

Evaluation de l'expérimentation Polyclinique Mobile

TokTokDoc

Rapport Final



Numéro Version	Auteur	Date d'envoi	Objet
Version 01	EY	25 mai 2023	1 ^{ère} version du rapport final
Version 02	EY	28 juin 2023	2 ^{ème} version du rapport final
Version 03	EY	03 juillet 2023	3 ^{ème} version du rapport final
Version 04	EY	12 juillet 2023	4 ^{ème} version du rapport final

Sommaire

1. Synthèse de l'évaluation de la Polyclinique Mobile TokTokDoc.....	4
1.1 Déroulé et objectifs de l'évaluation	4
1.2 Synthèse de l'évaluation finale	4
1.3 Atteinte des objectifs clefs de l'évaluation	7
1.4 Contraintes et contexte au déroulé de l'évaluation finale.....	11
2. Eléments de contexte.....	13
2.1 Présentation du projet.....	13
2.2 Points clés de l'expérimentation	13
3. Déroulement de l'évaluation.....	16
3.1 Présentation de l'évaluateur	16
3.2 Méthodologie globale.....	16
3.2.1 Construction de la méthodologie.....	16
3.2.2 Calendrier de l'évaluation.....	17
4. Rapport détaillé de l'évaluation finale.....	18
4.1 Analyse de la Faisabilité et Opérationnalité.....	18
4.1.1 Bilan des moyens et ressources dédiés à l'organisation.....	19
4.1.2 L'IDE de télémédecine : pilier de la faisabilité du dispositif	25
4.1.3 Le rôle du médecin référent gériatre	32
4.1.4 Un dispositif médecin traitant-dépendant.....	36
4.1.5 L'implication des ESMS.....	40
4.1.6 Collaboration avec les requis	43
4.2 Analyse de l'Efficacité	47
4.2.1 Des résidents d'EHPAD dont l'accès à la médecine de spécialité est favorisé par le dispositif 47	
4.2.2 Un travail d'identification des besoins des résidents par la Polyclinique Mobile, à travers les Plans Personnalisés de Soins	51
4.2.3 Une augmentation progressive de l'activité de la Polyclinique Mobile, avec une forte prévalence de la téléexpertise	59
4.2.4 Focus sur la téléconsultation : des spécialités non uniformément adaptables à cette modalité 66	
4.2.5 Une démarche préventive progressivement renforcée, essentiellement basée sur la spécialité ORL.....	71
4.2.6 Autres activités de la Polyclinique Mobile : plateforme de débordement et activité hors télémédecine.....	80
4.2.7 Communication entre les différents d'acteurs.....	83
4.2.8 Impact du dispositif sur la qualité de vie au travail des professionnels	87

4.3	Analyse de l'Effcience du projet.....	91
4.3.1	32% des patients pour lesquels un forfait de prise en charge a été déclenché n'ont bénéficié d'aucun acte de télémédecine	91
4.3.2	Un coût à l'acte estimé entre 180 € et 749 € lorsque que la Policlinique Mobile est en routine	94
4.3.3	Un modèle de vacations favorisant l'attractivité pour les requis mais qui interroge au regard des taux d'utilisation	98
4.4	Analyse de la Reproductibilité du projet	107
4.4.1	Le modèle organisationnel de la Policlinique Mobile dans une optique de reproductibilité.....	107
4.4.2	Reproductibilité du modèle de vacations : des enjeux de territorialité.....	114
4.4.3	Modèle économique du dispositif	117
4.4.4	Perspectives de l'évaluateur sur le mode d'intervention de la Policlinique Mobile.....	119
5.	Glossaire.....	120
6.	Annexes	121
6.1	Annexe I : Données sur le déroulé de l'évaluation	121
6.1.1	Professionnels rencontrés.....	121
6.1.2	Enquêtes en ligne	124
6.2	Annexe II : Données transmises et analyses par les évaluateurs.....	126
6.3	Annexe III : Eléments de contexte	128
6.3.1	Objectifs du cahier des charges	128
6.3.2	Innovation dans le projet	130
6.4	Annexe IV : Objectifs spécifiques de l'évaluation	131
6.5	Annexe V : Organigramme et missions des fonctions supports de la Policlinique Mobile 132	
6.6	Annexe VI : Eléments complémentaires sur l'analyse budgétaire	134
6.6.1	Détails des encaissements.....	134
6.6.2	Détails des charges	134
6.7	Annexe VII : Date du 1 ^{er} forfait d'admission par ESMS.....	136
6.8	Annexe VIII : Présentation de la synthèse infirmière.....	136
6.9	Annexe IX : Requis vacataires.....	138
6.10	Annexe X : Méthodes de calculs du coût à l'acte	139
6.11	Annexe XI : Les fiches d'identité des ESMS.....	140
6.11.1	Fiches des établissements de la vague 1	140
6.11.2	Fiches des établissements de la vague 2	147

1. Synthèse de l'évaluation de la Polyclinique Mobile TokTokDoc

1.1 Déroulé et objectifs de l'évaluation

L'évaluation finale s'est déroulée du 19 octobre 2022 au 5 mai 2023. Conformément au référentiel d'évaluation, elle vise à analyser la faisabilité, l'efficacité et l'efficience de l'expérimentation, en particulier à travers les évolutions mises en place depuis l'évaluation intermédiaire. L'évaluation finale vise également à identifier les facteurs clefs de reproductibilité du dispositif en cas de généralisation.

Au-delà d'une analyse approfondie des données transmises par le porteur, cette évaluation est également basée sur des questionnaires, des immersions sur site ainsi que **92 entretiens** réalisés auprès des différents acteurs :

- ◆ Directeurs et équipes paramédicales / médicales en ESMS,
- ◆ Médecins traitants,
- ◆ Proches de bénéficiaires du dispositif,
- ◆ Médecins requis (terme désignant les professionnels de santé spécialistes, vacataires de la Polyclinique mobile réalisant les téléconsultations),
- ◆ Membres de la Polyclinique Mobile (équipe porteuse et IDE de télémédecine).

1.2 Synthèse de l'évaluation finale

La Polyclinique Mobile porte une offre **d'accès aux soins à destination des résidents d'EHPAD**.

Sur la période évaluée (oct.2020 – oct.2022), la Polyclinique Mobile a signé des conventions avec **17 ESMS, incluant un total de 1 567 résidents pour 3 990 actes de télémédecine réalisés**.

L'offre d'accès aux soins proposée s'appuie sur le déploiement d'**IDE formés à la télémédecine** (10 IDE au 20/01/2023) au sein des ESMS (entre 1 et 3 IDE par ESMS, pour des files actives de 139 personnes en moyenne), afin d'identifier des besoins de soins des résidents, de formaliser des PPS associés, de réaliser des actes de télémédecine et d'assurer la coordination entre acteurs.

De façon non prévue par le cahier des charges, ces IDE sont soutenus, sur le plan médical, par un **gériatre référent salarié** apportant une expertise gériatrique dans l'identification et la validation du recensement des besoins de la personne (PPS).

En termes d'accès aux soins, le dispositif de la Polyclinique Mobile **vient faciliter le recours à la médecine de spécialité en EHPAD** et permettre de **limiter les déplacements** des résidents admis, facteur de stress pour cette population.

La Polyclinique Mobile s'inscrit ainsi dans une **démarche pro-active de proposition d'actes** de soins, basée sur des PPS élaborés à l'admission et une veille régulière de l'état de santé, représentant un travail conséquent pour les IDE de télémédecine. Tout besoin de télémédecine identifié doit également faire l'objet d'une validation par le médecin traitant, assurant ainsi la régulation du dispositif. De fait, le niveau de recours par résident est « **médecin traitant-**

dépendant » et se retrouve confronté aux difficultés fréquemment observées de mobilisation des médecins traitants auprès des résidents en EHPAD.

Une fois validé, chaque besoin déclenche **des actes de télé médecine**, dont le **volume total a progressivement augmenté**, porté, notamment, par la **mise en place de téléconsultations gériatriques d'admission (suite à l'arrivée du gériatre référent) et une intensification des actes de télé médecine asynchrone**. Les actes de téléexpertises représentent effectivement entre janvier et octobre 2022, 52% du volume d'actes de télé médecine.

Pour organiser des consultations dans des délais raccourcis, la Polyclinique Mobile s'appuie sur un réseau de **15 professionnels de santé vacataires** avec la pré-réservation de créneaux de rendez-vous. Le **panel de 12 spécialités**, dont la gériatrie et la cardiologie, s'est enrichi au cours de l'expérimentation et vient **répondre aux besoins de la population d'EHPAD**.

Le cahier des charges du dispositif structure l'intervention des professionnels de santé requis autour du respect du **principe de territorialité**. En pratique, la **sollicitation prioritaire des professionnels du cercle de soins des patients** (« habituel ») pour la réalisation de l'acte de télé médecine n'est **pas systématisée**. Cela correspond à un choix du porteur dans un souci d'efficacité.

Concernant la collaboration avec les professionnels vacataires, lors de la 1^{ère} vague d'expérimentation les professionnels ont été recrutés en grande majorité sur le même territoire que celui des EHPAD, respectant par conséquent le principe de territorialité. Cependant, pour la 2^{nde} vague d'expérimentation, la Polyclinique Mobile n'a pas eu recours à des professionnels des nouveaux territoires et a continué à s'appuyer sur les professionnels déjà recrutés sur le territoire de la vague 1. Ce **non-recours constitue ainsi un écart au cahier des charges**.

Réplicable à d'autres territoires, sous réserve d'une capacité à recruter suffisante, 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. Néanmoins, une disparité des taux d'utilisation persiste avec certaines spécialités encore en retrait, présentant des taux de non-utilisation importants.

La grande hétérogénéité des niveaux de consommation par résident et le modèle de forfaits fixes (à l'admission, puis en routine chaque mois) conduisent à **un coût à l'acte estimé entre 180 € et 749 €**. Il est également à noter que **32 % des patients n'ont bénéficié d'aucun acte de télé médecine**, malgré le paiement du forfait chaque mois.

L'analyse de l'hétérogénéité des niveaux de consommation révèle :

- ♦ Des écarts entre spécialités ; avec une **spécialité ORL** qui, entre janvier et octobre 2022, a représenté 83% des actes de télé expertise et **44% de l'ensemble des actes de télé médecine du dispositif**. Assurée par un unique requis, il s'agit de la spécialité ayant compté le plus d'actes sur la durée totale de l'expérimentation,
- ♦ Des écarts entre patients avec, en vague 1, 64% des patients ayant bénéficié d'au moins une téléconsultation et 59% des patients ayant bénéficié d'au moins une télé expertise.

Au-delà de l'hétérogénéité entre patients, les niveaux de recours par bénéficiaire interrogent sur la bonne couverture des besoins et le mode de fonctionnement au forfait.

En ce sens, un regard spécifique porté sur les principales spécialités consommées (gériatrie, cardiologie) met en exergue que seuls 35% des patients en vague 1 ont bénéficié d'au moins une téléconsultation de gériatrie (téléconsultations gériatriques d'admission comprises) et 41% d'au moins un acte de cardiologie.

Aussi, un mode de financement au forfait semble peu approprié en raison d'un décalage important entre le nombre de forfaits ouverts et le nombre de patients effectivement bénéficiaires du service.

Par ailleurs, pour des questions d'efficacité du fonctionnement et d'optimisation du temps de gériatre mobilisable, la Policlinique Mobile a finalement choisi de salarier un gériatre qui est celui qui réalise des bilans gériatriques d'entrée systématique, valide les besoins observés et coordonne le système de débordement en mobilisant des spécialistes requis sur des plages de vacances réservées par la Policlinique mobile.

Ce mode d'organisation peut **générer la crainte d'un fonctionnement en circuit fermé**. Or, la faible mobilisation des médecins traitants ou des spécialistes habituels des résidents dans la réalisation en tant que telle des actes de télémédecine proposés, ne permet pas actuellement de contrebalancer ce risque.

De même, le **positionnement du gériatre référent** salarié de la PM paraît difficilement envisageable à grande échelle, malgré la réelle plus-value d'une expertise gériatrique mobilisable par les acteurs du terrain.

Par ailleurs, en cas d'élargissement à grande échelle, le modèle économique nécessitera d'évoluer, en particulier le principe et le montant des deux forfaits (à l'admission puis en fonctionnement mensuel) pourraient être revus pour mieux correspondre à leur utilisation effective.

Aussi, **si la plus-value en termes de temps médical et paramédical mobilisable ainsi que d'amélioration des conditions d'accès aux soins pour les patients en EHPAD est observée, certains éléments organisationnels posent la question de la régulation de ce dispositif à grande échelle et interrogent sa bonne réponse à une globalité des besoins des patients.**

1.3 Atteinte des objectifs clefs de l'évaluation

Objectifs du cahier des charges	Résumé de l'atteinte ou non des objectifs et indicateur	
Nombre d'ESMS à intégrer à l'issue des deux vagues : 18	Du fait des difficultés rencontrées et du départ du dispositif de 3 ESMS en vague 2 ¹ , la Polyclinique Mobile a inclus 17 ESMS à l'issue des deux vagues de déploiement.	
Nombre de bénéficiaires, A l'issue de la vague 1 : 614 A l'issue de la vague 2 : 1 374	Sur la base des forfaits d'admission cumulés : - 960 bénéficiaires à la fin de la vague 1, - 1 567 bénéficiaires à la fin de la vague 2.	
Objectifs opérationnels		
Constitution en établissement de santé « hors-les-murs »	<ul style="list-style-type: none"> - Déploiement d'IDE de télémedecine qui coordonnent les activités de télémedecine au sein des ESMS avec une file active moyenne de 139 résidents par IDE de télémedecine, - Le rôle des IDE PM a été clarifié au sein des ESMS, - L'activité d'extraction de bouchon d'oreille suite au dépistage ORL reste en subsidiarité de celle du personnel de l'ESMS, - Panel de spécialistes vacataires à distance avec 12 spécialités 	
Respect de la contrainte territoriale avec des médecins traitants et médecins requis issus du territoire du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Parmi les 19 professionnels requis ayant fait partie du réseau, seuls 2 n'étaient pas basés dans la région de Strasbourg² (recrutés pour des compétences spécifiques), - Pas de recrutement dans les territoires de vague 2 (territoires de Moselle et Vosges), - La réalisation d'actes de télémedecine par des praticiens déjà existants dans le cercle de soins des résidents, demeure anecdotique (3 téléconsultations dans ce cadre). Le porteur indique avoir fait le choix de « ne pas enclencher de démarche systématique d'embarquement » des spécialistes préexistants dans le cercle de soins dans un souci d'efficience de l'organisation. 	
Préservation et renforcement du rôle pivot du médecin traitant en assurant son rôle de coordonnateur du parcours de soins du patient et son information en amont et aval de chaque acte de télémedecine	Information en amont et aval de chaque acte de télémedecine : <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la collecte des accords des médecins traitants en amont de la réalisation des téléconsultations au cours de l'expérimentation³. - Pour autant, certains actes de dépistage par la téléexpertise sont réalisés sans l'accord systématique du médecin traitant 	

¹ Ces difficultés sont détaillées en [partie 4.1.5.1](#).

² Se référer à la [partie 4.1.6.1](#). L'un des requis hors du territoire est basé en Ile-de-France, l'autre en région Centre.

³ Détails en [partie 4.1.4.2.1](#).

	<p>(responsabilité prise par les médecins coordonnateurs),</p> <p>Sur le rôle de coordonnateur du parcours de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entre avril à octobre 2022, un tiers des besoins identifiés dans le cadre des PPS (« planifiés ») ont fait l'objet d'un refus par le médecin traitant du patient, - Méconnaissance des PPS par ces professionnels⁴. <p>Malgré les efforts réalisés, l'évaluation met en évidence le fait que la place des médecins traitants dans le dispositif reste inégale et qu'ils sont globalement peu investis dans ce rôle de régulation.</p>	
Garantie de la formation des professionnels de santé de la Polyclinique Mobile via un centre dédié, capable de former aux volets organisationnels, éthiques et technologiques de la télémédecine	Les IDE de télémédecine suivent 75h de formation sur ces sujets	
Bénéfices attendus		
Amélioration significative de l'accès aux soins en secteur médico-social et apport d'un complément à la prise en charge présentielle	<ul style="list-style-type: none"> - Une amélioration de l'accès aux soins pour un public d'EHPAD éloignés des soins de spécialités, - Une réduction des déplacements, facteur de stress pour cette population. - Un panel de spécialités dont la gériatrie et la cardiologie, <p>Ce point sera complété par le Lot 2.</p>	
Soutien au recours à la prévention et au dépistage proactif, en complément du curatif	<p>Le « soutien au recours à la prévention et au dépistage proactif, en complément du curatif » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les équipes internes aux ESMS soulignent que la PM permet de mettre en place davantage d'actions dans un contexte RH complexe ; - Une proportion d'actes catégorisés comme relevant du dépistage en forte augmentation sur l'année 2022 : 52% des actes de télémédecine en 2022 relevaient de la téléexpertise, - Une forte prévalence de la spécialité ORL au sein de l'activité de prévention (sur la durée de l'expérimentation, 88% des téléexpertises étaient ORL assurée par un unique 	

⁴ Détails en [partie 4.2.2.4.](#)

	<p>professionnel requis, membre de l'équipe porteuse).</p>	
<p>La favorisation de l'émergence d'une télémédecine utile, utilisée et efficiente</p>	<p>Concernant la diffusion de l'acculturation à la télémédecine : le déploiement de la Polyclinique Mobile au sein d'un ESMS requiert un important niveau d'action de pédagogie auprès des équipes soignantes : l'acculturation à la télémédecine peut prendre du temps.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présence d'IDE de télémédecine aux côtés de patients lors de la téléconsultation (et préparation amont / coordination aval) qui constituent un vrai levier facilitant la pratique de la télémédecine, - Proposition d'un panel de 12 spécialités avec des niveaux de sollicitation hétérogènes, - Des délais d'obtention de rendez-vous courts, <p>Utilisation et niveau de recours : 32% des résidents pour lesquels un forfait mensuel de prise en charge a été déclenché n'ont bénéficié d'aucun acte de télémédecine. Une disparité des niveaux de consommation entre ESMS avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une consommation moyenne en routine (vague 1) de 3,36 actes de télémédecine par résident par an avec une grande disparité selon les établissements : entre 2,07 et 7,19 actes par résident par an, - Des niveaux de consommation plus importants lors du déploiement de la vague 2 que lors de la montée en charge des ESMS de Strasbourg (vague 1) en lien notamment avec une augmentation de la proportion d'actes de téléexpertises et de la mise en place de « consultation-socle » de gériatrie à l'admission systématique d'entrée depuis fin 2021. <p>L'efficience économique n'est à date pas pleinement démontrée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Polyclinique Mobile était excédentaire à l'issue de la montée en charge de la vague 1, puis est en déficit depuis le début de montée en charge de la vague 2 (déficit de 437,5 k€ en octobre 2022 (période réalisée). Les ressources humaines constituent le 1^{er} poste de dépenses, - Un coût à l'acte global estimé entre 336 € et 448 € à l'acte, - En routine (vague 1) compris entre 180 € et 749 €, - En montée en charge (vague 2) entre 144 € et 4 209 €. 	<p>Acculturation à la télémédecine : </p> <p>Niveau d'utilisation de la télémédecine : </p> <p>Efficience : </p> <p><i>En attente de compléments par le lot 2</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Un modèle de vacations avec des taux d'utilisation progressivement optimisés, - Suivant les spécialités, des heures non utilisées qui persistent. <p><i>En attente de complément par le lot 2</i></p>	
Réalisation d'économies substantielles pour le système de santé et expérimentation de modèles économiques alternatifs en santé, incitatifs à la performance	Non évalué dans ce rapport, évaluation menée par le lot 2	-

Légende :



Objectif atteint par la Polyclinique Mobile,



Compte tenu des éléments à disposition des évaluateurs, ils ne sont pas en mesure de statuer sur l'atteinte de cet objectif,



Objectif non atteint.

1.4 Contraintes et contexte au déroulé de l'évaluation finale

► Des analyses principalement portées sur la vague 1 du fait du déploiement plus tardif de la vague 2

Du fait du déploiement tardif de la vague 2 (autorisation en septembre 2021 par l'ARS / l'Assurance Maladie, déploiement effectif à partir de février / mars 2022) et de l'arrêt des données transmises pour la réalisation de l'évaluation en octobre 2022 ; les ESMS de la vague 2 n'ont pas pu faire l'objet d'une analyse approfondie tant sur la consommation par résident (encore en phase de montée en charge) qu'en termes d'impact sur la qualité de vie des résidents.

Par conséquent, l'analyse reste plus concentrée sur les établissements de la 1^{ère} vague (bassin de Strasbourg).

Une différenciation dans le traitement des données a été intégrée pour ne pas biaiser les résultats globaux du fait de données parcellaires.

► Des données extraites au 31 octobre 2022, ne rendant pas compte de l'évolution d'activité début 2023

Du fait du prolongement de l'expérimentation de 7 mois décalant la date de fin de mars 2023 à octobre 2023 et des difficultés rencontrées lors de la transmission des données, l'évaluation finale a été finalisée en mai 2023 sur la base de données arrêtées à octobre 2022. Par conséquent, les données analysées ne rendent pas compte de l'activité réalisée en 2023. A noter cependant que la décision du comité technique de prolonger la fin d'expérimentation à octobre 2023 avait pour objet de permettre la mise à disposition et les échanges autour du rapport final dans des délais compatibles avec la fin d'expérimentation (et non l'analyse de données de 2023).

► Des difficultés à atteindre un panel important de médecins

Malgré un important niveau de sollicitation des médecins traitants mis en place par les évaluateurs avec l'aide du porteur, le panel de médecins traitants rencontrés (10 en entretien et 11 répondants à l'enquête en ligne⁵) ne permet pas d'être représentatif de l'ensemble des 222 médecins traitants inclus dans le dispositif.

Le faible niveau de réponses peut être attribué au manque de disponibilité de ces praticiens. A noter que cette difficulté de mobilisation des médecins traitants ne constitue pas un élément caractéristique de cette évaluation au sens où ce constat a pu être fait par les évaluateurs pour de nombreux autres projets.

► Des données quantitatives limitant parfois l'exhaustivité de l'analyse

L'évaluation finale a fait l'objet d'une transmission de données extraites du SI du porteur pour analyse par les évaluateurs⁶. L'ensemble des données et indicateurs figurant dans ce rapport sans précision particulière ont ainsi fait l'objet d'une phase de calculs et de fiabilisation par les évaluateurs.

Néanmoins, d'autres indicateurs ciblés par l'évaluation n'ont pas pu être calculés par les évaluateurs faute de données ou d'une granularité suffisante des données transmises.

⁵ Les évaluateurs ne sont pas en mesure de déterminer si l'ensemble des répondants à l'enquête sont différents des professionnels rencontrés en entretiens.

⁶ Le détail des tables transmises figure en [Annexe II](#).

Par conséquent, pour permettre de disposer d'un rapport exhaustif, des indicateurs complémentaires ont été intégrés. Ces derniers ont été calculés et transmis directement par le porteur sans vérification par les évaluateurs et sont repérés par des encarts dédiés à la lecture du rapport. Il s'agit tout particulièrement des indicateurs portant sur les PPS, pour lesquels une évolution du système d'informations ne permet pas une analyse fine de cette activité sur toute la durée de l'expérimentation.

2. Eléments de contexte

2.1 Présentation du projet

La Polyclinique mobile TokTokDoc vise à proposer une offre complète et unifiée de soins en télémédecine au bénéfice des patients des établissements médicaux-sociaux. Par la proposition d'un service « clef en mains » aux établissements, elle a pour objectifs principaux de :

- ◆ Améliorer l'accès au soin en secteur médico-social,
- ◆ Engendrer des économies pour le système de santé, en éprouvant un modèle économique alternatif, incitatif à la performance,
- ◆ Favoriser l'émergence d'une télémédecine utile et efficiente, et faciliter l'acculturation à cette dernière

2.2 Points clés de l'expérimentation

► Durée de l'expérimentation

L'expérimentation a débuté en octobre 2020 (date de la 1^{ère} inclusion). Elle s'étend sur 30 mois de mise en production, précédés de 4 mois de préparation. Ainsi la fin de l'expérimentation avait initialement été fixée à Mars 2023.

Suite à une demande du porteur d'une demande de prolongation de la durée d'expérimentation, le comité technique a pris la décision d'une prolongation de 4 mois puis 3 mois de l'expérimentation aux seules fins de permettre la mise à disposition et les échanges autour du rapport final dans des délais compatibles avec la fin d'expérimentation. Par conséquent, la fin d'expérimentation a été revue au 31 octobre 2023.

► Porteurs de projet

Le projet de la Polyclinique Mobile est porté par TokTokDoc, dont le titulaire de la marque est NEMO HEALTH. TokTokDoc est une start-up strasbourgeoise fondée en 2017 dans le domaine de la E-santé.

► Cibles d'intervention

La Polyclinique Mobile vise, les patients résidents des EHPAD participants.

► Lieux d'intervention

L'expérimentation se déroule dans la région Grand Est, avec un déploiement du dispositif en deux vagues. La première vague d'établissements a été déployée en Alsace, autour de Strasbourg tandis que la seconde vague (autorisation septembre 2021, déploiement effectif en février 2022) est située dans les départements de la Moselle et des Vosges.

