p=0,0896).

En résumé, l'expérimentation a permis de réduire le nombre de patients hospitalisés mais le niveau de recours reste le même pour les patients hospitalisés :

- **Recours inchangé :**
 - 30 patients (11%) non hospitalisés avant et pendant l'expérimentation.
 - 101 patients (37,6%) hospitalisés avant (en moyenne 2,7 (2,0) fois) et pendant l'expérimentation (2,4 (2,0) fois).
- **Maintien à domicile grâce à l'expérimentation :** 117 patients (43,5%) hospitalisés avant l'expérimentation mais pas après.
- **Pas de maintien à domicile :** 21 patients (7,8%) non hospitalisés avant et hospitalisés après.

Constats « Avant vs Pendant » sur les consommations de soins de ville (voir Tableau 13) :

- ⇒ Diminution significative (p=0,0104) du taux de patients consultant au moins un fois un médecin généraliste (N = 219 - 81,4% vs N = 200 - 74,3%, soit une diminution de 8,7%) et plus spécifiquement des consultations d'au moins un MG en cabinet (p=0,0105, N = 150 - 55,8% vs N = 128 - 47,6%, soit une diminution de 14,7%).
- ⇒ Diminution significative (p<0,0001) du recours aux transports en ambulance (N = 191 - 71,0% vs N = 150 - 55,8%, soit une diminution de 21,4%).
- ⇒ Augmentation significative (p=0,0124) du recours aux infirmiers (N = 173 - 64,3% vs N = 193 - 71,7%, soit une augmentation de 11,5%).

Tableau 13 : Consommations de soins de ville avant vs pendant la prise en charge AMAD

	Avant AMAD N = 269	Pendant AMAD N = 269	p-valeur
Au moins une consultation avec un médecin généraliste	219 (81,4%)	200 (74,3%)	0,0104
Nombre de consultations annuelle			0,0932
Moyenne (écart-type)	7,5 (7,1)	6,9 (7,1)	
Médiane / Quartile 25 / Quartile 75	6,3 / 2,5 / 10,1	5,2 / 0,0 / 9,8	
Au moins une consultation avec un médecin généraliste au cabinet	150 (55,8%)	128 (47,6%)	0,0105
Au moins une consultation avec un médecin généraliste à domicile	123 (45,7%)	112 (41,6%)	0,1451
Au moins une consultation avec un spécialiste	157 (58,4%)	146 (54,3%)	0,1854
Nombre de consultations annuelles			0,8535
Moyenne (écart-type)	5,9 (14,6)	5,4 (13,2)	
Médiane / Quartile 25 / Quartile 75	2,3 / 0,0 / 6,5	1,0 / 0,0 / 6,6	
Au moins un contact infirmier	173 (64,3%)	193 (71,7%)	0,0124
Nombre de contacts annuels			0,0230
Moyenne (écart-type)	37,9 (88,7)	53,1 (102,8)	
Médiane / Quartile 25 / Quartile 75	3,7 / 0,0 / 19,2	5,3 / 0,0 / 33,6	
Au moins un recours aux transports en ambulance	191 (71,0%)	150 (55,8%)	<0,0001

Les patients en AMAD2 sont plus nombreux que les patients en AMAD1 à sortir de la prise en charge pour cause de décès. Ils ont aussi plus de consultations à domicile et moins de consultations en cabinet. Les tendances observées au global sur les parcours AMAD se retrouvent dans l'analyse stratifiée AMAD1 et AMAD2.

Analyse « Avant vs Après » AMAD

Les recours aux soins ont été comparés sur des périodes miroirs de 5,2 mois en moyenne ($\pm 4,1$ mois) et de 4 mois en médiane [Q1=2,1 ; Q3=6,8]. Parmi les 69 patients, 12 (17,4%) sont des patients ayant été pris en charge dans l'étude pilote au CHRDS.

Le taux de patients avec hospitalisation complète MCO a également diminué sur les 2 périodes Avant et Après la prise en charge (72,5% de patients hospitalisés Avant vs 37,7% Après VIGIE-ÂGE, soit une diminution de 48%).

Tableau 14 : Hospitalisation complète Avant et Après la prise en charge AMAD dans Vigie-Âge

	Avant AMAD N = 69	Après AMAD N = 69	p-valeur
Au moins une hospitalisation complète MCO	50 (72,5%)	26 (37,7%)	<0,0001
Sur l'ensemble de la population :	N = 69	N = 69	
Nombre d'hospitalisation annuel			
Moyenne (écart-type)	3,7 (5,1)	1,4 (2,8)	
Médiane / Min / Max	1,8 / 0,0 / 26,7	0,0 - 0,0 - 11,8	
Quartile 25 / Quartile 75	0,0 / 4,5	0,0 - 1,8	
Durée moyenne en jours (sur une période moyenne de 5,2 mois)			
Moyenne (écart-type)	4,7 (4,2)	2,4 (4,3)	
Médiane / Min / Max	4,3 / 0,0 / 17,5	0,0 / 0,0 / 25,0	
Quartile 25 / Quartile 75	0,0 / 8,0	0,0 / 3,5	
Durée cumulée annuelle			
Moyenne (écart-type)	23,5 (34,2)	8,3 (18,1)	
Médiane / Min / Max	9,8 / 0,0 / 164,8	0,0 / 0,0 / 106,0	
Quartile 25 / Quartile 75	0,0 / 29,7	0,0 / 8,9	
Sur les patients avec au moins une hospitalisation complète MCO :	N = 50	N = 26	
Nombre d'hospitalisation annuel			
Moyenne (écart-type)	5,1 (5,4)	3,7 (3,4)	
Médiane / Min / Max	3,2 / 0,8 / 26,7	2,7 / 0,8 / 11,8	
Quartile 25 / Quartile 75	1,7 / 5,2	1,5 / 3,6	
Durée moyenne en jours (sur une période moyenne de 7,5 mois)			
Moyenne (écart-type)	6,4 (3,6)	6,3 (5,0)	
Médiane / Min / Max	6,5 / 1,0 / 17,5	5,3 / 1,0 / 25,0	
Quartile 25 / Quartile 75	3,6 / 8,7	3,0 / 7,0	
Durée cumulée annuelle			
Moyenne (écart-type)	32,4 (36,5)	21,9 (24,1)	
Médiane / Min / Max	16,5 / 1,5 / 164,8	16,0 / 1,5 / 106,0	
Quartile 25 / Quartile 75	8,9 / 40,2	7,2 / 24,2	
Au moins un passage par les urgences	48 (69,6%)	26 (37,7%)	<0,0001
Sur l'ensemble de la population :	N = 69	N = 69	
Nombre d'hospitalisations annuelles			
Moyenne (écart-type)	2,5 (2,9)	1,4 (2,8)	
Médiane / Min / Max	1,6 / 0,0 / 13,3	0,0 / 0,0 / 11,8	
Quartile 25 / Quartile 75	0,0 / 3,5	0,0 / 1,8	
Sur les patients avec au moins un passage aux urgences :	N = 69	N = 69	
Nombre d'hospitalisations annuelles			
Moyenne (écart-type)	3,5 (2,9)	3,8 (3,4)	
Médiane / Min / Max	2,7 / 0,7 / 13,3	2,6 / 0,8 / 11,8	
Quartile 25 / Quartile 75	1,5 / 4,5	1,5 / 4,5	
Au moins une hospitalisation complète MCO avec entrée par les urgences	39 (56,5%)	16 (23,2%)	<0,0001
Sur l'ensemble de la population :	N = 39	N = 16	
Nombre d'hospitalisation annuel			
Moyenne (écart-type)	2,1 (2,9)	0,9 (2,5)	
Médiane / Min / Max	1,4 - 0,0 - 13,3	0,0 - 0,0 - 11,8	

	Avant AMAD N = 69	Après AMAD N = 69	p-valeur
Quartile 25 / Quartile 75	0,0 - 2,8	0,0 - 0,7	
Sur l'ensemble de la population :	N = 39	N = 16	
Nombre d'hospitalisation annuel			
Moyenne (écart-type)	3,1 (2,9)	2,5 (2,7)	
Médiane / Min / Max	1,8 / 0,7 / 13,3	1,8 / 0,7 / 11,8	
Quartile 25 / Quartile 75	1,5 / 3,6	0,9 / 2,9	

Le nombre de patients ayant eu au moins une hospitalisation complète MCO a diminué de manière significative (p-valeur <0,0001) après la prise en charge AMAD. Même constat pour celles avec entrée par les urgences.

Sur un an, le nombre moyen d'hospitalisations complètes MCO par patient a diminué (5,1 vs 3,7), tout comme la durée cumulée de ces hospitalisations (32,4j vs 21,9j).

Parmi les 69 patients de l'analyse AMAD « Avant vs Après », 18,8% n'ont pas eu d'hospitalisation complète MCO pendant l'AMAD mais en ont au moins une après.

Constats « Avant vs Après » sur les autres consommations de soins de ville (voir Tableau 15) :

- ⇒ Diminution significative (p=0,0001) de la consultation d'au moins un MG (N = 62 – 89,9% vs N = 44 – 63,8%, soit une diminution de 29,0%) et plus spécifiquement de la consultation d'au moins un médecin généraliste en cabinet (p=0,0001, N = 46 – 66,7% vs N = 24 – 34,8%, soit une diminution de 47,8%).
- ⇒ Diminution significative (p =0,0124, N = 48 – 69,6% vs N = 35 – 50,7%, soit une diminution de 27,2%). du recours à au moins un transport en ambulance.
- ⇒ Diminution significative (p =0,0071, N = 51 – 73,3% vs N = 36 – 52,2%, soit une diminution de 28,8%) du recours à au moins un contact infirmier.

Tableau 15 : Consommation de soins de ville avant vs après la prise en charge AMAD

	Avant AMAD N = 69	Après AMAD N = 69	p-valeur
Au moins une consultation avec un médecin généraliste	62 (89,9%)	44 (63,8%)	0,0001
Nombre de consultations annuelle			0,0932
Moyenne (écart-type)	8,2 (6,4)	5,4 (6,2)	
Médiane / Quartile 25 / Quartile 75	7,1 / 3,1 / 11,8	4,1 / 0,0 / 8,0	
Au moins une consultation avec un médecin généraliste au cabinet	46 (66,7%)	24 (34,8%)	0,0001
Au moins une consultation avec un médecin généraliste à domicile	32 (46,4%)	29 (42,0%)	0,4054
Au moins une consultation avec un spécialiste	37 (53,6%)	35 (50,7%)	0,0911
Nombre de consultations annuelles			0,8535
Moyenne (écart-type)	5,2 (9,0)	3,2 (5,1)	
Médiane / Quartile 25 / Quartile 75	1,1 / 0,0 / 5,3	1,0 / 0,0 / 4,6	
Au moins un contact infirmier	51 (73,3%)	36 (52,2%)	0,0071
Nombre de contacts annuels			0,0154
Moyenne (écart-type)	47,3 (85,5)	32,6 (85,1)	
Médiane / Quartile 25 / Quartile 75	7,5 / 0,0 / 53,1	1,4 / 0,0 / 10,5	
Au moins un recours aux transports en ambulance	48 (69,6%)	35 (50,7%)	0,0124

4.2 Impact sur les consommations de soins et coûts associés

L'impact de l'expérimentation sur la consommation de soins des patients (taux de recours aux soins hospitaliers et aux soins de ville), et sa traduction économique, en coûts ou économies réalisées pour l'Assurance Maladie, a été évalué à partir de l'analyse des données du SNDS. La méthodologie détaillée a été présentée en début de rapport.

En l'absence d'un groupe témoin, les coûts sur les 30 jours suivants la sortie de GAD sont décrits et les coûts AMAD sont comparés sur des périodes miroirs avant/pendant et avant/après.

4.2.1 Des dépenses à la sortie du GAD principalement portées par les dépenses hospitalières

Dans les 30 jours suivant la sortie du GAD, l'ensemble des recours aux soins représente une dépense moyenne de 2 356€. Cette dépense est principalement portée par les dépenses hospitalières, en

moyenne 1 689€, bien que ne concernant que 14,9% de la population. Il faut noter que les montants versés au titre des forfaits pour les patients poursuivant en AMAD à l'issue du GAD n'apparaissent pas dans le SNDS.

Tableau 16 : Dépenses de santé moyennes dans les 30 jours suivant le GAD (source : SNDS)

Après GAD (30j)	
Dépense totale	
Moyenne (écart-type)	2 356,3 (6 013,2)
Médiane / Min / Max	560,2 / 0,0 / 49 377,0
Q25 / Q75	232,5 / 1 395,7
Dépenses de soins de ville	
Moyenne (écart-type)	666,7 (862,4)
Médiane / Min / Max	420,5 / 0,0 / 9 195,4
Q25 / Q75	197,8 / 831,7
Dépenses hospitalières	
Moyenne (écart-type)	1 688,9 (5 921,8)
Médiane / Min / Max	0,0 / 0,0 / 49 377,0
Q25 / Q75	0,0 / 0,0

➔ Parmi les patients adressés à VIGIE-AGE suite à un passage aux urgences, 199 hospitalisations évitées ont été identifiées. En moyenne, le coût d'une hospitalisation évitée est de 4 249€ (valorisation selon la T2A 2021 appliqué à la liste des GHS fournie par le porteur/CHRS).

➔ Pour les patients adressés à VIGIE-AGE suite à une hospitalisation en MCO ou SSR, le coût moyen de l'hospitalisation était de 4 571€ (données SNDS des séjours ayant conduit à l'inclusion dans VIGIE-AGE).

Concernant les soins de ville, les 3 postes de dépenses les plus importants sont les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...) avec 191€ en moyenne, la pharmacie (149€) et les dispositifs sur la liste des produits et prestations (141€).

Figure 10 : Distribution des dépenses de soins de santé (ville et hôpital) des patients dans les 30 jours suivant la sortie de GAD (Source : SNDS)

Dans les 30 jours suivant le GAD N=430	
Dépenses hospitalières	
MCO	
Moyenne (écart-type)	945 (2 758)
Médiane / Min / Max	0,0 / 0,0 / 25 757
Q25 / Q75	0,0 / 0,0
SSR	
Moyenne (écart-type)	742 (4 893)
Médiane / Min / Max	0,0 / 0,0 / 49 377
Q25 / Q75	0,0 / 0,0
HAD	
Moyenne (écart-type)	2,0 (29)
Médiane / Min / Max	0,0 / 0,0 / 527
Q25 / Q75	0,0 / 0,0
Dépenses de soins de ville	
Honoraires médicaux	
Moyenne (écart-type)	68 (105)
Médiane / Min / Max	27 / 0,0 / 896
Q25 / Q75	0,0 / 91
Auxiliaires médicaux	
Moyenne (écart-type)	191 (391)
Médiane / Min / Max	35 / 0,0 / 3 205
Q25 / Q75	0,0 / 187
Pharmacie et produits dérivés	

Moyenne (écart-type)	149 (459)
Médiane / Min / Max	76 / 0,0 / 8 803
Q25 / Q75	26 / 161
LPP	
Moyenne (écart-type)	141 (285)
Médiane / Min / Max	34 / 0,0 / 2 696
Q25 / Q75	0,0 / 143
Transport	
Moyenne (écart-type)	63 (169)
Médiane / Min / Max	0,0 / 0,0 / 1 821
Q25 / Q75	0,0 / 14

4.2.2 Réduction des dépenses de santé pendant et après l'AMAD (1 et 2)

Remarque : Les montants des forfaits calculés ne tiennent pas compte de la part conditionnelle PATHOS qui n'est pas individualisée. Sur les 3 années de l'expérimentation, cette part représente un coût supplémentaire compris entre 170 € et 340 €.

Concernant la méthodologie d'évaluation de l'impact sur les dépenses AVANT/PENDANT la prise ne charge en AMAD, le montant des forfaits a été ajouté dans la période "Pendant la prise en charge AMAD". Pour chaque patient pris en charge en AMAD1 le montant de 1 362€ a été ajouté aux dépenses de santé identifiées dans le SNDS, et ce quelle que soit la durée du séjour AMAD 1. De la même façon le montant de 3 298€ a été ajouté pour les patients AMAD 2. Les dépenses totales (dépenses de soins identifiées dans le SNDS + forfait) ont été rapportées sur la période de prise en charge AMAD (en période miroir pour l'analyse avant). Les patients pour lesquels l'entièreté de la période de prise en charge dans l'expérimentation n'est pas observable dans le SNDS, ont été exclus de l'analyse.

Une analyse de sensibilité a été réalisée en n'incluant que les patients ayant terminé leur prise en charge VIGIE-AGE (N=112). Les résultats sont comparables à ceux présentés dans les sections qui suivent. *Analyse « Avant vs Pendant » AMAD*

Une diminution significative de 19,6% des dépenses totales de santé est observé pendant la prise en charge AMAD (sans tenir compte du forfait dérogatoire qui n'est pas tracé dans les données SNDS). **Avec la prise en compte des forfaits, une équivalence de la dépense avant/après est observée. En tenant compte d'un montant de forfait de 2 210€ en moyenne**, les dépenses totales passent de 13 233 € en moyenne avant AMAD à 12 849€ pendant AMAD. ➔ La rémunération des prestations liées au dispositif expérimenté (forfaits) est compensée par / équivalente à la réduction des dépenses de santé. **Au final, le dispositif engendre un transfert de charge de l'hôpital (- 4 439 €, diminution de 43,6%) vers la ville (+ 1 844 €, augmentation de 59,2%) et le dispositif/domicile (forfaits) (Tableau 17).**

Tableau 17 : Dépenses de santé moyennes AVANT AMAD versus PENDANT AMAD (Source : SNDS)

	Avant AMAD* (N=226)	Pendant AMAD (N=226)	p-value
Dépenses totales incluant les forfaits			
Moyenne (écart-type)	13 233 (17 367)	12 849 (13 653)	0,6768
Médiane / Min / Max	8 542 - 0 - 139 732	7 418 - 1 362 - 85 984	
Q25 / Q75	3 924 - 16 898	3 824 - 16 114	
Montant des forfaits			
Moyenne (écart-type)	0 (0)	2 210 (963)	<0,0001
Médiane / Min / Max	0 - 0 - 0	1 362 / 1 362 / 3 298	
Q25 / Q75	0 - 0	1 362 / 3 298	
Dépenses totales sans les forfaits			
Moyenne (écart-type)	13 233 (17 367)	10 639 (13 595)	0,0011
Médiane / Min / Max	8 542 - 0 - 139 732	5 836 - 0 - 82 686	
Q25 / Q75	3 924 - 16 898	1 786 - 13 470	
Dépenses de soins de ville			
Moyenne (écart-type)	3 113 (4 526)	4 957 (6 908)	<0,0001
Médiane / Min / Max	1 597 - 0 - 36 162	2 133 - 0 - 43 816	

Q25 / Q75	606 - 3 615	933 - 5 350	
Dépenses hospitalières			
Moyenne (écart-type)	10 121 (15 806)	5 682 (9 766)	<0,0001
Médiane / Min / Max	5 961 - 0 - 132 538	826 - 0 - 54 409	
Q25 / Q75	1 269 - 12 768	0 - 7 502	

* Dans cette analyse, Avant AMAD = Avant le premier forfait Vigie Age (avant le 1^{er} forfait de l'expérimentation + lister les parcours inclus)

La réduction des dépenses de soins hospitaliers s'explique principalement par une diminution des dépenses des hospitalisations en MCO (cohérent avec la diminution du nombre de patients hospitalisés) de 3 140€ (p<0,0001) et des hospitalisations en SSR (-1 362€, p=0,0008).

