

Avis du Comité technique et du Conseil stratégique de l'innovation en santé sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation portant la policlinique mobile TokTokDoc

Octobre 2023

Le comité technique de l'innovation en santé est saisi pour avis sur la généralisation de l'expérimentation de « Policlinique Mobile TokTokDoc » portée par la société NEMO HEALTH S.A.S. et autorisée par arrêtés du 09 octobre 2019 (*et modifié par arrêtés* du 09 novembre 2019, 30 mars 2022, 07 février 2023, et du 20 juillet 2023).

Après examen du rapport d'évaluation et des différents documents à sa disposition, le comité technique a rendu son avis le 6 octobre 2023 et le conseil stratégique le 30 octobre 2023.

Contexte

Les Ehpad peuvent constituer des zones enclavées et fragilisées en termes d'accès aux soins, notamment spécialisés. Leurs populations sont généralement dépendantes, polypathologiques, et peu mobiles. Les professionnels de santé spécialisés en sous-démographie, ne se déplacent généralement pas au chevet de ces patients. L'usage de la télémédecine est souvent présenté comme une réponse adaptée à ces difficultés. Toutefois, il est constaté sur le terrain un usage de la télémédecine faible et les motifs évoqués sont nombreux : peu d'infirmiers formés, rompus à la télémédecine, *turn-over* important des professionnels formés, temps de soins contraint, difficultés organisationnelles et de coordination avec les acteurs libéraux et hospitaliers.

Le projet vise la mise en place d'un parcours de soins, confié à un acteur qui fédère et coordonne l'équipe autour du patient, y compris son médecin traitant et ses médecins spécialistes habituels.

Objet de l'expérimentation

L'expérimentation a pour objet de créer un parcours de santé dédié en Ehpad grâce à la télémédecine par une organisation comparable à celle d'une équipe mobile (mise à disposition d'expertise tout en acculturant les professionnels soignants de proximité). Elle repose sur une offre complète et unifiée de soins notamment de spécialités en télémédecine.

Déroghations mobilisées

Le projet déroge aux règles des conventions nationales des médecins libéraux (article L162-5 du Code de la sécurité sociale), et des infirmiers libéraux (L162-12-2 du Code de la sécurité sociale).

Champ d'application territorial de l'expérimentation

Le champ d'application du projet est régional avec un objectif de mise en œuvre dans 18 Ehpad situés en région Grand Est.

Durée de l'expérimentation

Initialement prévue pour 34 mois, la durée totale du projet a été entendue à 48 mois (aux seules fins de disposer des résultats évaluatifs) avec une phase pilote de mise en œuvre dans 8 Ehpad du département du Bas-Rhin pour éprouver le modèle organisationnel et valider le modèle économique, et une phase d'extension pouvant aller jusqu'à 10 Ehpad supplémentaires de la région Grand Est soit un total maximum de 18 Ehpad.

Population cible, professionnels et structures impliqués :

File active cible de la Polyclinique Mobile (PM) : 1 374 résidents d'Ehpad

Critère d'inclusion : résidents des Ehpad (liste établie entre le porteur, l'ARS et la DCGDR Grand Est)

Les inclusions ont été réalisées du 1^{er} octobre 2020 au 31 août 2023.

Montée en charge des inclusions :

	Objectif	Réalisé	Commentaire
File active	1 374	1 335 ¹	Conforme au cahier des charges
Nombre de résidents inclus sur la totalité de l'expérimentation	Non estimé	2 029 ²	

Structures impliquées :

	Vague 1 Département 67 Oct.20-Oct.23	Vague 2 Départements 57 et 88 Mars 22-Oct.23
17 Ehpad	Saint Joseph, Strasbourg Le Kirchberg, La Petite Pierre Koenigshoffen, Strasbourg Les 4 Vents, Vendenheim St Gothard, Strasbourg St Charles, Schiltigheim La Montagne Verte, Strasbourg Le Tilleul, La Wantzenau	Résidence de Ditschviller, Cocheren Notre Dame de Blaumberg, Sarreguemines Le Hêtre Pourpre, Hombourg-Haut Les Lauriers, Longeville, les St-Avold Le Forfelet, Corcieux Les Grès Flammés, Rambervilliers MRI de Bruyères, Bruyères CH d'Avison, Bruyères Saint Jean-Baptiste, Fabervillers

Professionnels contribuant au fonctionnement de la structure « PM » TokTokDoc :

- Des IDE formés à la télémedecine, salariés de la PM,
- Un réseau de médecins spécialistes vacataires requis pour la réalisation des actes de télémedecine,
- Un gériatre référent, salarié de la PM depuis le 4^{ème} trimestre 2021 (non prévu par le cahier des charges) pour la validation et l'actualisation des besoins de télémedecine des résidents.
- Une équipe support pour les missions de coordination des activités télémédicales, de maintenance de la solution technologique et les services d'intermédiation et de support pour leurs professionnels soignants,
- Une équipe de Direction projet dédiée.

¹ Source plateforme de facturation article 51 au 31 mars 2023. L'avis CTIS de juillet 2023 a prolongé le projet au 31 octobre 2023 sans augmentation de cette file active et avec une possibilité d'inclusion en cas de sortie jusqu'au 31 août 2023.

² Source plateforme de facturation article 51 au 20/09/2023

Modèle testé

Les patients sont inclus dans l'expérimentation une fois leur consentement éclairé recueilli. Dès lors, les patients sont intégrés au "parcours" PM et peuvent bénéficier de ses services en fonction de leurs besoins. Leur prise en charge est adaptée selon un Programme Personnalisé de Soins (PPS). L'effecteur PM sollicite ensuite le médecin traitant du patient afin qu'il qualifie la pertinence de la modalité de prise en charge par télémedecine, la criticité de prise en charge et l'adressage au spécialiste adéquat. La PM propose aux spécialistes habituels d'intégrer le "format" PM en tant que requis, c'est-à-dire une rémunération sous forme de vacation se substituant au financement à l'acte pour les résidents inclus dans l'expérimentation.