► Modalités de participation des structures

Dans le cadre de la 1^{ère} vague, le ciblage territorial des EHPAD a été concentré autour de Strasbourg, territoire historique de TokTokDoc. En termes de ciblage des établissements, le panel intègre une diversité de critères prédéfinis entre les tutelles (ARS et CPAM) et la Polyclinique Mobile.

Aussi, les établissements effectivement sélectionnés dans le cadre de cette vague sont issus de propositions de la Polyclinique Mobile discutées et validées avec les autorités de tutelles⁷.

Dans le cadre de la 2^{nde} vague, les territoires de Moselle et Vosges ont été choisis en cohérence avec les enjeux logistiques (organisation des IDE de la Polyclinique Mobile sur le terrain, possibilité de remplacement par une IDE située dans la zone de Strasbourg...) tout en sélectionnant un territoire différent de celui de la vague 1 afin d'évaluer la capacité de la Polyclinique Mobile à se développer sur un autre territoire. Le panel d'établissement a été proposé par les tutelles et adapté sur proposition de la PM. Des départs d'établissements ont conduit à devoir remplacer par d'autres EHPAD. Des demandes de bascule de la grappe Vosgienne vers la grappe Mosellane ont également été sollicitées.

► Rémunération

Le projet doit permettre de financer l'ensemble des parties prenantes à l'acte de téléconsultation. Pour cela, le modèle de financement de la Polyclinique Mobile repose sur 2 éléments.

- ♦ La mise en place d'un forfait au parcours qui remplace le paiement à l'acte. Avec la mise en place de 2 composantes :
 - Forfait d'admission dans la Polyclinique mobile : 50 € / patient. Ce forfait admission couvre la réalisation du plan personnalisé de soins (PPS).
 - Forfait mensuel post admission : 130 € / patient / mois. Ce forfait couvre la rémunération des spécialistes requis lors des téléconsultations, ainsi que les frais de fonctionnement de la Polyclinique Mobile (rémunération des professionnels dédiés à la mise en œuvre du dispositif – y compris les personnels non médicaux / paramédicaux, etc...).
- ♦ La rétrocession des économies effectivement constatées par l'Assurance maladie, fixée à hauteur de 50% des économies nettes générées versées sous la forme d'un forfait mensuel complémentaire⁸ : 75% de ce montant reversé à la Polyclinique mobile et 25% aux autres acteurs (ESMS expérimentateurs et médecins traitants)⁹.

La rémunération des médecins requis est basée sur un modèle de vacations. Lors de la contractualisation de la vacation entre un médecin requis et la Polyclinique Mobile, un montant et un volume horaires de vacation sont définis. Le médecin requis est alors rémunéré par la Polyclinique Mobile à hauteur du volume horaire réservé sur le trimestre quelque soit son activité réelle.

⁷ A noter que les propositions validées ont fait l'objet de nouvelles discussions et renégociations des EHPAD expérimentateurs pour la vague 2.

⁸ A défaut d'économies effectivement constatées, le montant du forfait complémentaire est de 20 € par patient

⁹ La répartition de la rétrocession entre ESMS expérimentateurs et médecins traitants n'est pas précisée dans le cahier des charges.

► **Le parcours proposé dans le cahier des charges de la Polyclinique Mobile**

Figure 1 : Schéma synthétisant le parcours de soins cible d'un patient dans la Polyclinique Mobile, tel que décrit dans le cahier des charges



Source du visuel : évaluateurs lot 1 - EY

La Polyclinique Mobile propose **deux types d'actes de télémédecine** :

- ♦ La **téléconsultation**, correspond à une consultation synchrone avec le professionnel requis à distance et l'IDE de Polyclinique Mobile aux côtés du patient,
- ♦ La **téléexpertise** correspond à une modalité de consultation asynchrone. L'IDE de télémédecine pose une question au médecin requis à laquelle il joint les documents nécessaires pour que ce dernier soit en capacité de donner son avis.
De façon asynchrone, le requis pose le diagnostic et rédige un compte-rendu.

3. Déroulement de l'évaluation

3.1 Présentation de l'évaluateur

Le cabinet de conseil EY Consulting (Ernst & Young), a été missionné par la CELEVAL pour réaliser la partie qualitative et quantitative descriptive de l'évaluation externe (lot 1) de l'expérimentation article 51 « TokTokDoc – Polyclinique Mobile », portée par TokTokDoc.

L'intervention de EY est complétée par une évaluation externe, lot 2 (Données SNDS), pour laquelle le cabinet HEVA a été missionné. En charge de l'évaluation des aspects quantitatifs, l'évaluation du lot 2 a pour objectif de décrire et de comparer les indicateurs d'intérêt ciblés mesurés au sein d'une cohorte de patients ayant bénéficié de l'offre de télésanté de la Polyclinique Mobile TokTokDoc et d'une cohorte de patients n'ayant pas bénéficié de l'offre, appelé aussi « groupe témoin ».

3.2 Méthodologie globale

3.2.1 Construction de la méthodologie

L'arrêté portant sur la Polyclinique Mobile TokTokDoc a été publié en octobre 2019. A l'issue de cette publication, la première étape a consisté à établir le protocole d'évaluation. Ce dernier a été présenté aux différents acteurs puis **validé le 11 février 2022**, suivi par la publication d'un arrêté le 1^{er} avril 2022.

L'évaluation de la Polyclinique Mobile TokTokDoc se déroule en **deux phases** :

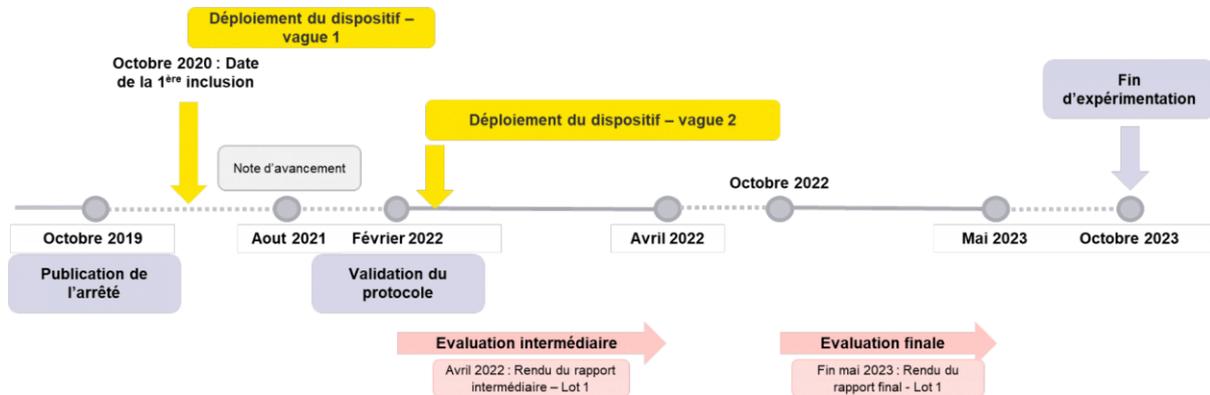
- ♦ **L'évaluation intermédiaire** : elle cible en priorité l'analyse de la faisabilité et du fonctionnement de l'expérimentation, en particulier la mise en place des activités prévues et leur impact sur la coordination et la prise en charge des patients.
- ♦ **L'évaluation finale** : elle visera à apporter l'ensemble des réponses aux questions évaluatives soulevées pendant la phase de cadrage.

En amont de ces phases d'évaluation, les acteurs institutionnels locaux (CPAM du Bas-Rhin, ARS Grand Est) ont souhaité disposer d'une **note relative à l'avancement du projet à l'été 2021**. Cette première analyse, réalisée en août 2021, avait pour objectif d'alimenter la réflexion de ces acteurs dans leur choix d'autoriser, ou non, l'expansion du projet (phase de mise en production 2) avec l'inclusion de nouveaux établissements. Cette première analyse a entraîné la signature d'un protocole entre les ARS et la Polyclinique Mobile pour préciser certains engagements et objectifs du projet.

Initialement destinée à se terminer en mars 2023, l'expérimentation a fait l'objet d'une demande de prolongation par le porteur. Cette demande visant à prolonger la durée d'expérimentation de 6 mois a été adressée à l'ARS Grand Est le 24 novembre 2022. La décision du comité technique, rendue en janvier 2023, fixe la **fin d'expérimentation au 31 octobre 2023** avec la décision d'une **prolongation de 4 mois puis 3 mois de l'expérimentation** aux fins de permettre la mise à disposition et les échanges autour du rapport final dans des délais compatibles avec la fin d'expérimentation.

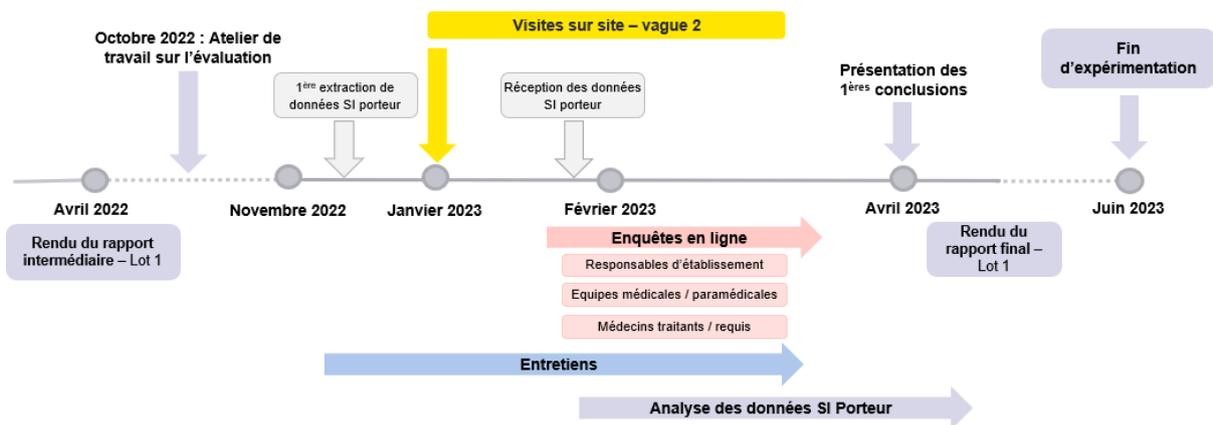
3.2.2 Calendrier de l'évaluation

Figure 2 : Schéma récapitulant les étapes clés de l'évaluation de la Polyclinique Mobile



Source du visuel : évaluateurs lot 1 - EY

Figure 3 : Schéma récapitulant le déroulé de l'évaluation finale (octobre 2022 – avril 2023)



Source du visuel : évaluateurs lot 1 - EY

4. Rapport détaillé de l'évaluation finale

4.1 Analyse de la Faisabilité et Opérationnalité

La question au centre de l'analyse de la faisabilité et opérationnalité est :

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 télémédecine sur le modèle d'un établissement de santé « hors les murs » ?

L'objectif de cette partie est de comprendre si le projet a été mis en œuvre comme prévu et si des ajustements ont été réalisés par rapport au cahier des charges. Elle s'appuie notamment sur une analyse comparative des accompagnements mis en place selon les deux vagues de déploiement avec l'identification des évolutions apportées et les impacts sur les schémas de déploiement.

A noter que ce rapport final d'évaluation peut faire référence à des enseignements intermédiaires collectés à mi-parcours de l'expérimentation à titre de comparaison.

La Faisabilité en synthèse :

- ▶ Les IDE de télémédecine, dont le professionnalisme et l'expertise sont relevés par les personnes interrogées (professionnels en ESMS et professionnels requis), constituent la clef de voûte du dispositif en assurant les actes de télémédecine au chevet des patients et la coordination avec l'ensemble des autres acteurs,
- ▶ Le gériatre référent (non prévu au cahier des charges), assure la relecture et validation de l'ensemble des PPS. Sans questionner l'intérêt de cette expertise, sa position de régulateur du dispositif (en termes d'expression et de validation des besoins), salarié de la Polyclinique Mobile et en agissant subsidiairement du médecin traitant pour la validation des PPS interroge,
- ▶ La réalisation des actes de télémédecine prévue dans un schéma « médecin traitant-dépendant » représente, dans certains cas, une difficulté opérationnelle au regard de leur disponibilité ou d'opposition de principe à la télémédecine,
- ▶ L'implication des ESMS et le recrutement d'un réseau de requis sont indispensables à la faisabilité : éléments sur lesquels la Polyclinique Mobile est parvenue à établir des collaborations pérennes dans le temps.
- ▶ Le dispositif nécessite un temps d'acculturation conséquent et des évolutions de positionnement en faveur du dispositif ont pu être constatées. La Polyclinique Mobile a mis en œuvre des actions en faveur de la collaboration avec les différents acteurs, notamment les médecins traitants pour recueillir leur confiance et un meilleur taux d'acceptation des demandes de réalisation des actes.

4.1.1 Bilan des moyens et ressources dédiés à l'organisation



En synthèse :

L'équipe de la Polyclinique Mobile est constituée de 16,8 ETP au 20/10/2023, dont 73% de personnel soignant.

En termes de ressources financières, les encaissements de la Polyclinique Mobile sont basés sur un **modèle au forfait pour les bénéficiaires**, accompagnés de rétrocessions pour l'ensemble des acteurs. En miroir de l'augmentation de la file active, le montant total des encaissements a progressé de 85 % entre novembre 2020 et octobre 2022.

Après avoir été bénéficiaire à l'issue du déploiement de la 1^{ère} vague, la Polyclinique Mobile affiche un déficit de 437,5 k€ en octobre 2022 (période réalisée), soit 16% du CA, bien que **les décaissements aient été réduits** par rapport au prévisionnel affiché lors de l'évaluation intermédiaire.

A noter que ce sont **les ressources humaines internes qui constituent le premier poste de dépense** : le déficit de la Polyclinique Mobile semble être dû au surdimensionnement de ses ressources humaines.

Le budget prévisionnel au 31/10/2022 affiche un déficit prévisionnel de 385 k€ en mars 2023 (date initiale de fin d'expérimentation), soit 11% du CA.

4.1.1.1 Evolutions sur le plan organisationnel

4.1.1.1.1 16,8 ETP dont 73% de personnel soignant

Figure 4 : Tableau synthétisant le nombre d'ETP de la Polyclinique au 28/02/2022 et au 20/01/2023

Directions	Fonctions	ETP (Fev.2022)	ETP (Janv.2023)	Evolution
Direction de projet / Chefferie de projet		3,2	1,0	- 2,2
Direction des soins	Direction de structure	0,2	0,2	-
	Direction médicale	0,2	0,9	+ 0,7
	Cadre de santé	0,4	2,0	+ 1,6
	Soins infirmiers	8,3	9,4	+ 1,1
Fonctions supports mutualisées	Ingénierie en informatique médicale	0,3	0,6	+ 0,3
	Contrôle de gestion	0,1	0,1	-
	Support technique et gestion applicative	0,9	0,5	- 0,4
	Juridique	0,1	0,1	-
	Communication	0,3	0,3	-
	Affaires réglementaires, conformité et marquage CE	-	0,2	+ 0,2
	Administratif	1,5	1,5	-
Total		15,5	16,8	+ 1,3

Source : données transmises par le porteur, en date du 20/01/2022

Au 20/01/2023, la Polyclinique Mobile est composée de 16,8 ETP soit 1,3 ETP supplémentaire depuis l'évaluation intermédiaire (Février 2022). Les effectifs comptent **12,3 ETP de personnel soignant, soit 73% de ses effectifs**.

On relève les éléments suivants :

- ♦ La Direction des soins a enregistré un renforcement de ses effectifs de 3,4 ETP, du fait notamment du recrutement d'IDE de télémedecine pour le déploiement de la vague 2 ;
- ♦ La Polyclinique Mobile a enregistré le départ du Directeur des opérations en septembre 2022, le chef de projet a pris le relais sur la direction du projet.

Sur toute la durée de l'expérimentation, la Polyclinique Mobile a recruté et formé 14 IDE de télémedecine, dont 10 font toujours partie des effectifs de la Polyclinique Mobile à ce jour.

4.1.1.1.2 Focus sur le rôle de l'équipe « Global Success »

Dans son cahier des charges, la Polyclinique Mobile intègre une équipe « Global Success » dont le rôle est d'assurer « la coordination des activités télémedicales, la maintenance de la solution technologique et les services d'intermédiation et de support pour leurs collègues soignants. »

En pratique, cette équipe est composée de :

- ♦ La direction de projet, chargée de la relation avec l'ensemble des acteurs (ESMS, tutelles, évaluateurs...), recrutement des requis vacataires, production des rapports d'activité, du management des cadres de santé ;
- ♦ Le secrétariat médical est quant à lui en charge de la gestion des rendez-vous et de la mise à jour mensuelle de la file active des patients dans le système d'information interne ;
- ♦ L'ensemble des fonctions supports mutualisées.

L'organisation de la Polyclinique Mobile et le détail des missions des fonctions supports mutualisées figure en Annexe V.

4.1.1.2 Synthèse de l'analyse budgétaire : un déficit à hauteur de 16% du CA semblant être lié à un surdimensionnement des ressources humaines

Dans un esprit de synthèse, seule la synthèse de l'analyse budgétaire figure dans le corps de ce rapport. L'analyse détaillée figure en Annexe VI.

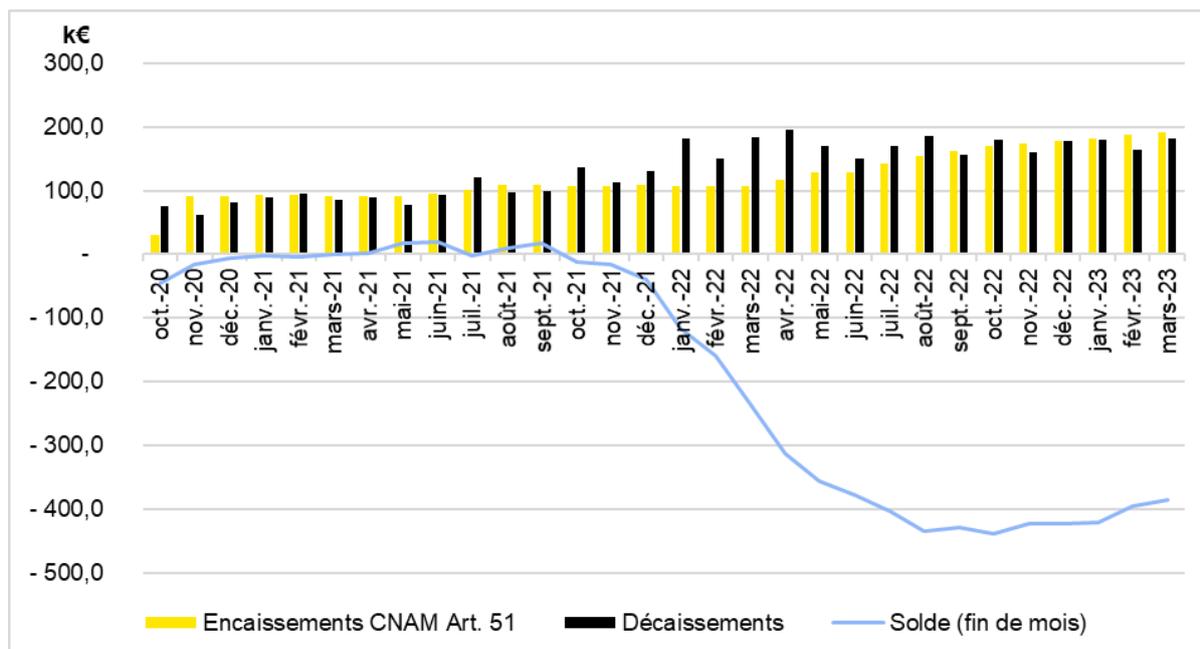


Point de vigilance

Les éléments présentés ci-dessous sont issus du budget rétrospectif et prévisionnel communiqué par le porteur dans sa version 5.01 du 09/12/2022.

Le budget rétrospectif s'étend d'octobre 2020 à octobre 2022 inclus, les éléments budgétaires de novembre 2022 à mars 2023 sont par conséquent ici des prévisions du porteur.

Figure 5 : Graphique des encaissements, décaissements et solde de la Polyclinique Mobile, réalisé entre octobre 2020 et octobre 2022 puis prévisionnel entre novembre 2022 et mars 2023



Source : données du porteur issues du bilan rétrospectif 01/10/2022 – 31/10/2022 et prévisionnel 01/11/2022 – 30/03/2023 (version 5.01 du 09/12/2022)

En cohérence avec les données du rapport intermédiaire, l'analyse du budget rétrospectif et prévisionnel de la Polyclinique Mobile montre une première période déficitaire (oct. 2020 – fév. 2021) correspondant à la montée en charge de l'activité au début de l'expérimentation et l'intégration des ESMS de vague 1. On distingue ensuite :

- ♦ Une période au solde excédentaire entre mars 2021 et septembre 2021 (exception en juillet 2021), correspondant à la fin de la montée en charge des ESMS de vague 1,
- ♦ À partir d'octobre 2021, une période déficitaire jusqu'en mars 2023 (date initiale de fin d'expérimentation¹⁰). Cette période correspond à la 2nde phase de montée en charge de la Polyclinique Mobile, avec l'intégration des ESMS de la vague 2.

Le déficit à octobre 2022 s'élève à 437,5 k€, soit 16% du CA de la Polyclinique Mobile.

Il est à noter que le budget prévisionnel au 31/10/2022 affiche un déficit prévisionnel de 385 k€ en mars 2023 (date initiale de fin d'expérimentation), soit 11% du CA. Ce déficit en fin d'expérimentation est nettement supérieur à celui affiché lors de l'évaluation intermédiaire (budget au 03/03/2022) qui était de 147 k€. Bien que les décaissements totaux prévus sur la durée totale de l'expérimentation soient finalement inférieurs de 320 k€, la Polyclinique Mobile a également revu à la baisse ses encaissements avec une file active en fin d'expérimentation estimée 1 374 en mars 2023, soit 111 personnes de moins qu'initialement prévu (soit des encaissements inférieurs de 556 k€ au chiffre total affiché lors de l'évaluation intermédiaire).

¹⁰ Comme mentionné en partie 3.2.1, l'expérimentation a fait l'objet d'une prolongation de 4 mois ; la fin ayant ainsi été décalée de mars 2023 à juillet 2023.

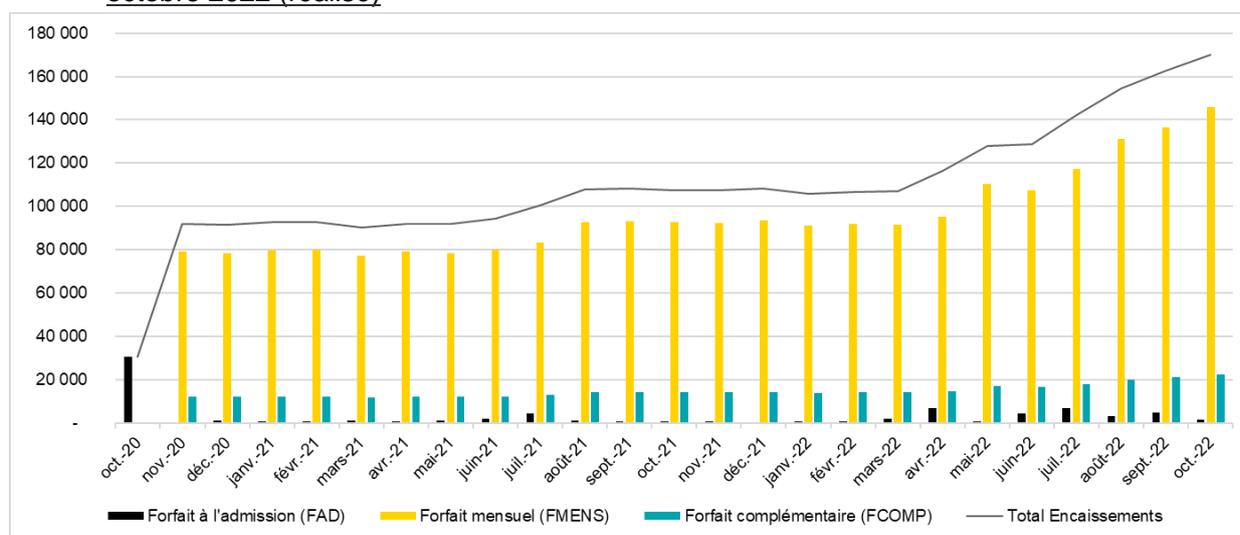
4.1.1.2.1 Synthèse des encaissements

Indications pour la lecture de ce paragraphe

Pour rappel, le modèle financier de la Polyclinique Mobile est basé sur deux composantes :

- Une part forfaitaire fixe par bénéficiaire du dispositif, avec un forfait de 50 € à l'admission (FAD) et un forfait de 130 € par mois (FMENS) ;
- Une rétrocession par l'Assurance Maladie de 50 % des économies nettes générées versées sous la forme d'un forfait mensuel complémentaire (FCOMP), avec une provision de 20 € par mois.

Figure 6 : Graphique des encaissements de la Polyclinique Mobile, entre octobre 2020 et octobre 2022 (réalisé)



Source : données présentées dans le bilan rétrospectif 01/10/2022 – 31/10/2022 et prévisionnel 01/11/2022 – 30/03/2023 (version 5.01 du 09/12/2022)

Sur les deux années complètes réalisées (oct. 2020 – oct. 2022), la Polyclinique Mobile a enregistré une augmentation de 88 % de sa file active. On distinguera la file active liée à la vague 1, qui atteint une moyenne située autour de 730 résidents, stable sur fin 2021 / T1 2022. Ensuite l'intégration des ESMS de la vague 2 entraîne une hausse de la file active qui atteint 1 161 en octobre 2022.