L'augmentation des dépenses des soins de ville se reflète principalement dans 3 postes de dépenses (Figure 12 et Figure 11) : auxiliaires médicaux (+ 525 €, p<0,0001), pharmacie (+ 502 €, p<0,0001) et LPP (+ 588 €, p<0,0001).

Figure 11 : Dépenses moyennes pour les soins hospitaliers : Avant versus Pendant AMAD

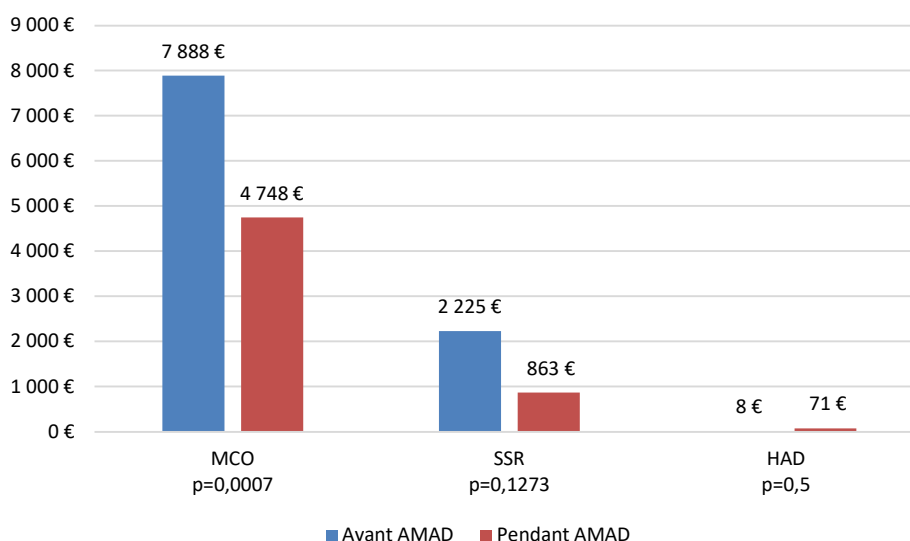
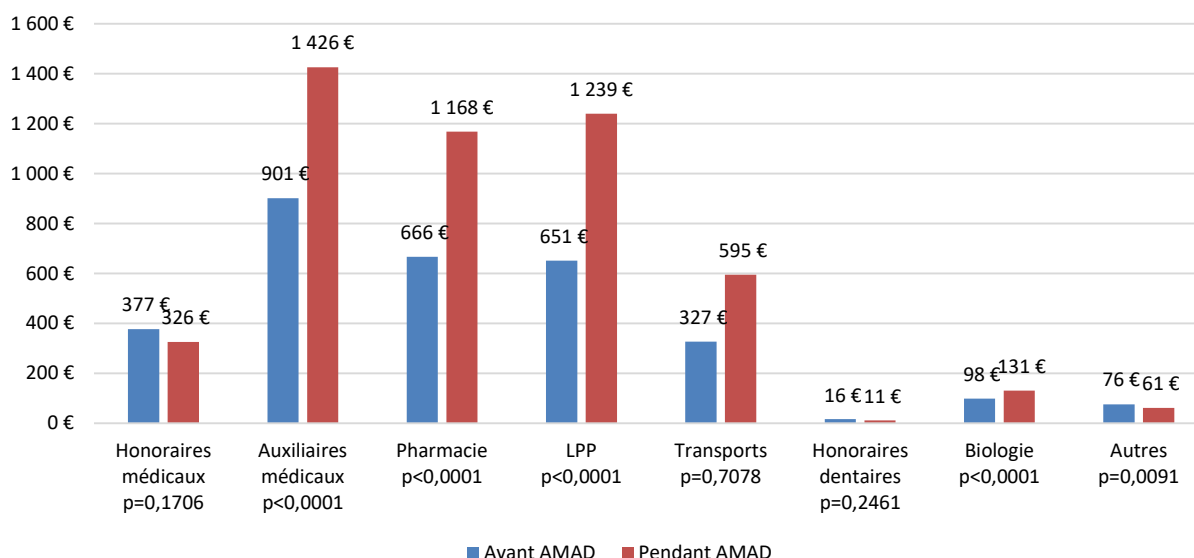


Figure 12 : Dépenses moyennes pour les soins de ville : Avant versus Pendant AMAD



De la même manière, il n'existe aucune différence statistiquement significative lorsque l'on regarde les dépenses totales incluant les forfaits en distinguant AMAD 1 ou AMAD 2 (Tableau 18). Néanmoins, une baisse de - 2 054 € est observée pour les AMAD1 et de - 3 287€ pour les AMAD2. → Le même transfert de charge est observé de l'hôpital vers la ville-le domicile/dispositif.

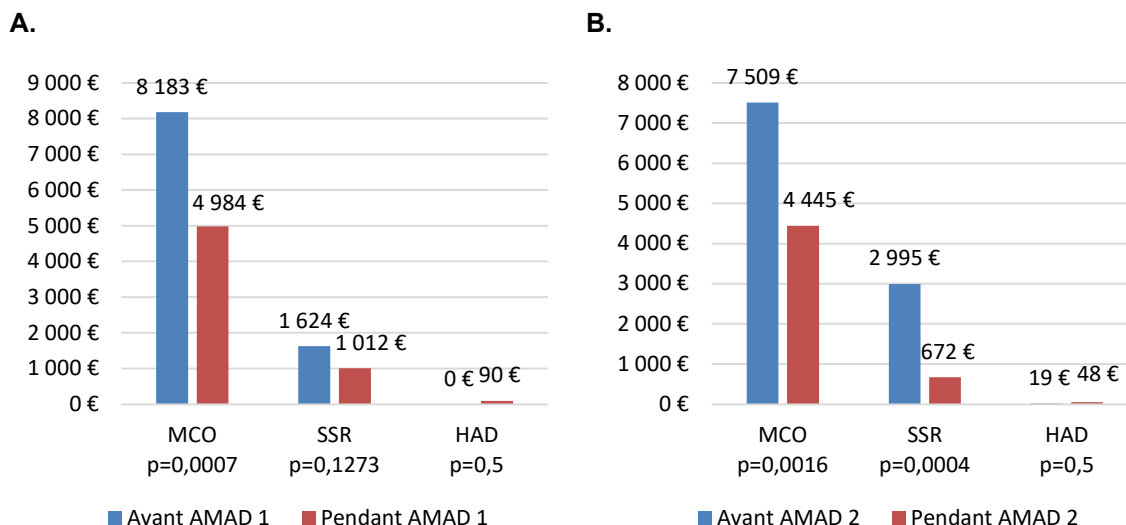
Tableau 18 : Dépenses de santé moyennes AVANT AMAD 1 versus PENDANT AMAD 1 et AVANT AMAD 2 versus PENDANT AMAD 2 (Source : SNDS)

	Avant AMAD 1 (N=127)	Pendant AMAD 1 (N=127)	p-value	Avant AMAD 2 (N=99)	Pendant AMAD 2 (N=99)	p-value
Dépenses totales incluant les forfaits						
Moyenne (écart-type)	12 403 (16 792)	11 710,8 (13 996)	0,7576	14 299 (18 108)	14 310 (13 124)	0,3442
Médiane / Min / Max	7 408 - 0 - 139 732	5 765 - 1 362 - 64 758		9 958 - 0 - 139 097	10 356 - 3 298 - 85 984	
Q25 / Q75	3 665 - 16 157	3 330 - 13 725		4 043 - 18 564	4 849 - 19 528	
Montants des forfaits						
Moyenne (écart-type)		1 362 (0)	<0,0001		3 298 (0)	<0,0001
Médiane / Min / Max		1 362 / 1 362 / 1 362			3 298 / 3 298 / 3 298	
Q25 / Q75		1 362 / 1 362			3 298 / 3 298	
Dépenses totales sans les forfaits						
Moyenne (écart-type)	12 403 (16 792)	10 349 (13 996)	0,0343	14 299 (18 108)	11 012 (13 124)	0,0125
Médiane / Min / Max	7 408 - 0 - 139 732	4 403 - 0,0 - 63 396		9 958 - 0 - 139 097	7 058 - 0 - 82 686	
Q25 / Q75	3 665 - 16 157	1 968 - 12 363		4 043 - 18 564	1 551 - 16 230	
Dépenses hospitalières						
Moyenne (écart-type)	9 807 (15 424)	6 086 (10 385)	0,0008	10 523 (16 353)	5 164 (8 935)	<0,0001
Médiane / Min / Max	5 048 - 0 - 131 382	1 354 - 0 - 52 326		6 150 - 0 - 132 538	403 - 0 - 54 409	
Q25 / Q75	1 804 - 12 565	0 - 8 200		884 - 13 377	0 - 6 796	
Dépenses de soins de ville						
Moyenne (écart-type)	2 595 (3 183)	4 263 (6 312)	0,0002	3 776 (5 763)	5 848 (7 543)	0,0003
Médiane / Min / Max	1 561 - 0 - 16 265	2 111 - 0 - 43 816		1 748 - 0 - 36 162	2 767 - 0 - 35 473	
Q25 / Q75	509 - 3 150	857 - 4 507		657 - 4 828	1 085 - 8 168	

En termes de postes de dépenses à l'hôpital, ce sont les soins en MCO qui observent la plus grande baisse (

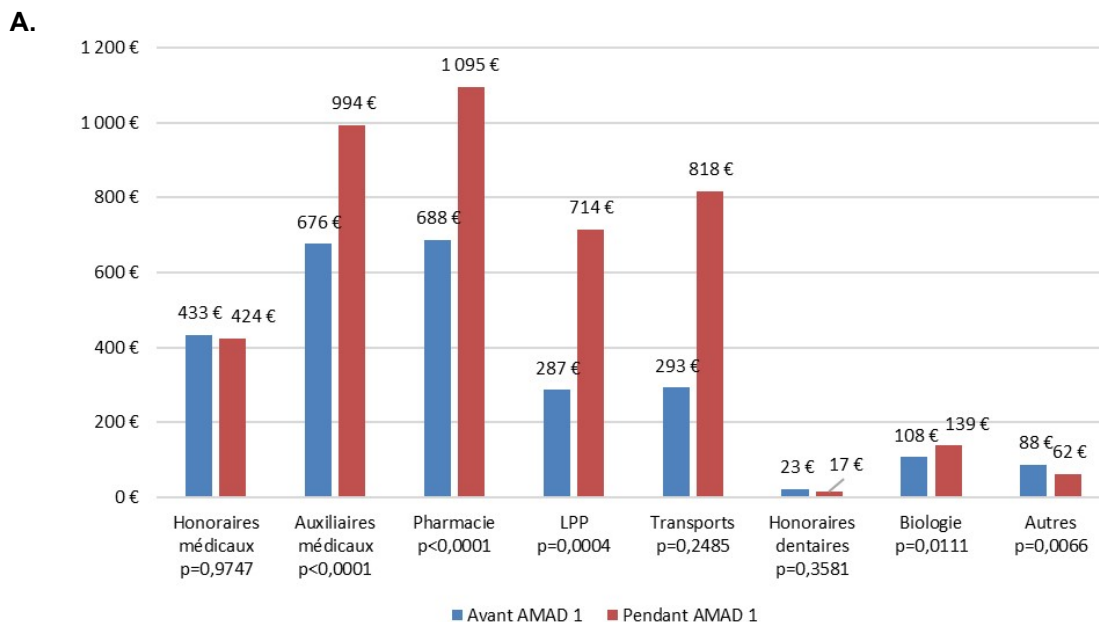
Figure 13), passant de 8 183 € en moyenne avant AMAD 1 (respectivement 7 509 € avant AMAD 2) à 4 984 € en moyenne pendant l'AMAD 1 (respectivement 4 445€ pendant AMAD 2), soit une diminution significative de **-7 242 € (p=0,0002)** (respectivement 3 064€ pour les AMAD 2, p<0,0001). Contrairement aux AMAD 1, il est également observé une diminution significative des coûts sur les prises en charge en SSR entre avant AMAD 2 et pendant AMAD 2 (- 4 308 € en moyenne, p=0,0004).

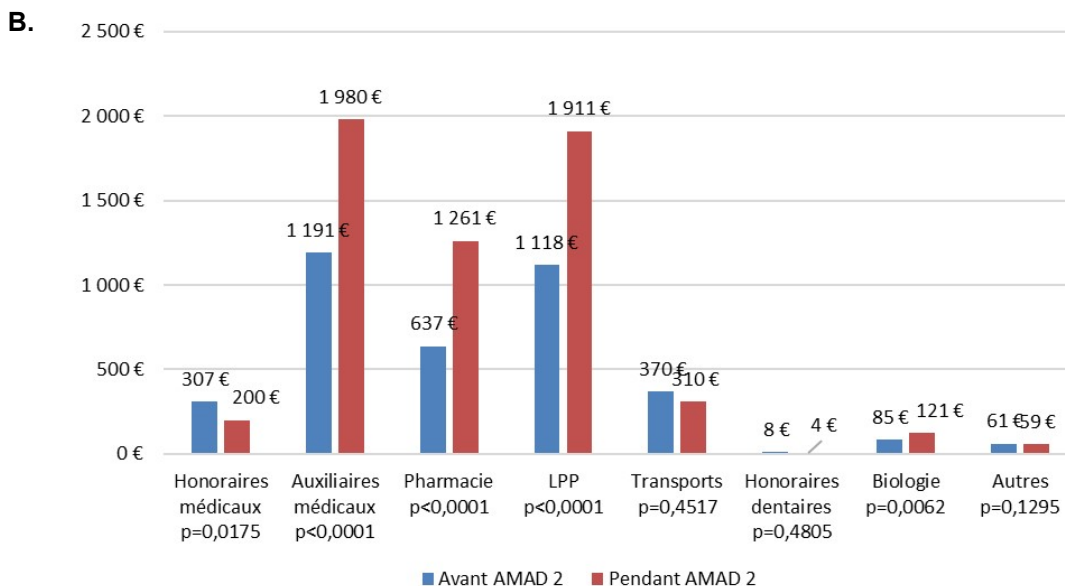
Figure 13 : Dépenses moyennes pour les soins hospitaliers : Avant versus Pendant AMAD 1 (A.) et AMAD 2 (B.) (dépenses rapportées sur 1 an) (Source : SNDS)



Concernant les soins de ville, une augmentation significative des dépenses est observée sur l'ensemble des postes de dépenses, à l'exception des honoraires médicaux, des honoraires dentaires, des transports et des autres dépenses (non significatifs) (Figure 14) pour les AMAD 1 et les AMAD 2. Cette augmentation est la plus importante pour les auxiliaires médicaux (AMAD 1 : + 318 €, p<0,0001 ; AMAD 2 : + 107 €, p<0,0001), la pharmacie (AMAD 1 : + 407 €, p<0,0001 ; AMAD 2 : + 624 €, p<0,0001) et les LPP (AMAD 1 : +421 €, p=0,0004 ; AMAD 2 : +793 €, p<0,0001).

Figure 14 : Dépenses moyennes pour les soins de ville : Avant versus Pendant AMAD 1 (dépenses rapportées sur 1 an) (Source : SNDS)





Analyse « Avant vs Après » AMAD

L'analyse des dépenses de santé avant et après AMAD 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 € (p=0,0296) (Tableau 19).

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) avec toutefois un effet moins marqué que dans l'analyse avant/pendant.

Tableau 19 : Dépenses de santé moyennes (rapportées à 1 an) AVANT AMAD versus APRES AMAD (Source SNDS)

	Avant AMAD (N=69)	Après AMAD (N=69)	p-value
Dépenses totales			
Moyenne (écart-type)	11 419 (11 271)	10 964 (20 176)	0,0296
Médiane / Min / Max	7 653 - 0,0 - 50 956	4 767 - 0,0 - 151 874	
Q25 / Q75	3 494 - 17 241	960 - 13 125	
Dépenses de soins de ville			
Moyenne (écart-type)	3 488 (4 417)	4 147 (6 737)	0,8926
Médiane / Min / Max	2 183 - 0 - 23 692	1 695 - 0,0 - 47 523	
Q25 / Q75	705 - 4 102	834 - 4 480	
Dépenses hospitalières			
Moyenne (écart-type)	7 931 (8 757)	6 817 (17 194)	0,0064
Médiane / Min / Max	5 442 - 0 - 34 606	0 - 0 - 130 955	
Q25 / Q75	443 - 13 895	0 - 8 141	

Les conclusions apportées dans l'analyse **avant / pendant** concernant l'évolution des postes de dépense se retrouvent dans l'analyse **avant / après** avec toutefois des résultats qui sont moins (ou ne sont plus) significatifs. La diminution des dépenses hospitalières (Figure 15) s'explique par la diminution des dépenses liées aux hospitalisations en MCO (- 1 352 €).