Le modèle de financement est substitutif du paiement à l'acte et repose sur une rémunération forfaitaire et une part d'intéressement :

1. Un montant unique à l'inclusion du résident : 50€/bénéficiaire ;
2. Un montant forfaitaire mensuel après l'inclusion : 130€/bénéficiaire ;
3. Un intéressement collectif lié à la performance (rétrocession d'économies générées), qui vise à inciter l'ensemble des acteurs (PM, établissements médico-sociaux et médecins traitants) à maximiser les impacts médicaux et économiques. Cet intéressement devant représenter 50 % des économies effectivement générées. En cas d'absence d'intéressement, le versement d'un forfait complémentaire mensuel de 20€ est prévu. A noter que cette part de 20€ a été ajoutée d'ores et déjà, dans le cadre expérimental, au forfait mensuel de prise en charge sur toute la durée du projet. Le calcul de l'intéressement collectif sera réalisé par les évaluateurs au dernier trimestre 2023 en fonction de la disponibilité des données du SNDS.

Budget

Coût de l'expérimentation :

	Budget prévisionnel maximal autorisé	Budget consommé	Commentaire
Financement dérogatoire (FISS) – part « forfaits »	5 039 740 €	4 609 490 € ³	conforme
Crédits d'amorçage et d'ingénierie (FIR)	158 000 €	158 000 €	Un complément FIR de l'ARS Grand Est, d'un montant de 270 000€, pour assurer un fonctionnement entre le 1 ^{er} avril 2020 et le 30 septembre 2020 dans le cadre de la crise covid-19 et en avance de phase de la mise en place du circuit de facturation article 51 sur le FISS
Total	5 197 740 €	4 767 490 €	conforme
Financement dérogatoire (FISS) -Part variable	3 560 270 €	-	Le calcul sera réalisé fin 2023

Principaux résultats d'évaluation

Les objectifs d'évaluation :

Question 1 (Faisabilité/Opérationnalité) : Dans quelle mesure la Polyclinique TokTokDoc a-t-elle la capacité de mettre en place et faire fonctionner, opérationnellement et financièrement, une offre complète de soins en télémedecine sous le modèle d'un établissement de santé "hors les murs" ?

Question 2 (Efficacité) : Dans quelle mesure le projet atteint-il ses objectifs de facilitation à l'accès aux soins pour les personnes en ESMS ? d'articulation entre professionnels de santé

³ Source plateforme de facturation article 51 au 20/09/2023

? de diminution des coûts financiers (impact médico-économique) ? et de développement de la télémédecine ?

Question 3 (Efficience) : Quels sont les impacts observés de ce dispositif sur le recours aux soins des patients et sur les coûts de prise en charge ?

Question 4 (Reproductibilité) : Dans quelle mesure l'expérimentation est-elle capable de donner naissance à un modèle reproductible à l'échelle nationale ?

Les constats :

Sur la période évaluée (oct. 2020 – oct. 2022), la PM a signé des conventions avec 17 EHPAD (sur les 18 identifiés pour participer à l'expérimentation), incluant un total de 1 567 résidents différents avec 3 990 actes de télémédecine réalisés. En termes d'accès aux soins, le dispositif de la PM vient faciliter le recours à la médecine de spécialité en EHPAD sans déplacement des résidents, facteur de stress pour cette population. La réduction des délais d'obtention d'un rdv spécialiste est observé et il s'agit d'un des motifs principaux de sollicitation de la PM évoqué par les professionnels des EHPAD et médecins traitants.

Une organisation qui valorise la compétence des IDE de télémédecine mais qui interroge sur un fonctionnement en « circuit fermé »

La clef de voute du dispositif est le déploiement d'IDE formés à la télémédecine au sein des Ehpads. Chaque IDE partage son temps de présence entre 2 à 3 établissements avec une file active moyenne de 139 résidents. En routine, ces IDE dédient environ 50% de leur temps à des activités de coordination entre les acteurs (requis, médecins co, MT, IDE Ehpads) et de recueil de données (bilan infirmier, rédaction du PPS) et 40% à la télémédecine avec un large périmètre d'actes techniques. Leur professionnalisme et leur expertise sont soulignés par les professionnels des établissements et les spécialistes requis. Un impact positif sur les équipes soignantes en établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) a été observé, avec une réduction de la « charge mentale » d'organisation des consultations et une amélioration de la qualité du temps accordé aux résidents, En miroir, les IDE expriment un sentiment de légitimité et de valorisation de leur métier. L'hypothèse d'une internalisation de cette compétence télémédicale en ESMS, à isopérimètre, ne paraît pas envisageable pour de nombreux professionnels en ESMS compte tenu du contexte actuel de difficultés des ressources humaines en Ehpads.

De façon non prévue par le cahier des charges, ces IDE sont soutenus (depuis fin 2021), par un médecin référent salarié de la PM apportant une expertise gériatrique dans la validation des besoins de TLM (PPS) et réalisant des téléconsultations systématiques pour les résidents récemment arrivés dans l'Ehpads (inférieur à 6 mois), éléments déclencheurs de l'inclusion du résident dans le dispositif et du démarrage de la facturation mensuelle. Sans questionner l'intérêt d'une expertise gériatrique dans l'analyse des besoins des personnes hébergées en Ehpads, cette modification organisationnelle positionne donc le médecin gériatre salarié comme le régulateur du déclenchement de la rémunération de la PM et du recueil des besoins de TLM à venir. La place du médecin coordonnateur en EHPAD, en charge dans les textes de la coordination de la réalisation d'une évaluation gériatrique notamment à l'entrée du résident⁴, n'a pas été définie initialement et n'a pas été standardisée par la suite dans les organisations observées. La PM s'inscrit ainsi dans une démarche majoritairement « autoprescriptive » d'actes de soins en TLM.