En miroir de l'augmentation de la file active, le montant total des encaissements CNAM a progressé de 85 % entre novembre 2020¹¹ et octobre 2022.

A noter que dans son budget arrêté à octobre 2022, la Polyclinique Mobile estimait que l'augmentation de sa file active allait se poursuivre à hauteur de 23% par rapport à octobre 2022 pour atteindre 1 305 en mars 2023.

4.1.1.2.2 Synthèse des charges : 81% des charges portées par ressources humaines

Comme mentionné dans le rapport intermédiaire, **les ressources internes constituent le premier poste de dépense de la Polyclinique Mobile**, à hauteur de 81% en 2021 (réalisé) comme en 2022 (réalisé de janvier à octobre et prévisionnel sur novembre et décembre). L'annexe VI détaille les

¹¹ On considère novembre 2020 et non octobre 2020 car il s'agit du 1^{er} mois avec des FMENS et FCOMP.

montants des charges de ressources humaines : les soins infirmiers est le 1^{er} poste à hauteur de 890,8 k€ (51% des dépenses de RH).

La répartition des postes de décaissement en 2022 est globalement identique à la répartition constatée en 2021.

Figure 7 : Tableau récapitulatif des décaissements totaux par catégorie, en 2021 et 2022

Décaissements (k€)	Exécuté 2021	Données du budget au 28.02.2022 (év. intermédiaire)	Données du budget au 31.10.2022 (év. finale)	Ecart au prévisionnel sur 2022	Ev. 2021 / 2022
Frais	57	120	121	0,9	114%
Achats	84	98	103	5,6	23%
Ressources externes	89	238	156	-82,2	74%
Ressources internes	998	1 838	1 677	-160,2	68%
Totaux	1 228	2 293	2 058	-235,8	68%

Source : données présentées dans le bilan rétrospectif 01/10/2022 – 31/10/2022 et prévisionnel 01/11/2022 – 30/03/2023 (version 5.01 du 09/12/2022)

Les décaissements liés aux frais et aux ressources externes ont particulièrement augmenté entre 2021 et 2022. Pour autant des dépenses inférieures au prévisionnel (annoncé lors de l'évaluation intermédiaire) sur les ressources internes comme externes ont permis d'afficher un **montant total décaissé inférieur au prévisionnel de 236 k€.**

Concernant les ressources externes ; l'extension aux territoires Vosges / Moselle (vague 2) a été réalisée sur la base des professionnels du bassin de Strasbourg (vague 1), ce qui a donc permis de limiter les dépenses liées au recrutement de nouveaux professionnels. Cependant, d'après le protocole d'extension, bien que le bassin de Strasbourg pouvait constituer un levier au déploiement de la vague 2 dans un premier temps, l'enjeu du maintien du lien avec les professionnels de santé du territoire et ce en cohérence avec le cahier des charges, reste au cœur du dispositif. Bien que cela limite les décaissements, **le non-recours aux professionnels des territoires vague 2 constitue un écart au cahier des charges.**

Le porteur indique que les écarts au prévisionnel pour les achats et les frais sont liés d'une part, à l'inflation, et, d'autre part, à l'achat de matériel de diagnostic approfondi.

4.1.1.2.3 Un déficit porté semblant être lié à un surdimensionnement des ressources humaines

A l'issue de deux années d'expérimentation, **la Policlinique Mobile affiche un déficit de 437,5 k€ en octobre 2022 (période réalisée) soit 16% de son CA**, et un déficit prévisionnel de 384,8 k€ en mars 2023 (prévisionnel) correspondant à 11% de son CA.

A l'issue de la montée en charge de la vague 1, la Policlinique Mobile est entrée dans une phase excédentaire (mars 2021 - septembre 2021, exception en juillet 2021). **La Policlinique Mobile était ainsi parvenue à équilibrer ses charges de fonctionnement avec les recettes de la vague 1.**

A partir de la montée en charge de la vague 2, la Policlinique Mobile est repassée en déficit. A noter que l'ensemble des patients de la vague n'ont pas été inclus à octobre 2022 : le budget prévisionnel au 31/10/2022 anticipe sur la période prévisionnelle (novembre 2022 – mars 2023) une augmentation de la file active jusqu'à mars 2023 et un déficit qui se réduit mais persiste à hauteur de 385 k€.

Le mode de fonctionnement de la Polyclinique Mobile requiert d'une part d'importantes ressources humaines, d'une part des ressources infirmières, d'autre part une optimisation de son modèle de vacations¹².

Sur le 1^{er} point, on retiendra en effet que **les charges sont essentiellement concentrées sur les ressources humaines (81%)**. Bien que les décaissements sur ce poste aient été réduits par rapport au prévisionnel, ils conservent un poids majeur dans son fonctionnement.

Le juste dimensionnement des RH par rapport à la file active (tout particulièrement les ressources médicales et infirmières) constitue un enjeu majeur pour la pérennité économique du dispositif. A noter que dans le cadre du modèle économique choisi, le niveau d'activité (téléconsultations / téléexpertises) n'a aucun impact sur les recettes du dispositif : le dimensionnement des charges est donc à optimiser uniquement sur la base de la file active et de son turn-over.

Par ailleurs, **dans un modèle de vacations de professionnels de santé requis, les charges liées aux ressources externes peuvent représenter un budget conséquent.** Dans le cadre de l'expérimentation, aucun requis n'a été contractualisé dans les territoires de la vague 2 (contrairement au cahier des charges), permettant à la Polyclinique Mobile de limiter ces frais, et par conséquent son déficit.

¹² Le modèle de vacations est approfondi en partie 4.3.3 et sa reproductibilité est analysée en partie 4.4.2.

4.1.2 L'IDE de télémédecine : pilier de la faisabilité du dispositif



En synthèse :

Au 20/01/2023, la Polyclinique Mobile comptait 10 IDE de télémédecine, déployés sur 1 à 3 ESMS (2 pour la majorité d'entre eux), pour des files actives de 139 personnes en moyenne.

- Leur présence en ESMS est indépendante de la consommation en téléconsultations / téléexpertises et varie selon les besoins et le souhait des équipes soignantes de l'ESMS. Cette présence leur permet d'être vecteur de l'information auprès des médecins requis / médecin traitant et de l'équipe soignante dans un contexte de turn-over important en EHPAD,
- Dans un ESMS en routine, ils dédient environ 50% de leur temps à des activités de coordination et de recueil de données et 40% à la télémédecine. Cette première activité couvre notamment le travail conséquent lié à la rédaction de la synthèse infirmière du patient et à l'élaboration du PPS.
- Les IDE sont fortement mobilisés lors du déploiement d'un nouvel établissement, puis de manière cyclique, par la mise en place de campagne de dépistage
- Le professionnalisme et la capacité des IDE de la Polyclinique Mobile à réaliser des actes techniques lors des téléconsultations sont reconnus par les parties prenantes (professionnels en ESMS et professionnels requis).

Rencontrés en entretien, les IDE de la Polyclinique Mobile ont un regard très positif sur leur profession, motivé par l'importance du volet analytique des soins et un sentiment de légitimité et de valorisation de leur expertise.

4.1.2.1 Des EHPAD ayant déjà fait l'expérience de difficultés de déploiement de la télémédecine sans IDE dédié et formé

Parmi les établissements inclus dans le dispositif, 8 / 15¹³ avaient déjà fait l'objet de financements et de dispositifs pour la mise en place de la télémédecine au sein de leur établissement.

Toutefois, tous font part de difficultés rencontrées dans ce format de télémédecine classique « sans IDE dédiés et spécialisés ». Les difficultés évoquées sont notamment :

- ♦ L'absence de formations pour les IDE en ESMS : la réalisation de téléconsultations répondant aux besoins des résidents et des spécialistes nécessite une formation approfondie afin d'être efficace,
- ♦ Le manque de temps des IDE en ESMS, avec un temps très limité voire nul à accorder à cette pratique,
- ♦ Le départ de l'IDE formé à l'utilisation du chariot de télémédecine.

¹³ Les fiches identité des ESMS figurent en [Annexe XI](#).

4.1.2.2 Des IDE formés et dédiés dont la présence semble indispensable à la pratique de la télémédecine en EHPAD

4.1.2.2.1 Volet opérationnel : organisation des tâches des IDE de la Polyclinique Mobile

a. File active des IDE de télémédecine et regard sur le dimensionnement

Au 20/01/2023, la Polyclinique Mobile comptait **10 IDE de télémédecine**, représentant 9,4 ETP. Comme détaillé dans le rapport intermédiaire, chaque IDE a la charge d'un à trois établissements (3/10 sont déployés sur un unique ESMS).

La file active est en moyenne de 139 personnes, le détail figure dans le tableau ci-dessous :

Figure 8 : Tableau des files actives des IDE de la Polyclinique Mobile

IDE	Etablissements	File active moyenne
Vague 1		
Au	4 vents - St Joseph (2/3 résidents)	144
Cr	Kirchberg – Montagne Verte	152
Sa	St Gothard – Le Tilleul	144
Sy	Emmaüs Koenigshoffen	151
At	St Charles – St Joseph	144
Vague 2		
Ct	St Jean-Baptiste - Le Hêtre Pourpre	150
Ge	Les Lauriers - Notre Dame du Blaubeurg	167
Mu	Résidence de Ditschviller	93
D	Les Grès Flammés	110 ¹⁴
H	Le Forfelet - Maison de Retraite Intercommunale - CH de l'Avison	136 ⁴
File active moyenne		139

Source : données transmises par le porteur, en date du 20/01/2023

Rencontrés en entretien, les IDE de la Polyclinique Mobile ont pu donner leur regard de terrain sur le dimensionnement de leur poste. Ils indiquent que la file active pouvant être à la charge d'un IDE de télémédecine est difficilement estimable car cela est très dépendant des pathologies des résidents et de la prise en charge nécessaire. Cependant, il a pu être estimé qu'en moyenne, un IDE de télémédecine suivant ce modèle de Polyclinique Mobile a la capacité de gérer 1 à 3 établissements, pour des files actives comprises entre 140 et 200 résidents.

b. Tâches des IDE de télémédecine et répartition

Comme évoqué dans le rapport intermédiaire : **la présence en ESMS des IDE de la Polyclinique Mobile est indépendante de la consommation en téléconsultations / téléexpertises**. Cela peut varier selon les besoins et le souhait des équipes soignantes de l'ESMS. Certains ESMS ont indiqué que l'IDE était présent 2 jours par semaine, et d'autres 2/3h par semaine. La présence des IDE de la Polyclinique Mobile au sein des ESMS de façon importante est appréciée par les équipes des établissements qui soulignent que cela permet de faciliter la **collaboration avec les équipes internes et la bonne circulation des informations**. Les équipes comme les proches de bénéficiaires soulignent également que cela permet aux familles et aux résidents de l'identifier

¹⁴ Ces chiffres ne sont pas définitifs : les établissements MRI et CH de l'Avison ont une file active de résidents inclus à hauteur de 50% de leur capacité. Cet élément a été comptabilisé dans le calcul de la FA. Les derniers résidents vont être inclus et partagés avec David. La file active n'est pas définitive à ce stade.

comme « responsable de la télémédecine » au sein de l'établissement ; ils peuvent ainsi lui poser des questions en direct afin d'être rassurés ou de solliciter des consultations qui leur semblent nécessaires.

Sur ce volet, certains médecins (traitants et spécialistes) soulignent également le fait que **les IDE de la Polyclinique Mobile constituent des vecteurs d'informations capitaux** entre tous les acteurs (requis, équipe ESMS, médecin traitant) dans un contexte en ESMS avec des équipes internes manquant de temps, et un turnover parfois important, qui crée de la perte d'informations. L'enquête en ligne à destination de ces praticiens rend compte de 8 / 11 médecins traitants répondants et 8 / 8 spécialistes répondants qui se disent satisfaits voire très satisfaits de la qualité des informations transmises par les IDE de la Polyclinique Mobile.

Au-delà des tâches liées aux téléconsultations (en amont, au cours de et en aval), ils réalisent un certain nombre de tâches liées notamment à la coordination et au recueil de données pour les synthèses infirmières.

Figure 9 : Tableau des ETP par catégorie d'activité pour une semaine type d'un IDE de Polyclinique Mobile dans un établissement en routine

Catégorie d'activité réalisées par les IDE de la Polyclinique Mobile	ETP / Semaine
Coordination / Recueil de données	0,5
Tâches liées à la télémédecine (avant, pendant, après)	0,4
Autres (formations, gestion du matériel...)	0,1
Total	1,0

Source : Fiche d'explication du rôle et des missions joués par les infirmiers mobiles de télémédecine au sein de la Polyclinique Mobile TokTokDoc, document transmis par le porteur

Afin de permettre d'ancrer cette répartition du temps de travail dans la réalité terrain des IDE, le schéma ci-dessous détaille les tâches liées à chacune des activités, sur une semaine type, au sein d'un établissement en routine :

Figure 10 : Synthèse des activités de la « semaine type » d'une IDE de télémédecine dans un établissement en routine

Activités	Recueil des données et coordination	Tâches liées à l'acte de télémédecine	Autres activités
 Tâches associées	Travaux de collecte d'informations (dossier patients, entretiens) et retranscription en bilan infirmier Elaboration du PPS : concertation avec le gériatre, adressage et recueil des retours des médecins traitants, réactualisation des bilans... Veille interne en continue sur les éventuels besoins émergents et collaboration avec les médecins traitants	Avant : relecture du dossier, réunion des documents nécessaires à l'acte, demande éventuelle d'actes complémentaires, réalisation d'examens complémentaires) Durant la <u>téléconsultation</u> : installation du patient, présentation du cas clinique au requis, assistance du spécialiste au cours de la téléconsultation en faisant le lien avec le patient, réalisation des actes techniques sous la supervision du requis et réinstallation du patient Durant la <u>téléexpertise</u> : installation du patient, importation des documents / données nécessaires, réalisation des actes techniques et réinstallation du patient Après : récupération du compte-rendu et ordonnances, dépôt dans le logiciel de soins ESMS, transmission orale et/ou écrite des informations aux équipes soignantes	Formation continue / réactualisation des connaissances Participation au développement des interfaces sur la base des retours Gestion du matériel
Répartition du temps dans une « semaine type »	50% du temps : <ul style="list-style-type: none"> • 10 % de recueil de données • 40% de coordination 	40% du temps : <ul style="list-style-type: none"> • 10% en amont • 20% au cours de l'acte • 10% en aval 	10% du temps

Source : Fiche d'explication du rôle et des missions joués par les infirmiers mobiles de télémédecine au sein de la Polyclinique Mobile TokTokDoc, document transmis par le porteur

Les IDE de la Polyclinique Mobile dédient environ **50% de leur temps à la coordination et au recueil de données**. Il est à noter que ces estimations portent sur des établissements en routine : dans le cas d'un établissement en phase de montée en charge, le temps dédié aux tâches de coordination / recueil de données est plus conséquent.

Ceci s'explique par l'**important « coût à l'entrée » lors du déploiement du dispositif au sein d'un nouvel établissement**. En effet, à l'arrivée de la Polyclinique Mobile, **la réalisation de synthèses par les IDE de la PM pour l'ensemble des résidents représente une quantité de travail très conséquente lors de la montée en charge**¹⁵. Les entretiens réalisés avec les IDE de la Polyclinique Mobile et les professionnels en ESMS ont mis en exergue cette importante quantité de travail portée par les IDE.

En termes de volume horaire, **le temps nécessaire à la réalisation d'une synthèse infirmière et du PPS associé est compris entre 1h30 et 3h par résident**, ce chiffre étant très dépendant des données préexistantes dans le dossier du patient et de la disponibilité des parties prenantes (capacité du résident à communiquer, disponibilité de la famille pour répondre aux questions...).

Comme indiqué dans le rapport intermédiaire, les synthèses sont réalisées pour un patient inclus dans l'expérimentation s'il se trouve dans l'un des cas suivants :

- ♦ Le résident est admis à l'EHPAD depuis moins de 6 mois ; la synthèse est systématiquement réalisée par l'IDE de la Polyclinique Mobile déployée dans cet EHPAD,
- ♦ Le résident est admis à l'EHPAD depuis plus de 6 mois : une synthèse est réalisée si une problématique particulière a été identifiée (iatrogénie...).

Les synthèses doivent permettre l'élaboration d'un PPS par patient, appuyé par la validation du gériatre référent de TokTokDoc, et mettant en évidence les besoins potentiels en téléconsultations / téléexpertises qui semblent nécessaires à chaque résident¹⁶.

Les synthèses font également l'objet d'une réévaluation annuelle, afin de maintenir à jour les différentes informations. Interrogés à ce sujet, les IDE de la Polyclinique Mobile estiment la durée de ces réévaluations entre 30min et 2h30 par résident, selon les pathologies de ce dernier.

4.1.2.2.2 Des IDE spécialisés en télémédecine par la réalisation de formations et des transferts de compétences

a. Une formation des IDE importante, réalisée par la Polyclinique Mobile, avec une implication importante des médecins spécialistes requis

Les IDE de la Polyclinique Mobile sont amenés à réaliser un certain nombre d'actes dans le cadre de la télémédecine afin de permettre aux médecins spécialistes de disposer des éléments nécessaires à la pose d'un diagnostic.

Afin qu'ils soient en capacité de réaliser ces actes, comme évoqué dans le rapport intermédiaire, les IDE de la Polyclinique Mobile suivent **75h de formation** avant d'être déployées au sein des ESMS, dont 37h de formations « pratiques » aux outils et sessions terrains. Ces formations sont assurées par l'équipe de la Polyclinique Mobile sur les volets théoriques et des formations sont également dispensées par des médecins spécialistes requis pour la prise en main des outils de télémédecine.

Le tableau ci-dessous vient détailler les heures de formation suivies :

¹⁵ Le détail des éléments figurant dans les synthèses infirmières de la Polyclinique Mobile est présenté en [Annexe VIII](#).

¹⁶ L'usage des synthèses / PPS figure en [partie 4.2.2](#) et le rôle du gériatre en [partie 4.1.3](#).

Figure 11 : Tableau de synthèse des heures de formation suivies par les IDE de télémédecine de la Polyclinique Mobile

Type de formation	Volume horaire (heures)
Découverte générale de l'entreprise	7,5
Remise et prise en main du matériel	2,75
Formation administrative	5
Rencontres des différents services	5,5
Formation théorique à la télémédecine	8
Formation aux outils de télémédecine et sessions terrain	37
Ateliers opérationnels	9,5
Total	75,25

Source : données transmises par le porteur

Le professionnalisme et la capacité des IDE de la Polyclinique Mobile à réaliser des actes techniques lors des téléconsultations ont été soulignés par une très large majorité des professionnels en ESMS et par l'ensemble des professionnels de santé requis.

Les médecins spécialistes soulignent le caractère indispensable de la formation des IDE à la qualité des téléconsultations / téléexpertises pour permettre au praticien de poser un diagnostic fiable. De plus, le fait que certains praticiens assurent eux-mêmes des formations (cardiologues notamment) permet aux IDE de la Polyclinique Mobile d'avoir connaissance des pratiques de travail et exigences de chacun et ainsi d'anticiper leurs demandes en cas de téléconsultations / téléexpertises.

b. Des IDE formés à un ensemble de tâches pour satisfaire aux besoins de la télémédecine

Les IDE de la Polyclinique Mobile couvrent un **large périmètre d'actes** qui permettent de fournir au professionnel requis des éléments d'analyses nécessaires au diagnostic.

Le schéma ci-dessous détaille les tâches réalisées par les IDE de la Polyclinique Mobile suivant la spécialité :

Figure 12 : Tableau des actes pouvant être réalisés par les IDE de la Polyclinique Mobile

Spécialité	Actes pouvant être réalisés par les IDE de la Polyclinique Mobile dans le cadre de leur activité
Cardiologie	<ul style="list-style-type: none"> Echographie dans le cadre d'une TLC de cardiologie (sous contrôle immédiat d'un cardiologue) Enregistrement par d'un ECG par application d'électrodes sur le torse du patient (relevé transmis au médecin requis) Contrôle d'un pace-maker Pose / dépose d'un Holter
ORL	<ul style="list-style-type: none"> Geste otoscopique du conduit auditif (pour dépistage des pathologies du conduit auditif par téléexpertise) Extraction de bouchon d'oreille par lavage de l'oreille Audiogramme en télé-guidance avec l'ORL (dépistage des troubles de l'audition)
Pneumologie	<ul style="list-style-type: none"> Spirométrie (test de débits ventilatoires) Polysomnographie
Dermatologie	<ul style="list-style-type: none"> Photo avec effet loupe de la zone altérée du derme
Générale	<ul style="list-style-type: none"> Mesure du volume vésical (Bladderscan) avec un échographe Geste d'échographie des faces antérieures de cuisse (dépistage de la sarcopénie) Réfection de pansement : plaies chroniques
Bucco-dentaire	<ul style="list-style-type: none"> Réalisation de clichés bucco-dentaires et prothétiques au moyen d'un kit matériel adapté

Sources : Document « Délégation de tâches : Médecins spécialisés /IDE polyclinique mobile » fournis par la Polyclinique Mobile (Version 1.00 du 08/02/2022), et éléments complémentaires issus du Focus Group

Il est à noter que, dans un souci d'organisation interne, la Polyclinique Mobile a formalisé des « protocoles qualitatifs médicaux » qui détaillent le protocole de réalisation de différents actes dans le cadre de leur activité (matériel à utiliser, méthode pour envoyer des éléments au requis via tablette des IDE...).



A titre indicatif, les évaluateurs relèvent que la grande variété d'actes réalisés par les IDE de la PM pourrait poser la question du périmètre juridique d'intervention des IDE de la Polyclinique Mobile. En effet, dans la réalisation de leurs missions, ces professionnels exercent dans une logique d'autonomie forte qui peut être rapprochée *de facto* de délégations de tâches du médecin vers les IDE.

Une analyse juridique complémentaire permettrait de vérifier ce point.

4.1.2.2.3 Une évolution du métier d'IDE intéressante pour l'avenir

a. Une perception positive des IDE sur leur profession

En conséquence du rôle majeur des IDE dans la réalisation des téléconsultations / téléexpertises et, par extension, dans le fonctionnement du dispositif : l'attractivité de cette « nouvelle profession » et la capacité à recruter des IDE pour ce poste est un pilier de la faisabilité.

Rencontrés en entretien à ce sujet, **les IDE de la Polyclinique Mobile ont un regard très positif sur leur profession.**

L'élément le plus souvent cité est l'importance du **volet analytique des soins**. Ils se sentent partenaires dans l'élaboration des parcours de soins des résidents, avec la possibilité d'analyser le contexte du résident lors du bilan infirmier, et d'échanger avec l'ensemble des parties prenantes (familles, équipes ESMS...) pour identifier une prise en charge adaptée. Ce point positif de la profession d'IDE de télémédecine est à mettre en parallèle avec leurs expériences antérieures

dans lesquelles ils déploreraient parfois un manque d'analyse (par manque de temps à l'hôpital ou en ESMS).

Les IDE de la Polyclinique Mobile ont également fait part d'un **sentiment de légitimité et de valorisation de leur expertise**. Ils ont la possibilité de proposer des téléconsultations / téléexpertises quand cela leur semble pertinent, et d'en échanger avec des médecins traitants et médecins coordinateurs. Ils jouent un rôle de conseil pour les équipes internes aux ESMS et se sentent plus valorisés que dans leur pratique d'IDE dans d'autres domaines d'exercice.

D'autres éléments relatifs au rôle de l'IDE de télémédecine ont également été mentionnés :

- ♦ Un rôle enrichissant sur le plan des connaissances avec un apprentissage riche au cours des consultations et des échanges avec les médecins spécialistes,
- ♦ Un équilibre vie professionnelle / vie personnelle facilité : les IDE de Polyclinique Mobile travaillent en horaires de jours et en jours ouvrés.

b. Regard des autres parties prenantes

Les entretiens avec les autres acteurs impliqués dans le dispositif mettent en évidence le caractère « indispensable » des IDE de la Polyclinique Mobile pour le fonctionnement du dispositif.

Sur le plan médical et de la prise en charge du résident, l'IDE de la Polyclinique permet :

- ▶ **La transmission d'informations ;**
- ▶ **L'accompagnement du résident au cours de la consultation ;**
- ▶ **La planification des téléconsultations.**

En termes de transmission des informations, l'IDE de Polyclinique Mobile :

- ♦ Peut répondre aux questions des familles n'ayant pas pu assister aux téléconsultations et expliquer les conclusions du médecin spécialiste (un rôle pédagogique dont les familles ne bénéficient pas nécessairement lors de consultations en présentiel),
- ♦ Peut poser aux spécialistes des questions formulées par les IDE de l'établissement ou le médecin traitant, quand ceux-ci ne peuvent pas assister aux téléconsultations,
- ♦ Transmet les comptes-rendus et permet de retranscrire les éléments à l'oral pour les équipes des ESMS et les médecins traitants.

Du fait qu'il accompagne le résident au cours de la téléconsultation, l'IDE de la Polyclinique Mobile :

- ♦ Prépare les éléments pour le spécialiste et peut répondre à ses questions au cours de la téléconsultation (8 / 8 des médecins requis ayant répondu à l'enquête en ligne se sont dit satisfaits voire très satisfaits de la qualité de la préparation des téléconsultations),
- ♦ Facilite les échanges entre le spécialiste et le résident : un bénéfice par opposition à des consultations en présentiel très complexes pour des résidents parfois déments et en difficulté pour s'exprimer auprès de praticiens qui manquent par ailleurs d'informations,
- ♦ Rassure le résident et rassure également les familles : lors de consultation en présentiel les résidents sont parfois seuls et désorientés en salle d'attente.