Figure 15 : Dépenses moyennes pour les soins hospitaliers : Avant versus Après AMAD (dépenses rapportées sur 1 an) (Source : SNDS)

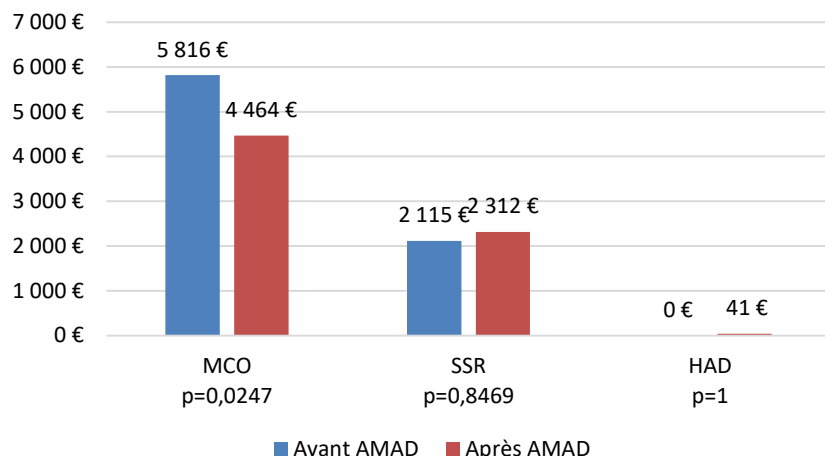
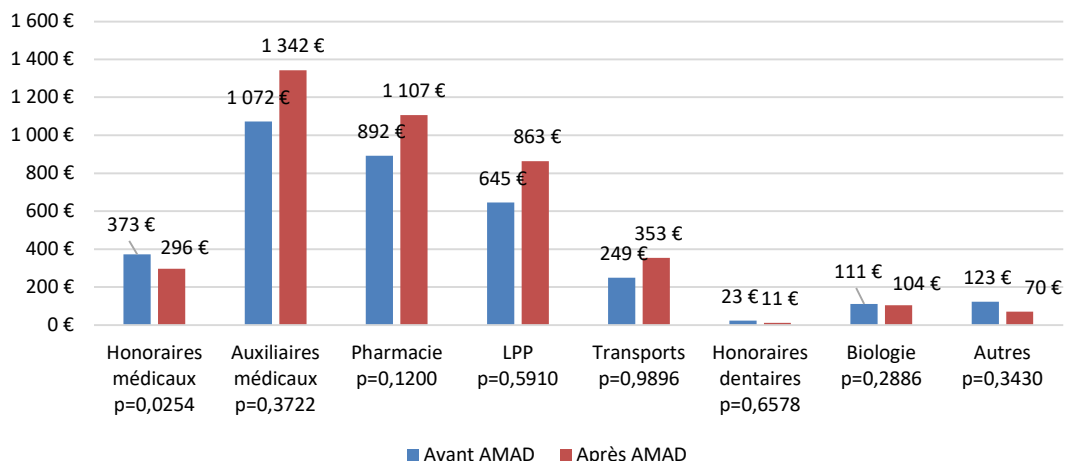


Figure 16 : Dépenses moyennes pour les soins de ville : Avant versus Après AMAD (dépenses rapportées sur 1 an) (Source : SNDS)



→ Les conclusions sont légèrement différentes entre les AMAD 1 et les AMAD 2.

L'analyse met en évidence des dépenses de santé moyennes qui n'évoluent que très peu entre la période avant AMAD 1 et après AMAD 1, avec une augmentation (21,1%) entre avant AMAD 1 (9 576 €) et après AMAD 1 (11 598 €, p=0,3200) (Tableau 19). Il y a une augmentation des dépenses hospitalières (+25%) et de ville (+13,8%) sans que cela soit significatif.

Tableau 20 : Dépenses de santé moyennes AVANT AMAD 1 versus APRES AMAD 1 (Source : SNDS)

	Avant AMAD 1 (N=42)	Après AMAD 1 (N=42)	
Dépenses totales			p-value
Moyenne (écart-type)	9 576 (8 456)	11 598 (23 838)	0,3200
Médiane / Min / Max	7 089 - 0 - 37 613	5 228 - 0 - 151 874	
Q25 / Q75	3 535 - 13 730	960 - 13 125	
Dépenses hospitalières			
Moyenne (écart-type)	6 267 (6 659)	7 832 (20 765)	0,3982
Médiane / Min / Max	4 814 - 0 - 24 964	2 150 - 0 - 130 955	
Q25 / Q75	608 - 8 744	0 - 7 667	
Dépenses de soins de ville			
Moyenne (écart-type)	3 309 (4 505)	3 765 (4 723)	0,1701
Médiane / Min / Max	2 045 - 0 - 23 692	1 604 - 0 - 20 920	
Q25 / Q75	705 - 3 494	900 - 4 453	

Les postes de dépenses les plus impactés par la hausse, mais non significatifs, sont les auxiliaires médicaux (+ 380 €, $p=0,1838$) et la pharmacie (+ 361 €, $p=0,4788$). Une baisse significative des dépenses pour des honoraires médicaux est observée (voir Tableau 39).

Pour les patients avec un suivi en AMAD 2, les résultats sont plus marqués. Il est observé une nette baisse des dépenses de santé entre la période avant AMAD 2 (14 285 €) et après AMAD 2 (9 977 €), soit une baisse de 4 308 € ($p=0,0438$) (Tableau 21).

Après AMAD 2, un transfert de charges de l'hôpital vers la ville est observé avec une baisse significative des dépenses hospitalières et une augmentation (non significative) des dépenses de soins de ville (tendance). A noter que les effectifs sont très faibles.

Tableau 21 : Dépenses de santé moyennes (rapportées à 1 an) AVANT AMAD 2 versus APRES AMAD 2 (Source : SNDS)

	Avant AMAD 2 (N=27)	Après AMAD 2 (N=27)	p-value
Dépenses totales			
Moyenne (écart-type)	14 285 (14 333)	9 977 (12 928)	0,0438
Médiane / Min / Max	11 522 - 226 - 50 966	4 193 - 0 - 47 523	
Q25 / Q75	2 224 - 23 123	850 - 17 475	
Dépenses hospitalières			
Moyenne (écart-type)	3 766 (4 345)	4 740 (9 106)	0,4815
Médiane / Min / Max	2 224 - 52 - 16 360	2 428 - 0 - 47 523	
Q25 / Q75	632 - 5 152	619 - 5 883	
Dépenses de soins de ville			
Moyenne (écart-type)	10 519 (10 918)	5 237 (9 433)	0,0164
Médiane / Min / Max	6 010 - 0 - 34 606	0 - 0 - 40 958	
Q25 / Q75	0 - 17 750	0 - 8 664	

Les dépenses en MCO baissent significativement dans l'année qui suit la sortie d'AMAD 2, passant de 16 704 € à 3 212 € en moyenne ($p=0,0017$). A l'inverse, les dépenses en SSR augmentent légèrement, mais de manière non significative (voir Tableau 39).

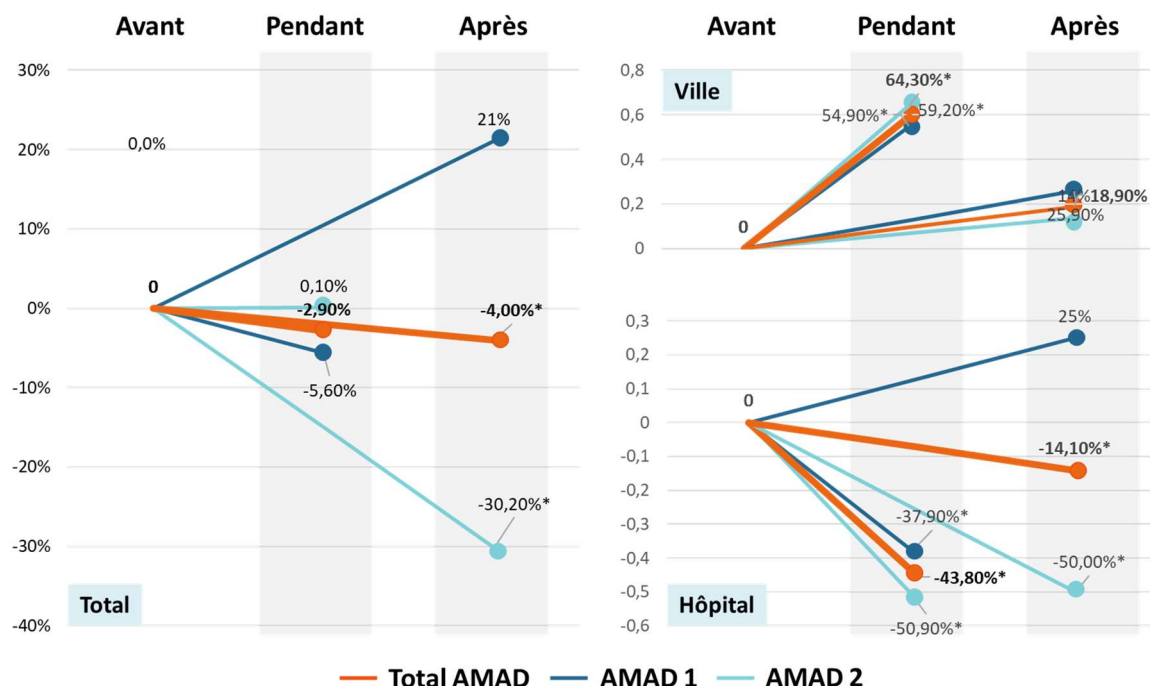
Pour la ville, il est observé une augmentation importante des dépenses pour les auxiliaires médicaux (+901 €), les LPP (+872 €) et la pharmacie (+199€), bien que non significative. A l'inverse, les dépenses moyennes pour les honoraires médicaux, les transports et les examens de biologie diminuent.

CONCLUSION : UNE DIMINUTION DES DEPENSES TOTALES PENDANT LES AMAD 1 ET 2 QUI SEMBLE SE POURSUIVRE A LA SORTIE POUR LES AMAD2

L'évaluation a permis de montrer des dépenses globales stables avant et pendant la prise en charge AMAD. Cette stabilité des dépenses découle de « compensations entre les postes » : ajout des dépenses liées aux forfaits (+ 2 210 € en moyenne), augmentation de 59,2% (+ 1 844 €) des dépenses de soins de ville, et diminution de 43,4% (- 4 439€) des dépenses hospitalières. Ces évolutions sont identiques chez pour les AMAD1 et les AMAD2 avec une dépense plus importante du forfait pour ces derniers. En conclusion, les dépenses liées au forfait pour la prise en charge par le dispositif expérimenté sont globalement équivalentes à la réduction des dépenses de soins de santé (principalement hospitaliers).

L'évolution des dépenses avant vs après la prise en charge AMAD est différente entre les AMAD 1 et les AMAD 2 et peut s'expliquer par les faibles effectifs de patients disponibles pour ces analyses et un éventuel effet AMAD0 (5 patients, 7,2%). Une augmentation est observée pour les AMAD 1 (21,1%) contre une diminution importante pour les AMAD 2 (-30,2%). ➔ Logiquement, après AMAD (patients n'étant plus télésurveillés), les hospitalisations « reprennent ».

Figure 17 : Evolution des dépenses avant-pendant (avec forfaits) et avant-après la prise en charge AMAD.



* Différence statistiquement significative

4.3 Analyse budgétaire de l'expérimentation

En regard de l'analyse des consommations de soins de patients inclus, il a été réalisé une analyse budgétaire de l'expérimentation.

4.3.1 Sources de financement et circuit de facturation

Rappel du modèle de financement de VIGIE-AGE

Dans l'avis CTIS publié en décembre 2021, le besoin de financement au titre de la prise en charge par le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) s'élevait à 5,4 millions d'euros (montant des forfaits, hors part conditionnelle), pour la durée de l'expérimentation pour un objectif prévisionnel de 4 704 patients inclus et 3 territoires partenaires (92, 75 et 78). Une part conditionnelle, complémentaire au forfait, est prévue (au titre du FISS également), pour un montant total de 462 477 €. Les coûts d'amorçage et d'ingénierie étaient évalués à 259 400 €.

Le projet VIGIE-AGE déroge aux règles de rémunération des établissements de santé, des SSIAD et des professionnels de santé en proposant **4 forfaits** couvrant de la télésurveillance, de la gestion et coordination des parcours de soins GAD, AMAD 1 et AMAD 2 et une part complémentaire conditionnelle (PATHOS). Le Tableau 22 présente les montants de ces forfaits ainsi que sa répartition entre les différents partenaires.

EPOCA déclare l'activité et chaque acteur touche sa part.

Tableau 22. Tarifs des forfaits et répartition entre les partenaires

Forfaits	Montant	Part EPOCA	Part CH	Part IDE	Durée maximale théorique	Renouvellement
TLS socle	132 €	132 €	0 €	0 €	365 jours	Renouvelable par an
GAD	819 €	187 €	272 €	360 €	15 jours	Sur prescription médicale
AMAD 1	1 362 €	780 €	354 €	228 €	182 jours	Renouvelable tous les 6 mois
AMAD 2	3 298 €	1 902 €	860 €	536 €	365 jours	Renouvelable une fois par an

La part conditionnelle complémentaire aux forfaits est calculée et doit être versée annuellement à EPOCA en année N+1. Elle vise à valoriser la prise en charge des patients les plus requérants en soins et qui en l'absence du dispositif Vigie Age auraient été orientés vers une structure sanitaire ou médico-sociale (CH, USLD ou EHPAD). Une évaluation des profils de soins est réalisée à l'admission de chaque patient par l'équipe VA à l'aide du référentiel PATHOS. Une validation des profils de soins « coupe PATHOS » est réalisée une fois par an, par l'ARS. Un ratio de profils de soins T2/Profils de soins T2, R2, CH, M2, S1 supérieur à 50% déclenche l'attribution de cette part conditionnelle, dont le montant est calculé pour l'exercice de référence.

Focus sur la rémunération de la Télésurveillance « mono pathologie »

La télésurveillance est rémunérée dans le droit commun depuis le 1^{er} juillet 2023. Elle concerne 6 mono-pathologies : l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale, l'insuffisance respiratoire, le diabète, l'oncologie et l'arythmie cardiaque. L'inscription au remboursement de la TLS ouvre droit à une tarification à l'activité de TLS qui comprend un **forfait opérateur** (établissement ou professionnel de santé) et un forfait **exploitant** (fournisseur du DMN) ; forfaits qui sont solidaires.

Le **forfait opérateur** est facturable mensuellement ou semestriellement et varie entre 11 et 28€ (fixés par arrêté ministériel). Il peut être majoré en fonction de la complexité de prise en charge (diabète (56€) et ICC (70€)).

Le **forfait exploitant** est facturé mensuellement et n'est pas cumulable. Il varie en fonction de l'intérêt clinique de la solution (fixé par arrêté ministériel) : de 50€ (pour intérêt organisationnel), 73,33€ (intérêt clinique relatif à la qualité de vie), 82,5€ (intérêt clinique relatif à la morbidité) et 91,67€ (intérêt clinique relatif à la mortalité).

Crédits d'amorçage et d'ingénierie (FIR)

Les versements des crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI) étaient répartis sur les 3 années de l'expérimentation. En raison du retrait du partenaire parisien de l'expérimentation, et de l'ajout d'Argenteuil et de Chartres, les crédits effectivement versés diffèrent du prévisionnel.

Le tableau ci-dessous présente les montants perçus au titre du FIR pour chacune des structures.

Tableau 23. Montants versés au titre du FIR (IDF et CVL) pour l'amorçage et l'ingénierie (source : cahier des charges, CH Chartres)

Crédit d'amorçage et d'ingénierie			2022	2023	2024	Total
EPOCA		Adaptation SI	14 000 €	0 €	0 €	14 000 €
		Formation	4 500 €	0 €	0 €	4 500 €
		Communication	5 000 €	0 €	0 €	5 000 €
		Gestion de projet (0,4 ETP)	51 200 €	51 200 €	51 200 €	153 600 €
SECTEUR 92	CHRDS	Formation	13 700 €	0 €	0 €	13 700 €
		Communication	2 000 €	0 €	0 €	2 000 €
		Conservation des CAI d'Argenteuil pour astreintes médicales	0 €	0 €	30 300 €	30 300 €
	SSIAD Ansiad	Formation	6 000 €	0 €	0 €	6 000 €
SECTEUR 78	Hôpital Porte Verte	Adaptation SI	3 000 €	0 €	0 €	3 000 €
		Formation	8 800 €	0 €	0 €	8 800 €
		Communication	14 000 €	0 €	0 €	14 000 €
	SSIAD Lépine	Formation	4 500 €	0 €	0 €	4 500 €
SECTEUR 28	CH Chartres	Crédit FIR anticipé pour amorçage du projet avant publication de l'arrêté	0 €	17 000 €	48 150 €	65 150 €
		Crédit FIR après arrêté	0 €	0 €	0 €	0 €
SECTEUR 95	CH Argenteuil	Crédit FIR	0 €	0 €	0 €	0 €
TOTAL			126 700 €	68 200 €	129 650 €	324 550 €

Le schéma de versement des CAI pour VA28 et VA95, qui ont rejoint l'expérimentation en septembre 2023 et mars 2024 respectivement, est plus complexe.

Le CH de Chartres (VA28) a perçu un financement anticipé de 119 K € de l'ARS Centre Val de Loire, pour démarrer les inclusions avant la publication de l'arrêté. Cette enveloppe couvrait à la fois les montants des forfaits pour les patients inclus sur cette période (septembre 2023 – mars 2024), ainsi que du CAI, à hauteur de 17k €. En 2024, le CH de Chartre a perçu un versement de 48 150 € du FIR correspondant aux CAI. A ce jour, le versement d'un CAI identique à VA 92 et VA78 pour VA 28 et VA 95 n'est pas prévu.

Le CH d'Argenteuil devait être destinataire de l'enveloppe de CAI initialement prévue pour l'hôpital Léopold Bellan (VA75), qui n'a pas inclut de patients. Le CHRDS a été destinataire de l'enveloppe des CAI, il avait la charge de redistribuer les CAI aux partenaires concernés. Le DAF du CHRDS a indiqué que le CH d'Argenteuil ne sollicitant pas ses gériatres pour effectuer des gardes comme le fait le CHRDS, il a été convenu entre les établissements que CHRDS conserverait la part de CAI d'Argenteuil en contrepartie de la réalisation de ces astreintes. Cet accord n'a pas fait l'objet d'une convention spécifique. Pour cette raison, le Tableau 23 fait apparaître une ligne complémentaire de 30 300 € pour le CHRDS, correspondant aux CAI conservés pour financer les astreintes médicales.