En termes d'implication du médecin traitant, celui-ci est destinataire des PPS sans qu'il les valide. C'est au moment de la réalisation d'un acte de télémédecine que la confirmation de sa pertinence par le médecin traitant est demandée. De fait, le niveau de recours par résident est prévu pour être « médecin traitant-dépendant » et ce schéma s'est retrouvé confronté aux difficultés fréquemment observées de mobilisation des médecins traitants auprès des résidents en Ehpads. Les équipes au sein des Ehpads se disent rassurées par le rôle donné aux médecins traitants pour valider le déclenchement des actes (tel que présenté dans le cahier des charges) et, par conséquent, limiter les potentielles dérives et risques de sur prescriptions.

⁴ Article D312-158 du Code de l'Action Sociale et des familles, modifié par décret n°2019-714 du 5 juillet 2019 – article 2

Afin de respecter cette exigence, la Polyclinique Mobile a mis en œuvre des actions en faveur de la collaboration avec les médecins traitants notamment en allant à leur rencontre, dans leur cabinet. Pour autant, si le suivi des actes refusés par les médecins traitants a bien été mis en place (33% des actes sur la période avril 22 à octobre 22⁵), il n'a pas été possible d'identifier la part des actes validés explicitement par les médecins traitants. Par ailleurs, un système de débordement a été mis en place en cas d'absence de réponse du médecin traitant dans des cas d'urgence « non vitale » passant par le médecin gériatre salarié disponible 5 jours/7, mais sans traçabilité fine des appels entre les médecins coordonnateurs et le référent gériatre. Il est également à noter que les actes de téléexpertise peuvent être réalisés sans le recueil préalable de l'accord du médecin traitant mais sur sollicitation du médecin coordonnateur.

La PM s'appuie sur un réseau de médecins spécialistes vacataires avec la pré-réservation de créneaux de rendez-vous permettant une réduction des délais d'obtention des rendez-vous. Le panel de spécialités s'est enrichi au cours de l'expérimentation. Les professionnels d'Ehpad estiment que le panel des 12 spécialités du réseau de professionnels requis est adapté aux besoins des résidents : gériatrie, cardiologie, psychiatrie/neuropsychiatrie, dermatologie, néphrologie, diététique, endocrinologie, pneumologie, ORL, Gastro-entérologie, ophtalmologie, rhumatologie, buccodentaire. Répliquable à d'autres territoires sous réserve d'une capacité à recruter suffisante dans les spécialités visées, le fonctionnement par vacations requiert une bonne anticipation du volume de créneaux à réserver pour être efficient. L'évaluation met en évidence la progression de la consommation générale des créneaux de vacations ainsi que l'optimisation des créneaux réservés pour certaines spécialités pour atteindre 82% d'utilisation au T4 2022. En pratique, la sollicitation des médecins spécialistes du cercle de soins (« habituel ») des patients, prévue par le cahier des charges, pour la réalisation de l'acte de télémedecine n'est pas observée. Cela correspond à un choix du porteur dans un souci d'optimisation des ressources, sans réussir à tenir l'engagement prévu dans le cahier des charges d'intégrer, au cours de l'expérimentation, des médecins requis de proximité dans de nouveaux territoires peu denses en ressource médicale.

Une augmentation de l'activité globale en lien avec une intensification du recours à la télé expertise

Le volume global de l'activité de TLM de la PM a augmenté pendant la durée du projet avec un saut important à partir de l'année 2022. Celui-ci en lien avec l'entrée des EHPAD de la vague 2 mais aussi par deux changements structurels importants :

- La mise en place d'une téléconsultation gériatrique systématique d'inclusion dans le dispositif assurée par le médecin référent salarié pour les résidents arrivés dans l'EHPAD depuis moins de 6 mois (ajustement de l'organisation à partir de fin 2021),
- Une intensification des actes de téléexpertise moins contraignante sur le plan organisationnel : sans synchronisation des interventions ou de demande d'accord systématique du médecin traitant (cf. figure 1). Les actes de téléexpertise représentent 52% du volume d'activité (entre janvier et octobre 2022).

⁵ A noter que ces données ne reflètent que partiellement l'activité de la Polyclinique Mobile car seule la période avril 2022 – octobre 2022 est couverte par le système d'information du porteur et ce suivi ne concerne que les actes « planifié », soit environ un tiers de l'activité.

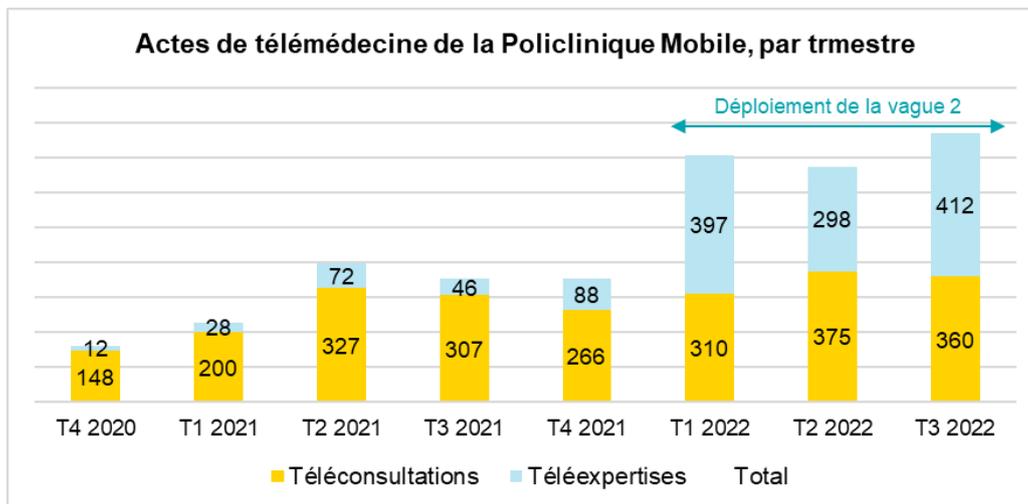


Figure 1 : Graphique synthétisant le volume d'actes de télémédecine entre oct.2020 et oct.2022 (rapport évaluation EY, juillet 2023)