Aussi, parmi les parties prenantes rencontrées en entretien qui ont indiqué être plutôt favorables au dispositif, toutes ont identifié **le rôle clef des IDE de la Polyclinique Mobile au sein du dispositif**. Les enquêtes en ligne viennent corroborer ce constat :

- ♦ 13/17 médecins répondants et 30/30 personnels en ESMS estiment que la présence de l'IDE est indispensable aux téléconsultations,
- ♦ 19/30 personnels en ESMS répondant estiment que le fait que l'IDE assiste aux transmissions est indispensable au dispositif.

Néanmoins, il est à noter que certains professionnels rencontrés en entretien ont exprimé un avis défavorable à l'intervention des IDE de la Polyclinique Mobile ou ont mentionné les avis défavorables de confrères / pairs :

- ♦ Des oppositions semblent plutôt liées au « principe de la télémédecine » plutôt qu'au dispositif en lui-même¹⁷.
- ♦ Des personnes (médecins traitants et personnes en ESMS) ont évoqué une gêne / réticence vis-à-vis de l'intervention des IDE de la Polyclinique Mobile au sein des établissements¹⁸.

Concernant ce second point : la gêne évoquée concerne la présence d'une tierce personne au sein des établissements de façon récurrente et qui participe aux transmissions, avec un accès à des informations médicales sur les résidents. Cette gêne, mentionnée par des médecins traitants et des personnels d'ESMS, fait écho à des **craintes quant à une potentielle « commercialisation des besoins des résidents » et/ou surconsommation de la télémédecine dans le but de « démontrer l'existence d'un besoin »**.

Cette crainte a également été évoquée comme une crainte « passée » par d'autres acteurs ayant aujourd'hui une vision positive du dispositif ; une évolution mentionnée par les équipes soignantes lors des entretiens au sujet de certains médecins traitants.¹⁹

On distingue, parmi ces situations, deux types d'explication quant à la disparition de cette crainte :

- ♦ Une disparition de la crainte suite à une présentation du modèle économique au forfait qui vient limiter une peur d'une tarification à la téléconsultation / à l'acte ;
- ♦ Une évolution suite à des échanges avec les IDE de la Polyclinique Mobile pour bien définir les circuits de validation des actes (dans certains ESMS, lors du début du déploiement du dispositif).

Concernant ce regard porté par les différents acteurs sur les IDE de télémédecine, aucune différence notable n'a été identifiée entre les trois départements de déploiement de l'expérimentation. Il ne semble donc pas y avoir de lien entre acceptabilité de la télémédecine et densité médicale.

4.1.3 Le rôle du médecin référent gériatre



En synthèse :

La Polyclinique Mobile a recruté en novembre 2021, un gériatre en tant que médecin référent ; une activité salariée non inscrite dans le cahier des charges.

Ce professionnel intervient principalement pour l'élaboration / le suivi des parcours de soins des résidents (70% du temps). Il prend en charge la relecture et validation de l'ensemble des PPS des résidents et assure une « consultation-socle » pour les patients admis depuis moins de 6 mois de façon systématique (et pour les autres si nécessaire).

C'est l'édition du PPS du patient par ce professionnel qui déclenche le forfait d'admission (et non sa validation par le médecin traitant du patient).

¹⁷ Cet élément est approfondi en [partie 4.1.4.3](#) pour les médecins traitants et [partie 4.2.7.2 pour les familles](#).

¹⁸ Sur les entretiens réalisés : 1/10 médecins traitants a indiqué avoir cette crainte à titre personnel. Les directions d'ESMS et leurs équipes indiquent avoir des personnels et/ou des médecins traitants libéraux avec cette crainte. Les évaluateurs ne sont pas en mesure de quantifier.

¹⁹ Élément non quantifiable directement par les évaluateurs.

Nous pouvons noter que l'organisation de la prise en charge des patients en EHPAD (hors dispositif Polyclinique Mobile) est très dépendante de l'organisation interne à l'établissement. Aussi le dispositif permet de formaliser un processus standardisé au sein des différents établissements, pour le volet médical de l'entrée en EHPAD.

En revanche, sans questionner l'intérêt d'une expertise gériatrique dans l'analyse des besoins d'un public d'EHPAD, les évaluateurs interrogent la position centrale donnée au gériatre qui vient modifier le fonctionnement proposé par la Polyclinique Mobile dans son cahier des charges.

Bien que cette organisation présente l'avantage de l'efficacité et d'un accès aux soins facilité pour les résidents, elle interroge sur une forme de neutralité de la prescription d'un acte de télémédecine ultérieur en minimisant le rôle de régulateur attribué aux médecins traitants dans le cahier des charges.

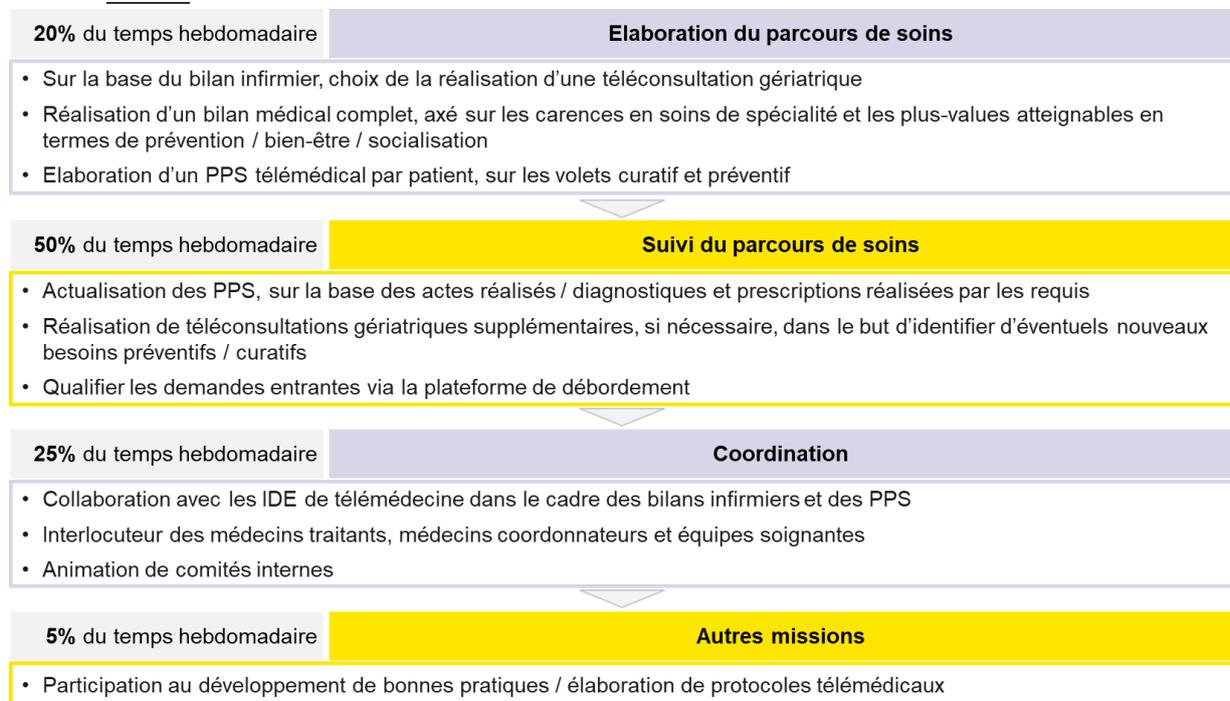
Depuis novembre 2021, la Polyclinique Mobile fait intervenir un **gériatre en tant que médecin référent. Cette activité salariée n'avait pas été envisagée dans le cahier des charges.**

Pour rappel, comme précisé lors de l'évaluation intermédiaire, l'équipe porteuse explique avoir salarié un gériatre pour les deux motifs suivants :

- ♦ Des difficultés à collaborer avec certains médecins traitants, le gériatre permettant de faciliter cet échange entre pairs (par opposition aux échanges médecins / IDE),
- ♦ Les gériatres précédemment intégrés au réseau requéraient des coûts de vacation particulièrement élevés, difficilement supportables financièrement pour la Polyclinique Mobile.

En pratique, le gériatre référent réalise les missions suivantes :

Figure 13 : Synthèse des activités de la « semaine type » du gériatre référent de la Polyclinique Mobile



Source : Fiche d'explication du rôle et des missions du référent gériatre au sein de la Polyclinique Mobile TokTokDoc, document transmis par le porteur

Ainsi le gériatre référent de la Polyclinique Mobile consacre **70% de son temps de travail hebdomadaire au volet élaboration / suivi des parcours de soins** des résidents admis dans le dispositif.

4.1.3.1 Un processus en « circuit fermé » centralisé par le gériatre qui interroge

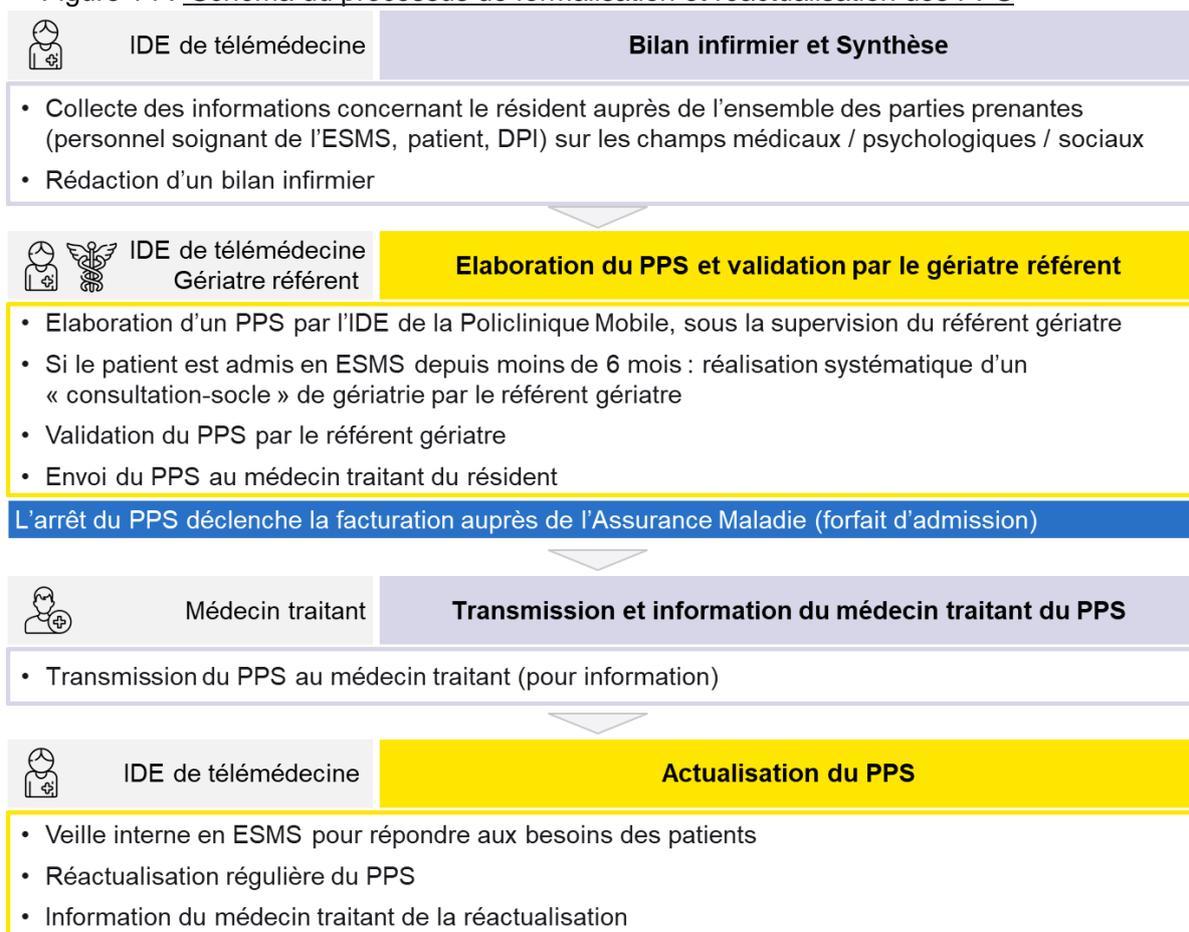
Sur le processus de synthèses / PPS, il est rappelé ici que la Polyclinique Mobile a fait le choix de moduler son processus de réalisation des synthèses / PPS suivant deux types de patients :

- ♦ Les résidents admis en établissement depuis moins de 6 mois : la synthèse et le PPS sont systématiquement réalisés,
- ♦ Les résidents admis en établissement depuis plus de 6 mois : une synthèse et un PPS sont réalisés uniquement si une problématique particulière a été identifiée (iatrogénie...).

Quelle que soit la situation du résident, le PPS fait l'objet d'une relecture et validation par le référent gériatre avec transmission au médecin traitant mais sans demande de validation de celui-ci.

Le schéma ci-dessous vient clarifier le processus d'admission des patients au sein de la Polyclinique Mobile depuis le salariat du référent gériatre :

Figure 14 : Schéma du processus de formalisation et réactualisation des PPS



Source : Documents transmis par le porteur, visuel EY

Aussi, la Polyclinique Mobile a mis en place **une téléconsultation gériatrique systématique pour les patients institutionnalisés depuis moins de 6 mois**. Cette « consultation-socle » est devenue le préalable à l'élaboration du PPS.

Pour les autres résidents, cette « consultation-socle » est réalisée dans les cas où le suivi devait manifestement être clarifié ou enrichi en vue de l'établissement du PPS.

L'équipe de la Polyclinique Mobile a mis en place cette consultation gériatrique d'admission dans le souhait de fiabiliser les PPS en renforçant la connaissance du patient.



Cette modification fait évoluer le schéma vers une organisation en « circuit fermé » autour du gériatre. Une fois le besoin identifié / le bilan infirmier réalisé, les IDE de la Polyclinique Mobile transmettent systématiquement ces éléments au gériatre pour expertise et validation et ce même praticien réalise les téléconsultations d'admission.

4.1.3.2 Articulation du rôle du gériatre avec le rôle de médecin coordonnateur

D'après Le Code de l'Action Sociale et des familles²⁰, les missions du médecin coordonnateur couvrent notamment :

- ♦ L'admission des résidents, en donnant un avis sur l'adéquation entre leur état de santé et les capacités de prise en charge de l'établissement,
- ♦ **La coordination de la réalisation d'une évaluation gériatrique** et, la possibilité d'effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Cette évaluation est réalisée à l'entrée du résident puis autant que de besoin,
- ♦ En lien avec l'infirmier coordonnateur de l'EHPAD, le médecin coordonnateur veille à la bonne tenue des dossiers médicaux et para médicaux, en relation avec les intervenants extérieurs (kinésithérapeute, orthophoniste, ...), médecins traitants et spécialistes.

Sur le 2nd point, on remarquera que la Polyclinique Mobile vient assurer une téléconsultation gériatrique d'admission et réalise l'identification de besoins et des propositions de prise en charge dans les PPS.

Cependant, les médecins coordonnateurs rencontrés (10 / 13) n'ont pas mentionné de doublons entre leurs activités et celles du gériatre référent, ni de difficultés organisationnelles sur ce point²¹. **Au contraire, ils soulignent que l'évaluation gériatrique réalisée à l'admission permet de disposer d'un bilan complet et actualisé**, car la majorité des résidents ne dispose pas d'informations complètes lors de leur arrivée en établissement. Le rôle du médecin référent gériatre venant ainsi compléter une offre de soins en EHPAD.

²⁰ Article D312-158 du Code de l'Action Sociale et des familles, modifié par décret n°2019-714 du 5 juillet 2019 – article 2.

²¹ Un approfondissement du point de vue des médecins coordonnateurs sur le PPS est présenté en partie 4.2.2.4.

4.1.4 Un dispositif médecin traitant-dépendant



En synthèse :

Dans son cahier des charges, la Polyclinique Mobile identifie 3 étapes d'intervention des médecins traitants dans le parcours des patients de la Polyclinique Mobile.

Les étapes d'information en amont de chaque acte de télémedecine et d'envoi des éléments de compte-rendu en aval semblent respectées, bien que quelques écarts soient constatés.

Le 3^{ème} élément porte sur la sollicitation du médecin lors des actualisations du PPS du patient. A ce niveau, des difficultés opérationnelles sont constatées avec une faible connaissance des PPS par les médecins traitants.

Les professionnels rencontrés en ESMS insistent sur l'importance de conserver les médecins au cœur du dispositif, comme régulateur de la pertinence des actes. 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, le dispositif reste confronté au manque de disponibilités de ces praticiens voire de certaines oppositions de principe.

En février 2023²², un **total de 222 médecins traitants** avaient au moins un patient inclus dans le dispositif, (pour un total de 1 588 patients).

4.1.4.1 La place du médecin traitant dans le cahier des charges de la Polyclinique Mobile

Le cahier des charges de la Polyclinique Mobile décrit l'intervention du médecin traitant en amont de l'acte de télémedecine de la façon suivante : « Le médecin traitant reste toujours le coordonnateur du parcours de soins du patient, y compris lors de sa prise en charge au sein de la Polyclinique mobile. [...] Ainsi, le médecin traitant du patient est systématiquement :

- ♦ Informé préalablement de chaque projet de nouvelle prise en charge télémedicale, la valide, la qualifie et l'oriente vers la ou les spécialités requises ;
- ♦ Destinataire des éléments produits lors de l'acte de télémedecine, notamment le compte-rendu et les prescriptions associées ;
- ♦ Sollicité lors des actualisations du PPS du patient. »

La Polyclinique Mobile a identifié **3 étapes d'intervention des médecins traitants dans le parcours des patients de la Polyclinique Mobile**.

4.1.4.2 Mise en œuvre opérationnelle du rôle du médecin traitant

En synthèse, la mise en œuvre du rôle du médecin traitant sur les trois volets présentés dans le paragraphe précédent se heurte à des difficultés de terrain et quelques écarts au cahier des charges sont constatés :

Etape d'intervention du médecin traitant	Mise en œuvre du cahier des charges
--	-------------------------------------

²² Données issues d'un fichier dédié au suivi des médecins traitants transmis directement par le porteur. Ces données sont datées du 24/02/2023 et le périmètre des médecins traitants correspond à l'ensemble des praticiens ayant au moins 1 patient inclus dans le dispositif à cette date.

Information préalable à chaque acte de télé médecine	
Destinataire des documents à l'issus des actes de télé médecine	
Sollicitation lors des actualisations du PPS du patient	

4.1.4.2.1 Intervention 1 : Information préalable à chaque prise en charge télé médicale

L'évaluation intermédiaire avait fait état d'un manque de formalisation quant à la collecte de l'accord des médecins traitants en amont des actes de télé médecine.

Dans le cadre de l'évaluation finale : on identifie **des progrès sur le respect des procédures d'organisation des téléconsultations dans les établissements de la vague 2.**

Toutefois, il semble que l'organisation de téléconsultations après « accord tacite » du médecin traitant persistent dans certains ESMS (vague 1 et 2 confondues), en particulier lorsqu'il s'agit de réaliser un bilan à l'admission ou d'une consultation de suivi faisant suite à une précédente téléconsultation.

Le constat semble similaire pour l'organisation des **téléexpertises** qui peuvent être réalisées **sans le recueil préalable de l'accord du médecin traitant, mais sur sollicitation du médecin coordonnateur.**

8 / 10 des médecins traitants rencontrés en entretien ont indiqué qu'ils étaient bien informés en amont des actes de télé médecine pour donner leur avis. Cependant on notera que 4 / 10 de ces praticiens mentionnent que pour certains actes (essentiellement pour le dépistage), leurs avis ne sont pas sollicités et ce sont les médecins coordonnateurs qui en prennent la responsabilité.



A noter que le SI de la Polyclinique Mobile ne permet pas un suivi des validations / refus des actes de télé médecine par les médecins traitants, néanmoins l'équipe porteuse dispose d'un fichier de suivi dédié.

Par conséquent, **les données présentées dans ce paragraphe n'ont pas fait l'objet de calculs sur la base des extractions du SI porteur par les évaluateurs** et ont été transmises directement par le porteur. Ces données sont datées du 24/02/2023 et le périmètre des médecins traitants correspond à l'ensemble des praticiens ayant au moins 1 patient inclus dans le dispositif à cette date. Aucune distinction des actes par catégorie (téléconsultation / téléexpertise) ne figure dans ces données.

A titre indicatif on relèvera dans le fichier de suivi du porteur :

- ◆ Un total de 222 praticiens dans le fichier,
- ◆ 138 soit 66% d'entre eux ont validé l'intégralité des actes proposés par la Polyclinique Mobile,
- ◆ Une très grande hétérogénéité du nombre d'actes validés par médecin rapporté à sa file active. Avec une moyenne de 3,9 actes validés par résident en file active, on constate que 34% des praticiens ont validé entre 0 et 2 actes par résident. Pour autant, ce chiffre atteint 20 actes / résident en file active chez certains praticiens.

4.1.4.2.2 Intervention 2 : Destinataires des éléments issus de la téléconsultation / téléexpertise

Cet engagement du cahier des charges est respecté : les médecins traitants ont indiqué qu'ils recevaient bien les comptes-rendus et prescriptions associées. 8 / 10 des médecins traitants rencontrés en entretien ont indiqué que les comptes-rendus leur étaient bien adressés et contenaient le bon niveau d'information. Ces documents sont envoyés par l'IDE de la télémédecine directement ou par le médecin coordonnateur de l'établissement.

4.1.4.2.3 Intervention 3 : Sollicitation pour actualisation du PPS

En pratique, ce dernier point du cahier des charges semble être celui posant le plus de difficultés sur le plan opérationnel. **Les entretiens réalisés mettent en évidence une faible connaissance des PPS par les médecins traitants.**

L'analyse complète des PPS et des retours des professionnels sur ce champ est approfondie en partie 4.2.2.

4.1.4.3 L'importance du rôle de médecin traitant confrontée aux réalités de terrain

4.1.4.3.1 L'importance du rôle de médecin traitant pour la régulation du dispositif

L'importance du rôle de médecin traitant dans la régulation et le contrôle du dispositif est reconnue par l'ensemble des acteurs au sein des ESMS.

En effet, **les équipes rencontrées au sein des ESMS, tout particulièrement les directions et les médecins coordonnateurs, ont estimé que les médecins traitants devaient rester au cœur du dispositif** car ils permettent une bonne régulation de ce dernier. Ils viennent valider la pertinence de recourir à un rendez-vous de spécialité et/ou à la pertinence d'utiliser la modalité de télémédecine.

Au-delà d'un aspect opérationnel, la présence du médecin traitant au centre du dispositif est un élément de réassurance pour certains acteurs quant à la fiabilité du dispositif. En effet, la crainte d'une surconsommation et d'un intérêt économique à la réalisation d'actes a été évoqué par de nombreux acteurs ; ceux-ci indiquant avoir été **rassurés par la présence des médecins traitants comme clef pour le déclenchement des actes** (tel que présenté dans le cahier des charges) et, par conséquent, **limiter les potentielles dérives.**

4.1.4.3.2 Des actions de la Polyclinique Mobile en faveur de la collaboration avec ces praticiens

Compte tenu des difficultés rencontrées dans la collaboration avec les médecins traitants et la pédagogie nécessaire à la mise en œuvre d'un tel dispositif, **les équipes de la Polyclinique Mobile ont progressivement mis en œuvre des actions de communication et de pédagogie.**

L'équipe de la Polyclinique Mobile est allée rencontrer les médecins traitants dans leur cabinet, afin de présenter le dispositif, d'échanger sur les modalités de communication et les besoins médicaux de leur patientèle.

Des échanges entre infirmières de télémédecine et médecins traitants sont également organisés.

L'échantillon de médecins traitants rencontrés en entretien étant restreint, il ne permet pas d'identifier un réel impact de ces actions. Aucun des médecins traitants rencontrés en entretien n'a

évoqué une rencontre présentielle, mais des échanges avec les IDE de télémédecine ont été mentionnées ainsi que des réunions d'échange avec plusieurs médecins traitants et des membres de la Polyclinique Mobile.

4.1.4.3.3 Un rôle d'importance, confronté parfois à un manque de disponibilité / d'implication qui interroge

a. Un manque de mobilisation, parfois dû à un important manque de disponibilité

Comme exprimé précédemment, le dispositif est très lié au positionnement des médecins traitants : tant en cas d'absence de contrôle, qu'en cas d'opposition totale au dispositif.

Cependant, dans un contexte de difficultés d'exercice des médecins traitants avec un charge de travail conséquente, les équipes en ESMS sont confrontées à certains praticiens qui se désintéressent parfois de leurs patients en institution. Elles soulignent en entretien les difficultés à obtenir des réponses des praticiens à leurs sollicitations.

Ce contexte impacte la Polyclinique Mobile : les difficultés à mobiliser les médecins traitants pour valider les PPS et/ou les actes de télémédecine peuvent ralentir le dispositif.

b. Des oppositions par principe à la télémédecine qui peuvent entraver l'accès aux spécialistes pour certains résidents

Au-delà des difficultés opérationnelles, qui rendent la sollicitation des médecins traitants complexe, il est à noter **qu'une partie des médecins traitants²³ reste formellement opposée au dispositif**. Cette opposition semble parfois être liée au principe même de la télémédecine, plutôt qu'au dispositif lui-même.