Forfaits dérogatoires et PATHOS (FISS)

Le FISS finance les prestations dérogatoires pour des activités non prises en charge dans le droit commun par l'Assurance Maladie.

Le tableau 24 présente les montants perçus par l'ensemble des structures partenaires sur les 3 premières années de l'expérimentation au 30 septembre 2024. Les montants perçus dépendent de la file active et du nombre d'inclusions de patients GAD, AMAD1 et AMAD2 sur l'année. Les recettes totales des forfaits s'élèvent à 2,9 M€, soit moins que ce qui était prévu puisque l'objectif d'inclusions n'a pas été atteint.

Tableau 24. Montants perçus pour les forfaits patients selon la file active

Forfaits de prise en charge des patients versé aux différentes structures		2022	2023	2024	Total
EPOCA		280 874 €	482 547 €	704 687 €	1 468 108 €
VA92	CHRDS	128 242 €	124 856 €	92 318 €	345 416 €
	ANSIAD	114 956 €	103 624 €	78 852 €	297 432 €
VA78	HLPV	23 758 €	104 664 €	103 010 €	231 432 €
	SSIAD LEPINE	20 852 €	87 376 €	90 484 €	198 712 €
VA28	CH Chartres (médical)	0 €	17 416 €	82 672 €	100 088 €
	CH Chartres (IDEO)	0 €	16 672 €	75 352 €	92 024 €
VA95	CH Argenteuil	0 €	0 €	100 740 €	100 740 €
	IDEO Argenteuil - géré par EPOCA	0 €	0 €	89 648 €	89 648 €
TOTAL des forfaits perçus		568 682 €	937 155 €	1 417 763 €	2 923 600 €

Remarques :

- ⇒ VA95 a commencé les inclusions VA en septembre 2023, avant que l'arrêté d'autorisation ne soit publié. Contrairement aux patients inclus de manière anticipée pour VA28 qui a bénéficié d'une enveloppe FIR, ces patients n'ont pour l'instant déclenché aucune rémunération. Pour cette raison, l'analyse économique ne tient pas compte des patients VA95 inclus avant mars 2024.
- ⇒ **Concernant la part conditionnelle**, le profil des patients inclus au cours des 3 dernières années devait permettre de valider son déclenchement. Cependant, à ce jour, cette part conditionnelle n'a pas été versée à EPOCA. Cela représente un montant total de 462k € (128 k€ la première année, 167k € les suivantes). Pour cette raison, les budgets présentés ci-après présentent les résultats avec et sans la part conditionnelle. EPOCA avec l'ARS sont en cours d'évaluation du PATHOS pour versement total d'ici la fin de l'expérimentation.

4.3.2 Coûts de fonctionnement de l'expérimentation et équilibre financier

Méthode de l'analyse

L'analyse des coûts porte sur la période de février 2022 à septembre 2024, pour les parcours GAD, AMAD 1 et AMAD 2. L'analyse couvre uniquement les forfaits prévus au Cahier des charges.

Pour la société EPOCA, les **coûts de plateaux** couvrent la partie médicale et paramédicale, ainsi que les frais de logistique, de formation, d'animation et de communication. Ces derniers sont calculés à partir des ETP dédiés à ces tâches.

Les **coûts de plateforme** concernent la partie système d'information (développement, hébergement, maintenance). Etant donné que les coûts de développement d'une telle plateforme sont conséquents, et que la plateforme n'a pas été développée uniquement dans le cadre de VA, un coût forfaitaire par patient a été appliqué. Le coût par suivi a ainsi été établi sur la base d'un coût d'amortissement annuel de la plateforme (défini selon une file active annuelle de patients) et des coûts d'hébergement.

Les **coûts d'IOT** sont estimés à partir du prix d'achat des objets connectés de télésurveillance et d'un amortissement sur 3 années. Un coût mensuel en est déduit pour chacun des parcours, multiplié par la durée moyenne de suivi observée au cours des 3 années de l'expérimentation. Le coût moyen par suivi est présenté dans le Tableau 25. Il tient compte des frais annexes liés à la casse, la perte et la maintenance des objets.

Tableau 25 : Estimation du coût des IOT par suivi (source : EPOCA)

Coût IOT	Coût mensuel	Durée moyenne d'un suivi (en mois)	Coût moyen par suivi
GAD (patient)	64 €	1	64 €
AMAD 1 (patient) par mois	24 €	7,9	189 €
AMAD 2 (patient) par mois	24 €	7,1	170 €

Un **kit IOT pro** est également remis aux différents partenaires pour le suivi des patients AMAD. Le coût annuel est estimé à 1 395€.

Les **coûts de personnel** ont été estimés sur la base des ETP dédiés à VA déclarés par chacune des structures, multiplié par un salaire moyen (128 000€ brut chargé pour un gériatre et 56 000€ brut chargé pour un IDE opérationnel ainsi que les case managers/gestionnaires TLS). Dans le cas où les données réelles de salaires ont été communiquées, ces dernières apparaissent au réel.

Lorsque les données budgétaires réelles n'ont pas été communiquées, un coût de 400€/mois a été appliqué pour les charges de véhicule (location/leasing, carburant, assurances...), ainsi que des frais de fonctionnement de 12%.

Estimation des coûts de l'expérimentation

Le Tableau 40 (en annexe) présente l'évolution des coûts de fonctionnement de l'expérimentation de février 2022 à septembre 2024 (expérimentation toujours en cours à la rédaction de ce rapport).

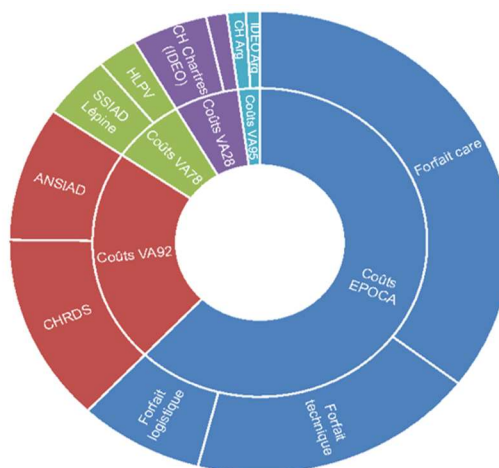
Sur les 3 années de l'expérimentation, les coûts totaux s'élèvent à 3,3 millions d'euros pour 1 975 parcours initiés. Pour l'année 2023, seule année pleine (bien qu'incomplète car tous les sites n'étaient ouverts), le coût s'élevait à 1,2 millions d'euros pour 615 entrées, tous parcours confondus.

Budget global de l'expérimentation et équilibre financier

La société EPOCA supporte la plus grande partie des coûts de l'expérimentation avec 62% du coût total (cf tableau ci-dessous). Le coût de la partie « care », correspondant à la plateforme de suivi des patients (care managers et recours médical) constitue 57% du coût total pour la société. La partie technique (développement, hébergement et maintenance de la plateforme) est le second poste de coûts pour EPOCA, à 30%.

Pour VA92 et VA28, la majorité des coûts est liée à la partie médicale, tandis que pour VA78 et VA95 (dans une moindre mesure), les coûts sont plus importants pour la partie IDEO (supportés par EPOCA pour VA95). Pour VA92, cela s'explique par l'organisation des astreintes médicales et infirmières pour l'ensemble des patients de l'expérimentation.

Figure 18 : Répartition des coûts par type de structure



Budget global de l'expérimentation et équilibre financier

Sur l'ensemble de l'expérimentation, le coût total par parcours s'élève à **1 678 €** (Tableau 26). Ce coût diminue entre la première année 2 247 € et l'année 2024 (1 318€), notamment en raison de la montée en charge des inclusions.

Tableau 26 : Evaluation de l'équilibre financier de l'expérimentation Vigie Age

	2022	2023	2024	Bilan 3 années
Nombre de suivis démarrés	377	615	982	1 974
Coûts totaux de l'expérimentation (€TTC)	846 959 €	1 171 654 €	1 293 896 €	3 312 509 €
Coût moyen par suivi (€ par patient)	2 247 €	1 905 €	1 318 €	1 678 €
Recettes totales de l'expérimentation avec pathos (€TTC)	823 389 €	1 172 590 €	1 714 648 €	3 710 627 €
Equilibre financier de l'expérimentation avec pathos (Recettes-Dépenses, €TTC)	-23 570 €	936 €	420 752 €	398 118 €
Recettes totales de l'expérimentation sans pathos (€TTC)	695 382 €	1 005 355 €	1 547 413 €	3 248 150 €
Equilibre financier de l'expérimentation sans pathos (€TTC)	-151 577 €	-166 299 €	253 517 €	-64 359 €

En termes d'équilibre financier, les résultats sont variables. Dans la situation actuelle, sans versement de la part conditionnelle (PATHOS), l'expérimentation présente un bilan déficitaire de 64 k €.

En revanche, le versement de la part conditionnelle permettrait d'équilibrer le budget, puisque en simulant son versement, le résultat est positif de + 398k €.

La société EPOCA, qui pilote l'expérimentation fait apparaître un bilan contrasté. Le retard de versement de la part conditionnelle impacte très fortement la société, qui engendre un déficit de -410k € en l'absence de ce versement (Tableau 27). ➔ **Le modèle économique n'est pas viable pour la société sans la part conditionnelle.**

Tableau 27 : Evaluation du bilan financier de la société EPOCA

EPOCA	2022	2023	2024	Bilan 3 années
Nombre de suivis démarrés	377	615	982	1974
Coûts totaux de l'expérimentation (€TTC)	531 715 €	746 510 €	776 801 €	2 055 026 €
Coût moyen par suivi (€ par patient)	1 410 €	1 214 €	791 €	1 041 €
Recettes totales de l'expérimentation sans pathos (€TTC)	355 574 €	533 747 €	755 887 €	1 645 208 €
Equilibre financier de l'expérimentation sans pathos (Recettes-Dépenses, €TTC)	-176 141 €	-212 763 €	-20 914 €	-409 818 €
Recettes totales de l'expérimentation avec pathos (€TTC)	483 581 €	700 982 €	923 122 €	2 107 685 €
Equilibre financier de l'expérimentation avec pathos (Recettes-Dépenses, €TTC)	-48 134 €	-45 528 €	146 321 €	52 659 €

L'analyse plus fine du bilan financier par structure permet d'observer une certaine hétérogénéité entre les différentes situations budgétaires (cf Tableau ci-dessous).

Tableau 28 : Evaluation du bilan financier à 3 ans des différents territoires

Bilan sur 3 ans	VA92	VA78	VA28	VA95
Nombre de suivis démarrés	846	595	261	272
Coûts totaux de l'expérimentation (€TTC)	747 042 €	234 434 €	206 501 €	69 506 €
Coût moyen par suivi (€ par patient)	883 €	394 €	791 €	256 €
Recettes totales de l'expérimentation (€TTC)	694 848 €	460 444 €	257 262 €	43 276 €
Equilibre financier de l'expérimentation (Recettes-Dépenses, €TTC)	-52 194 €	226 010 €	50 761 €	-26 230 €

- ⇒ **VA92**, qui regroupe à la fois le CHRDS et l'ANSIAD présente un bilan déficitaire de -52k€ (-44k€ pour le CHRDS, -8k€ pour l'ANSIAD). Ce déficit important s'explique en partie du fait de moyens de personnel importants, notamment pour assurer l'astreinte médicale et paramédicale. La conservation des crédits d'amorçage initialement prévus pour VA95 n'a pas permis de financer intégralement ces dépenses de personnel. Par ailleurs, en dehors de ces CAI récupérés tardivement, cette astreinte, organisée par le CHRDS, ne fait l'objet d'aucun financement spécifique ou de forfait complémentaire dans le modèle économique VA. ➔ **Le mode de financement de l'astreinte est à revoir, car cette situation n'est pas viable pour le CHRDS.**
- ⇒ **VA78** présente un bilan largement excédentaire, du fait de coûts de personnel assez faible et d'une file active assez élevée, ce qui génère des recettes importantes des forfaits.
- ⇒ **VA28** a un bilan excédentaire après une année d'expérimentation. Le financement anticipé de l'ARS CVL a permis de lancer l'expérimentation sans compromettre le bilan économique pour la structure. En raison d'une incertitude autour d'un éventuel versement complémentaire de CAI, puis de leur versement tardif (juillet 2024), les CAI n'avaient pas encore été dépensés à la date d'écriture de ce rapport, ce qui explique également un surplus budgétaire important.
- ⇒ **Enfin, VA95** présente un bilan négatif de -26k€, malgré une file active assez importante. L'abandon des crédits d'amorçage (au profit du CHRDS) explique en partie ce déficit.

Evaluation économique du montant du forfait et perspectives futures

Dans une perspective de généralisation du dispositif VIGIE-AGE et de son inscription dans le droit commun, l'analyse des montants des forfaits en comparaison du coût estimé d'un parcours patient est essentielle pour envisager une adaptation des montants versés aux différentes structures.

Cette analyse tient compte du coût variable (ou semi-structurel), *i.e.* des coûts de personnel (gériatres, IDEO, case managers...) et de plateforme (amortissement annuel, sur la base d'une file active de 10 000 patients annuels) et ne tient pas compte des coûts fixes (gestion de projet, communication, formation...).

Pour cela, un temps de personnel par tâche a été estimé (à dire d'experts), et valorisé en termes monétaires, pour chaque parcours.

Le tableau suivant présente le **coût estimé d'un parcours GAD** (1 095€ par suivi), dont 221€ pour la structure hospitalière, 709€ pour EPOCA et 165€ pour le SSIAD. ➔ Les montants de forfaits versés s'avèrent insuffisants pour couvrir les frais engendrés par la société EPOCA (- 390 €), mais suffisants pour la structure hospitalière (+ 51 €) et le SSIAD (+ 195€). Une certaine marge permet de garantir l'attractivité du dispositif pour les partenaires.

Tableau 29 : Estimation du coût d'un parcours GAD versus financement actuel

GAD		Estimation du coût de personnel					Frais annexes			Bilan		
Type de structure		Temps (en min)	Temps (en h)	Coût horaire	Coût par suivi	Coût de personnel	Coûts de plateforme	Coûts IOT	Coût voiture IDEO	Coûts totaux	Financement prévu par structure	Ecart financement / coût estimé
Structure hospitalière	Gérialre hospitalier	180	3,0	70 €	211 €	221 €	NA	NA	NA	221 €	272 €	51 €
	Gérialre de garde	8,25	0,1	70 €	10 €							
EPOCA	Gestionnaire PPS (EPOCA)	585	9,8	31 €	300 €	369 €	277 €	64 €	NA	709 €	319 €	-390 €
	Medical EPOCA	58,5	1,0	70 €	69 €							
SSIAD	IDE opérationnelle	300	5,0	31 €	154 €	155 €	NA	NA	10 €	165 €	360 €	195 €
	IDE opérationnelle nuit	1,5	0,0	31 €	1 €							
										1 095 €	951 €	-144 €

Les conclusions sont différentes pour les parcours AMAD 1 et AMAD 2 (Tableau 30 et Tableau 31). Peu de différences sont observées en termes de coûts entre les 2 parcours, avec un coût estimé à **3 198€** pour AMAD 1 et **3 530 €** pour AMAD 2. Les financements prévus étaient toutefois largement supérieurs pour AMAD 2, ce qui s'expliquait par une durée théorique de parcours de 12 mois (versus 6 mois pour AMAD 1), et un niveau de dépendance plus important.

Il a été observé lors des 3 années de l'expérimentation des durées moyennes de suivi relativement homogènes entre les 2 parcours (7,9 mois pour AMAD 1 versus 7,1 mois pour AMAD 2) et peu de différences en termes de prise en charge entre AMAD 1 et AMAD 2.

➔ **Le forfait prévu AMAD 1 est ainsi largement insuffisant, pour l'ensemble des partenaires, et de manière plus importante pour EPOCA (- 1 417 €). Ce forfait ne permet pas de couvrir les frais de personnel et de plateforme.**

Tableau 30 : Estimation du coût d'un parcours AMAD1 versus financement actuel

AMAD1		Estimation du coût de personnel					Frais annexes			Bilan		
Type de structure		Temps (en min)	Temps (en h)	Coût horaire	Coût par suivi	Coût par structure	Coûts de plateforme	Coûts IOT	Coût voiture IDEO	Coûts totaux	Financement prévu pour la structure	Ecart financement / coût estimé
Structure hospitalière	Gérialre hospitalier	480	8,0	70 €	563 €	584 €	NA	NA	NA	584 €	354 €	-230 €
	Gérialre de garde	18,25	0,3	70 €	21 €							
EPOCA	Gestionnaire PPS (EPOCA)	2174	36,2	31 €	1 115 €	1 370 €	770 €	189 €	NA	2 329 €	912 €	-1 417 €
	Médical EPOCA	217,4	3,6	70 €	255 €							
SSIAD	IDE opérationnelle	510	8,5	31 €	262 €	265 €	NA	NA	20 €	285 €	228 €	-57 €
	IDE opérationnelle nuit	7,5	0,1	31 €	4 €							
										3 198 €	1 494 €	-1 704 €

➔ **Les montants du forfait AMAD 2 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 €).**

Tableau 31 : Estimation du coût d'un parcours AMAD2 versus financement actuel

AMAD2		Estimation du coût de personnel					Frais annexes			Bilan		
Type de structure		Temps (en min)	Temps (en h)	Coût horaire	Coût par suivi	Coût par structure	Coûts de plateforme	Coûts IOT	Coût voiture IDEO	Coûts totaux	Financement prévu pour la structure	Ecart financement / coût estimé
Structure hospitalière	Gérialre hospitalier	480	8,0	70 €	563 €	584 €	NA	NA	NA	584 €	860 €	276 €
	Gérialre de garde	18,25	0,3	70 €	21 €							
EPOCA	Gestionnaire PPS (EPOCA)	2756	45,9	31 €	1 413 €	1 736 €	692 €	170 €	NA	2 599 €	2 034 €	-565 €
	Médical EPOCA	275,6	4,6	70 €	323 €							
SSIAD	IDE opérationnelle	630	10,5	31 €	323 €	327 €	NA	NA	20 €	347 €	536 €	189 €
	IDE opérationnelle nuit	7,5	0,1	31 €	4 €							
										3 530 €	3 430 €	-100 €

Bien que les montants des forfaits semblent insuffisants dans une perspective « forfait » telle que présentée ci-dessus, la part conditionnelle versée à EPOCA permet de maintenir à l'équilibre la société. C'est d'ailleurs la spécificité de ce modèle de financement, qui accorde une part importante à la performance du dispositif. Au global, le forfait est découpé entre un forfait fixe et un « forfait PATHOS », et le complément des 2 forfaits permet de maintenir à certain équilibre et l'attractivité du dispositif pour l'ensemble des acteurs.