Les niveaux de recours effectifs sont très variables entre spécialités, les plus sollicitées sont l'ORL, la gériatrie et la cardiologie. En particulier, la téléexpertise ORL représente à elle-seule 44% de l'ensemble de l'activité du dispositif (téléconsultations et téléexpertises) et 83% des actes de téléexpertise (entre janvier et octobre 2022). Pour les autres spécialités, sur la même période, l'activité du dispositif (téléconsultations et téléexpertises) était marquée par 23% de gériatrie, 17% de cardiologie, 5% de psychiatrie/neuropsychiatrie, 4% de dermatologie, 2% de diététique et de médecine buccodentaire, 1% d'endocrinologie diabétologie, pneumologie, gastroentérologie et moins de 1% de rhumatologie.

Un niveau d'activité par résident hétérogène

Entre octobre 2020 et octobre 2022, 32% des patients inclus dans l'expérimentation n'ont bénéficié d'aucun acte de télémédecine (cf. figure 2). Ce chiffre atteint 23% sur la patientèle de la vague 1 avec une hétérogénéité notable entre ESMS.

Figure 2 : Tableau des nombres de patients ayant bénéficié des différents types d'actes, avec détail par vague

Proportion de patients uniques ayant bénéficié d'au moins...	Total (1 530 patients)	Vague 1 (1 067 patients)	Vague 2 (463 patients)
Une téléconsultation	51%	64%	23%
Une téléexpertise	53%	59%	39%
Une téléexpertise <u>ou</u> une téléconsultation	68%	77%	48%
Une téléexpertise <u>et</u> une téléconsultation	36%	45%	15%

Source : données du SI Porteur arrêtées au 31/10/2022

L'analyse des actes sur l'ensemble de la cohorte (vague 1 et 2) permet d'identifier trois catégories de bénéficiaires :

- Un premier tiers des patients n'a bénéficié d'aucun acte de télémédecine,
- Un second tiers des patients a bénéficié d'1 ou 2 actes,
- Le tiers restant de patients a bénéficié de 3 à 22 actes, dont la moitié se situent dans l'intervalle entre 3 et 4.

Le mode de financement au forfait mensuel par résident inclus apparaît peu approprié en raison d'un décalage important entre le nombre de forfaits ouverts et le nombre de patients qui bénéficient effectivement du service. Dans l'optique d'estimer un coût à l'acte du dispositif, 4 méthodes ont été utilisées suivant le type d'activité pris en considération. Une première estimation globale, sur la base de l'activité de 2022 (janvier à octobre) incluant l'ensemble des ESMS sans distinction, évalue le coût à l'acte entre 336 € et 448 €. En distinguant les vagues de déploiement, un coût à l'acte est estimé entre 180 € et 749 € pour les établissements en routine (vague 1), l'écart important étant lié aux niveaux de consommation très variables entre ESMS. Dans les établissements en montée en charge en 2022 (vague 2), l'estimation est comprise entre 144 € et 4 209 €, les moyennes par méthode variant entre 373 € et 1 202 €.

Les directions d'ESMS soulignent la qualité des échanges et la réactivité avec les équipes de pilotage et gestion de la PM. Ils reçoivent les relevés d'activité mensuels avec les détails des téléconsultations et téléexpertises réalisées. Toutefois, les entretiens mettent en évidence une méconnaissance du modèle économique soutenant le dispositif et le coût réel des forfaits.

Pas de mise en évidence d'un effet sur la baisse du recours global aux soins ou la diminution des dépenses de santé des bénéficiaires

L'analyse basée sur une méthodologie de comparaison d'une cohorte de patients TTD avec un groupe témoin sur la période comprise entre mars 2020 et octobre 2022 a porté sur des indicateurs :

- de recours aux soins (hospitalisations globales, hospitalisations liées à des pathologies spécifiques, hospitalisations évitables, urgences suivies ou non d'hospitalisations, recours aux soins villes tels que les consultations médicales, soins paramédicaux, télémédecine, recours à des traitements médicamenteux marqueurs tels que la vaccination ou la consommation des psychotropes...
- de dépenses d'assurance maladie (totales et ventilées par grand poste).

Les analyses font ressortir les résultats suivants :

- Le recours à l'hospitalisation MCO ou aux urgences durant le suivi ne diffère pas entre les patients TTD et les patients témoins (en proportion de patients ou en nombre moyen par patient-mois d'hospitalisations)
- Le recours aux consultations (y c. consultations externes mais hors télémédecine) ne diffère pas, hormis une légère augmentation pour les consultations en ville parmi les patients TTD ; mais le nombre moyen par patient-mois est plus élevé chez les patients TTD que les patients témoins.
- Comme attendu, il y a environ 3.5 fois plus de patients TTD qui présentent au moins une consultation à distance par rapport aux témoins.
- En ce qui concerne les coûts évalués sur la totalité du suivi, les postes de coûts plus élevés parmi les patients TTD par rapport aux témoins sont les postes suivants : consultations en ville (téléconsultation hors TokTokDoc inclus) (+48%), et les médicaments (hors PUI) (+39%), tandis que les actes médicaux CCAM en ville sont moins élevés (-17%).
- Les coûts de transport ne diffèrent pas entre les cas et les témoins
- En prenant en compte le forfait TokTokDoc, le coût total de prestations remboursées des patients TTD sur la totalité du suivi est plus élevé que le coût des patients témoins (+32%).