Cette opposition par principe interroge sur le plan éthique : les équipes en ESMS s'inquiètent de voir l'accès aux spécialistes entravé pour certains résidents qui souhaitent une téléconsultation par le refus du médecin traitant. Ces « refus par principe » sont particulièrement problématiques dans les situations de résidents pour lesquels l'accès à un spécialiste « classique » représente de très lourdes difficultés : patient dément difficilement déplaçable, patient à mobilité très fortement réduite, etc.

Afin de moduler ce constat, il est à noter que **certains médecins traitants plutôt opposés au dispositif à l'origine ont été amenés à faire évoluer leur point de vue** sur la télémédecine suite à l'utilisation du dispositif. Ils ont été rassurés par la qualité des échanges avec l'IDE PM et des comptes-rendus reçus.

²³ Sur les entretiens réalisés : deux praticiens ont fait part d'une opposition à la télémédecine au sens large. Les équipes soignantes mentionnent en entretien que des médecins traitants libéraux sont dans cette opposition. Les évaluateurs ne sont pas en mesure de quantifier.

4.1.5 L'implication des ESMS



En synthèse :

L'évaluation finale est venue confirmer que l'accueil et l'implication des établissements constituent des prérequis au déploiement du dispositif.

La Polyclinique est parvenue à atteindre ses objectifs d'inclusion tant sur le nombre d'ESMS avec 17 conventions signées (8 en vague 1 et 9 en vague 2) que sur le nombre de résidents admis dans le dispositif.

Sur ce 2nd point, le nombre de résidents admis est de 1 567 avec une cible initiale à 1 374 dans le cahier des charges.

Déjà identifiés comme des **prérequis au déploiement** du dispositif lors de l'évaluation intermédiaire, **l'accueil et l'implication des établissements** sont également apparus comme tels pour les établissements de la vague 2.

La communication et la collaboration entre équipes des ESMS et l'équipe de la Polyclinique Mobile est approfondie dans la partie 4.2.7.1.

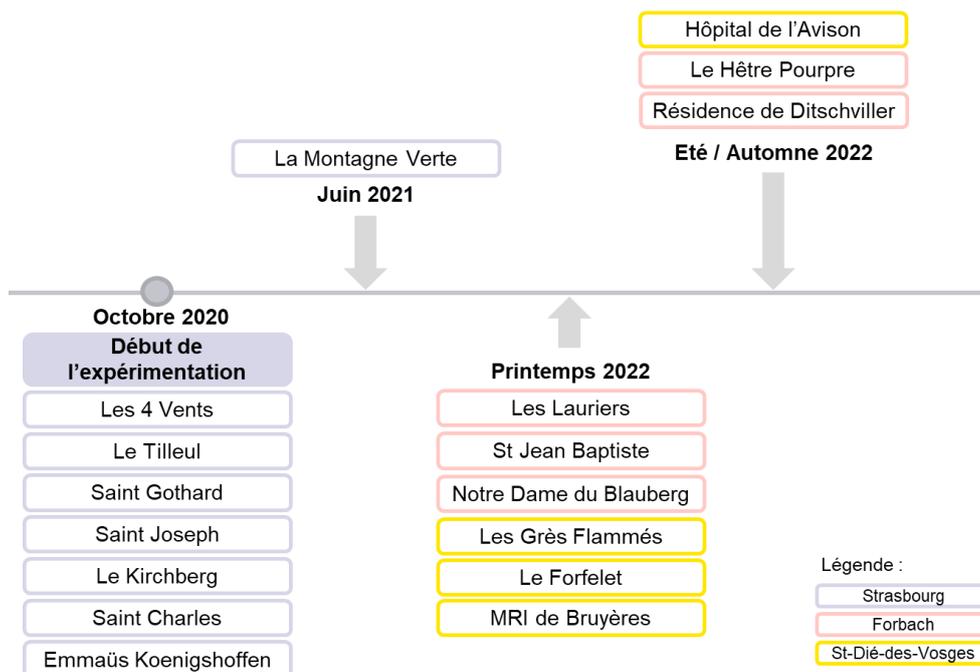
4.1.5.1 Etat des lieux des partenariats avec les ESMS en fin d'expérimentation

4.1.5.1.1 Evolution des partenariats et intégration de la vague 2

Sur toute la durée de l'expérimentation, la Polyclinique Mobile a signé des conventions avec **17 établissements, déployés et en activité** :

- ♦ 8 ESMS en vague 1 (bassin de santé de Strasbourg),
- ♦ 9 ESMS en vague 2 (5 dans le bassin de santé de Forbach et 4 dans le bassin de santé de Saint-Dié-des-Vosges).

Figure 15 : Schéma de synthèse des ESMS intégrés à la Polyclinique Mobile sur la durée de l'expérimentation



3 établissements ont fait l'objet d'une démarche de conventionnement puis ont quitté le dispositif :

- ♦ Home du Cameroun (Vosges), suite à des problématiques de ressources humaines récurrentes qui ont poussé la directrice de l'établissement à prioriser la résolution de problèmes en interne ;
- ♦ Bois des oiseleurs (Moselle), suite à un désaccord entre l'engagement historique de la direction médicale qui souhaitait bénéficier du dispositif et l'infirmière cadre qui est arrivée la semaine du déploiement ;
- ♦ Villa Beausoleil (Moselle), non déployé du fait de l'impossibilité de présenter le projet aux médecins traitants ;

4.1.5.1.2 Focus sur les objectifs du cahier des charges

Le tableau ci-dessous synthétise les objectifs de la Policlinique Mobile en termes d'inclusion d'ESMS et le réalisé :

Période	Objectifs à l'issue de la vague	Réalisé	Atteinte des objectifs
Déploiement de la vague 1	8 ESMS	8	
Déploiement de la vague 2	18 ESMS	17	

Du fait du départ du dispositif de 3 ESMS, la Policlinique Mobile n'a pas atteint la totalité des 18 ESMS visés à l'issue de la vague 2. Pour autant, avec 17 ESMS inclus, l'expérimentation reste très proche de l'objectif.

4.1.5.2 Evolution de la file active

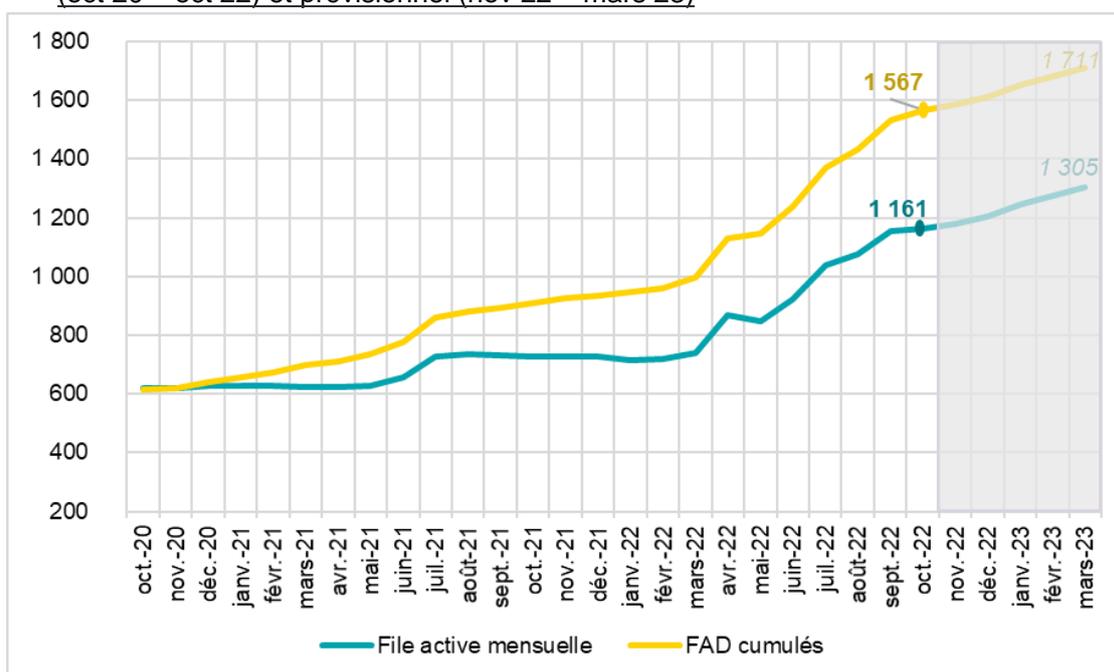
4.1.5.2.1 Une file active de 1 161 résidents

Le nombre de résidents admis dans la Polyclinique Mobile (soit le nombre de forfaits d'admission cumulés) sur toute la durée de l'expérimentation²⁴ est de **1 567**.

L'évolution de la file active, parallèlement à l'inclusion des ESMS, met en évidence :

- ♦ La vague 1 : phase de croissance entre octobre 2020 et février 2022 avec une augmentation progressive pour atteindre 960 (hausse remarquable entre juin et juillet 2021 (+118) à la suite de l'intégration de l'EHPAD La Montagne Verte)
- ♦ La vague 2 : phase d'augmentation importante à partir de mars 2022.

Figure 16 : Graphique présentant l'évolution de la File Active et les FAD sur la période réalisée (oct 20 – oct 22) et prévisionnel (nov 22 – mars 23)



Source : document Porteur - budget rétrospectif 01/10/2022 – 31/10/2022 et prévisionnel 01/11/2022 – 30/03/2023 (version 5.01 du 09/12/2022)

La file active a augmenté sur les derniers mois du fait de cette seconde vague pour atteindre 1161 résidents en octobre 2022.

4.1.5.2.2 Focus sur les objectifs du cahier des charges

Le tableau ci-dessous synthétise les objectifs de la Polyclinique Mobile en termes d'inclusion de bénéficiaires et le réalisé :

Période	Objectifs à l'issue de la vague	Réalisé : nombre de FAD cumulés au 31/10/2022	Atteinte des objectifs
Déploiement de la vague 1	614 patients	960	✓
Déploiement de la vague 2	1 374 patients	1 567	✓

²⁴ Données arrêtées au 31/10/2022

4.1.6 Collaboration avec les requis



En synthèse :

Sur la durée totale de l'expérimentation, 20 professionnels de santé ont collaboré avec la Polyclinique Mobile en tant que requis, formant un panel de 12 spécialités (dont rhumatologie et bucco-dentaire ajoutées en 2022).

L'équipe porteuse indique que la multiplicité des spécialités permet un adressage coordonné des patients entre les différents requis du réseau.

Sans remettre en cause le bénéfice d'un tel réseau pour le patient, certains médecins traitants rencontrés en entretien ont fait part d'une interrogation sur ces adressages au sein du réseau, indiquant que certains actes venaient à en déclencher d'autres.

Concernant la collaboration avec les professionnels requis pour les actes de télémedecine, deux écarts au cahier des charges sont constatés :

- ◆ L'engagement de prioriser la réalisation des actes de télémedecine par des praticiens déjà existants dans le cercle de soins des résidents, demeure en pratique anecdotique avec 3 téléconsultations réalisées dans ce cadre (uniquement de la médecine générale).
Le porteur indique avoir fait le choix de « ne pas enclencher de démarche systématique d'embarquement » des spécialistes préexistants dans le cercle de soins dans un souci d'efficacité de l'organisation (temps de sollicitation de ces professionnels et remplissage des créneaux de vacations).
- ◆ Le cahier des charges de la Polyclinique Mobile stipule que le requis pour l'acte de télémedecine est un professionnel issu du territoire du patient. Or, l'extension aux territoires Vosges / Moselle (vague 2) a été réalisée sur la base des professionnels du bassin de Strasbourg (vague 1) et aucun contrat de requis n'a été signé avec des professionnels de ces territoires.

Sur les deux années d'expérimentation (oct. 2020 – oct.2022), **19 professionnels de santé** ont collaboré avec la Polyclinique Mobile en tant que requis²⁵. Un nouveau requis a rejoint le réseau au cours de l'année 2022 : une rhumatologue.

L'arrivée du chirurgien-dentiste en 2022 ne figure pas dans ce total : au 31/12/2022, la collaboration était établie avec la Polyclinique Mobile mais le contrat n'avait pas encore été signé.

Aussi, au 31/12/2022, 15 professionnels de santé étaient actifs dans le réseau :

- ◆ 14 assuraient toujours des vacations auprès de la Polyclinique Mobile,
- ◆ La collaboration avec un chirurgien-dentiste était également établie, sans que la contractualisation ne soit finalisée²⁶.

Comme évoqué lors de l'évaluation intermédiaire, ces professionnels rencontrés en entretien ont expliqué qu'ils s'étaient engagés dans la Polyclinique Mobile dans l'objectif de lutter contre la difficulté d'accès aux soins des résidents d'EHPAD.

²⁵ A noter que le gériatre référent de la Polyclinique Mobile ne figure pas dans ce total.

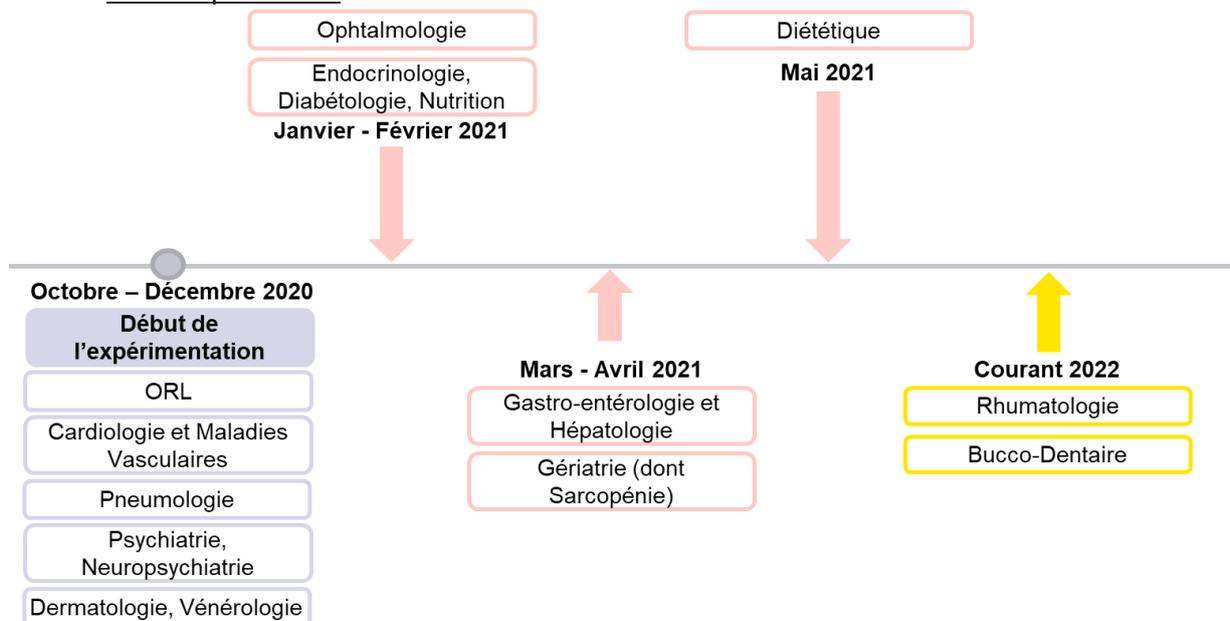
²⁶ La mise en place de cette nouvelle spécialité bucco-dentaire par la Polyclinique Mobile sera approfondie en [partie 4.2.5.3](#).

4.1.6.1 Un panel de 12 spécialités, dont la pertinence est soulignée par les professionnels du terrain

4.1.6.1.1 Un réseau de requis progressivement enrichi de nouvelles spécialités

Ce réseau de requis, progressivement élargi avec l'ajout de 2 nouvelles spécialités en 2022, permet à la Polyclinique Mobile de proposer **12 spécialités** :

Figure 17 : Graphique représentant l'évolution progressive du panel de spécialités de la Polyclinique Mobile



Source : Visuel EY

Les professionnels d'ESMS rencontrés en entretien estiment, en large majorité, que **le panel de spécialités est adapté au besoin des résidents**. Ils soulignent que les spécialités les plus pertinentes sont la gériatrie, la cardiologie, la dermatologie et la psychiatrie / neuropsychiatrie. Les avis des médecins traitants sur le dispositif étant très hétérogènes, aucune préférence n'a pu être identifiée sur le panel de spécialité.

4.1.6.1.2 Une capacité d'adressage vers les différentes spécialités du réseau

La présence de multiples spécialités dans le panel de la Polyclinique Mobile est vue comme une force par l'équipe de la Polyclinique Mobile au sens où cela permet un **adressage coordonné des patients entre les différents requis du réseau**. Par exemple, une téléconsultation dermatologique pour plaie diabétique peut donner lieu à un adressage du patient vers une téléconsultation d'endocrino-diabétologie pour un suivi du diabète.

Les professionnels en ESMS, notamment les médecins coordonnateurs, confirment en indiquant que le réseau de vacataires permet que l'adressage et **le rendez-vous soit pris rapidement** (par opposition au modèle présentiel où l'adressage vers certains spécialistes entraîne parfois des délais très longs).

Trois médecins traitants rencontrés en entretien ont fait part d'une interrogation sur ces adressages au sein du réseau. Ils ont constaté que certains actes se multiplient et viennent à en déclencher d'autres (exemple : une téléconsultation de gériatrie à l'admission qui déclenche une téléconsultation de cardiologie et une téléexpertise ORL).

Sans remettre en cause le bénéfice pour le patient, ils estiment que ce service est « très luxueux » et nécessite une vigilance pour s'assurer de l'égalité de l'accès aux soins pour l'ensemble des résidents d'EHPAD.

4.1.6.2 Focus sur le cahier des charges : Respect de la contrainte territoriale

Le cahier des charges de la Polyclinique Mobile structure l'**intervention des professionnels de santé requis autour du respect du principe de territorialité**. Il est stipulé que la Polyclinique mobile s'engage à ce que l'acte de télémédecine soit réalisé par le « spécialiste traitant (habituel) du patient, si celui-ci est disponible, ou à défaut par un téléconsultant de même spécialité au sein de la Polyclinique mobile. Ce spécialiste est issu du territoire du patient et sa disponibilité est compatible avec l'état de santé du patient qualifié par son médecin traitant. Ainsi, dans les deux cas, le principe de proximité est garanti ».²⁷

En pratique, la mise en œuvre du principe de territorialité dans le cadre de l'expérimentation heurte à des difficultés de terrain et des écarts au cahier des charges sont constatés :

Principe de territorialité	Mise en œuvre du cahier des charges
Priorisation des professionnels du cercle de soins des patients (« habituel ») pour la réalisation de l'acte de télémédecine	
A défaut du professionnel habituel, sollicitation d'un professionnel issu du territoire du patient	Vague 1 :  Vague 2 : 

Légende :



Engagement du cahier des charges respecté,



Engagement du cahier des charges non respecté.

4.1.6.2.1 Une réalisation d'actes de télémédecine par des médecins spécialistes des cercles de soins des patients (non vacataires) non priorisée

En pratique, entre octobre 2020 et octobre 2022, **seules 3 téléconsultations ont été réalisées par des professionnels non vacataires, issus des cercles de soins des patients** (un professionnel différent pour chaque acte). Il s'agit de téléconsultations de **médecine générale** réalisées à la demande de ces professionnels, avec l'IDE de Polyclinique Mobile suivant le même principe qu'une téléconsultation avec un requis vacataire.

Les profils de ces trois professionnels sont :

- ♦ Deux médecins traitants,
- ♦ Un médecin coordonnateur.

Il est donc à noter que cette **activité de télémédecine hors réseau de vacataires reste très faible**. Par ailleurs, on ne constate **aucun acte réalisé par un médecin spécialiste du cercle de soins préexistant d'un patient (uniquement de la médecine générale)**.

²⁷ Cahier des charges de la Polyclinique Mobile, version 1.71 du 24/09/2019.



Analyse de l'équipe porteuse sur les spécialistes habituels (Focus Group) :

Compte tenu du contexte de faible suivi par les médecins spécialistes des patients d'EHPAD, sur lequel la Polyclinique Mobile a mené une analyse interne, le porteur a fait le choix « dans un souci d'efficacité pour l'expérimentation de ne pas enclencher de démarche systématique d'embarquement de ces spécialistes (rapportée notamment au temps de recrutement et au coût des vacations) ».

Le porteur précise qu'en pratique : « le spécialiste habituel peut être sollicité (avec l'accord des équipes soignantes qui mesurent sa disponibilité effective ; mais celle-ci étant généralement très faible, ces sollicitations demeurent rares pour prioriser le réseau territorial de vacataires continûment mobilisés de la PM et donc la rapidité de la délivrance du soin au résident). »

4.1.6.2.2 Des professionnels requis essentiellement basés dans le Bas-Rhin : un écart au cahier des charges dans le cadre de la vague 2

L'évaluation intermédiaire faisait état de 2 spécialistes situés hors du Bas-Rhin : un médecin psychiatre basé dans la région Centre (qui n'est plus actif aujourd'hui) et un médecin généraliste basé en Ile-de-France, collaborant avec la Polyclinique Mobile sur l'évaluation de la sarcopénie.

En revanche, les deux nouveaux spécialistes arrivés en 2022 sont situés dans le Bas-Rhin.

Dans son cahier des charges, la Polyclinique Mobile envisageait la sollicitation de spécialistes situés dans le même territoire que les ESMS (contrainte territoriale). Cependant, la Polyclinique Mobile n'a pas élargi son réseau de requis aux zones Vosges / Moselle lors de l'arrivée de la vague 2. Or, d'après le protocole d'extension, bien que le bassin de Strasbourg pouvait constituer un levier au déploiement de la vague 2 dans un premier temps, l'enjeu du maintien du lien avec les professionnels de santé du territoire et ce, en cohérence avec le cahier des charges, restait au cœur du dispositif.

Par conséquent, **le non-recours à des professionnels des territoires vague 2 constitue un écart au cahier des charges.**

4.2 Analyse de l'Efficacité

La question au centre de l'analyse de l'efficacité est :

Dans quelle mesure le projet atteint-il ses objectifs de facilitation de l'accès aux soins pour les personnes en ESMS ? d'articulation entre professionnels de santé ? et de développement de la télémédecine ?

L'objectif de cette partie est de comprendre dans quelle mesure le projet améliore le parcours de soins des personnes et améliore la coopération entre les acteurs. Il s'agira également d'analyser si le projet contribue au développement de la télémédecine en ESMS et à l'évolution des pratiques professionnelles et s'il améliore l'accès aux soins des patients (soins courants et d'urgence).

L'Efficacité en synthèse :

- ▶ La télémédecine en présence d'une IDE de la Polyclinique Mobile apporte une solution rassurante et confortable pour les résidents, principalement en limitant les déplacements,
- ▶ Les propositions d'actes de télémédecine reposent sur l'identification de besoins médicaux, soit lors de l'élaboration du PPS, soit à travers une veille régulière sur le terrain. En pratique, cette seconde option génère le plus d'activité de télémédecine,
- ▶ Le volume d'actes réalisés par la Polyclinique Mobile a progressivement augmenté du fait notamment d'une activité de téléexpertise qui s'est intensifiée (atteignant 52% du total des actes en 2022),
- ▶ La spécialité ORL représente la très large majorité des actes de télémédecine (34% des actes totaux, 44% des actes réalisés entre janvier et octobre 2022), cette spécialité est elle-même essentiellement portée par la téléexpertise, du fait d'une adaptabilité encore restreinte à la télémédecine,
- ▶ Une qualité de la collaboration avec les équipes en ESMS, dont la qualité de vie au travail est positivement impactée par le dispositif. L'impact est plus nuancé sur les médecins traitants.

4.2.1 Des résidents d'EHPAD dont l'accès à la médecine de spécialité est favorisé par le dispositif



En synthèse :

La télémédecine en présence d'une IDE spécialisée de la Polyclinique Mobile apporte une solution rassurante et confortable aux résidents admis et vient faciliter le recours à la médecine de spécialité en EHPAD, dans un contexte de spécialistes ne se rendant plus en établissement.

A travers son modèle de vacations, le dispositif propose des délais d'obtention de rendez-vous raccourcis par rapport au présentiel ; permettant une prise en charge plus précoce des résidents.

Pour autant, bien que la prise de charge soit facilitée et puisse être plus précoce, il paraît complexe de quantifier l'impact du dispositif sur le recours aux urgences.

4.2.1.1 La télémédecine comparée à la consultation en cabinet : un confort apporté à un public aux importantes limitations fonctionnelles

Dans un contexte d'augmentation progressive de la dépendance, **la télémédecine en présence d'une IDE spécialisée de la Polyclinique Mobile apporte une solution rassurante et confortable à la population d'EHPAD.**

Dans une étude de 2016, la DREES²⁸ souligne en effet que la perte d'autonomie est un des facteurs d'entrée en établissement. L'état fonctionnel altéré des résidents d'EHPAD correspond à des limitations fonctionnelles importantes. Les chiffres de la DREES estiment que parmi les personnes de 75 ans ou plus en institution :

- ♦ 45 % souffrent d'une limitation sensorielle (vue ou audition),
- ♦ 91% des limitations physiques (contre 53% à domicile),
- ♦ 68% des limitations cognitives.

Cette étude souligne par ailleurs que les personnes âgées en institution cumulent plus souvent ces limitations, environ 33% d'entre-elles présentant les trois types de limitations.