➔ **Retours des acteurs interrogés quant au forfait expérimenté / modèle de rémunération (sources : entretiens qualitatifs)**

Retour des porteurs EPOCA

→ Au total, des ajustements ou adaptations ont été nécessaires pour faire fonctionner le dispositif et ont/ont eu un impact financier pouvant menacer la survie de la société :

- ⇒ Paiement différé (non encore versé) de la part conditionnelle PATHOS, engendrant des problèmes de gestion. Le PATHOS pour base de financement conditionnelle s'avère complexe à mettre en œuvre (la coupe PATHOS a été assurée par EPOCA). « *Un autre critère plus simple et automatisable serait à envisager MAIS le financement « à la performance /méritocratie » reste souhaité/souhaitable* ».
- ⇒ Le dispositif a pris en charge des patients plus lourds que prévus (« *les patients en GAD sont aussi lourds que les patients en UGA* »).
- ⇒ EPOCA a été / est en soutien en cas de manque de personnel (IDEO de EPOCA pour Argenteuil).
- ⇒ Un médecin opérationnel non remplacé pendant les congés engendrant une perte d'activité et donc un surcoût pour les SSIAD car pas d'inclusion de patients dans le dispositif pendant les congés médecins.

Retours des SSIAD (ANSIAD et SSIAD Lépine)

- ⇒ Déficit important (estimé à environ 40 000€) sur l'activité VA en lien avec les dépenses de véhicule, téléphone, personnel de nuit, IDEO... / Des coûts « indirects » non pris en charge dans le budget VA et supportés par la structure (RH, comptabilité, véhicule).
- ⇒ A noter, l'ANSIAD est le seul SSIAD (site) à assurer une surveillance 24/24 (astreinte IDE de nuit) (dépenses importantes).
- ⇒ Rémunération des IDEO à augmenter dans un futur modèle.

Retours des établissements partenaires : des calages organisationnels qui permettent de tendre vers l'équilibre financier

CHRDS :

- ⇒ Assure l'astreinte de nuit pour tous les sites → Ce poste devra être valorisé.
- ⇒ Le modèle n'est pas rentable en phase de montée en charge (« *Coûte car pas assez de patients inclus* » ; « *Estimation de 110 000€ de recettes versus 130 000€ de dépenses /Charges/an en lien avec l'activité VA* »).
- ⇒ Envisager de sécuriser le financement des professionnels de bases (EMG) avec un budget pour 300 patients ? En termes de calibrage estimation d'1 Médecin TP et 2 IDEO TP pour 300 à 350 patients par an.
- ⇒ Forfaits à délivrer idéalement à l'inclusion.
- ⇒ Prendre en compte les temps de déplacements à domicile dans le dimensionnement de la file active mensuelle.

HLPV

- ⇒ Une amélioration observée depuis le rapport intermédiaire et avec l'amélioration de l'organisation et l'augmentation de l'activité « *budget a priori à l'équilibre, pas de déficit notable* ».
- ⇒ Gestion des véhicules à valoriser.

CH de Chartres :

- ⇒ Vrai soutien de l'ARS et de la direction. Des CAI de oct. à déc. 2023 versés par ARS CVL et réception des forfaits depuis mars 2024.
- ⇒ L'objectif étant de couvrir les dépenses de personnel : 2 ETP IDEO et 1 troisième à venir + 0,2 à 0,4 ETP Médecin gériatre.

CH d'Argenteuil :

- ⇒ Globalement peu d'impact financier (observé à date) : le temps du médecin opérationnel est pris sur le temps de travail du médecin responsable des urgences ; la cellule d'enregistrement intègre à ses missions l'inclusion administrative des patients (ouverture et alimentation du dossier).

CONCLUSION VOLET BUDGETAIRE – MEDICO-ECONOMIQUE

Le coût total par parcours s'élève à 1 678 € sur l'ensemble de la période et de 1318€ en 2024 sur une phase de « routine ».

Les forfaits GAD et AMAD 1 s'avèrent insuffisants, notamment en raison des durées de séjour/prise en charge plus élevées que prévues. A l'inverse le forfait AMAD 2 convient. Une fusion d'AMAD 1 et AMAD 2 peut être envisagée, ainsi que la création d'un forfait GAD+ AMAD (60% des parcours).

La part du forfait TLS (destinée à EPOCA) ne semble pas assez rémunérée (187€ / 1560€ / 1902€), que ce soit pour le GAD et les AMAD : la rémunération de la compétence médicale n'étant pas totalement valorisée dans le forfait. En revanche, la part conditionnelle reste importante car elle permet de maintenir à l'équilibre la société EPOCA.

Un financement spécifique est à prévoir pour les astreintes médicales et paramédicales, qui génèrent un déficit important pour le CHRDS et un SSIAD à ce jour. Ce financement pourrait être issu d'une réallocation des montants des forfaits prévus pour les structures hospitalières/infirmières entre le secteur qui assure les astreintes (VA92) et les autres secteurs.

Le modèle économique est à réévaluer dans la perspective d'une généralisation, notamment une refonte des parcours GAD et AMAD ou en fusionnant les parcours AMAD 1 et 2, très similaires. Cette simplification permettrait d'atteindre un niveau de financement plus adapté. La généralisation du parcours VIGIE-AGE (et un fonctionnement en routine, hors phase de montée en charge) permettrait de réduire les coûts fixes, notamment les coûts de plateforme, qui représentent un poste important.

Par ailleurs, le modèle de financement conditionné à la performance/« mérite » (PATHOS) reste pertinent (souhaitable et souhaité) et permettrait de maintenir l'attractivité du dispositif pour la société EPOCA. Actuellement, cette part conditionnelle n'est prévue que pour EPOCA. Une extension aux différents partenaires (hospitaliers et SSIAD) pourrait être à envisager, afin de les inciter à poursuivre dans le dispositif et à inclure des patients « lourds ».

En termes de mise en perspective « indicative », le coût journalier du dispositif VA (estimé à environ 15 € pour les AMAD 1) serait à mettre en regard d'un coût d'une journée d'HAD (estimé entre 150 et 200€) ou en USLD (60 à 75€ par jour hors soins).

4.4 Des apports et effets positifs perçus de l'expérimentation sur la prise en charge et sur les parcours des patients : une convergence des retours observée

Les retours des porteurs, professionnels et partenaires interrogés convergent vers une **amélioration de la qualité de la prise en charge** des patients âgés polypathologiques. Des effets sont perçus à différents niveaux :

⇒ **Gain en termes de sécurisation des retours à domicile et d'accélération/facilitation des sorties hospitalières et du retour à domicile** : VA semble réduire la durée des séjours à l'hôpital et accélérer les sorties grâce à la fiabilité de son dispositif incluant une expertise gériatrique réactive mise à disposition au domicile, de soins paramédicaux à domicile facilités par l'appui médical, d'une plateforme numérique analysant des données fournies automatiquement par des objets connectés, et d'une plateforme humaine composée de profils médicaux et paramédicaux.

« Une sécurisation des retours à domicile et des sorties facilitées ; une sécurité à la fois pour les médecins hospitaliers, le patient et les aidants » (SSIAD) ; « Une possibilité d'accélérer les sorties rendue possible grâce à la fiabilité du dispositif : SSIAD, réactivité TLS, ressource médicale » (CHRDS) ; « VA raccourcit les DMS : le patient sort avec VA au lieu de rester 10 jours à l'hôpital » (CHRDS) ; « VA contribue à libérer le potentiel de sortie pour les CH avec des urgences en difficulté » (EPOCA).

⇒ **Diminution ressentie des hospitalisations non programmées et des passages aux urgences**, attribuée notamment à une prise en charge anticipée des patients, privilégiant les hospitalisations programmées, permettant ainsi d'éviter des hospitalisations imprévues et de réduire les passages aux urgences. VA contribuerait à (1) **gérer et prévenir** les épisodes de dégradation/décompensation, puis le cas échéant diminuer la durée ou éviter une hospitalisation ; (2) **préparer l'admission directe dans un service** des patients nécessitant une hospitalisation (connaissance

préalable des patients), (3) **faciliter l'accès aux services** du fait de la création/renforcement des liens de coopération entre acteurs de ville et hospitaliers, médicaux et paramédicaux et (4) à terme/à plus grande échelle **diminuer la tension sur les services des urgences**/soulager les structures hospitalières.

« Le suivi GAD évite les hospitalisations en phase aiguë, et AMAD permet de prévenir plusieurs hospitalisations. La disponibilité 24/7 des avis médicaux via EPOCA rassure les équipes SSIAD et limite les hospitalisations inutiles » (EPOCA) ; « Des hospitalisations évitées, une diminution des passages aux urgences observée. VA est une solution pour éviter des passages aux urgences, le patient est par exemple orienté en consultation ou HDJ si une alerte le nécessite » (CH Chartres) ; « Une diminution des passages aux urgences observée : des hospitalisations programmées privilégiées en fonction du lieu de suivi des patients » (SSIAD Lépine) ; « Des équipes de SSIAD qui se sentent davantage en sécurité d'un point de vue médical puisqu'elles peuvent solliciter un avis médical 7/7 24/24 via EPOCA sur la base du dossier patient et non l'avis médical du SAMU qui ne connaît pas le patient » (EPOCA) ; « Sécurise la prise en charge et permet le maintien à domicile et évite les passages répétés aux urgences, les appels au 15... » (DAC) ; « 50% d'hospitalisations évitées d'après nos observations » (CHRS) ; « des réhospitalisations évitées et des circuits directs quand les patients ont besoin d'être réhospitalisés » (HLPV) ; « Évite les hospitalisations et recule les entrées en EHPAD » (SSIAD Lépine).

⇒ **Optimisation de la prise en charge globale du patient** avec une **détection précoce** de pathologies, une **prévention** et un **suivi des traitements médicaux** ainsi qu'une éducation thérapeutique proposée aux patients. Les gériatres interrogés soulignent également la pertinence de la prise en charge à long terme en AMAD qui permettrait à la fois d'anticiper les décompensations, de mener des **actions de prévention voire de retarder l'institutionnalisation (USLD et EHPAD)**. Globalement, VA est perçue comme un levier pour l'accès aux soins, permettant une **reprise du parcours de soins** pour certains patients.

« Des prises en charge anticipées, des "anomalies" détectées grâce à la TLS » (SSIAD Lépine) ; « Un effet sur la prise en charge globale du patient : VA compense l'absence de MG sur le territoire pour les ordonnances ou renouvellements, contribue aux rappels d'exams à réaliser, est un soutien à la prise de rdv pour les patients avec un accès facilité au plateau technique du CH » (CH Chartres) ; « VA permet des dépistages grâce aux données remontées par les dispositifs médicaux : apnée du sommeil, surtraitements, sous-traitements... » (EPOCA) ; « Double point fort pour VA qui agit sur le curatif (capable de mettre en place des actions) et le préventif (anticiper des phases de rechutes) » (CH Béclère) ; « Cela reste à objectiver, mais il y a certainement moins d'erreurs médicamenteuses grâce à VA » (CH Courbevoie) ; « Permet une anticipation des problèmes : si alerte, le traitement est réajusté » (CHRS) ; « Une forme de prévention par la levée de doutes qui permet d'anticiper précocement les situations à risques, éviter les situations urgentes et complexes car trop dégradées » (CLIC).

⇒ **Amélioration de la qualité de vie** (1) des **patients** du fait du **maintien sécurisé à domicile** et de la **réassurance**, y compris pour les prises en charges palliatives et l'accompagnement de fin de vie ; et (2) de leurs **aidants** qui se manifeste par une diminution de leur charge mentale, un allègement de leurs responsabilités quotidiennes (répit) et une simplification de la gestion de la prise en charge pour leur proche.

« Contribuer à rompre la solitude des personnes âgées, rassurer les patients et leurs aidants » (CH Chartres) ; « une amélioration de la qualité de vie ressentie et une diminution de l'isolement (lutte contre l'isolement) ; des patients qui attendent l'appel du care manager (lien social) » (EPOCA) ; « VA met à disposition du MG la capacité de surveillance renforcée, coordonnée opérationnellement, pour qu'il craigne moins de laisser son patient à domicile » (EPOCA) ; « des patients et des aidants rassurés, un sentiment de sécurité » (SSIAD Lépine). « VA a un effet rassurant » (La Porte Verte).

4.5 Des retours positifs reflétant une bonne « expérience-patient et aidant » : un sentiment de « réassurance » et de sécurité à domicile

Les résultats et constats évaluatifs de cette sous-partie ont été dressés à partir de l'exploitation des réponses aux entretiens qualitatifs semi-directifs réalisés auprès de 20 patients entre le 31/07/2024 et le 21/08/2024.

- **Objectif** : Recueillir l'avis des patients sur le parcours mis en place, les effets observés sur leur prise en charge et avoir leur retour d'expérience et leur niveau de satisfaction.
- **Profil des patients interrogés** : les 20 entretiens prévus ont été réalisés auprès de 10 patients, 5 dyades patient-aidant et 5 aidants. Situation des patients concernés à la date de l'entretien : 14 femmes et 6 hommes ; 13 patients étaient en AMAD1, 5 patients en AMAD2 et 2 patients en GAD ; un **âge moyen de 86 ans** ; 5 patients ont été interrogés dans chaque territoire d'expérimentation (95, 92, 78, 28).
- *A noter qu'il s'agit de données déclaratives, se limitant à un échantillon de 20 patients/aidants volontaires pour répondre à l'enquête.*

La très grande majorité des patients interrogés se dit satisfaite d'être prise en charge dans VA, tant pour la **qualité du service** de la part d'EPOCA que pour l'**utilité** de ce type de suivi. La note moyenne de **satisfaction** attribuée de **9,5/10** témoigne de la bonne **acceptation du dispositif des patients et de leurs aidants**.

Les patients interrogés ont tous rapporté avoir utilisé 2 objets connectés à un moment de leur parcours VA : une montre permettant de suivre leurs constantes vitales et un dispositif d'appel direct sous forme de bracelet ou de pendentif. Lors des entretiens, la majorité des patients ne portaient plus la montre, celle-ci ayant été retirée par l'équipe médicale le plus souvent lors de la transition d'un parcours GAD vers un parcours AMAD (fin de la phase aiguë). Globalement, **les patients ont bien accepté le port des objets connectés** et n'ont **pas rencontré de difficulté majeure pour les recharger**, cette tâche étant majoritairement assurée par le patient lui-même ou, dans d'autres cas, par un aidant (2 situations). Malgré quelques cas isolés de difficultés et d'inconfort liés à l'utilisation prolongée de ces dispositifs (signalé par 2 patients), les différents retours d'expérience témoignent d'une **adhésion majoritaire aux IoT**.

Parmi les impacts observés, les patients ont notamment relevé :

- ⇒ Le fait de **pouvoir rester à leur domicile grâce à VA**. Cet effet perçu revêt 2 dimensions principales^o : d'une part, il leur a permis d'éviter des ré-hospitalisations (« *avant fréquentes* »), un soulagement pour la majorité des patients ; d'autre part, il leur offre la possibilité de continuer à vivre dans un environnement familial, souvent aux côtés de leur conjoint(e). Cette continuité de vie à domicile, dans un cadre connu et rassurant, est perçue comme un **facteur essentiel de qualité de vie**.

« *Ça veut dire qu'on peut me laisser seul sans s'inquiéter et que je peux encore faire des activités ou rester chez moi-même s'il n'y a personne* » (Patient) ; « *Je peux être chez moi et je sais que j'ai rapidement une prise en charge* » (Patient).

- ⇒ Le **sentiment de réassurance et de sécurité** inspiré par les dispositifs connectés qui remontent en permanence des données vers la plateforme numérique et humaine, la disponibilité 24h/24 et 7j/7 d'une équipe de *Care managers* médicaux et paramédicaux, et la mise en place d'actions adaptées selon le niveau d'urgence de l'alerte (déplacement d'IDE, téléconsultation programmée ou non avec un médecin de garde, recours au SAMU/pompiers...). Certains patients interrogés ont exprimé un sentiment de sécurité renforcé, surtout face au **risque de chute**.

« *Très satisfaite ; je me sens plus rassurée et cela rassure mes enfants aussi* » (Patient) ; « *Rassurant, on sait qu'on peut appeler quelqu'un* » (Patient).

- ⇒ Par ailleurs, les patients soulignent la **qualité des informations reçues** et la **disponibilité d'EPOCA**, permettant de solliciter rapidement des conseils adaptés.

« *Je sais que je peux appeler si j'ai besoin* » (Patient) ; « *Je suis contente d'avoir un interlocuteur rapidement en cas de question* » (Patient).

- ⇒ Ils donnent une **note moyenne de 9,2 sur 10 à l'impact du suivi sur leur QUALITE DE VIE**.

De manière isolée, 3 patients et 1 aidant ne perçoivent pas d'effet direct au parcours VA sur leur prise en charge (celle de leur proche) ou qualité de vie.

« *Je n'ai pas besoin de ça pour être rassurée* » (Patient) ; « *Ça ne change pas grand-chose et dur à dire comme on ne l'a pas utilisé* » (Patient).

En ce qui concerne les retours spécifiques des aidants, au-delà du **sentiment de réassurance** largement partagé, l'un des principaux bénéfices identifiés est la **meilleure connaissance du patient par les professionnels**. Un aidant témoigne qu'à la différence du SAMU, EPOCA dispose d'une **compréhension approfondie de la situation des patients**, ce qui permet, selon lui, d'apporter des réponses plus rapides et mieux adaptées en cas de besoin. Le soutien apporté par EPOCA permet également aux aidants de **s'absenter du domicile de façon plus sereine (=répit)**, sans craindre de laisser leur proche seul pendant une période prolongée.

« *Là ils nous connaissent ils savent qu'elle a Alzheimer : donc évite des passages aux urgences* » (Aidant) ; « *S'il n'est pas là [son mari/aidant principal] et sort, ça veut dire que je suis en sécurité* » (Patient).