L'analyse des dépenses de soins paramédicaux en ville ayant montré un très fort surcoût dans la cohorte TTD (+129%) tiré principalement par un établissement pendant la période covid, une analyse complémentaire des coûts totaux hors soins paramédicaux a été menée. Elle confirme les résultats précédents (+25% pour la cohorte TTD).

En regardant par mois de suivi, on observe que le coût total des soins remboursés, plus élevé les 12 premiers mois de suivi (+ 48% les 6 premiers mois de suivi, +45% entre 6 et 12 mois de suivi), devient non différent du coût des témoins à partir d'un moment compris entre le 12^{ème} et le 18^{ème} mois de suivi (parmi les patients encore suivis), selon la méthode de redressement

des données appliquées. En l'état des données disponibles, il n'est pas possible de dire si la disparition des écarts de coûts entre les cas TTD et les témoins est liée à un effet d'exposition de longue durée à TTD ou s'il est lié à une possible déformation des cohortes cas et témoins. En effet, la comparaison porte sur 1387 patients en début de période mais seulement un peu plus de 250 à partir du 18^{ème} mois, ce qui ne garantit plus la comparabilité des deux cohortes.

Comme toute analyse statistique de ce type, celle-ci comporte des forces mais aussi des limites qui ont été évoquées et discutées avec les porteurs. Ces limites sont décrites dans le rapport d'analyse quantitative et se concentrent principalement sur la méthode de construction de groupe témoin. Elles sont inhérentes aux méthodes statistiques qui visent à compenser l'absence d'un groupe témoin construit à partir d'un échantillon randomisé contrôlé, ainsi que l'indisponibilité de données qui auraient permis de renforcer la comparabilité des cohortes cas et témoins. Le comité technique de l'Innovation en santé considère néanmoins que les méthodes appliquées à cette étude sont conformes aux pratiques habituelles des organismes d'études statistiques.

Le comité technique de l'innovation en santé rappelle également, que les données sur l'efficacité et l'efficience ne sont pas centrales dans l'évaluation des innovations organisationnelles et qu'elles doivent être mises en perspectives avec les observations et enseignements portant sur les axes de la faisabilité et la reproductibilité.

Conclusions

- *Faisabilité opérationnelle :*

La satisfaction des professionnels des ESMS vis-à-vis de l'organisation en place apparaît principalement en lien avec l'activité des IDE de TLM qui soulagent les équipes en permettant le repérage des besoins d'actes de soins réalisables par de la TLM et en évitant la gestion de déplacements toujours complexes. Les activités portées par la PM qu'elles soient d'ordre logistique, technique, d'appui à la formation des IDE, managériale et médicale (médecin gériatre) permettent de ne pas peser sur le personnel des EHPAD. L'organisation pose néanmoins la question de sa régulation et de son ancrage plus globalement dans le parcours de soins du résident au-delà des actes réalisés par la TLM.

- *Caractère efficient :*

Si l'organisation permet significativement d'augmenter le recours à des consultations spécialisées via la TLM, elle n'a pu faire la démonstration de son impact sur la réduction des hospitalisations, ni des transports. Par ailleurs, elle est associée à des dépenses globales plus élevées.

- *Reproductibilité :*

La généralisation du modèle testé ne pourrait s'envisager sans une réflexion importante sur la pertinence des actes proposés et la régulation du dispositif.

L'évaluation met en avant une nécessaire période de montée en charge tant au niveau de la stabilisation de l'activité de l'IDE, de la création d'un lien avec les médecins traitant que de l'utilisation des créneaux réservés des spécialistes requis dans un territoire.

Recommandation du CTIS pour la suite à donner à l'expérimentation

Si le cadre testé par l'expérimentation TokTokDoc n'apporte pas aujourd'hui une réponse satisfaisante sur les conditions d'implantation de la télémédecine en Ehpad, il confirme néanmoins qu'elle représente un réel intérêt pour améliorer l'accès aux soins des résidents des Ehpad, souvent difficilement transportables et éloignés de la médecine de spécialité.

L'enseignement positif principal de cette expérimentation est le positionnement d'IDE mobiles formés à la télémédecine et ayant une activité mutualisée entre plusieurs ESMS. Sans alourdir le travail des équipes de l'Ehpad, leur activité permet d'apporter une compétence et un service supplémentaire stable dans le temps. Cette conclusion rejoint l'avis porté par le CTIS et le CSIS sur l'expérimentation « dépistage et diagnostic des problèmes de santé bucco dentaires

des personnes à mobilité réduite dans les établissements sanitaires et médico sociaux du département du Cher en utilisant les outils de télémédecine »⁶ où le principe reposait sur l'intervention d'IDE formées à la télémédecine pour faire du dépistage buccodentaire dans les ESMS du département du Cher grâce une organisation portée par le GHT.

Les évolutions à envisager sont en premier lieu de traiter la question de la régulation de l'activité. Ceci pour assurer une adéquation entre priorisation des besoins de santé et réalisation des actes de télémédecine. L'augmentation des effectifs en EHPAD, l'arrivée des IPA ayant la possibilité de prescrire ainsi que l'évolution des missions des médecins et infirmiers coordonnateurs en EHPAD devraient pouvoir faciliter la mise en œuvre de la télémédecine dans ces établissements. A terme, l'activité de télémédecine pourrait être portée par des groupements tels que les GHT, les GCSMS (groupement de coopération sociale ou médico-sociale), les futurs GTSMS (Groupement territorial social et médico-social pour personnes âgées) de la proposition loi bien vieillir, tant sur le plan d'IDE mobiles dédiés à la télémédecine que pour l'organisation des plannings médicaux ou le rôle de premier recours et de régulation.