Ces limitations viennent complexifier l'organisation de consultations à l'extérieur de l'établissement pour ces résidents. Les équipes rencontrées en ESMS soulignent l'anxiété provoquée par les transports et les temps d'attente pour des résidents, tout particulièrement en l'absence d'un accompagnateur.

Par ailleurs, les équipes d'ESMS ont souligné en entretien **des situations de résidents ayant renoncé à une consultation de médecin spécialiste dans la modalité classique**, par peur notamment d'être déplacés ou de sortir de l'établissement sans être accompagné, et **qui ont accepté de consulter un spécialiste via une téléconsultation** de la Polyclinique Mobile.

Le schéma ci-dessous synthétise l'impact des modalités de consultation (présentiel ou téléconsultation) sur le résident d'EHPAD.

Figure 18 : Schéma synthétisant l'impact des modalités de consultation (présentiel ou téléconsultation Polyclinique Mobile) sur l'état de santé du résident d'EHPAD

²⁸ Publication de décembre 2016, n°0988 : Etat de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile.

	Consultation présentielle	Téléconsultation Policlinique Mobile
Transport	<ul style="list-style-type: none"> • Patient exposé au stress • Trajets potentiellement longs et fatigants • Patient pouvant être déstabilisé à l'arrivée 	<p>pas de déplacement</p> 
Salle d'attente	<ul style="list-style-type: none"> • Patient exposé au stress (endroit inconnu, désorientation) • Temps d'attente potentiellement long et fatigant • Patient potentiellement déstabilisé en l'absence d'une personne pour l'accompagner 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient installé et préparé à la téléconsultation par l'IDE PM • Peu de temps d'attente • Patient accompagné en amont de la téléconsultation 
Consultation	<ul style="list-style-type: none"> • Contact direct du praticien avec le patient et possibilité d'exams physiques • En cas de patient non accompagné : potentielles difficultés de communication / manque d'informations pour le praticien / difficultés du patient à poser ses questions et comprendre le diagnostic 	<ul style="list-style-type: none"> • Le patient reste dans son environnement :  moins / pas de perte de repères • Éléments préparés en amont par l'IDE PM permettent au praticien de disposer des informations • L'IDE PM permet de faciliter la communication patient / médecin en faisant le relais • Réassurance du patient par la présence de l'IDE PM (personne connue en amont)
Post-consultation	<ul style="list-style-type: none"> • Potentiellement perte d'information pour les équipes (difficultés du patient à retranscrire les informations, délais parfois importants d'obtention des comptes-rendus) 	<ul style="list-style-type: none"> • Le patient reste dans sa chambre et l'IDE  PM peut lui expliquer les conclusions du spécialiste / répondre à ses questions • Compte-rendu obtenu rapidement • Transmission orale des informations par l'IDE PM aux équipes ESMS

 Option la plus confortable pour le résident (limitation de l'anxiété et de la désorientation)

Source : entretiens avec les équipes ESMS, médecins traitants, médecins requis et familles (visuel EY)

Ainsi, la téléconsultation telle que proposée par la Policlinique Mobile en présence d'une IDE permet d'apporter des réponses aux limitations fonctionnelles des résidents d'EHPAD, sur le plan des déplacements et de l'anxiété liée aux déplacements et aux sorties d'établissement.

4.2.1.2 Un dispositif qui facilite le recours à la médecine de spécialité dans des établissements dont les médecins spécialistes se sont éloignés

Le dispositif de la Policlinique Mobile permet de « **ramener les spécialistes en EHPAD** » dans un contexte où les spécialistes ne se rendent plus au sein des établissements et rencontrent parfois des difficultés à recevoir les patients en consultation en présentiel.

Les entretiens menés en ESMS mettent en évidence les difficultés parfois rencontrées pour obtenir des rendez-vous de certaines spécialités pour des motifs opérationnels : pas d'accès pour des

personnes à mobilité réduite, praticiens qui estiment ne pas avoir le temps de se déplacer, manque de personnel pour accompagner le résident...

Par ailleurs, les médecins spécialistes requis rencontrés en entretien soulignent eux-mêmes **le fait que la Polyclinique Mobile vient faciliter la prise en charge d'un public dont ils s'étaient parfois éloignés** (par manque de disponibilité).

4.2.1.3 Un contexte sanitaire qui vient contrarier la mesure du taux d'évitement du recours aux urgences

Les équipes d'ESMS ont souligné quelques exemples concrets d'évitement de recours aux urgences via la Polyclinique Mobile. On notera particulièrement l'exemple suivant ayant eu lieu dans un ESMS de la vague 2, dans un contexte de grève des urgences : une résidente se sentait mal, alors les professionnels de l'établissement ont fait appel à la Polyclinique Mobile pour une consultation de cardiologie dans des délais très courts. Selon les équipes de cet ESMS, le cardiologue a pu poser un diagnostic rapide permettant à la patiente d'avoir une prise en charge adaptée au sein de l'établissement.

Cependant, les personnes rencontrées en entretiens, professionnels en ESMS comme médecins traitants, soulignent **la grande difficulté à quantifier l'impact de la Polyclinique Mobile quant à la réduction du recours aux urgences**.

Par ailleurs, certains de ces professionnels estiment que la Polyclinique Mobile ne permettrait pas une réelle baisse du recours aux urgences dans la mesure où :

- ♦ Les équipes d'ESMS ont pour habitude de faire appel aux urgences en dernier recours, cas dans lesquels la Polyclinique Mobile ne pourra pas intervenir,
- ♦ Les chutes font l'objet de nombreux recours aux urgences, cas pour lesquels la Polyclinique Mobile ne pourra pas intervenir.
- ♦ Le contexte (notamment la crise du covid-19) et les cas complexes des résidents polyopathologiques rendent difficile l'identification d'une éventuelle tendance liée à l'intervention de la Polyclinique Mobile.

Néanmoins, il est à noter que **les équipes d'ESMS et les médecins traitants s'accordent sur la prise en charge précoce facilitée par la Polyclinique Mobile**, potentiellement source d'un évitement des urgences (non quantifiable).

4.2.1.4 Réduction des délais

L'évaluation intermédiaire avait mis en évidence **l'intérêt de la Polyclinique Mobile quant à la réduction des délais d'obtention des rendez-vous, via le modèle de vacations**.

En effet, la Polyclinique Mobile dispose d'un volume horaire fixe par semaine par professionnel requis qui lui est « réservé », défini lors de sa contractualisation. Le secrétariat de la Polyclinique Mobile organise ensuite les téléconsultations dans les emplois du temps des requis.

Bien que la Polyclinique Mobile s'engage à fournir à l'avance aux professionnels requis, le planning des téléconsultations, **des rendez-vous « d'urgence » peuvent être obtenus rapidement sur ces vacations** ; permettant ainsi des délais nettement optimisés.

Ce bénéfice du dispositif est corroboré par l'évaluation finale dans la mesure où la réduction des délais d'obtention de rendez-vous est l'un des principaux motifs de sollicitation de la Polyclinique Mobile évoqués par les professionnels²⁹ en entretien.

Les données issues du SI de la Polyclinique Mobile viennent valider cette réduction des délais :

Figure 19 : Tableau synthétisant les délais moyens (en jours) entre les délais de sollicitation et de réalisation des actes de télémedecine, par spécialité

Spécialité	Délais moyen
Psychiatrie	27,3
Ophthalmologie	15,2
ORL	14,8
Gastro-entérologie et Hépatologie	9,8
Gériatrie	8,3
Endocrinologie et Métabolisme	8,3
Dermatologie et Vénérologie	6,1
Pneumologie	4,8
Diététique	4,6
Cardiologie et Maladies vasculaires	3,6
Moyenne globale	9,1

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

A titre de comparaison, une étude de la DREES³⁰ sur les délais d'obtention de rendez-vous donne les moyennes suivantes par spécialité :

- ♦ Ophthalmologie : 80 jours,
- ♦ Cardiologie : 50 jours,
- ♦ Dermatologie : 61 jours.

4.2.2 Un travail d'identification des besoins des résidents par la Polyclinique Mobile, à travers les Plans Personnalisés de Soins



En synthèse :

Les IDE de la Polyclinique Mobile réalisent un important travail de synthèses infirmières pour les résidents admis, donnant ensuite lieu à des PPS, relus et validés par le gériatre référent. Cette intervention du gériatre référent peut être complétée par une téléconsultation dite « consultation-socle » venant étayer les éléments du PPS. Cet acte est un préalable au PPS pour les patients institutionnalisés depuis moins de 6 mois.

Les actes de télémedecine sont issus des besoins médicaux identifiés, soit lors de l'élaboration des PPS, soit à travers une veille régulière assurée par les IDE de la

²⁹ Médecins traitants et professionnels en ESMS

³⁰ Etude de la DREES n°1085, publiée en octobre 2018 : La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jour chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste.

Policlinique Mobile. En pratique, cette 2nde option représente la majorité (68%) des besoins à l'origine de l'activité de télé-médecine.

L'important travail de construction des PPS mis en œuvre dénote avec la méconnaissance des acteurs du terrain quant à ces PPS.

Indications pour la lecture des indicateurs de cette partie 4.2.2.

Les données sur l'activité de PPS de la Policlinique Mobile sont analysées par les évaluateurs uniquement sur la période 29/11/2021 – 31/10/2022.

En amont de cette période, la Policlinique Mobile réalisait déjà une activité de PPS mais l'arrivée du référent gériatre fin 2021 est venue formaliser davantage ce processus. Cette évolution a été complétée par une évolution du SI du Porteur.

Ainsi dans le cadre de l'évaluation, les évaluateurs ont eu à disposition les données de cette nouvelle version du SI. L'activité antérieure a été transmise de façon consolidée par le porteur et n'a pas fait l'objet de calcul par les évaluateurs.

4.2.2.1 Processus d'élaboration des PPS

4.2.2.1.1 Processus de synthèse infirmière et intervention du gériatre

Comme détaillé en [partie 4.1.2.2](#), les IDE de la Policlinique Mobile réalisent des synthèses infirmières pour les résidents dans les situations suivantes :

- ♦ Le résident est admis à l'EHPAD depuis moins de 6 mois ; la synthèse est systématiquement réalisée par l'IDE de la Policlinique Mobile déployée dans cet EHPAD,
- ♦ Le résident est admis à l'EHPAD depuis plus de 6 mois : une synthèse est réalisée si une problématique particulière a été identifiée (iatrogénie...).

Ces synthèses se basent sur les éléments présents dans les dossiers médicaux des patients : historique médical, antécédents, traitements et un entretien infirmier permet à l'IDE de venir compléter ces éléments par des informations qui ne figureraient pas dans le dossier médical³¹.

La synthèse est ensuite transmise au gériatre référent qui va réaliser un bilan médical et formaliser un plan personnalisé de soins pour le résident.

Ce processus avait été récapitulé dans le [schéma en partie 4.1.3.1](#).

Que contient le Plan Personnalisé de Soins (PPS) de la Policlinique Mobile ?

Les synthèses infirmières détaillent le contexte social et médicale du patient (bilan respiratoire, bilan nutritionnel...) avant de conclure sur une analyse synthétique de la situation du patient (vécu / environnement, quotidien, maladie) et une proposition de plan de soins de télé-médecine. Le détail de ces catégories figure en Annexe VIII.

Sur la base de ces éléments, le PPS est formalisé par le référent gériatre. Il contient une liste des besoins médicaux du résident. Chaque besoin est associé à une ou plusieurs propositions d'actes de télé-médecine (téléconsultations et/ou de téléexpertises).

³¹ [L'Annexe VIII](#) détaille les éléments contenus en synthèse infirmière.

Il est structuré suivant deux volets : une première partie dédiée au suivi des pathologies (chroniques ou non) et une seconde dédiée aux actes préventifs et de dépistage.

Le PPS est remis à jour annuellement par les IDE de la Polyclinique Mobile, ou également en cas d'évolution de la situation du résident / identification de nouveaux besoins du résident.



L'édition du PPS par le gériatre référent est l'élément déclencheur du forfait.

Le porteur précise dans son rapport d'étape : « Le PPS est systématiquement transmis au médecin traitant pour validation ou amendement. Dès cette transmission, la gestion journalière du patient est enclenchée par la Polyclinique ».

4.2.2.1.2 Une activité télé médicale qui vient s'ajouter à ce processus

Comme mentionné dans la partie 4.1.3.1, la **Polyclinique Mobile a souhaité enrichir son processus de formalisation des PPS par une téléconsultation gériatrique systématique appelée « consultation-socle »** :

- ♦ Pour les patients institutionnalisés depuis moins de 6 mois, elle est devenue le préalable à l'élaboration du PPS. En cas de refus du médecin traitant, le PPS est formalisé sur la base des éléments du dossier du patient et entretien infirmier,
- ♦ Pour les autres résidents, elle est réalisée dans les cas où le suivi devait manifestement être clarifié ou enrichi en vue de l'établissement du PPS.

L'équipe porteuse explique avoir mis cette « consultation-socle » en place dans le souhait de fiabiliser les PPS en renforçant la connaissance du patient.

Le volume de téléconsultations de gériatrie attribuable à cette « consultation-socle » n'est pas traçable dans le SI du porteur et donc ne peut être distinguée du volume total de téléconsultations gériatriques.

4.2.2.2 Une démarche d'élaboration et réactualisation des PPS conséquente

Entre **fin novembre 2021 et octobre 2022**, la Polyclinique Mobile a réalisé **1 720 PPS** (réévaluations comprises). En termes de couverture de la patientèle, cela représente :

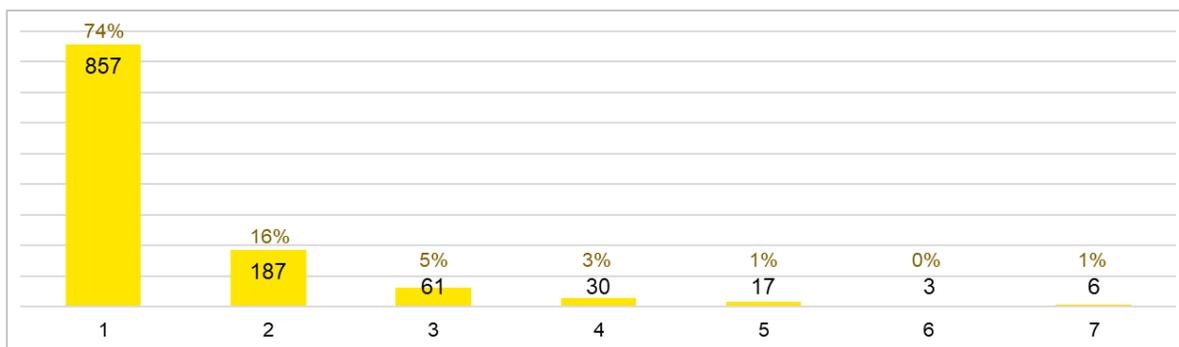
Nombre de PPS réalisés	1 720
Nbre de patients uniques ayant bénéficié d'un PPS sur la période	1 161

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

Parmi ces 1 161 patients uniques, 74% ont bénéficié d'une unique version du PPS sur la période (1^{ère} réédition ou une réactualisation)³². Le graphique ci-dessous détaille la répartition des patients par nombre de réactualisation du PPS dont ils ont bénéficié :

Figure 20 : Graphique de répartition des patients par nombre d'éditions / réévaluations du PPS, sur la période 29/11/2022 – 31/10/2022

³² Compte tenu de la partialité des données, démarrant au 29/11/2021, les évaluateurs ne sont pas en mesure de déterminer s'il s'agit de la 1^{ère} version du PPS ou d'une réactualisation d'un PPS figurant dans la base de données antérieure.



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



Comme indiqué précédemment, les évaluateurs n'ont pas eu à disposition les données antérieures au 29/11/2021 pour la conduite de l'analyse. Ainsi, on distingue :

- La période antérieure, « période 1 », couverte uniquement par des données consolidées par le porteur,
- La période 29/11/2021 – 31/10/2022, « période 2 », couverte par des données transmises aux évaluateurs pour analyse de l'activité de PPS (issues du SI de la Polyclinique Mobile).

A noter également que la période 1 s'étend d'octobre 2020 à avril 2022, du fait de la transition progressive vers la nouvelle version du SI. Aussi ce chevauchement des périodes ne rend pas possible toute analyse par patient.

La démarche de réalisation et réactualisation des PPS représente un volume de travail conséquent réalisé par la Polyclinique Mobile sur toute la durée de l'évaluation, dont le détail par ESMS figure ci-dessous.

Figure 21 : Nombre de PPS (y compris réévaluations) par ESMS, avec distinction sur la période des données

ESMS	Nombre de PPS <i>Période 2</i>	Nombre de lits
Les 4 vents	111	97
Le Tilleul	59	47
Saint-Gothard	138	97
Saint-Joseph	162	127
Le Kirchberg	143	60
Saint-Charles	71	135
Emmaüs Diaconesses Koenigshoffen	266	137
Montagne Verte	114	90
EHPAD Le Bois Des Oiseleurs	18	90
EHPAD Les Lauriers	168	72
EHPAD Notre Dame Du Blauberg	86	95
EHPAD Les Grès Flammés	87	116
EHPAD Le Forfelet	46	52
EHPAD Résidence de Ditschviller	0	95
Le Hêtre Pourpre	59	64
EHPAD Saint-Jean Baptiste	100	86

MRI de Bruyères	20	88
Hôpital De L'Avison	31	92
Non identifiés	41	-
Total	1 720	

Sources : période 2 - données du SI Porteur, entre le 29/11/2021 et le 31/10/2022

Les volumes hétérogènes de PPS par ESMS sont liés à plusieurs facteurs :

- ◆ Date d'arrivée de la Polyclinique Mobile dans l'établissement,
- ◆ Nombre de patients admis,
- ◆ Niveau de collaboration avec les médecins traitants,
- ◆ Niveau d'activité d'actes de télémedecine : les IDE de la Polyclinique Mobile privilégient dans leurs emplois du temps la réalisation des actes de télémedecine.

A titre indicatif, sur la période 1, les données transmises par le porteur indiquent :

ESMS	Période 1
Les 4 vents	370
Le Tilleul	276
Saint-Gothard	471
Saint-Joseph	763
Le Kirchberg	352
Saint-Charles	494
Emmaüs Diaconesses Koenigshoffen	830
Montagne Verte	193

4.2.2.3 Des actes télémedicaux proposés par la Polyclinique Mobile sur la base des besoins identifiés, majoritairement au fil de l'eau

Les **PPS contiennent une liste de besoins recensés** par l'IDE de la Polyclinique lors de la synthèse et validés / complétés par le référent gériatre. Ces besoins sont transmis au médecin traitant du résident pour validation avant mise en œuvre.

Au-delà du PPS, la Polyclinique Mobile assure également une **veille régulière au sein des ESMS pour identifier d'autres besoins potentiels des résidents.**

Dans le fonctionnement du dispositif, on distingue par conséquent **2 types de besoins** :

- ◆ « Planifié » : besoin du résident identifié dans le PPS, par exemple un suivi de cardiologie récurrent pour un patient avec une pathologie cardiaque,
- ◆ « Non planifié » : besoin issu d'une demande externe au PPS, par exemple un besoin remonté lors d'une réunion avec l'équipe soignante ou un médecin traitant.

4.2.2.3.1 Une majorité des actes de télémedecine est issue de besoins repérés « au fil de l'eau », non recensés dans les PPS

Sur l'ensemble des besoins remontés à partir de décembre 2021³³ :

³³ Avant décembre 2021, cet item n'existait pas dans le SI de la Polyclinique Mobile. Par ailleurs, le nombre total de besoins affichés ici est inférieur au nombre d'actes car plusieurs actes peuvent être liés à un unique besoin.

Catégorie	Planifié	Non planifié	Non qualifié	%planifié	Total
Téléconsultations	627	672	-	48%	1299
Téléexpertises	222	1109	-	17%	1331
Total	849	1781	7	32%	2637

Source : données du SI Porteur, entre le 01/12/2021 et le 31/10/2022

On constate que **la majorité des besoins à l'origine de l'activité de télémédecine sont remontés par le terrain « au fil de l'eau ».**

Aussi, par catégorie d'acte, on note que :

- ♦ La téléexpertise est très largement issue de besoins « non planifiés » : compte tenu du fait que la téléexpertise soit essentiellement utilisée dans une démarche préventive, il ne s'agit pas systématiquement de besoins préalablement identifiés dans un suivi curatif du résident (aussi, comme précisé précédemment³⁴, l'accord du médecin traitant pour ces actes de dépistage n'est pas systématique),
- ♦ **Pour les téléconsultations : la moitié des actes est issue de besoins identifiés dans les PPS.**

Ce dernier constat met en évidence le travail de veille régulière des IDE de la Polyclinique Mobile au sein des ESMS, à l'origine du déclenchement de 52% des téléconsultations et 83% des téléexpertises, et la collaboration installée au sein des ESMS avec des équipes soignantes qui sollicitent des actes quand elles le jugent nécessaire.

Ce chiffre fait également écho aux entretiens de deux médecins traitants estimant que le dispositif apporte une réponse partielle aux besoins des résidents d'EHPAD et qui le qualifie de solution de « dépannage », pour **répondre aux besoins non anticipés des résidents qui nécessitent une réponse rapide.**

Selon eux, pour le suivi régulier des résidents, la consultation en présentiel serait à favoriser. Cet élément est également relevé par 5 médecins traitants, dans l'enquête en ligne :

Figure 22 : Réponses à l'enquête en ligne à destination des médecins traitants concernant la modalité de consultation qu'ils privilégieraient pour les consultations de spécialité de leur patientèle, à délais courts équivalents³⁵

	Nbre de médecins traitants répondants	Proportion
Téléconsultation	2	20%
Consultation classique en présentiel	5	50%
Autre ³⁶	3	30%
Total	10	-

Source : enquête en ligne à destination des médecins traitants

A noter que les entretiens auprès des équipes des ESMS n'ont pas fait apparaître cette vision « dépannage » du dispositif. Cependant, certains professionnels ont indiqué que le contexte expérimental favorise un niveau de sollicitation d'actes de télémédecine pour des besoins remontés au fil de l'eau, potentiellement supérieur à un contexte classique.

³⁴ Le rôle du médecin traitant est approfondi en partie 4.1.4.

³⁵ Question posée dans l'enquête : « La réduction des délais pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste est fréquemment évoqué » comme avantage de la Polyclinique Mobile par rapport à une consultation classique. Dans le cas où les deux modalités présenteraient de courts délais d'obtention de rendez-vous (environ 1/2 semaines), quelle modalité privilégieriez-vous ? »

³⁶ Les répondants autre indiquent : 1 – « A voir en fonction de la pathologie », 2 – « cela dépend du problème posé, mais je pense le plus souvent en présentiel », 3 – « la question n'est pas forcément en termes de délais mais de pertinence d'une téléconsultation »

4.2.2.3.2 La validation des besoins identifiés par les médecins traitants

D'après le Cahier des Charges, l'ensemble des besoins identifiés par la Polyclinique Mobile doivent faire l'objet d'une qualification par le médecin traitant en amont de l'organisation de l'acte.

Le SI du porteur a permis la mise en place d'un suivi de besoins refusés par les médecins traitants.



L'évolution du SI porteur précédemment évoquée a permis la mise en œuvre d'un suivi des besoins identifiés par la Polyclinique Mobile et refusés par les médecins traitants. A noter néanmoins que ces données ne reflètent que partiellement l'activité de la Polyclinique Mobile car seule la période avril 2022 – octobre 2022 est couverte et ce suivi ne concerne que le « planifié », soit environ un tiers de l'activité (comme détaillé dans le paragraphe précédent).

Figure 23 : Nombre de besoins *planifiés* identifiés par la Polyclinique Mobile entre avril 2022 et octobre 2022, et proportion de refus par les médecins traitants

Nombre de besoins « planifiés » remontés par la Polyclinique Mobile	559
Nombre de ces besoins ayant été refusés par le médecin traitant du patient	186
Proportion de besoins refusés	33%

Source : données du SI Porteur, entre le 01/04/2022 et 31/10/2022

Ainsi sur la période avril à octobre 2022, **un tiers des besoins identifiés dans le cadre des PPS** (« planifiés ») ont fait l'objet d'un **refus par le médecin traitant** du patient.

L'analyse de ces refus ne mettent pas en évidence de proportion de refus particulièrement plus conséquentes sur des spécialités particulières. On notera des proportions comprises entre 25% et 37% pour les spécialités les plus consommées (cardiologie, ORL, gériatrie et psychiatrie / neuropsychiatrie).

Figure 24 : Nombre de besoins *planifiés* identifiés par la Polyclinique Mobile entre avril 2022 et octobre 2022, et proportion de refus par les médecins traitants, par spécialité

Spécialité	Nbre besoins "planifiés" identifiés	Nbre de refus	% refus
Cardiologie et Maladies vasculaires	139	52	37%
ORL	184	55	30%
Gériatrie (Réfèrent)	104	26	25%
Gériatrie (Dépistage sarcopénie)	61	20	33%
Psychiatrie / Neuropsychiatrie	33	13	39%
Rhumatologie	8	7	88%
Pneumologie	6	1	17%
Dermatologie et Vénérologie	5	0	0%
Diététique	13	11	85%
Gastro-entérologie et Hépatologie	3	1	33%
Médecine bucco-dentaire	3	0	0%
Total	559	186	33%

Source : données du SI Porteur, entre le 01/04/2022 et 31/10/2022

A noter que les proportions importantes de refus sur la diététique et rhumatologie sont calculées sur des nombres restreints de besoins (respectivement 13 et 8).