4.6 Des impacts constatés sur les pratiques professionnelles, notamment en termes de coordination, de continuité des soins, et de soutien aux équipes hospitalières et de ville

L'impact sur les pratiques professionnelles est principalement observé de manière qualitative. L'analyse des données issues du système d'information ne permet pas d'objectiver cet impact de façon quantitative. On note cependant de nombreuses interventions de care-managers relevant d'appels ou de contacts avec les professionnels du cercle de soins (4,3) et au total 29 interventions/actions mensuelles par patient et par mois.

Les acteurs impliqués interrogés relèvent en matière d'évolution et d'impact sur les pratiques :

⇒ **Un renforcement de la coordination médicale et paramédicale ainsi que de la continuité des soins** : VA semble favoriser une meilleure coordination entre les différents acteurs de santé, en particulier entre les équipes hospitalières et paramédicales de ville, tout en facilitant le suivi des patients à domicile. La combinaison de la télésurveillance et des interventions des infirmiers (IDEO, IDE de SSIAD, IDEL) assure une continuité des soins, avec une organisation souple et sans surcharge de travail pour les établissements hospitaliers.

« *Très rare d'avoir des dispositifs de TLS intégrés sans surcharge d'activité pour les hospitaliers. Pour d'autres projets, on se retrouve nous spécialistes à devoir suivre les patients, ce n'est pas le cas avec VA qui fonctionne grâce à l'équipe de TLS et l'équipe IDE/Médecin dédiée* » (Etablissement).

« *Le portage par le SSIAD des IDEO permet une ouverture de l'hôpital vers les soins de ville, un travail en partenariat, évite que l'hôpital soit autocentré. C'est un relais vers le domicile. Les rencontres hôpital-SSIAD sont très importantes. Cela crée du lien.* » (SSIAD).

« *Un renforcement de la coopération avec les SSIAD et de manière générale de la capacité à coordonner la prise en charge et à prendre le relai en cas d'absence de MG* » (Etablissement).

⇒ **Un appui aux équipes hospitalières et un soutien aux services de gériatrie** : Les équipes d'urgences et les médecins hospitaliers trouvent dans VA un appui précieux, leur permettant de sécuriser les retours à domicile et de limiter les ré-hospitalisations. Le dispositif offre un soutien complémentaire aux services de gériatrie, essentiel dans un contexte de réduction des lits hospitaliers, et favorise une meilleure rotation des patients hospitalisés.

« *Impact important sur le maintien/soutien de la filière gériatrique de territoire* » (Etablissement).

⇒ **Un accès facilité et une prise en charge optimisée** : Les patients bénéficient d'un accès direct aux services de l'hôpital (hospitalisation programmée, HDJ), évitant ainsi des passages inutiles par les urgences. Cela contribue à réduire la « frontière ville-hôpital », notamment pour les situations aiguës ou les patients lourds.

« *Les hospitalisations programmées sont privilégiées ; des hospitalisations facilitées en fonction du lieu de suivi des patients grâce aux liens créés* » ; « *Un meilleur accès aux informations de l'hôpital, des liens facilités entre le CH et le SSIAD, un accès aux ressources de l'hôpital* » (SSIAD).

⇒ **Un soutien des soignants à domicile** : VA semble améliorer l'exercice des soignants à domicile en offrant un appui médical, notamment via l'expertise des gériatres (Médecin opérationnel hospitalier, gériatre EPOCA). Ce soutien est particulièrement apprécié, car il permet un partage

d'informations fluide et une « prise de décision rapide en cas de doute », facilitant ainsi la gestion des situations complexes sans recourir systématiquement au SAMU ou aux urgences.

« Une ressource supplémentaire pour les professionnels du CLIC qui sont à domicile, VA permet un dialogue préalable en cas de problème constaté » (CLIC).

« Une ressource pour les professionnels du domicile. Des difficultés sans VA à avoir une réponse/ressource médicale. VA Permet d'avoir un contact réactif avec un médecin. Les médecins hors VA ne se déplacent plus à domicile » (IDEL).

« Une sécurité et un relais, le weekend notamment, en cas de besoin » (SIMAD).

⇒ **Une évolution des pratiques via une montée en compétence gériatrique** des professionnels de ville et une plus grande autonomie des IDEO. Les IDEO bénéficient d'une supervision médicale (travail en étroite collaboration avec le médecin hospitalier et le gériatre de la télésurveillance) qui leur permet de s'autonomiser dans leur pratique.

Un nécessaire impact sur l'organisation et sur les pratiques pour les *care-managers*, les médecins opérationnels et les IDEO. Ces acteurs ont dû s'adapter à de nouvelles fonctions, collaborations et modes de fonctionnement : « des **nouveaux métiers** ; profil infirmier spécifique, alliant autonomie, compétences cliniques gériatriques, et capacité à travailler en étroite collaboration avec les gériatres et *care-managers* ».

« VA permet une réactivité soignante et médicale importante, les interventions sont plus qualifiées et plus pertinentes grâce à la TLS et à la coordination opérationnelle du suivi » (EPOCA).

« Il a fallu du temps pour déterminer le profil et les compétences requises du Médecin opérationnel. Ses missions demandent un profil de médecin un peu particulier : un médecin à la fois gériatre et urgentiste. De même un rôle et des qualités qui se rapprochent d'un profil IPA pour les IDEO » (Etablissement).

⇒ **Une démultiplication des capacités des soignants** notamment grâce à la plateforme numérique prédictive et les gestionnaires de PPS. Selon les porteurs, un gériatre impliqué dans VA peut suivre l'équivalent de 12 lits UGA et 100 patients en longue durée, contre une dizaine de malades en milieu hospitalier. Cela permet aussi de rendre la gériatrie plus accessible en ville, là où les gériatres sont traditionnellement plus présents à l'hôpital ou en EHPAD.

« Je fais mon métier de gériatre proprement ; le dispositif permet une capacité de débridement volumique importante : quand un gériatre hospitalier gère 10 malades à l'hôpital, un gériatre dans VIGIE AGE assure le suivi d'un équivalent de 12 lits UGA et 100 malades long court » (EPOCA).

« Un modèle porteur d'une solution pour l'avenir en lien avec la filière gériatrique de l'hôpital. VA démultiplie les capacités de prise en charge » (ARS).

⇒ **Une collaboration renforcée avec les IDEL** d'après les acteurs de VA28 (à confirmer) : Les IDEL, qui au départ craignaient une concurrence directe avec les soins, ont compris que l'équipe VA n'intervenait pas pour réaliser des soins. Aujourd'hui, les IDEL sollicitent même l'équipe VA, notamment pour obtenir des prescriptions en l'absence de MG et « éviter des passages inutiles aux urgences ».

→ Au total, VA apparaît comme un levier d'évolutions, d'amélioration des pratiques professionnelles et de l'organisation des soins, en facilitant la coordination entre les acteurs et en renforçant la continuité des soins à domicile. Toutefois, le développement de ces effets positifs nécessite du temps et des efforts constants pour que le dispositif s'intègre pleinement dans la pratique quotidienne de tous les acteurs.

4.7 Des effets indirects non prévus identifiés dans le sillage de VIGIE ÂGE

La mise en œuvre du projet a engendré différentes conséquences (externalités) globalement positives, identifiées par les porteurs, les parties prenantes interrogées et les patients, parmi lesquelles, on note :

⇒ Le **dépistage de problématiques aiguës** grâce aux données remontées par les dispositifs médicaux : apnée du sommeil, surtraitements/sous-traitements...

⇒ Une **éducation thérapeutique** proposée aux patients.

- ⇒ La **remise de certains patients dans un parcours de soins (un suivi)** notamment en palliant l'absence de médecins traitants pour certains patients (et l'absence de visites à domicile du MG). VA fait du rappel d'examens ou de consultations à faire et du suivi/soutien au niveau social pour les familles démunies, épuisées.
- ⇒ Le **soutien des professionnels tant hospitaliers** (« *urgences débordées* ») que des **soins primaires et notamment les MG : Apport d'une capacité pour renforcer la surveillance à domicile (étayage)**.
- ⇒ Le **soutien indirect aux aidants** / sécurisation et réassurance.
- ⇒ La « **notoriété** » et l'**expérience de VIGIE-AGE** ont engendré de nouveaux services et de nombreuses sollicitations auprès de EPOCA dont certaines de l'ARS IDF, démontrant son intérêt/utilité et l'importance des besoins de soutien des équipes :
 - VIGIE-EHPAD : 42 EHPAD équipés en juillet 2022 avec financement de l'ARS.
 - Déploiement de la télésurveillance dans 14 résidences Autonomie ARPAVIE.
 - Sollicitation sur fonds propres de 10 EHPAD pour proposer le service en vue de rassurer les familles (positifs pour les EHPAD aussi, notoriété nouveaux résidents / communication).
 - Demandes d'entrées dans le dispositif ou d'extension (souhait d'ouverture d'un VA sur Dreux en complément de Chartres).
 - Actuellement, étude conjointe avec le CHU de Nantes sur le suivi post-opératoire en chirurgie : sorties anticipées / gain de jours d'hospitalisation attendus / résultats déjà très positifs observés. Financement sur appel à projets.
- ⇒ Une participation au virage ambulatoire et domiciliaire et permet le test d'un modèle / d'une solution pour l'avenir du système de santé à l'aune du tournant épidémiologique. Rempli un vide : la gériatrie de ville n'existe pas → Démonstration du besoin d'équipes mobiles gériatriques.
- ⇒ Pas d'impact notable observé sur la file active de SSIAD partenaires (peu de prises de prises en charge communes avec VIGIE-AGE).
- ⇒ Le manque de lits hospitaliers ou de place d'aval des urgences, conduisent les urgentistes à orienter des cas de plus en plus lourds en GAD.
- ⇒ Dispositif très pertinent pour la surveillance au long court via l'AMAD permettant d'éviter les décompensations et les allers-retours à l'hôpital.

5. RESULTATS AXE 3 : REPRODUCTIBILITE

A la lumière des **enseignements de l'expérimentation**, des **facteurs clés de succès** du dispositif sont identifiés ainsi que des **pistes de réflexion sur les prérequis/modalités de reproductibilité/passage à l'échelle** du dispositif VIGIE-ÂGE.

5.1 Facteurs clés de succès

Les **facteurs clés de succès** de l'expérimentation tiennent au contexte et au dispositif en lui-même :

Leviers contextuels :

- ⇒ **L'implication et le soutien des directions (volonté politique)** des établissements hospitaliers et des SSIAD, ainsi que des chefs de services de gériatrie/des urgences des établissements (apports de ressources, utilisation du laboratoire, du plateau d'imagerie de l'hôpital, de la pharmacie, des services informatiques, des locaux), malgré une prise de risque financière. Soutien initial possible de l'ARS pour démarrer les inclusions en amont de l'arrêt.
- ⇒ Une **pertinence/utilité reconnue du dispositif** : une réponse apportée à un besoin pour les hôpitaux, SSIAD, libéraux (MG...), patients, aidants... d'autant plus importante dans le contexte à venir. Le **souhait globalement partagé d'un déploiement de l'offre VA** sur tous les territoires.
- ⇒ VA constitue une **ressource médicale supplémentaire et constante** pour les infirmiers des SSIAD (expertise gériatrique), un appui aux professionnels de ville... (dans un contexte d'absence de MG ou de diminution des VAD) et une **offre supplémentaire dans les orientations d'aval des services d'urgences** et hospitaliers.
- ⇒ La **nécessaire stabilité des équipes hospitalières** (adresseurs + médecin opérationnel) **et des SSIAD** (IDEO + IDE) (pour une intégration dans les pratiques, comme pour tout type d'offre/service).
- ⇒ Le **déploiement général de la télémedecine/télésurveillance** : décret n°2022-1767 du 30 déc. 2022 pour la prise en charge et remboursement des activités de télésurveillance médicale : remboursement par la Sécurité Sociale depuis du 1^{er} juillet 2023 pour 6 pathologies.

Leviers en lien avec le dispositif :

- ⇒ **L'adaptabilité du dispositif** à différents contextes et aux ressources disponibles.
- ⇒ **L'adaptabilité du dispositif** 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 : Urgences, unités d'hospitalisation, repérage a posteriori (critères de récurrences des hospitalisations...).
- ⇒ Une **mise en place pouvant être assez rapide**, observée pour les 2 nouveaux sites Chartres et Argenteuil (déploiement secondaire).
- ⇒ **EPOCA « brique » stable** qui peut s'intégrer/s'adapter à différents modèles organisationnels / EPOCA pallie les manques.
- ⇒ **Un engagement très important de la société EPOCA** pour faire fonctionner le dispositif, pallier les manques (mise à disposition d'infirmier opérationnel sur Argenteuil...), tuer, épauler les nouveaux arrivants, former... (start up agile, flexible).
- ⇒ Constitue une **offre supplémentaire avec étayage médical**, et pour éviter la dégradation de situations complexes et d'urgence « réactivité des soins », « vigilance préventive ».
- ⇒ La **réactivité de l'équipe de télésurveillance** qui permet le maintien à domicile.
- ⇒ Un **système d'information permettant un partage d'information entre les différents professionnels et un algorithme performant en termes de détection/gestion des anomalies** et idéalement à optimiser pour permettre des analyses statistiques plus poussées (/ Nb de visites à domicile) participant à l'amélioration constante du modèle et du service.
- ⇒ Un modèle **adapté pour la polypathologie** : non-spécialisation du modèle à une seule pathologie.

- ⇒ Des **habitudes se prennent** de la part des partenaires de terrain (CLIC...) pour les patients nécessitant un accompagnement renforcé à domicile avec vigilance accrue.
- ⇒ La **communication récurrente du service VA** aux différents professionnels : des services partenaires (pour l'acculturation et pallier le turnover), MG...
- ⇒ La **rémunération** différenciée pour inciter et récompenser la prise en charge des cas les plus lourds (« méritocratie ») ; part conditionnelle partie intégrante du modèle économique.

5.2 Eléments structurants du modèle VIGIE-ÂGE

En lien avec les éléments présentés précédemment, un déploiement plus large du dispositif est conditionné à divers éléments structurants, qui devront être précisés et définis en amont, et dépendants en grande partie de décisions nationales. Ces décisions pourront se baser sur le modèle TLS mono-pathologie qui est déjà en vigueur sur 6 pathologies. Des pistes de réflexions sont synthétisées dans le tableau ci-après.

→ Des acteurs avec des modèles économiques différents et des contraintes spécifiques (start up, centre hospitaliers, SSIAD), nécessitant des échanges et des ajustements.

Tableau 32 : Conditions identifiées / pistes de réflexions pour une éventuelle pérennisation du dispositif et son déploiement

Axes / Paramètres du modèle	Constats / Réflexions
Positionnement de l'infirmier/ binôme opérationnel	✓ SSIAD pas forcément (toujours) le bon porteur de l'Infirmier Opérationnel. ✓ D'autres organisations sont possibles et notamment le portage du binôme opérationnel par les établissements hospitaliers telle une « équipe extra hospitalière » seront à envisager / modèles en partie intégré à l'hôpital.
Types d'établissements engagés	✓ Une expérimentation qui a permis de montrer la faisabilité du déploiement dans différents types d'établissements et de territoires. ✓ La taille et le statut des établissements ainsi que le type de services prescripteurs (urgences/autres services) ne semblent pas particulièrement différenciant si l'organisation est précisée au démarrage. ✓ Un travail ou une organisation par territoire notamment pour la mutualisation des astreintes médicales à mettre en place.
SI / Dossier VIGIE-AGE	✓ Reporting (tableaux de bord ou feed-back individuels) aux partenaires effecteurs (SSIAD, Médecins adresseurs, partenaires de terrain (DAC...)). ✓ Accès aux données des patients VIGIE-ÂGE – Enjeu du partage du dossier médical. ✓ Traçabilité / Fonctionnalités d'extraction (pour alimenter la recherche). ✓ SI Propriété de EPOCA : quid en cas de généralisation ?
Dimensionnement des parcours	✓ Validation médicale de l'inclusion à garder. ✓ Revoir la fréquence des visites à domicile du binôme ou de l'IDEO : en termes de période/périodicité : des visites organisées différemment par rapport au parcours prévu (TC ou J5 au lieu de J3) (non-possibilité de l'évaluer dans le cadre de la mission). ✓ Visites du médecin opérationnel optionnelles mais pouvant être possibles. ✓ Quels critères de sortie ? Quel aval pour les parcours VIGIE-AGE (difficulté de faire sortir les patients) : Allègement possible via le AMAD 0 ? ✓ Possibilité/opportunité d'ouverture du service à tout type de personne le nécessitant (handicap, polyopathie... quel que soit l'âge) (dans un deuxième temps ?) ✓ Notion de file active mensuelle maximum (100 ?) pour les IDEO, les Médecins opérationnels et les équipes de TLS et une répartition entre nombre de places GAD et AMAD : il faut plus de places AMAD que prévu.
Dimensionnement des équipes	✓ Une activité dépendante du temps de médecin opérationnel « limitant » → envisagé une équipe médicale opérationnelle pour disponibilité + importante et assurer vacances et remplacement.

	✓ La fonction de médecin opérationnel pouvant être occupée par un temps de gériatre (disponible) d'un service hospitalier.
Modèle économique Contexte / Remboursement de la TLS	✓ Envisager la fusion des différents forfaits : GAD + AMAD et fusion AMAD1 et AMAD2. ✓ Prévoir un financement au parcours (Assurance Maladie) avec un financement d'une Equipe mobile Opérationnelle (ARS ?). ✓ Revalorisation du salaire de l'infirmier opérationnel. ✓ Se baser sur le modèle de rémunération TLS monopathologie avec une adaptation à la polypathologie. ✓ Garder le volet rémunération conditionnelle (PATHOS ou autre idéalement).
Périmètre géographique d'intervention	✓ Caler le périmètre géographique d'intervention VA aux zones de couverture des établissements : la population des patients est plus large que le territoire d'intervention (passage par les urgences) (Des patients ont pu être refusés pour critère d'exclusion géographique). ✓ Préciser la taille de territoire optimale limitée aux possibilités de déplacement des équipes opérationnelles (25 km pour Chartres).
Autres	✓ Envisager une partie médico-sociale (APA, kinésithérapeute, ergothérapeute...) dans le parcours AMAD pour réadaptation physique, entretien de l'autonomie : Développer les accueils de jours pour les patients en perte d'autonomie physique. ✓ Assurer la complémentarité avec les CRT.