Enfin, le modèle économique reposant sur un forfait mensuel (déclenché pour un grand nombre de résidents sans service rendu) et un intéressement aux économies générées n'est pas fonctionnel et ne peut être retenu. L'article 28 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 modifie l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale afin d'ajouter les sociétés de téléconsultation à la liste des professionnels et opérateurs de santé autorisés à facturer les soins à l'Assurance Maladie. Il s'agit d'une composante nouvelle à prendre en compte dans l'équilibre économique d'un modèle de rémunération.

Recommandation du Conseil stratégique pour la suite à donner à l'expérimentation

Pour faire face à la problématique actuelle d'accès aux soins des personnes résidant en EHPAD, le conseil stratégique de l'innovation en santé souligne les avancées de l'expérimentation (cf. annexe), en ce qui concerne principalement :

- Le rôle des IDE mobiles formés à la télémédecine et mutualisées entre EHPAD, assistants les actes de télémédecine au chevet des résidents et interagissant avec les professionnels de l'EHPAD pour soutenir et faciliter la réponse aux besoins ;
- La transmission des informations au médecin traitant ;
- Le soutien de l'équipe soignante de l'établissement, en particulier du médecin coordonnateur notamment pour la réalisation de l'évaluation initiale gériatrique d'entrée en EHPAD.

Ces éléments sont jugés opérant pour faciliter le recours à la médecine de spécialité sans déplacement des résidents, pour réduire les délais d'obtention d'un rdv spécialiste, et rétablir une coordination du parcours de santé entre personnels de l'EHPAD, médecin traitant et spécialistes pour limiter les pertes de chances.

Est également reconnue la nécessité d'ajustements importants du modèle économique (s'agissant du montant des rémunérations, du facteur de déclenchement, voire de la prise en compte de la certification des plateformes de télémédecine et l'existence, en droit commun, de la facturation des actes de télémédecine et de téléexpertise) et de l'amélioration de la pertinence de l'activité (régulation des prescriptions, rôle des médecins traitants et du médecin coordinateur dans l'inclusion, identification des priorités en matière de soins spécialisés avec notamment un volet spécifique sur la prescription et le renouvellement de médicaments, approche territorialisée).

Si tous les membres du conseil stratégique reconnaissent le besoin de la population résidant en EHPAD et la pertinence d'y répondre en mobilisant la télémédecine, les avis exprimés sur

⁶ Avis de fin d'expérimentation du CTIS et CSIS du CTIS du 8 septembre 2023 sur l'expérimentation « dépistage et diagnostic des problèmes de santé bucco dentaires des personnes à mobilité réduite dans les établissements sanitaires et médico sociaux du département du Cher en utilisant les outils de télémédecine »

la suite à donner sont cependant partagés de façon égale entre un passage en droit commun suite à l'expérimentation et la nécessité d'adapter le modèle avant d'acter celui-ci. Compte tenu de cette situation et de l'avis défavorable du comité technique dont les membres appartiennent également au conseil stratégique, il est considéré que le conseil stratégique de l'innovation en santé émet un avis défavorable à la généralisation de cette expérimentation en l'état tout en appelant de ses vœux la prise en compte des enseignements positifs de cette expérimentation dans le cadre d'une réflexion à engager avec les parties prenantes sur l'objectivation des besoins et des pistes de réponse à apporter.

**Pour le conseil stratégique
de l'innovation en santé**

Natacha Lemaire
Rapporteuse Générale

Annexe

Position de l'assemblée des départements de France (ADF)

Après lecture du dossier, et sollicitations des services départementaux, Départements de France souhaite faire part au Conseil Stratégique de l'Innovation en Santé de son avis favorable à la poursuite du projet et son passage dans un sas de droit commun de 18 mois, prévu par la loi, afin de pouvoir confirmer les conclusions du dispositif.

Concernant le cadre d'ensemble, Départements de France souhaite faire état d'un contexte particulièrement préoccupant pour l'accès aux soins, unanimement constaté sur les départements et les ayant conduits à porter une résolution pour lutter contre les déserts médicaux.

Le projet présenté constitue une opportunité qui ne peut être écartée en l'état dans la mesure où il vise à renforcer l'accès aux soins de spécialité en Ehpad, actuellement totalement carencé, mais aussi à renforcer en amont le dépistage des pathologies des résidents.

D'après les retours que nous avons pu avoir, la mise en place d'un dispositif de télémédecine accompagnée par 10 infirmiers (IDE) mobiles spécialisés en télémédecine affectés en EPHAD paraît être une solution de proximité pour répondre aux besoins identifiés pour un accès renforcé, dans des délais raisonnables, aux consultations spécialisées, très carencées en temps normal. Il ressort notamment que l'accès aux soins de spécialité passe, sauf erreur, d'une moyenne nationale d'une consultation par an à 4 par an en télé-acte.

Ce dispositif permet en outre une simplification de l'accès aux soins et une meilleure coordination. Il s'appuie par ailleurs sur un encadrement renforcé des IDE dans le cadre des protocoles proposés. La participation des IDE aux formations des autres personnels des EPHAD, la coordination renforcée des approches paraissent notamment des avancées significatives contribuant à mieux dépister les situations problématiques dans le cadre d'une approche globale bénéfique et moins segmentée du résident.

Enfin, la coordination entre la policlinique mobile et le médecin traitant apparaît opérante et efficace. Cette disposition est une condition majeure de la réussite d'un tel projet au regard des publics concernés et de l'historique de leur parcours de soins.

Position de la Direction générale des entreprises (DGE)

En l'état actuel du dispositif, la généralisation de l'expérimentation dans le droit commun ne semble pas envisageable. Par ailleurs, une éventuelle prolongation du dispositif ne paraît pas opportune en première approche car celle-ci serait limitée à une année (compte tenu de la durée maximale de 5 ans prévue par l'article 51) ; cela ne laisserait vraisemblablement pas le temps de remettre à niveau l'expérimentation initiée en 2019 et d'en évaluer les résultats.