4.2.2.4 Un temps d'activité important, qui contraste avec une méconnaissance des professionnels sur le terrain

Bien que le temps investi par les équipes de la Polyclinique Mobile sur l'élaboration de PPS soit conséquent, **les entretiens ont mis en évidence une méconnaissance des professionnels du terrain sur ce dispositif.**

Concernant les médecins coordonnateurs, on distingue 4 grandes catégories :

- ♦ Les médecins coordonnateurs ayant connaissance des PPS réalisés par les IDE de la Polyclinique Mobile et satisfaits de leur contenu. Il s'agit principalement de professionnels de la vague 1 (4),
- ♦ Les médecins coordonnateurs ayant connaissance des PPS mais sans avis (1),
- ♦ Les médecins coordonnateurs n'ayant pas connaissance de PPS élaborés par la Polyclinique Mobile et qui ont exprimé une opposition au concept : ils estiment que cette tâche revient au médecin coordonnateur / médecin traitant (2),
- ♦ Les médecins coordonnateurs sans connaissance des PPS et n'ayant pas exprimé d'avis (3).

Aussi, les entretiens et l'enquête à destination des médecins traitants semblent corroborer cette faible connaissance.

2 / 10 des praticiens rencontrés en entretien et 4 / 10 répondants à l'enquête en ligne³⁷ ont signifié avoir connaissance du travail de synthèse réalisé par les IDE de la Polyclinique Mobile. A noter que les 2 praticiens rencontrés en entretien ont indiqué en être satisfaits et estiment que ce travail peut être utile en cas de récupération de la patientèle d'un confrère pour connaître les patients. **Aucun de ces praticiens n'a indiqué avoir connaissance de PPS ou avoir eu des échanges avec le référent gériatre à ce sujet.**

Par ailleurs, au sujet des PPS, aucun des 10 médecins traitants rencontrés en entretien n'a indiqué en avoir connaissance. Sur l'enquête en ligne, 5/10 répondants³⁸ ont spécifié avoir eu des propositions de PPS et avoir accepté leur mise en œuvre.

A ce sujet, lors du Focus Group, le porteur indique ne pas être surpris par cette méconnaissance des PPS par les médecins traitants. Il précise que les besoins sont présentés aux médecins traitants sans employer systématiquement la terminologie « PPS » mais plutôt « besoins télémedicaux ».

³⁷ Il s'agit bien ici de 6 médecins traitants distincts, 2 issus de la vague 2 et 4 issus de la vague 1.

³⁸ Les 10 répondants sont issus de la vague 1. Il n'est pas possible de déterminer si tous les répondants sont distincts des personnes rencontrées en entretien.

4.2.3 Une augmentation progressive de l'activité de la Polyclinique Mobile, avec une forte prévalence de la téléexpertise



En synthèse :

Entre octobre 2020 et octobre 2022, la Polyclinique Mobile a réalisé 3 990 actes de télé médecine avec une augmentation progressive.

Pour les ESMS de la vague 1, en phase de routine en 2022 :

- Le volume de téléconsultations s'est stabilisé autour de 100 par mois,
- le volume des téléexpertises a fortement augmenté entre 2021 et 2022, représentant la moitié de l'activité télé médecine sur 2022,
- Sur la durée de l'expérimentation, la consommation par résident (tous actes de télé médecine) a progressé dans ces ESMS, tout en restant très hétérogène selon les ESMS. L'évaluation permet d'estimer la consommation annuelle moyenne du dispositif en phase de routine (ESMS de la vague 1 suivi sur la durée totale de l'expérimentation) autour de 3,87 actes de télé médecine (comprise entre 2,07 et 7,19).
- 32% des résidents admis dans le dispositif n'ont bénéficié d'aucun acte de télé médecine. En considérant uniquement la vague 1 ; ce chiffre est de 23%.

Les ESMS de la vague 2 ont fait leur montée en charge en 2022. Les niveaux de consommation par résident sont nettement supérieurs lors de cette seconde vague de déploiement (par comparaison aux premiers mois de la vague 1), du fait notamment du fonctionnement du dispositif déjà éprouvé lors de la vague 1.

Ce décalage s'explique également par un recours nettement supérieur à la téléexpertise (les téléconsultations étant du même ordre de grandeur que pour la vague 1).

A noter que, sur proposition du porteur, le déploiement de la Polyclinique Mobile dans un nouvel établissement est associé à un volume important d'actions de dépistage.

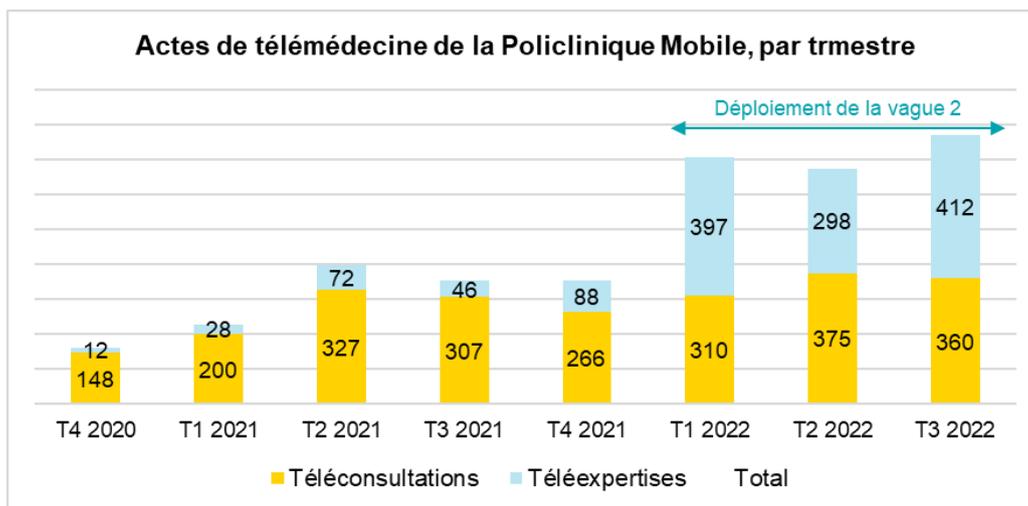
Indications pour la lecture des indicateurs de cette partie 4.2.3

Le volume total d'actes de télé médecine réalisés par la Polyclinique Mobile entre octobre 2020 et octobre 2022 est de 3 990 : 2 447 téléconsultations et 1 543 téléexpertises.

Cependant, lors de l'analyse par ESMS / par patient, le total est porté à 3 901 actes : 2 388 téléconsultations et 1 513 téléexpertises. Ce décalage est dû au retrait des 25 patients ayant refusé de figurer dans l'évaluation, qui représentent une activité de 59 téléconsultations et 30 téléexpertises.

Entre octobre 2020 et octobre 2022, la Polyclinique Mobile a réalisé **3 990 actes de télé médecine**. **Cette activité de télé médecine a progressivement augmenté sur la durée de l'expérimentation**, en lien avec l'entrée progressive des nouveaux ESMS dans l'expérimentation au cours de l'année 2022.

Figure 25 : Graphique et tableau synthétisant le volume d'actes de téléconsultations et téléexpertises entre oct.2020 et oct.2022



	2020	2021	2022	Total
Téléconsultations	148	1 100	1 199	2 447
Téléexpertises	12	234	1 297	1 543
Total	160	1 334	2 496	3 990

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

Note sur l'origine de l'activité de la Polyclinique Mobile :

Il est à noter, pour cette partie, que le système d'information de la Polyclinique Mobile ne permet pas d'identifier la source de la sollicitation d'un acte de télémedecine.

Cependant, les entretiens semblent mettre en évidence les éléments suivants :

- ♦ Les équipes des ESMS ont intégré la Polyclinique Mobile dans leurs pratiques et ont pris l'habitude de solliciter le dispositif quand cela leur paraît pertinent. En effet, 19 / 20 répondants à l'enquête en ligne indiquent avoir déjà sollicité / suggéré un acte de télémedecine à l'IDE de la Polyclinique Mobile suite à une situation qui, selon eux, le nécessitait.³⁹
- ♦ Parmi les médecins traitants rencontrés : 2 / 10 indiquent ne jamais avoir sollicité la Polyclinique Mobile pour leur patientèle car ils préfèrent que les patients voient leurs spécialistes habituels. Les 8 autres praticiens rencontrés expliquent que les actes de télémedecine dont ont bénéficié leurs patients sont à l'origine de propositions formulées par l'IDE de Polyclinique Mobile⁴⁰. Aucun d'entre eux n'a fait part de sollicitation du médecin traitant vers le dispositif.

Il est à noter que, à ce sujet, un médecin traitant fournit un élément d'explication : l'IDE de la Polyclinique Mobile est davantage au contact des équipes des ESMS (participation aux transmissions entre autres) et des résidents, ce qui lui permet d'identifier d'éventuels besoins non repérés par le généraliste.

³⁹ Les profils des 19 répondants sont : 16 sont issus de la vague 2, 3 sont issus de la vague 1. En termes de professions, on dénombre : 10 IDE, 3 IDEC, 2 médecins coordonnateurs, 4 cadres infirmiers. L'autre répondant (1/20) est un IDE ayant répondu « Non, je ne l'ai jamais fait mais je me sens en capacité de le faire si besoin ».

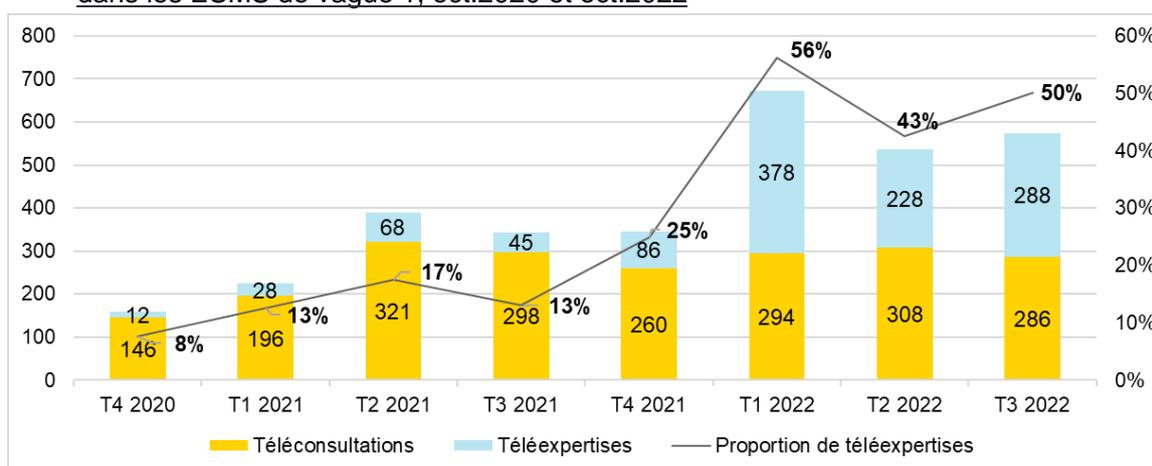
⁴⁰ Soit identifiée par l'IDE de Polyclinique Mobile lui-même, soit remonté par l'équipe ESMS puis transmis par l'IDE de Polyclinique Mobile.

4.2.3.1 Un niveau de consommation dans les ESMS en routine qui reste disparate

Les ESMS de la vague 1 ont intégré le dispositif entre le début de l'expérimentation (octobre 2020) et juin 2021 (entrée tardive de l'EHPAD La Montagne Verte). Ainsi, **sur l'année 2022, ces établissements étaient en phase de routine.**

4.2.3.1.1 Un nombre de téléconsultations stable, une activité de téléexpertise en hausse

Figure 26 : Graphique synthétisant le volume d'actes de téléconsultations et téléexpertises dans les ESMS de vague 1, oct.2020 et oct.2022



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

Sur la fin 2020 – début d'année 2021, on constate **une augmentation progressive de l'activité de télé médecine dans les ESMS de vague 1.**

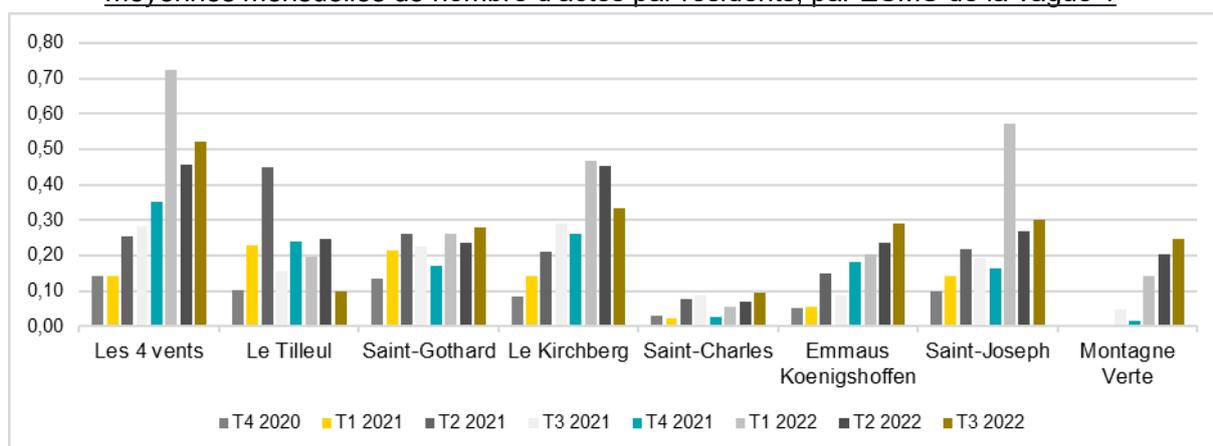
Pour ces ESMS de la vague 1, sur l'année 2022 (soit dans un fonctionnement « en routine »), on constate que :

- ♦ Le nombre de téléconsultations s'est stabilisé autour de 100 téléconsultations par mois, soit une consommation moyenne par établissement autour de **13 téléconsultations par mois,**
- ♦ Le **volume des téléexpertises a fortement augmenté** entre 2021 et 2022, avec un **ratio trimestriel de l'ordre de 50% sur 2022.**

4.2.3.1.2 Une variabilité de l'usage par patient qui reste notable même en phase de routine

Pour permettre une analyse plus fine des niveaux de consommation, les actes ont été mis en perspective avec les files actives de chaque établissement.

Figure 27 : Graphique représentant l'évolution sur la durée de l'expérimentation des moyennes mensuelles de nombre d'actes par résidents, par ESMS de la vague 1



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

Ce premier niveau d'analyse met en évidence la **progression de la consommation par résident**, particulièrement notable pour les établissements des 4 vents et Le Kirchberg. Sur les 4 derniers trimestres d'évaluation, les moyennes de consommation par résident sont les suivantes :

Figure 28 : Niveau de consommation d'actes de télémédecine par résidents au sein des ESMS de la vague 1, au cours de la période de routine

Actes de la télémédecine	T4 2021	T1 2022	T2 2022	T3 2022
Les 4 vents	0,35	0,72	0,46	0,52
Le Tilleul	0,24	0,20	0,25	0,10
Saint-Gothard	0,17	0,26	0,24	0,28
Le Kirchberg	0,26	0,47	0,45	0,33
Saint-Charles	0,03	0,05	0,07	0,10
Emmaüs Koenigshoffen	0,18	0,20	0,24	0,29
Saint-Joseph	0,16	0,57	0,27	0,30
Montagne Verte	0,02	0,14	0,20	0,25
Vague 1	0,16	0,31	0,25	0,27

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

Malgré l'entrée en phase de routine de l'ensemble de ces établissements, il est à noter la forte **hétérogénéité des niveaux de consommation**. Plusieurs éléments peuvent venir expliquer cette variabilité :

- ♦ Le niveau d'implication et de sollicitation des équipes de l'ESMS dans le dispositif,
- ♦ Le niveau d'**implication et de régulation assuré par le médecin coordonnateur**,
- ♦ Le cas particulier de l'EHPAD St Charles (détaillé en [partie 4.2.7.1.3](#)).

Concernant le 2nd point, les **médecins coordonnateurs appliquent en effet des politiques de régulation différentes au sein des établissements**. Certains praticiens préfèrent une collecte systématique de l'accord des médecins traitants en amont des actes, tandis que d'autres favorisent des accords admis de façon « globale ». Par exemple, les téléconsultations de suivi et/ou les dépistages ne font pas systématiquement l'objet d'une validation par le médecin traitant dans certains ESMS.

Les chiffres de janvier à octobre 2022 permettent de donner des estimations de consommation annuelle pour des ESMS en routine. Le tableau ci-dessous présente des estimations basées sur les consommations mensuelles par ESMS sur 2022, rapportées à l'année.

Figure 29 : Estimation de la consommation annuelle par résident, dans les établissements en routine (vague 1), basée sur les chiffres de l'année 2022

ESMS	Actes de télémedecine	Téléconsultations	Téléexpertises
Les 4 vents	7,19	4,41 – 61%	2,78 – 39%
Le Kirchberg	4,76	2,84 – 60%	1,92 – 40%
Saint-Joseph	4,39	1,85 – 42%	2,53 – 58%
Saint-Gothard	3,13	1,65 – 53%	1,48 – 47%
Emmaüs Koenigshoffen	3,07	1,37 – 45%	1,70 – 55%
Montagne Verte	2,49	1,02 – 41%	1,47 – 59%
Le Tilleul	2,07	1,01 – 49%	1,07 – 51%
Saint-Charles	0,86	0,52 – 60%	0,34 – 40%
Vague 1	3,36	1,69 – 50%	1,67 – 50%
Vague 1 (EHPAD Saint Charles exclu) ⁴¹	3,87	2,02 – 48%	1,85 – 52%

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

La vague 1 permet l'estimation de la consommation annuelle moyenne du dispositif en phase de routine autour de 3,87 actes (avec un intervalle compris entre 2,07 et 7,19).

La proportion de la téléexpertise est comprise entre 39% et 59%. Cette proportion est d'autant plus notable que l'activité de téléexpertise est essentiellement attribuable à la spécialité ORL (approfondie en [partie 4.2.5](#)). Par ailleurs, cette activité de téléexpertise intègre une forte majorité d'actes de prévention, la prévention étant décrite comme « complémentaire au curatif » dans le cahier des charges de la Policlinique Mobile.

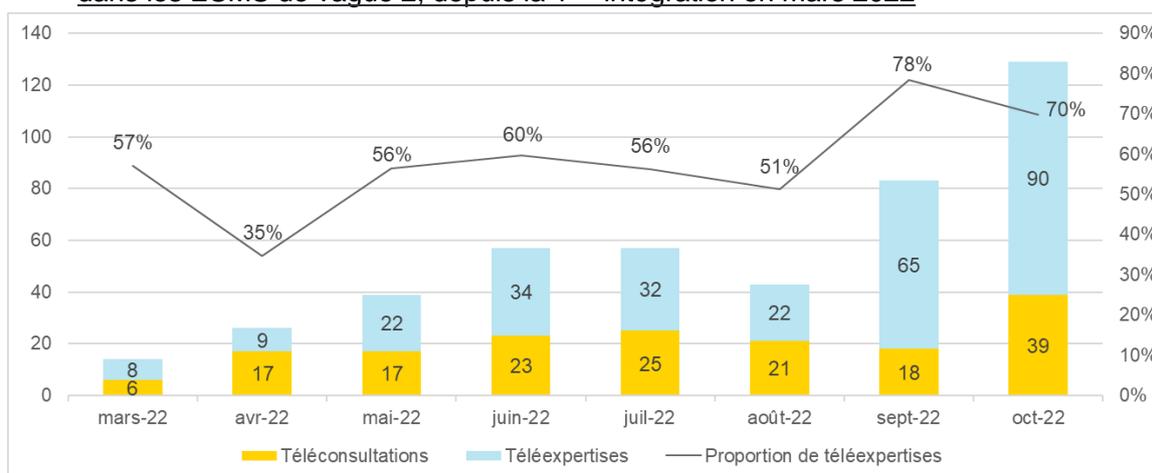
4.2.3.2 Une montée en charge progressive des établissements de la vague 2

4.2.3.2.1 Une augmentation progressive du volume d'activité en vague 2, portée par la téléexpertise

Les ESMS de la vague 2 ont intégré le dispositif entre mars 2022 et octobre 2022, ainsi sur l'année 2022 ces établissements étaient en montée en charge.

⁴¹ Compte tenu de la situation particulière de l'EHPAD St Charles, celui-ci est exclu de cette estimation car il n'est pas réellement entré en phase de routine.

Figure 30 : Graphique synthétisant le volume d'actes de téléconsultations et téléexpertises dans les ESMS de vague 2, depuis la 1^{ère} intégration en mars 2022



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

Du fait de l'intégration progressive de nouveaux ESMS, le volume d'actes a progressivement augmenté ; une **augmentation très largement portée par la téléexpertise**.

Le déploiement de la Polyclinique Mobile dans un nouvel établissement crée un volume important d'actions de dépistage. En effet, **l'intégration de nouveaux résidents peut être à l'origine d'un volume important de téléexpertises préventives, notamment à travers des journées de dépistage**.

Pour permettre une analyse plus fine des niveaux de consommation, les actes ont été mis en perspective avec les files actives de chaque établissement⁴².

Figure 31 : Tableau des moyennes mensuelles de nombre d'actes par résident sur la vague 2, par ESMS

Actes de télémedecine	avr-22	mai-22	juin-22	juil-22	août-22	sept-22	oct-22
EHPAD Les Lauriers	0,39	0,33	0,33	0,45	0,10	0,30	0,20
EHPAD Notre Dame Du Blauberg	-	-	0,00	0,01	0,15	0,24	0,22
Le Hêtre Pourpre	-	-	-	-	2,00	0,34	0,33
EHPAD Saint-Jean Baptiste	0,00	0,24	0,44	0,28	0,29	0,08	0,30
Total Moselle	0,18	0,28	0,34	0,23	0,20	0,24	0,25
EHPAD Les Grès Flammés	-	-	0,00	0,04	0,00	0,01	0,05
EHPAD Le Forfelet	-	-	0,14	0,10	0,02	0,07	0,28
Hôpital De L'avison	-	-	-	-	0,00	0,50	0,77
MRI De Bruyères	-	-	-	-	0,00	0,05	0,05
Total Vosges	-	-	0,05	0,06	0,01	0,11	0,24
Total Vague 2	0,18	0,28	0,27	0,17	0,11	0,19	0,25
File Active total en vague 2	142	139	215	331	375	443	448

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

Conformément à la montée en charge progressive du dispositif dans ces ESMS, **la consommation de la télémedecine est encore très variable** dans les établissements de cette 2^{nde} vague, du fait

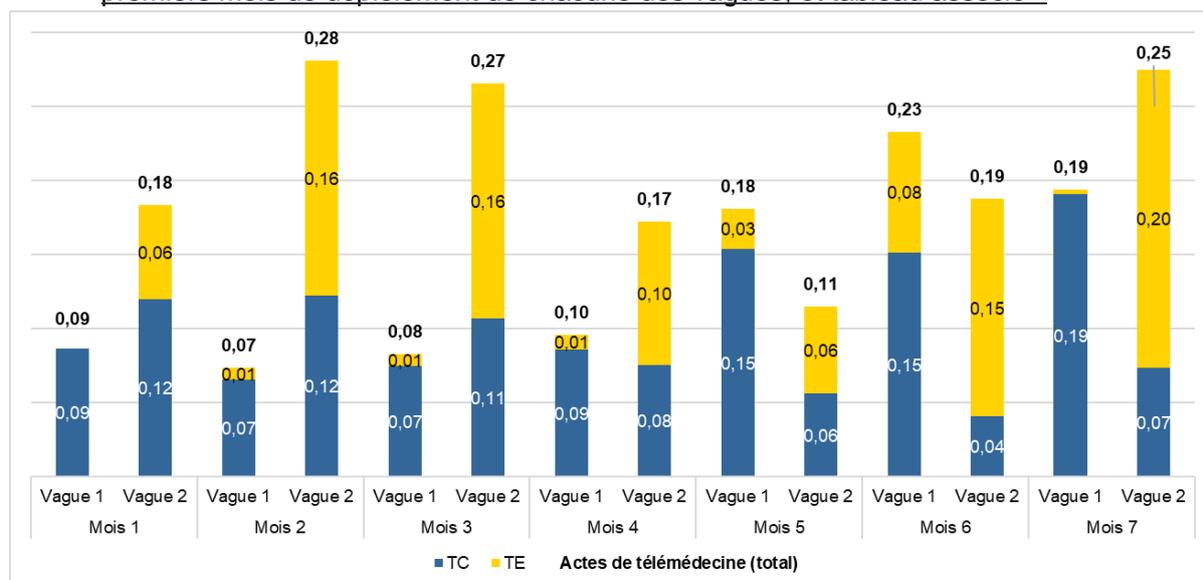
⁴² Guide de lecture : Pour chaque établissement, le nombre d'actes de télémedecine par mois a été divisé par le nombre de résidents en file active. Exemple pour l'EHPAD des Lauriers en avril 2022 : 26 actes pour 67 résidents en file active.

de l'inclusion progressive de nouveaux résidents. Aucune tendance particulière ne distingue les ESMS du bassin de Moselle et du bassin des Vosges, sinon l'inclusion plus tardive des établissements des Vosges.