6. CONCLUSION

Ce rapport final d'évaluation, intervenant à 2,5 ans de fonctionnement, a permis de montrer la faisabilité et l'opérationnalité du dispositif de télésurveillance proposé à des personnes âgées polypathologiques. L'extension à 2 nouveaux sites (Chartres et Argenteuil), plus tardivement, a permis d'étudier les modalités d'un déploiement et d'observer notamment une appropriation plus rapide et efficace : une reproductibilité déjà éprouvée.

Le **modèle organisationnel multiforme** expérimenté a pu être adapté à chaque territoire, en fonction des ressources disponibles, des partenariats antérieurs et de la volonté des acteurs locaux (pas de modèle unique possible/nécessaire). De ce fait, bien qu'un cadre commun soit établi, chaque site/territoire a su s'approprier et adapter le dispositif en fonction de ses propres ressources, contraintes et besoins spécifiques. Il semble cependant que le portage du binôme opérationnel par l'établissement hospitalier soit plus pertinent, à l'instar d'une équipe mobile extra hospitalière.

La télésurveillance et la coordination des soins se sont montrées efficaces pour réduire les hospitalisations et les passages aux urgences engendrant des gains pour le système de santé. En corrélation, une baisse des consommations de soins hospitaliers est observée. Les résultats resteraient à confirmer par le recours à un groupe témoins (même si ce groupe reste difficile à constituer).

Le **modèle économique et tarifaire** sera à revoir pour correspondre au mieux à l'évolution du modèle organisationnel à proposer à la lumière des résultats de la présente évaluation et des décisions nationales qui seront prises. Le modèle de la télésurveillance mono-pathologique sera certainement à suivre avec la nécessité d'intégrer un module lié à la lourdeur des prises en charge à réaliser, i.e. en lien avec un forfait « au mérite » (envisagé via PATHOS qui s'est avéré trop lourd à mettre en œuvre). L'ensemble des coûts afférents sera à mettre en regard des dépenses évitées, d'une cible potentiellement très importante (« submersion programmée des hôpitaux et des EHPAD d'ici 2030 »), et de coûts de structures plus globaux tels que l'ouverture d'un EHPAD, ou une prise en charge en USLD ou HAD.

Comme toute expérimentation un besoin de temps d'intégration et d'utilisation est relevé. Le temps de l'expérimentation (moins de 3 ans dont un temps important de mise en place) reste relativement court pour observer des résultats consolidés ou durables et sur l'ensemble des sites (2 établissements étant rentrés récemment dans le dispositif).

→ Les outils technologiques s'améliorant sans cesse et les besoins explosant en lien avec la démographie vieillissante vont dans le sens de la nécessité du développement de solutions de prises en charges telles que VIGIE-AGE (pertinence et utilité confirmées). Si des améliorations et des adaptations du modèle étudié sont encore à trouver, il a démontré dans le cadre de cette expérimentation, sa faisabilité et sa possibilité d'implantation et de fonctionnement relativement rapide et dans des contextes différents. L'expérience montre un système apprenant, à géométrie variable adaptable à de nombreux contextes. Le dispositif apporte une solution « clé en main » pour les établissements pour fluidifier les urgences, améliorer l'aval – optimisation d'une filière de soins qui existe et en soutien à la ville, sans sur-coûts pour l'Assurance Maladie. L'évaluation du retour d'expérience des bénéficiaires confirme la plus-value et le service rendu aux patients, aux aidants et aux professionnels tant du domicile que hospitaliers ou des partenaires de terrain (voire au système de santé).

→ Les résultats de l'évaluation vont dans le sens d'un besoin de soutenir/poursuivre le dispositif pour répondre à une demande exponentielle.



7. ANNEXES

7.1 Annexe 1 : Parcours GAD et AMAD théoriques

Figure 19 : Le parcours GAD

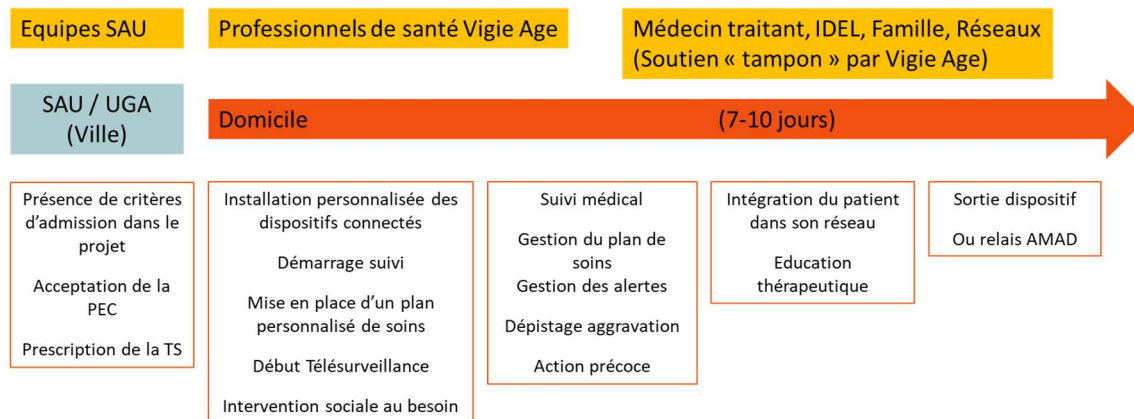
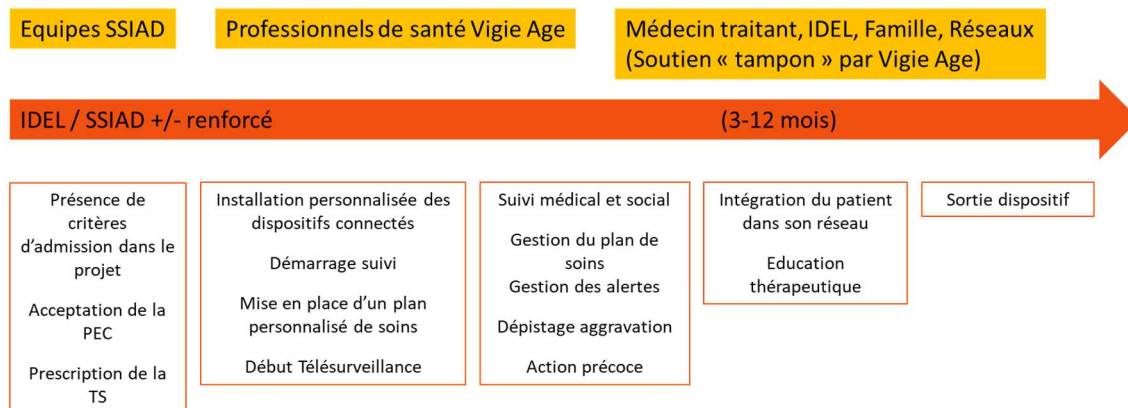


Figure 20. Le parcours AMAD



7.2 Annexe 2 : Listes des acteurs interrogés lors des entretiens qualitatifs semi-directifs

Tableau 33. Professionnels des SSIAD/SPASAD interrogés (anciens et nouveaux sites)

Profil de la personne interrogée	Fonction et Structure/Etablissement	Date de l'entretien
Structures SSIAD pilotes	Directrice - SSIAD Lépine	22/07/2024
	Cadre de santé - SSIAD Lépine	09/09/2024
Equipe des nouveaux sites (Chartres et Argenteuil)	Médecin référent - CH Argenteuil	30/07/2024
	Gestionnaire Terresante - CH Argenteuil	02/07/2024
	Médecin référent - CH Chartres	12/07/2024
	IDE opé VA - CH Chartres	12/07/2024
	Directrice Adjointe chargée du pôle de gériatrie, de la qualité-gestion des risques, des secteurs logistiques et biomédical - CH Chartres	12/07/2024

Tableau 34. Partenaires institutionnels et acteurs de terrain interrogés

Fonction et Structure/Etablissement	Date de l'entretien
Chef du Pôle Gériatrique, Locomoteur et Soins Palliatifs - CHRDS	23/05/2024
Responsable SSIAD - SSIAD Louveciennes	28/06/2024
Chef de pôle de médecine - CHRDS	28/06/2024
Responsable des Affaires Financières - CHRDS	04/07/2024
Géronte - CHRDS / COURBEVOIE	04/07/2024
Médecin Opérationnel - HLPV	04/07/2024
Médecin Opérationnel - CHRDS	08/07/2024
Géronte SSR - CHRDS	09/07/2024

Coordinatrice de la gestion des lits et des parcours patients - BECLERE	15/07/2024
IDEC - SSIAD SIMAD	16/07/2024
Directrice pôle médical - Fondation Clarianne	10/07/2024
Coordinatrice de parcours – DAC 92	17/07/2024
Coordinatrice - SOS Oxygène	31/07/2024
Responsable du Pôle Autonomie CLIC et Mission Handicap / CCAS d'Asnières-sur-Seine	31/07/2024
Médecin SSR - HLPV	02/09/2024
IDEL (secteur 92)	06/09/2024
Chargée de mission Animation Territoire - DAC 78	04/09/2024
Directeur - CHRDS	05/09/2024
Directrice des Affaires Générales - HLPV	11/09/2024
Chirurgien digestif - CHU Nantes	19/07/2024
Chef de projet innovation en santé - ARS Ile de France	19/07/2024
Directeur - DT 92	01/08/2024
Chef de service gériatrie - FOCH	26/09/2024

Tableau 35. Liste des patients bénéficiaires interrogés

	Type	Département	Date de l'entretien
Patients et aidants	Patient + Aidant	92	31/07/2024
	Patient	92	31/07/2024
	Patient + Aidant	78	31/07/2024
	Patient + Aidant	28	01/08/2024
	Patient + Aidant	92	01/08/2024
	Patient	78	01/08/2024
	Patient	78	01/08/2024
	Patient	78	05/08/2024
	Patient	78	05/08/2024
	Patient + Aidant	92	05/08/2024
	Aidant	28	06/08/2024
	Patient	95	06/08/2024
	Patient	95	06/08/2024
	Aidant	95	07/08/2024
	Patient	95	07/08/2024
	Patient	28	08/08/2024
	Aidant	28	08/08/2024
	Patient	92	21/08/2024
	Aidant	28	21/08/2024
	Aidant	95	21/08/2024

Tableau 36 : Liste des médecins généralistes interrogés

Spécialité	Code postal	Date de l'entretien
MG des patients inclus	92400	08/07/2024
	28600	03/09/2024
	92400	19/09/2024

Annexe 3 :

Tableau 37. Comparaison des déploiements effectifs et des différentes organisations de VA 92, 78, 95 et 28

	Déploiement VA 92	Déploiement VA 78	Déploiement VA 95	Déploiement VA 28
Portage Méd Opérationnel	CH Rives de Seine (CHRDS)	Hôpital de la Porte Verte (HLPV)	CH Argenteuil	CH de Chartres
Portage IDEO	ANSIAD / SAPA	SSIAD Lépine-Versailles	EPOCA	CH de Chartres
Organisation / Parcours VA				
 Repérage / adressage	- CHRDS : SAU principalement → Un terrain déjà « acculturé » avec une zone d'adressage SAU active : l'essentiel de l'adressage GAD reste de l'aval de service d'urgence.	- HLPV : MCO principalement → Un début d'activité en aval MCO exclusif de la Porte Verte ; puis un élargissement vers l'aval : SAU du CH Mignot et le SIMAD de La Celle-Saint-Cloud.	- CH Argenteuil : 2 modes d'entrée → repérage SAU et à posteriori (identification des patients éligibles en péri-urgence par les médecins qui contactent ensuite la Cellule d'enregistrement du dossier dans Terr-eSanté (préexistante au CH et non spécifiquement dédiée à VA)).	- CH Chartres : repérage MCO et SAU principalement : tous les services peuvent repérer / solliciter une inclusion.
	- Adressage ponctuel par les SSIAD ; repérage/adressage rare par les MG/IDEL des territoires.			
 Pré-admission	- Préadmission validée par le méd. opé. qui a vérifié les critères d'inclusion et d'exclusion du dispositif → Validation médicale de l'inclusion.			
	- EPOCA crée le dossier du patient et intègre des premiers éléments relatifs au parcours du patient, à sa prise en charge, à ses antécédents... Les IDEO vérifient que le dossier patient a effectivement été créé puis contactent le patient (et/ou les aidants, les IDEL/ en fonction des contacts dont elles disposent) pour prendre rdv pour la visite d'inclusion.	- Les agents de la plateforme Terr-eSanté enregistrent les patients orientés par les médecins du CH via la plateforme EPOCA (création du dossier patient et complétion des informations disponibles, notamment les CR antérieurs des 2 dernières années).	- L'IDEO va dans le service où le médecin a indiqué l'éligibilité du patient pour : informer le patient, recueillir son accord, voir ou appeler la famille ; compléter le dossier médical...	
 Inclusion / Suivi	- La visite d'inclusion est réalisée par l'IDEO qui se rend au domicile du patient (1h30-2h) : remise/test/explication des objets connectés ; saisie en direct sur la tablette du dossier administratif, clinique/médical ; examen clinique (observation, tension, température, saturation, etc. > osculation télétransmise, ECG réalisé si non fait récemment...). Installation des fiches d'informations EPOCA (informer les différents intervenants au domicile dont aidants, contacts tél...).			
	- En théorie, une téléconsultation avec le méd. opé. doit être réalisée à la fin de la visite d'inclusion MAIS pas/peu réalisée. A distance de la visite d'inclusion et en cas de besoin, le méd. opé. peut être sollicité par l'IDEO (avis photo d'une plaie...). <u>CHRDS</u> : difficulté à coordonner les visites d'inclusion avec les disponibilités du méd. opé. qui n'est pas à 100% sur VA (intervient dans un service + effectue des nuits de garde (= journée de repos le lendemain)). <u>HLPV</u> : (1) le méd. opé. n'est pas disponible pour VA tous les jours et (2) le réseau de l'HLPV ne le permet pas. <u>CH Argenteuil</u> : médecin disponible pour l'IDEO mais ne se déplace pas au domicile du patient.	- En fin de visite d'inclusion : appel visio/tél avec le méd. opé.		
	- GAD : La visite à J3 n'est pas réalisée (jugée non pertinente par le binôme O., trop proche de la visite d'inclusion) ; la visite à J7 est réalisée par l'IDEO ou le binôme IDEO-médecin O (majorité des situations : IDEO seule) ; en fonction de l'état de santé du patient, une autre visite est programmée entre J15 et J30.	- Des visites de suivi à domicile réalisées par le binôme lorsque la situation du patient le nécessite, autrement par l'IDEO seul (échanges et transmissions régulières dans le binôme).	- Réalisé par l'IDE EPOCA.	
	- Des visites de suivi réalisées par les IDEO, un appel visio/tél avec le méd. opé. est réalisé. - 3 à 4 visites réalisées par GAD. - AMAD : visites à M1, M3 et M6.			
Gestion des alertes	La Plateforme EPOCA reçoit les alertes et les gère en première intention. Plusieurs scenarii possibles : déclenchement d'une visite programmée ou non programmée du binôme opérationnel, de l'IDEO ou d'un IDE EPOCA ; recours au SAMU ; hospitalisation programmée...			
Activité				

Démarrage de l'activité	Février 2022 (1 ^{er} site / territoire de l'étude pilote).	Mai-22 (en « mode dégradé » / difficultés de recrutement du binôme O)	Démarrage en septembre 2023.	
Activité au 30/09/24	→ 846 suivis VA : 421 séjours GAD, 266 séjours AMAD 1 et 159 séjours AMAD 2.	→ 595 suivis VA : 277 séjours GAD, 232 séjours AMAD 1 et 86 séjours AMAD 2.	→ 348 suivis VA : 178 séjours GAD, 125 séjours AMAD 1 et 45 séjours AMAD 2.	→ 261 suivis VA : 153 séjours GAD, 68 séjours AMAD 1 et 40 séjours AMAD 2.
Professionnels impliqués				
ETP méd opé	- CHRDS (prévu : 1 ETP) : Réalisé → 1 ETP recruté (stable sur la période) mais pas à 100% sur VA.	- HLPV (prévu : 1 ETP) : Réalisé → 0,2 à 0,4 ETP selon la période ; stabilisé à 0,4 ETP. >>> Un méd opérationnel disponible pour les VAD 2J/semaine ; joignable le reste de la semaine.	- Recrutement en cours (prévu : 1 ETP). - CH Argenteuil : cheffe de service des urgences passe 20min/jour pour VA = 2h/semaine de temps médical (0,1 à 0,4 ETP).	- CH de Chartres (prévu : 1 ETP) : Réalisé → 0,2 ETP.
ETP IDEO	- ANSIAD (prévu : 2,5 ETP) : Réalisé → de 0,5 ETP à 2,5 ETP selon la période / 1 ETP en moyenne.	- SSIAD Lépine (prévu : 2,5 ETP) : Réalisé → de 0 à 1,5 ETP sur la période / 1 ETP en moyenne.	- Recrutement non effectif (prévu : 2,5 ETP). - Assuré par EPOCA : 1 ETP IDE.	- CH de Chartres (prévu : 2,5 ETP) : 2 ETP (depuis le démarrage).
Astreintes paramédicales	- SAPA (prévu : 1 astreinte paramed nuit) : Réalisé → 1 astreinte (stable sur la période).	- SSIAD Lépine : Pas d'astreinte de nuit (paramed).	Pas d'astreinte de nuit (paramed).	Pas d'astreinte de nuit (paramed).
Astreintes médicales	- Médecin de garde (weekend) : 1 astreinte / Médecin de garde (nuit) : 1 astreinte. >>> Astreintes pour les 3 territoires assurées par le CHRDS.			Astreinte gériatrique du territoire.

Remarques /retour d'expérience des porteurs :

- ⇒ Nombreux incidents gérés de nuit et hors heures ouvrées par le cercle direct du patient (professionnel et non professionnel) nécessitant peu de déplacements par l'équipe opérationnelle mais plutôt par l'équipe cercle du patient.
- ⇒ L'astreinte opérationnelle de nuit IDE ne semble pas utile en particulier en nuit profonde (de minuit à 07h) et avantageusement remplacée par une permanence IDE avec accès médecin de nuit.