Néanmoins, étant donné l'intérêt d'un tel dispositif pour renforcer l'offre auprès de populations rencontrant de réelles difficultés d'accès aux soins, la DGE regardera favorablement le dépôt d'un nouveau dossier dans lequel (i) le modèle économique sera ajusté (montant du forfait et déclenchement), (ii) l'activité sera régulée en apportant, notamment, plus de transparence sur le rôle du médecin prescripteur.

Position de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (FEHAP)

Après consultation des adhérents ayant recours à cette expérimentation, la FEHAP souhaite donner un avis favorable à la poursuite du projet et à son inscription dans un sas de droit commun.

Depuis plusieurs années, nos établissements sont confrontés à une forte pénurie de personnels couplée à des difficultés d'ordre économique. Ces situations, parfois insoutenables, peuvent avoir un impact indirect et non désiré sur la qualité de prise en charge des personnes âgées accueillies. Le projet de la Polyclinique Mobilise visant à dédier un(e) infirmier(e) diplômé(e) (IDE) à la télémédecine et au chevet des résidents est venu soutenir nos adhérents et réinscrire les établissements dans une logique de prévention et de meilleure articulation du parcours de soins.

En effet, ce dispositif innovant alliant les nouvelles technologies aux compétences humaines des IDE a permis à nos adhérents de constater une meilleure qualité de prise en charge. Dans les grandes lignes, ce qui a pu être constaté et apprécié :

- Simplification de l'accès aux soins pour les personnes âgées accueillies, avec notamment la possibilité de recourir à une évaluation gériatrique standardisée « à domicile » fort utile au médecin coordonnateur en charge d'organiser et de coordonner l'évaluation gériatrique des résidents à l'admission et autant que nécessaire selon les textes réglementaires en vigueur ;
- Meilleur accès aux consultations de spécialités avec des temps d'attente réduits, contribuant à réduire les polyopathologies dont sont souvent sujets les personnes âgées (notons également que la médecine spécialisée est difficile d'accès en règle générale) ;
- Prise en charge plus qualitative grâce à l'encadrement de l'IDE de télémédecine (documentations en amont, utilisation d'outils de diagnostics spécifiques, transmissions des informations pertinentes, intégration des résultats dans le DPI et transmission à l'équipe et au médecin traitant, etc.)
- Soutien pour l'équipe soignante de l'établissement et notamment pour le médecin coordonnateur avec un meilleur partage d'information dans le strict respect du secret professionnel et médical (accès au DPI, transmission structurée des informations) ;
- Meilleur dépistage des fragilités avant la prise en charge sur la prévention plutôt que sur l'urgence (et donc moindre recours aux hospitalisations).

Au-delà de ces aspects notables, les adhérents ont souhaité également remonter deux faits qui nous semblent pertinents :

- L'IDE de la PM sensibilise et familiarise les médecins traitants plus ou moins réticents à la télémédecine, dispositif d'avenir quant au regard de la pénurie de médecins généralistes et certains spécialistes sur le territoire français ;
- L'IDE participe également aux formations des IDE de l'EHPAD, en lien avec le médecin coordonnateur pour mieux apprécier les situations d'urgence.

Grâce au suivi médical plus poussé et systématique, ainsi qu'aux consultations spécialisées, la PM permet d'améliorer le parcours de soins des résidents en y développant une vision globale de l'état de santé du patient. L'optimisation des traitements avec la démarche de conciliation médicamenteuse, la révision systématique des prescriptions en appui au médecin coordonnateur sont autant de cibles d'amélioration de la prise en charge médicale en EHPAD.

Considéré comme un véritable soutien organisationnel, nos adhérents porteurs de cette expérimentation, souhaitent voir ce projet perdurer et se sont déjà engagés dans une démarche de co-construction et d'amélioration continue auprès de la PM pour augmenter la pertinence des services proposés et élargir le spectre d'intervention

Position de la Fédération hospitalière de France (FHF)

La FHF souligne l'intérêt qu'il y aurait à poursuivre l'expérimentation de Polyclinique mobile TOKTOKDOC à laquelle participe plusieurs établissements publics dans la région Grand Est. Ce dispositif qui est perfectible notamment en terme économique mais, permet une réelle amélioration du suivi des résidents.

S'il est sans doute à ce stade prématuré d'envisager la généralisation de ce dispositif il serait en revanche fort dommageable d'y mettre fin.

Position de France assos santé

France Assos Santé partage les conclusions de l'analyse du Comité Technique et comprend en premier analyse la décision défavorable actuellement considérée pour le projet cité en

référence. Il ressort les points suivants : une absence de maturité de l'approche économique ; un risque d'auto-prescription compte tenu des critères d'inclusion prévus dans l'expérimentation et, surtout, la prise en compte de l'évolution réglementaire prévoyant la certification des plateformes de télémedecine dans le PLFSS 2023 et l'existence, en droit commun, de la facturation des actes de télémedecine et de téléexpertise.

Néanmoins, France Assos Santé considère que l'expérimentation, sous réserve d'ajustements, devrait pouvoir bénéficier de l'application de l'article 22 du PLFSS ; en accord avec les actions et plaidoyer de notre Union en matière de télémedecine (cf. Manifeste pour faire de la télémedecine un réel vecteur d'accès aux soins pour tous, Jouer la carte des territoires pour lever les freins, Septembre 2023) :

- Le besoin d'une offre structurée répondant spécifiquement aux besoins des résidents d'EHPAD, dans le contexte actuel particulièrement difficile, doit être considéré alors que le développement actuel de la télémedecine est « loin de tenir ses promesse ».
- Les prises en charge dans le droit commun ne permettraient pas de garantir la poursuite d'activités répondant aux besoins des résidents d'EHPAD, nécessitant la présence d'IDE formées dans l'assistance aux actes de télémedecine et téléexpertise d'une part et permettant l'implication d'un gériatre dans l'évaluation initial, l'établissement d'un plan de soin personnalisé et son suivi d'autre part.

Plusieurs évolutions nous semblent nécessaires sur le court terme et devrait être, dans le période de 18 mois prévu par l'article 22 :

- Le Médecin traitant du résident, ou à défaut le médecin coordonnateur de l'EHPAD, serait responsable de l'inclusion des résidents susceptibles de bénéficier des services de télémedecine assistée proposée ;
- L'approche territoriale est seule susceptible de favoriser la mutualisation des besoins entre EHPAD. Elle doit être encouragée sous la supervision des ARS et en fonction des besoins locaux.
- Le modèle économique doit être finalisé au terme de la période de 18 mois et devrait permettre d'évaluer l'opportunité d'inclure le paiement des prestations de télémedecine ou de téléexpertise dans le forfait actuel géré par le promoteur, ou de le dissocier et d'inscrire la facturable dans le droit commun. Le forfait restant éventuellement limité à la prise en charge de la coordination par les IDE et l'évaluation initiale et le suivi par un gériatre.

France Assos Santé demande également qu'une évaluation plus poussée des bénéfices pour les patients soit engagée, notamment sur des critères cliniquement pertinents en compléments de ceux qui décriraient l'amélioration de l'accès aux spécialistes et son impact sur la consommation de soins. Nous conseillons la création d'un conseil scientifique indépendant constitué de professionnels de santé (PS d'EHPAD, sociétés savantes MG et Spé, représentants OMEDIT, HAS/ANESM) et de représentants d'usagers.

Ce conseil scientifique pourrait contribuer à mieux définir les priorités en matière de soins spécialisés proposés aux résidents d'EHPAD et discuter de l'approche à privilégier en termes de qualité et de sécurité des soins pertinents pour cette population très âgée. Un volet spécifique sur la prescription et le renouvellement de médicaments nous semble indispensable. En effet, L'enquête PAQUID de 2005 montrait qu'un résident sur trois consommait plus de 10 médicaments et 5% 15 médicaments (les classes les plus prescrites : antidépresseurs ; anxiolytiques ; hypnotiques ; neuroleptiques).

En 2012, selon les données expérimentation des médicaments en EHPAD en région Aquitaine et en Limousin, 85% des résidents sont polymédiqués, un excès de traitement concerne 25% des résidents et la prescription inutile concerne 70% d'entre eux. En 2012, l'étude réalisée par la FFAMCO-EHPAD faisait ressortir que le suivi des patients sous anticoagulant était effectif pour seulement 25% des résidents concernés et que 43% d'entre eux ne se trouvaient pas dans la bonne zone thérapeutique (sur et sous dosages), des résultats similaires étaient trouvées pour le suivi du diabète, exposant les patients à de graves complications (Cf « La politique du médicament en EHPAD », Rapport au ministre de la santé, décembre 2013).

Position de la Haute autorité de santé (HAS)

La HAS n'a pas d'élément complémentaire à apporter sur ce projet d'avis du comité technique.

Position de la Mutualité française

Sans remettre en cause la conclusion de ce dernier, la Mutualité Française souhaite faire part de l'intérêt qu'elle porte à ce dispositif organisationnel proposé par la polyclinique et qui vise à améliorer l'accès aux soins des personnes âgées en EHPAD. Elle serait intéressée pour travailler sur les adaptations nécessaires qui permettraient la poursuite de l'expérimentation, laissant ainsi une perspective d'entrée dans le droit commun, en lien avec les réflexions actuelles sur le modèle économique des EHPAD.

Position de la Caisse centrale de la MSA (MSA)

La CCMSA suit l'avis défavorable du comité technique à la généralisation de l'expérimentation de polyclinique mobile TokTokDoc en l'état car elle n'apporte pas aujourd'hui une réponse satisfaisante sur les conditions d'implantation de la télémédecine en EHPAD. Elle souligne l'enseignement positif principal de cette expérimentation qu'est le positionnement d'IDE mobiles formés à la télémédecine et ayant une activité mutualisée entre plusieurs ESMS.

Position du Syndicat national des établissements, résidences et services d'aide à domicile privés pour personnes âgées (SYNERPA)

Prenant en considération les avis transmis par la Commission Médicale et Soins du SYNERPA, le SYNERPA ne valide pas en l'état l'avis défavorable du Comité technique et souhaite soutenir la proposition du porteur de projet d'aménager 18 mois supplémentaires à l'expérimentation afin de permettre à l'Administration de fixer le cadre réglementaire de cette innovation organisationnelle.

En effet, si le dispositif satisfait les professionnels de santé et les personnes âgées concernées, il paraît délicat de s'opposer à sa généralisation sur la base d'un surcoût (acte, médicaments), sans réduction des hospitalisations et des transports.

Cela peut également être considéré comme un « rattrapage » de taux de recours anormalement faibles pour une partie de la population et une vraie réponse de santé publique au niveau territorial, les coûts induits concernant une population non accompagnée sans la présence de TTD (perte de chance).

Position du Union nationale des professionnels de santé (UNPS)

Il apparaît que l'expérimentation vise à diminuer les retards de prises en charge en mobilisant un dispositif d'accès aux soins de spécialités en EHPAD. Le médecin traitant est systématiquement consulté et reçoit toutes les informations relatives à son patient.

Cette expérimentation innovante favorise l'accès aux soins des résidents en EHPAD, améliore la qualité de leurs soins et donc leur qualité de vie. Pour l'UNPS, cet aspect ne peut être ignoré.

Compte-tenu de ces éléments, l'UNPS est favorable à un passage de l'expérimentation dans un SAS de droit commun de 18 mois afin de permettre, durant ce délai, de mieux définir les modalités de régulation et le modèle économique du dispositif.