7.3 Annexe 3 : Détail des dépenses AMAD 1 et AMAD 2

7.3.1 Analyse avant / pendant

Tableau 38 : Détail des dépenses avant-pendant AMAD 1 et AMAD 2

	Avant AMAD 1 (N=127)	Pendant AMAD 1 (N=127)	p-value	Avant AMAD 2 (N=99)	Pendant AMAD 2 (N=99)	p-value
Dépenses totales incluant les forfaits						
Moyenne (écart-type)	12 403 (16 792)	11 710,8 (13 996)	0,7576	14 299 (18 108)	14 310 (13 124)	0,3442
Médiane / Min / Max	7 408 - 0 - 139 732	5 765 - 1 362 - 64 758		9 958 - 0 - 139 097	10 356 - 3 298 - 85 984	
Q25 / Q75	3 665 - 16 157	3 330 - 13 725		4 043 - 18 564	4 849 - 19 528	
Montants des forfaits						
Moyenne (écart-type)		1 362 (0)	<0,0001		3 298 (0)	<0,0001
Médiane / Min / Max		1 362 / 1 362 / 1 362			3 298 / 3 298 / 3 298	
Q25 / Q75		1 362 / 1 362			3 298 / 3 298	
Dépenses totales sans les forfaits						
Moyenne (écart-type)	12 403 (16 792)	10 349 (13 996)	0,0343	14 299 (18 108)	11 012 (13 124)	0,0125
Médiane / Min / Max	7 408 - 0 - 139 732	4 403 - 0,0 - 63 396		9 958 - 0 - 139 097	7 058 - 0 - 82 686	
Q25 / Q75	3 665 - 16 157	1 968 - 12 363		4 043 - 18 564	1 551 - 16 230	
Dépenses hospitalières						
Moyenne (écart-type)	9 807 (15 424)	6 086 (10 385)	0,0008	10 523 (16 353)	5 164 (8 935)	<0,0001
Médiane / Min / Max	5 048 - 0 - 131 382	1 354 - 0 - 52 326		6 150 - 0 - 132 538	403 - 0 - 54 409	
Q25 / Q75	1 804 - 12 565	0 - 8 200		884 - 13 377	0 - 6 796	
MCO						
Moyenne (écart-type)	8 183 (13 689)	4 984,3 (8 281,5)	0,0007	7 509 (8 796)	4 445 (7 631)	0,0003
Médiane / Min / Max	4 632 - 0,0 - 129 386	1 354,2 - 0,0 - 44 466,9		5 987 - 0,0 - 49 360	0,0 - 0,0 - 39 292	
Q25 / Q75	1 083 - 10 348	0,0 - 6 667,6		385 - 10 009	0,0 - 6 317	
SSR						
Moyenne (écart-type)	1 624 (4 860)	1 012,0 (3 596)	0,1273	2 995 (10 184)	672 (2 742)	0,0012
Médiane / Min / Max	0,0 - 0,0 - 42 617	0,0 - 0,0 - 27 167		0,0 - 0,0 - 94 103	0,0 - 0,0 - 17 620	
Q25 / Q75	0,0 - 0,0	0,0 - 0,0		0,0 - 2 734	0,0 - 0,0	
HAD						
Moyenne (écart-type)	0,0 (-)	90 (897)	0,5000	17 (185)	48 (338)	0,5000
Médiane / Min / Max	0,0 - 0,0 - 0,0	0,0 - 0,0 - 10 025		0,0 - 0,0 - 1 842	0,0 - 0,0 - 2 636	
Q25 / Q75	0,0 - 0,0	0,0 - 0,0		0,0 - 0,0	0,0 - 0,0	
Dépenses de soins de ville						
Moyenne (écart-type)	2 595 (3 183)	4 263 (6 312)	0,0002	3 776 (5 763)	5 848 (7 543)	0,0003
Médiane / Min / Max	1 561 - 0 - 16 265	2 111 - 0 - 43 816		1 748 - 0 - 36 162	2 767 - 0 - 35 473	
Q25 / Q75	509 - 3 150	857 - 4 507		657 - 4 828	1 085 - 8 168	
Honoraires médicaux						
Moyenne (écart-type)	433 (504)	424 (450)	0,9747	307 (840)	200 (257)	0,0175
Médiane / Min / Max	270 - 0,0 - 2 830	275 - 0,0 - 2 210		133 - 0,0 - 8 064	115 - 0,0 - 1 170	
Q25 / Q75	86 - 594	92 - 652		48 - 312	23 - 257	
Auxiliaires médicaux						
Moyenne (écart-type)	676 (1 842)	994 (1 840)	<0,0001	1 191 (2 702)	1 981 (3 418)	<0,0001
Médiane / Min / Max	46 - 0,0 - 12 663	232 - 0,0 - 12 071		39 - 0,0 - 20 217	518 - 0,0 - 16 369	
Q25 / Q75	3 - 546	14 - 951		0,0 - 1 220	3 - 2 292	

Pharmacie et produits dérivés						
Moyenne (écart-type)	688 (849)	1 095 (2 009)	0,0001	637 (1 583)	1 261 (3 524)	<0,0001
Médiane / Min / Max	385 - 0,0 - 4 91	507 - 0,0 - 17 308		350 - 0,0 - 15 281	508 - 0,0 - 28 450	
Q25 / Q75	143 - 86	180 - 1 301		63 - 689	165 - 995	
LPP						
Moyenne (écart-type)	287 (523)	714 (1 571)	0,0004	1 118 (2 087)	1 911,2 (2 775)	<0,0001
Médiane / Min / Max	81 - 0,0 - 2 904	137 - 0,0 - 11 722		537 - 0,0 - 14 750	799 - 0,0 - 15 761	
Q25 / Q75	6 - 290	24 - 637		51 - 1 219	356 - 2 592	
Transport						
Moyenne (écart-type)	293 (636)	818 (3 117)	0,2485	369,7 (754)	310 (555)	0,4517
Médiane / Min / Max	82 - 0,0 - 5 534	84 - 0,0 - 23 091		144 - 0,0 - 5 769	90 - 0,0 - 3 194	
Q25 / Q75	0,0 - 305	0,0 - 401		0,0 - 394	0,0 - 379	
Honoraires dentaires						
Moyenne (écart-type)	23 (82)	17 (66)	0,3581	8 (43)	4 (21)	0,4805
Médiane / Min / Max	0,0 - 0,0 - 587	0,0 - 0,0 - 528		0,0 - 0,0 - 405	0,0 - 0,0 - 158	
Q25 / Q75	0,0 - 0,0	0,0 - 0,0		0,0 - 0,0	0,0 - 0,0	
Biologie						
Moyenne (écart-type)	108 (137)	139 (170)	0,0111	85 (118)	120,8 (140,5)	0,0015
Médiane / Min / Max	57 - 0,0 - 657	84 - 0,0 - 833		43 - 0,0 - 555	82 - 0,0 - 839	
Q25 / Q75	11 - 133	26 - 176		0,0 - 124	11 - 176	
Autres prestation						
Moyenne (écart-type)	88 (130)	62 (115)	0,0066	61 (118)	59 (145)	0,4635
Médiane / Min / Max	5 - 0,0 - 755	0,0 - 0,0 - 546		0,0 - 0,0 - 740	0,0 - 0,0 - 1 105	
Q25 / Q75	0,0 - 150	0,0 - 70		0,0 - 72	0,0 - 57	

7.3.2 Analyse avant / après

Tableau 39 : Détail des dépenses avant-après AMAD 1 et AMAD 2

	Avant AMAD 1 (N=42)	Après AMAD 1 (N=42)	p-value	Avant AMAD 2 (N=27)	Après AMAD 2 (N=27)	p-value
Dépenses totales incluant les forfait						
Moyenne (écart-type)	9 576 (8 456)	11 598 (23 836)	0,3200	14 285 (14 333)	9 977 (12 928)	0,0438
Médiane / Min / Max	7 089 - 0,0 - 37 612	5 228 - 0,0 - 151 874		11 522 - 226 - 50 966	4 193 - 0,0 - 47 523	
Q25 / Q75	3 535 - 13 730	960 - 13 125		2 224 - 23 122	850 - 17 475	
Dépenses hospitalières						
Moyenne (écart-type)	6 267 (6 660)	7 832 (20 765)	0,1701	10 519 (10 918)	5 237 (9 433)	0,0164
Médiane / Min / Max	4 814 - 0,0 - 24 964	2 150 - 0,0 - 130 955		6 010 - 0,0 - 34 606	0,0 - 0,0 - 40 958	
Q25 / Q75	608 - 8 744	0,0 - 7 667		0,0 - 17 750	0,0 - 8 664	
MCO						
Moyenne (écart-type)	4 785 (4 538)	5 452 (17 596)	0,1021	7 421 (8 928)	2 927 (5 004)	0,00071
Médiane / Min / Max	4 460 - 0,0 - 18 059	398 - 0,0 - 114 580		5 451 - 0,0 - 32 779	0,0 - 0,0 - 14 822	
Q25 / Q75	608 - 6 529	0,0 - 5 733		0,0 - 8 664	0,0 - 5 715	
SSR						
Moyenne (écart-type)	1 482 (3 447)	2 313 (6 209)	0,6788	3 098 (6 359)	2 310 (7 292)	0,4548
Médiane / Min / Max	0,0 - 0,0 - 14 340	0,0 - 0,0 - 32 059		0,0 - 0,0 - 26 312	0,0 - 0,0 - 35 243	
Q25 / Q75	0,0 - 0,0	0,0 - 0,0		0,0 - 2 994	0,0 - 0,0	
HAD						
Moyenne (écart-type)	0,0 (-)	69 (438)	1,0000	0,0 (-)	0,0 (-)	
Médiane / Min / Max	0,0 - 0,0 - 0,0	0,0 - 0,0 - 2 835		0,0 - 0,0 - 0,0	0,0 - 0,0 - 0,0	
Q25 / Q75	0,0 - 0,0	0,0 - 0,0		0,0 - 0,0	0,0 - 0,0	
Dépenses de soins de ville						

Moyenne (écart-type)	3 309 (4 505)	3 765 (4 723)	0,3982	3 766 (4 345)	4 740 (9 106)	0,4815
Médiane / Min / Max	2 045 - 0,0 - 23 692	1 604 - 0,0 - 20 920		2 224 - 52 - 16 360	2 428 - 0,0 - 47 523	
Q25 / Q75	705 - 3 493	900 - 4 453		632 - 5 152	619 - 5 883	
Honoraires médicaux						
Moyenne (écart-type)	466 (487)	373 (494)	0,0809	230 (274)	177 (209)	0,1884
Médiane / Min / Max	364 - 0,0 - 2 288	211 - 0,0 - 2 641,6		135 - 0,0 - 1 205	80 - 0,0 - 690	
Q25 / Q75	107 - 563	69 - 520		50 - 33	0,0 - 330	
Auxiliaires médicaux						
Moyenne (écart-type)	925 (2 585)	1 138 (2 124)	0,1127	1 302 (2 309)	1 659 (4 668)	0,6674
Médiane / Min / Max	113 - 0,0 - 14 676	166 - 0,0 - 8 996		441 - 0,0 - 10 011	43 - 0,0 - 24 183	
Q25 / Q75	10 - 716	2 - 949		4 - 1 403	0,0 - 1 604	
Pharmacie et produits dérivés						
Moyenne (écart-type)	952 (1 899)	1 186 (2 348)	0,2736	798 (1 076)	985 (1 261)	0,2777
Médiane / Min / Max	483 - 0,0 - 12 287	466 - 0,0 - 13 012		324 - 0,0 - 4 107	370 - 0,0 - 4 993	
Q25 / Q75	164 - 1 061	203 - 1 105		156 - 1 053	69 - 1 764	
LPP						
Moyenne (écart-type)	498 (1 084)	464 (820)	0,9038	873 (1 036)	1 483 (3 696)	0,6980
Médiane / Min / Max	104 - 0,0 - 6 517	66 - 0,0 - 4 191		628 - 0,0 - 4 582	336 - 0,0 - 19 355	
Q25 / Q75	13 - 548	0,0 - 589		54 - 1 439	48 - 1 591	
Transport						
Moyenne (écart-type)	183 (269)	397,9 (1 147)	0,5394	357 (480)	284 (480)	0,4584
Médiane / Min / Max	53 - 0,0 - 1 285	95 - 0,0 - 7 132		122 - 0,0 - 1 868	82 - 0,0 - 1 645	
Q25 / Q75	0,0 - 338	0,0 - 227		52 - 524	0,0 - 295	
Honoraires dentaires						
Moyenne (écart-type)	14 (49)	18 (50)	0,9498	36 (172)	2 (8)	0,5000
Médiane / Min / Max	0,0 - 0,0 - 306	0,0 - 0,0 - 226		0,0 - 0,0 - 892	0,0 - 0,0 - 43	
Q25 / Q75	0,0 - 0,0	0,0 - 0,0		0,0 - 0,0	0,0 - 0,0	
Biologie						
Moyenne (écart-type)	122 (118)	111 (139)	0,2140	94 (115)	92 (148)	0,9559
Médiane / Min / Max	108 - 0,0 - 467	59 - 0,0 - 606		61 - 0,0 - 474	22 - 0,0 - 554	
Q25 / Q75	23 - 169	0,0 - 164		13 - 117	0,0 - 123	
Autres prestation						
Moyenne (écart-type)	151 (479)	78 (130)	0,5587	81 (142)	58 (122)	0,3394
Médiane / Min / Max	50 - 0,0 - 3 118	0,0 - 0,0 - 673		0,0 - 0,0 - 462	0,0 - 0,0 - 413	
Q25 / Q75	0,0 - 170	0,0 - 130		0,0 - 127	0,0 - 5	

7.4 Annexe 4 : Coûts détaillés de l'expérimentation Vigie Age

Tableau 40 : Coûts liés à l'expérimentation VIGIE-AGE (2022-septembre 2024)

		2022	2023	2024	TOTAL
EPOCA	Plateaux : support médical, formation et animation	39 776 €	31 339 €	32 544 €	103 659 €
	Plateaux : paramédical et process logistique	330 431 €	422 620 €	316 965 €	1 070 016 €
	Plateforme hors log GAD	58 835 €	81 125 €	135 554 €	275 514 €
	Plateforme hors log AMAD	49 667 €	123 871 €	165 261 €	338 799 €
	Coût kit IOT patient GAD	13 504 €	17 390 €	32 041 €	62 936 €
	Coût kit IOT patient AMAD 1	17 778 €	45 390 €	63 546 €	126 714 €
	Coût kit IOT patient AMAD 2	12 068 €	17 337 €	24 306 €	53 712 €
	Coût kit PRO	9 656 €	7 437 €	6 583 €	23 676 €
SOUS-TOTAL coûts EPOCA		531 715 €	746 510 €	776 801 €	2 055 026 €
VA92 Démarrage en février 2022	CHRDS - charges personnel médical (0,9 à 1 ETP)	117 033 €	113 067 €	85 033 €	315 133 €
	CHRDS - charges astreintes médicales	29 211 €	31 866 €	21 244 €	82 321 €
	CHRDS - frais de fonctionnement	14 080 €	13 568 €	10 240 €	37 888 €
	TOTAL CHRDS	160 324 €	158 501 €	116 517 €	435 342 €
	ANSIAD - Charges de personnel paramédical jour (1 à 1,3 ETP)	52 958 €	73 267 €	37 333 €	163 558 €
	ANSIAD - astreintes IDE	35 588 €	47 450 €	31 633 €	114 671 €
	ANSIAD - charges de véhicule (400€/mois)	4 400 €	4 800 €	3 600 €	12 800 €
	ANSIAD - frais de fonctionnement	6 679 €	9 224 €	4 768 €	20 671 €
	TOTAL ANSIAD	99 625 €	134 741 €	77 334 €	311 700 €
SOUS-TOTAL coûts VA92		259 949 €	293 242 €	193 851 €	747 042 €
VA78 Démarrage en mars 2022	HLPV - personnel médical (0,2 à 0,4 ETP)	19 200 €	22 400 €	35 573 €	77 173 €
	HLPV - frais de fonctionnement	2 304 €	2 688 €	4 268 €	9 260 €
	TOTAL HLPV	21 504 €	25 088 €	39 841 €	86 433 €
	SSIAD LEPINE - personnel paramédical (0,6 à 1,3 ETP)	26 083 €	47 320 €	46 667 €	120 070 €
	SSIAD LEPINE - Véhicule	4 290 €	4 700 €	3 525 €	12 515 €
	SSIAD LEPINE - Frais de fonctionnement	3 418 €	6 110 €	5 888 €	15 416 €
	TOTAL CHRDS	33 791 €	58 130 €	56 080 €	148 001 €
	SOUS-TOTAL coûts VA78	55 295 €	83 218 €	95 921 €	234 434 €
VA28 Démarrage en octobre 2023 Projet géré intégralement par le CH, y compris la partie paramédicale	Personnel médical (0,2 ETP)	0 €	6 400 €	19 200 €	25 600 €
	Personnel non médical (IDE)	0 €	32 144 €	103 890 €	136 034 €
	Fournitures diverses	0 €	7 €	204 €	211 €
	Charges de véhicule (location, carburant, entretien...)	0 €	1 307 €	5 558 €	6 865 €
	Frais de déplacement	0 €	151 €	199 €	350 €
	Téléphonie	0 €	41 €	198 €	239 €
	Autres fournitures hôtelières	0 €	39 €	74 €	113 €
	Frais de structure	0 €	8 595 €	28 494 €	37 089 €
SOUS-TOTAL coûts VA28		0 €	48 684 €	157 817 €	206 501 €
VA95 Démarrage en mars 2024 IDEO géré par EPOCA	CH Argenteuil - personnel médical (0,4 ETP)	0 €	0 €	29 867 €	29 867 €
	TOTAL CH Argenteuil	0 €	0 €	29 867 €	29 867 €
	IDE Argenteuil (1 ETP) - géré et financé par EPOCA	0 €	0 €	32 667 €	32 667 €
	Charge véhicule - géré et financé par EPOCA	0 €	0 €	2 800 €	2 800 €
	Frais de fonctionnement - géré et financé par EPOCA	0 €	0 €	4 172 €	4 172 €
	TOTAL IDE Argenteuil (supporté par EPOCA)	0 €	0 €	39 639 €	39 639 €
SOUS-TOTAL coûts - VA95		0 €	0 €	69 506 €	69 506 €
TOTAL COÛTS EXPERIMENTATION VIGIE AGE		846 959 €	1 171 654 €	1 293 896 €	3 312 509 €