4.2.3.2.2 Des niveaux de consommation plus importants en vague 2 que lors de la montée en charge des ESMS de Strasbourg (vague 1)

L'analyse de la montée en charge des ESMS de la vague 2 est à mettre en perspective avec les ESMS de la vague 1, comme détaillé dans le graphique ci-dessous :

Figure 32 : Graphique des moyennes mensuelles de nombre d'actes par résident, sur les 6 premiers mois de déploiement de chacune des vagues, et tableau associé⁴³



Vague 1	nov-20	déc-20	janv-21	févr-21	mars-21	avr-21	mai-21	Moyenne
File Active mensuelle	615	626	629	629	619	623	629	-
TC moyenne par résident	0,09	0,07	0,07	0,09	0,15	0,15	0,19	0,12
TE moyenne par résident	0,00	0,01	0,01	0,01	0,03	0,08	0,00	0,02
Téléactes (TC+TE) moyen	0,09	0,07	0,08	0,10	0,18	0,23	0,19	0,14
Vague 2 - Mois d'inclusion	avr-22	mai-22	juin-22	juil-22	août-22	sept-22	oct-22	-
File Active mensuelle	142	139	215	331	375	443	448	-
TC moyenne par résident	0,12	0,12	0,11	0,08	0,06	0,04	0,07	0,08
TE moyenne par résident	0,06	0,16	0,16	0,10	0,06	0,15	0,20	0,13
Téléactes (TC+TE) moyen	0,18	0,28	0,27	0,17	0,11	0,19	0,35	0,21

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

Les niveaux de consommation par résident sont nettement supérieurs lors de la seconde vague de déploiement de la Polyclinique Mobile.

Plusieurs éléments de contexte peuvent venir expliquer cette tendance :

- ♦ Un fonctionnement de la Polyclinique Mobile déjà éprouvé, permettant davantage d'efficacité lors de l'arrivée dans les nouveaux ESMS (gestion des créneaux, des rendez-vous, arrivée des IDE dans les ESMS...),

⁴³ Les mois d'octobre 2020 et mars 2022 ont été soustraits de cette analyse car il s'agit principalement de mois d'inclusion des résidents pour chacune des vagues. Dans le but d'analyser la consommation au déploiement, l'analyse porte sur les 7 mois suivants.

- ♦ Un panel de spécialités plus large, pouvant favoriser la sollicitation de la Polyclinique Mobile pour davantage de besoins identifiés,
- ♦ Des actions de sensibilisation et de pédagogie déployées auprès des acteurs, tout particulièrement les médecins traitants⁴⁴, pouvant limiter la réticence et les craintes qui avaient été rencontrées lors de la vague 1.

L'offre de soins environnante peut également constituer un élément explicatif de ces niveaux de consommation : on relève en effet la densité médicale en spécialistes très nettement inférieure dans les bassins des Vosges (60,4 pour 100 000 hab.) et en Moselle (100,3), que dans le Bas-Rhin (161,3)⁴⁵.

Par ailleurs, l'analyse de ces chiffres par modalité de consultation met en évidence que :

- ♦ **Le niveau de recours à la téléconsultation est du même ordre de grandeur** sur les deux vagues, entre des moyennes de 0,10 et 0,12 sur ces premiers mois. En moyenne, l'écart mensuel est de 0,02 et des écarts mensuels compris entre 0,01 en mois 4 et 0,10 en mois 5,
- ♦ A l'inverse, **les niveaux de recours de la téléexpertise sont nettement plus importants lors de cette 2nde vague** ; avec une moyenne de 0,02 en vague 1 et 0,13 en vague 2.

Sur ce dernier point : le renforcement de l'activité de dépistage, notamment ORL, par la Polyclinique Mobile au cours des premiers mois d'expérimentation peut expliquer un volume plus important lors du déploiement de la vague 2. En effet, à ce stade de l'expérimentation, la Polyclinique Mobile était en mesure d'assurer un plus grand volume de dépistages, dans une démarche volontaire de prévention et avec une organisation moins contraignante de la structure (réalisation asynchrone, accord global recueilli par le MT notamment).

4.2.4 Focus sur la téléconsultation : des spécialités non uniformément adaptables à cette modalité



En synthèse :

Sur le panel de 12 spécialités proposées par la Polyclinique Mobile, la large majorité (10/12) fonctionnent principalement sur la modalité de téléconsultation. Ainsi :

- 5 spécialités ne fonctionnent que par téléconsultations,
- 2 spécialités ont recours quasi-exclusivement à la téléexpertise : l'ORL et la médecine bucco-dentaire.

Les niveaux de recours sont très variables entre spécialités, les téléconsultations les plus sollicitées étant la gériatrie et la cardiologie. A l'inverse, une consommation particulièrement limitée est notable pour les spécialités de gastro-entérologie et ophtalmologie, dont l'explication réside potentiellement dans un faible niveau de sollicitation et/ou une adaptabilité à la télémédecine qui reste limitée.

Un focus sur la gériatrie permet d'établir qu'entre décembre 2021 et octobre 2022, l'activité du gériatre référent a constitué 37% du volume total de téléconsultations de la Polyclinique Mobile en lien notamment avec la mise en place d'un bilan gériatrique d'admission par téléconsultation (systématique pour les résidents institutionnalisés depuis moins de 6 mois).

⁴⁴ Ces actions auprès des médecins traitants sont détaillées dans la [partie 4.1.4.3 du rapport](#).

⁴⁵ Données de l'Insee : Densité médicale (100 000 habitants) des spécialistes médicaux (activité régulière), en 2021

4.2.4.1 Focus sur les modalités télé médicales par spécialité

Comme mentionné en partie 4.1.6, la Polyclinique Mobile propose à fin 2022 un panel de **12 spécialités**.

L'analyse de l'usage de ces spécialités et les entretiens avec les médecins spécialistes mettent en évidence une **hétérogénéité de l'adaptabilité à la télé médecine**.

Le tableau ci-dessous permet de synthétiser, par spécialité, le niveau de recours aux différentes modalités :

Figure 33 : Tableau de synthèse des niveaux de recours aux modalités de télé médecine pour les spécialités du panel de la Polyclinique Mobile

Spécialité	Téléconsultations	Téléexpertises
Gériatrie		
Cardiologie et maladies vasculaires		
Dermatologie		
Psychiatrie / Neuropsychiatrie		
ORL		
Pneumologie		
Diététique		
Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition		
Ophtalmologie		
Rhumatologie		
Gastro-entérologie		
Médecine bucco-dentaire		

 Recours important à cette modalité
  Très faible recours à cette modalité (< 10% des actes)
  Aucun recours à cette modalité

Source : entretiens avec les spécialistes de la Polyclinique Mobile et données du SI Porteur arrêtées au 31/10/2022

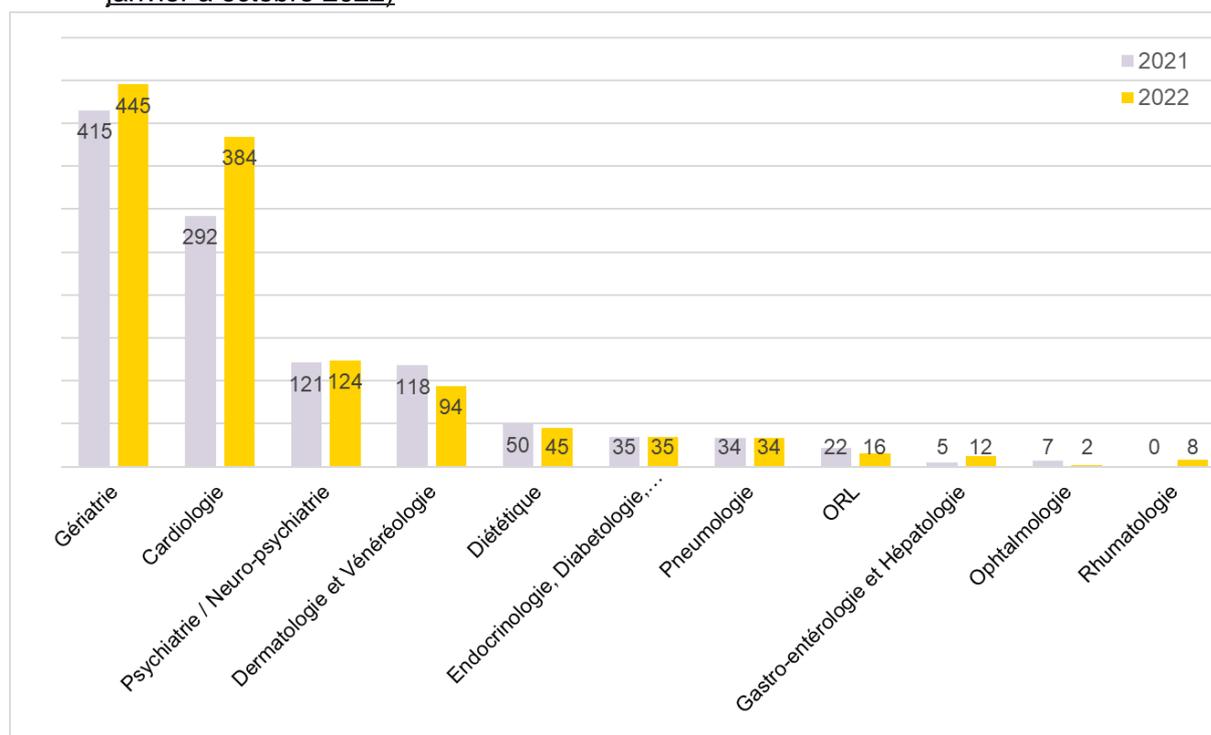
La large majorité des spécialités (10 sur 12) fonctionnent principalement sur la modalité de téléconsultation. On notera tout particulièrement que **5 spécialités sont basées uniquement sur des téléconsultations** (psychiatrie / neuropsychiatrie, diététique, rhumatologie, ophtalmologie, endocrinologie / diabétologie).

A l'inverse, **deux spécialités ont recours quasi-exclusivement à la téléexpertise : l'ORL et la médecine bucco-dentaire**. Il paraît cependant important de distinguer ces deux cas, tel que détaillé en [partie 4.2.5](#).

4.2.4.2 Un niveau de sollicitation des téléconsultations hétérogènes entre les spécialités

Les niveaux de recours aux différentes spécialités sont très variables ; nous nous intéressons dans ce paragraphe uniquement au recours en téléconsultations.

Figure 34 : Graphique des téléconsultations par spécialité, par année (2021 et période de janvier à octobre 2022)



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

Pour la lecture de ce graphique, il est rappelé que toutes les spécialités n'ont pas été intégrées au panel de la Polyclinique Mobile dès le début de l'expérimentation : la spécialité bucco-dentaire tout particulièrement est la plus récente, avec un 1^{er} acte en mars 2022.

Les deux **spécialités les plus sollicitées sont : la gériatrie** (37% des téléconsultations réalisées en 2022⁴⁶) et **la cardiologie** (32%).

A l'inverse, il est à noter la **très faible consommation** d'actes des spécialités de **gastro-entérologie** (17 – intégrée en avril 2021) et **ophtalmologie** (9 – intégrée en février 2021).

La rhumatologie fait également l'objet d'une faible consommation (8 en 2022), justifiée par une intégration en mai 2022 (l'arrêt des données à octobre 2022 ne permet pas un recul suffisant pour cette spécialité).

⁴⁶ Sur la période janvier 2022 – Octobre 2022 (arrêt des données à fin octobre 2022).

L'analyse des niveaux de sollicitation des spécialités et utilisation des vacances est approfondie en partie 4.3.3.2. On distinguera notamment :

- ♦ Des spécialités pour lesquelles un nombre d'actes restreint peut potentiellement être expliqué par un **faible niveau de sollicitation et/ou une adaptabilité à la télémedecine qui reste limitée**, ne permettant donc pas un diagnostic aussi complet qu'en présentiel. Il s'agit des cas particuliers des spécialités d'**ophtalmologie, de gastro-entérologie, de pneumologie et d'endocrinologie**⁴⁷,
- ♦ La spécialité ORL, pour laquelle la modalité de téléconsultation est faiblement adaptée : elle affiche un niveau de recours à la téléexpertise très nettement supérieur⁴⁸,
- ♦ La spécialité diététique qui semble s'inscrire progressivement dans une augmentation du nombre de sollicitations.

Les requis ont été interrogés via l'enquête en ligne sur l'adaptabilité de leur spécialité à la télémedecine :

Figure 35 : Réponses au questionnaire adressé aux médecins requis concernant l'adaptabilité de leur spécialité à la télémedecine

	Nbre de répondants	%	Spécialité des répondants
Une très faible part (0 - 25%)	4	50%	Gériatrie, ORL, Pneumologie, Chirurgien-Dentiste
Une petite part (26% - 50%)	1	13%	Rhumatologie
La majeure partie (76% - 95%)	2	25%	Cardiologie, Endocrinologie / Diabétologie
La totalité (96% - 100%)	1	13%	Psychiatrie

Source : enquête en ligne à destination des médecins requis

Conformément aux éléments évoqués précédemment, l'adaptabilité restreinte d'une spécialité à la télémedecine peut être un élément explicatif du niveau de sollicitation d'une spécialité.

4.2.4.3 Focus sur l'activité de gériatrie

Par conséquent, **la gériatrie constitue la 1^{ère} spécialité de la Polyclinique Mobile en termes de volume de téléconsultations.**

Sur la durée de l'expérimentation, la Polyclinique Mobile a collaboré avec 3 gériatres :

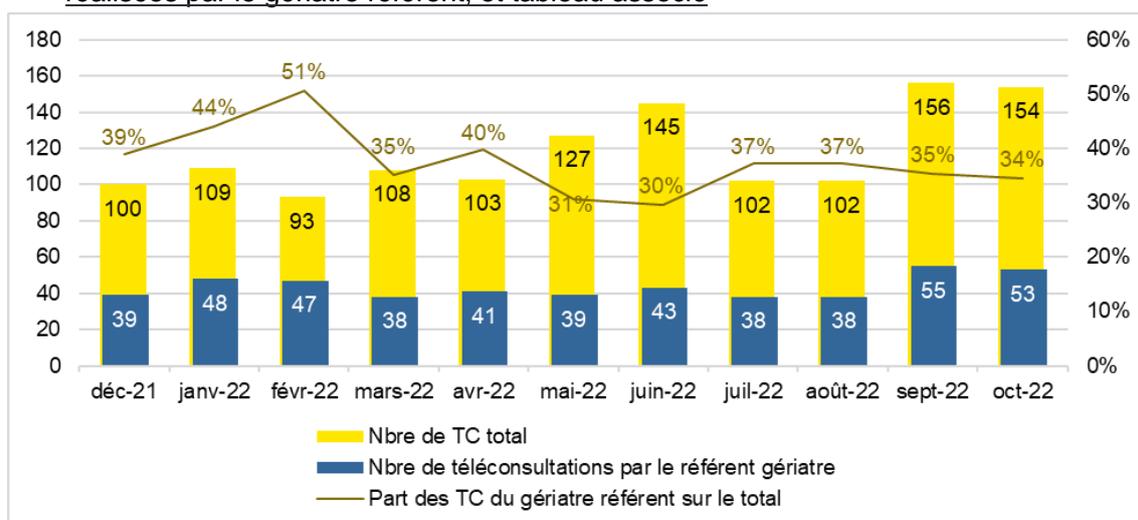
- ♦ Un 1^{er} gériatre était requis de mars 2021 à décembre 2021,
- ♦ Un 2nd intervient depuis avril 2021 spécifiquement sur la sarcopénie, et est toujours requis au 31/12/2022.

Pour rappel, à partir de novembre 2021, la Polyclinique Mobile a salarié son gériatre référent, dont l'activité est détaillée en partie 4.1.3.

⁴⁷ À noter que ces deux dernières spécialités affichent une augmentation taux d'utilisation des vacances en 2022, restant inférieurs ou égal à 50%. Les taux de vacances par spécialité figurent en partie 4.3.3.

⁴⁸ Le recours à la téléexpertise ORL est détaillé en partie 4.2.5.

Figure 36 : Graphique de l'activité de téléconsultation totale de la Polyclinique Mobile et activité réalisées par le gériatre référent, et tableau associé



	déc-21	janv-22	févr-22	mars-22	avr-22	mai-22	juin-22	juil-22	août-22	sept-22	oct-22	Total
TC total	100	109	93	108	103	127	145	102	102	156	154	1299
TC de gériatrie	59	51	47	40	41	39	43	38	38	55	53	504
TC par le référent gériatre	39	48	47	38	41	39	43	38	38	55	53	479
Proportion du gériatre référent sur la gériatrie	66%	94%	100%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	95%
Proportion TC du gériatre référent sur total	39%	44%	51%	35%	40%	31%	30%	37%	37%	35%	34%	37%

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

Entre décembre 2021 et octobre 2022, **l'activité du gériatre référent constitue entre 30% et 51% des téléconsultations mensuelles organisées par la Polyclinique Mobile.**

A noter que depuis avril 2022, la totalité des téléconsultations de gériatrie sont réalisées par ce professionnel.

279 patients uniques ont bénéficié d'au moins une téléconsultation assurée par le gériatre référent entre décembre 2021 et octobre 2022, 94% d'entre eux étant institutionnalisés dans des ESMS du bassin de Strasbourg (261).

A noter qu'il n'est pas possible de déterminer s'il agit de « consultations-socles »⁴⁹ ou de téléconsultations classiques.

⁴⁹ Définition en [partie 4.1.3.1.](#)

4.2.5 Une démarche préventive progressivement renforcée, essentiellement basée sur la spécialité ORL



En synthèse :

Dans son cahier des charges, la Polyclinique Mobile décrit sa démarche de prévention telle qu'intervenant « en complément du curatif ». En pratique, cette activité qui a particulièrement augmenté entre janvier et octobre 2022 pour atteindre 52% des actes de télé-médecine, est organisée autour de dépistages via télé-expertises sur les spécialités ORL, sarcopénie (gériatrie), bucco-dentaire et cardiologie.

Bien que le bénéfice apporté à des résidents d'EHPAD via la prévention sur ces thématiques fasse consensus, l'intervention d'un tiers externe aux ESMS pour la réalisation de ces actions et son intensité sont parfois interrogés par les professionnels rencontrés.

La spécialité ORL représente la très large majorité de l'activité de télé-expertise du dispositif, à hauteur de 88% des actes sur la durée totale de l'expérimentation. Au-delà du volet préventif, on notera la forte sollicitation de la spécialité ORL qui représente 44% des actes totaux (entre janvier et octobre 2022), assurée par un unique requis membre de l'équipe porteuse de la Polyclinique Mobile.

Dans son cahier des charges, la Polyclinique Mobile fait figurer le volet prévention parmi ses objectifs, tel que : « soutenir le recours à la prévention et au dépistage proactif, **en complément du curatif** ». A cette fin, il est précisé que le patient sera inscrit dans « un suivi médical coordonné par le médecin traitant du patient et le parcours de prévention personnalisé qu'il aura établi pour lui ».

Les actions de prévention / dépistage menées par la Polyclinique Mobile ont été principalement réalisées suivant deux thématiques :

- ♦ ORL, avec le dépistage des pathologies du conduit auditif via télé-expertise,
- ♦ Sarcopénie, via une télé-expertise de gériatrie.

Au cours de l'année 2022, la Polyclinique Mobile a enrichi son volet préventif par :

- ♦ Des dépistages bucco-dentaires, avec l'entrée dans son réseau de requis d'un chirurgien-dentiste ;
- ♦ La prévention des troubles cardiovasculaires, via des télé-expertises cardiologiques ;

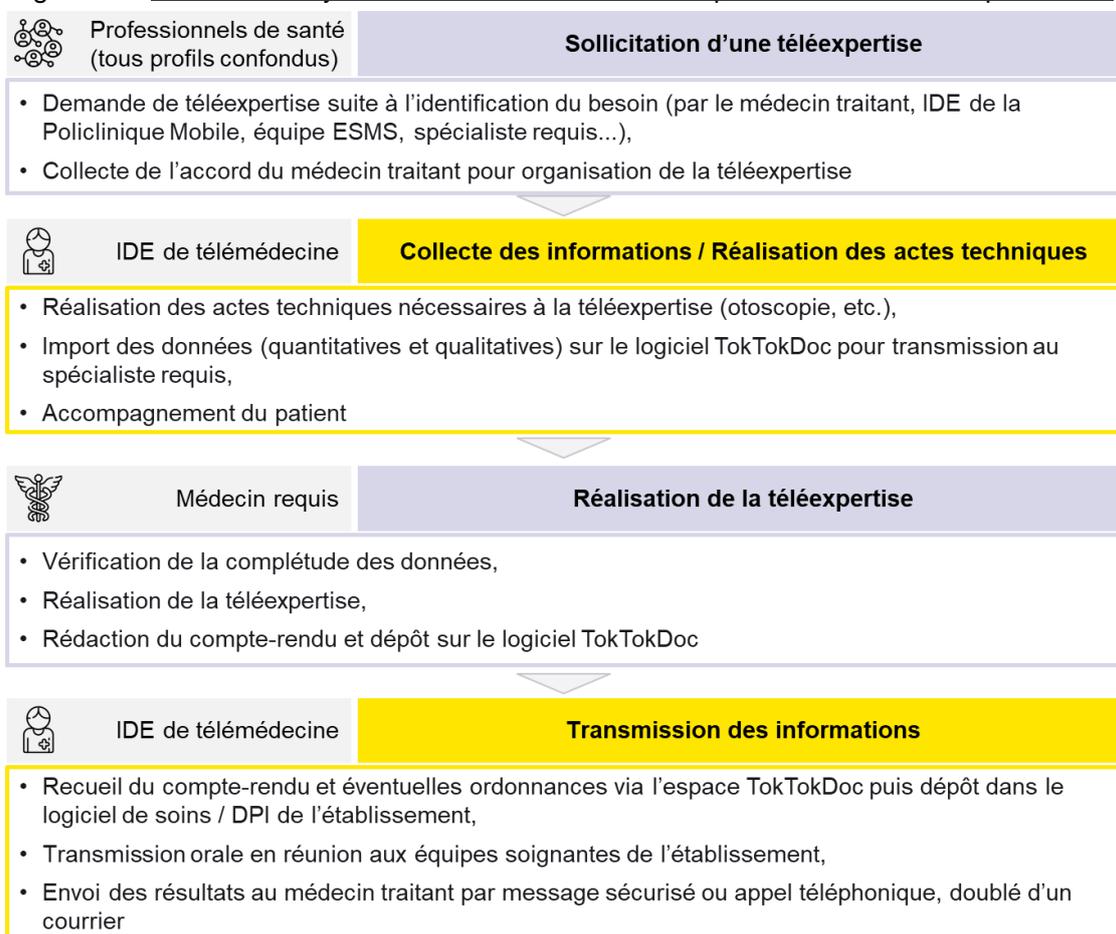
Le bénéfice apporté à des résidents d'EHPAD via la prévention sur ces thématiques fait consensus auprès des professionnels rencontrés. Cependant, l'intervention d'un tiers externe à l'ESMS pour la réalisation de ces actions de prévention et son intensité sont parfois interrogés par les professionnels rencontrés. Ces divergences seront approfondies dans la suite de cette partie.

En pratique, les actions de prévention réalisées par la Polyclinique Mobile peuvent être effectuées via :

- ♦ Des télé-expertises, sur les champs ORL / sarcopénie / bucco-dentaire / cardiologie,
- ♦ Une téléconsultation à l'admission pour validation du PPS, avec le médecin gériatre référent,
- ♦ Une téléconsultation de dépistage de la sarcopénie.

Les téléexpertises constituent une partie majeure des actions de prévention de la Polyclinique Mobile. La **modalité de travail asynchrone** est, d'après les entretiens avec les spécialistes requis, **facilitante dans un contexte de temps médical limité des praticiens**. Elles sont réalisées tel que détaillé dans le schéma ci-dessous :

Figure 37 : Schéma de synthèse du déroulé de la téléexpertise via la Polyclinique Mobile



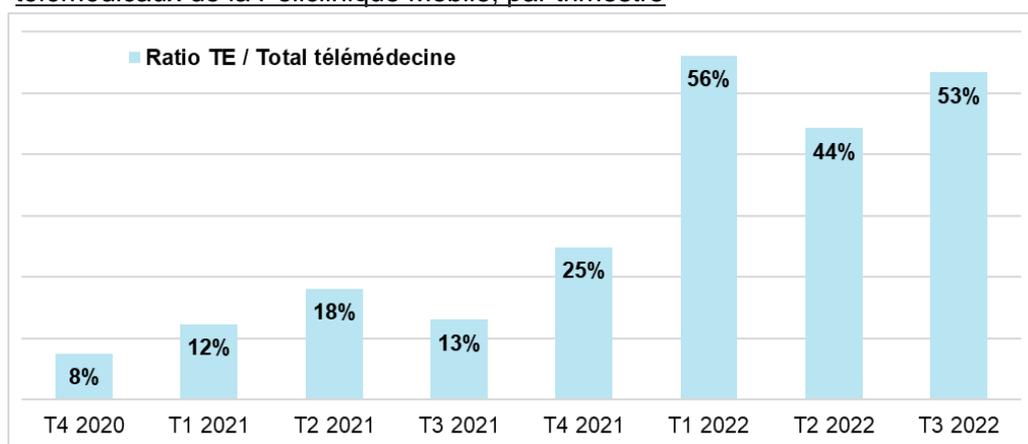
Source : Visuel EY

4.2.5.1 Une activité de prévention en augmentation sur l'année 2022

Comme mentionné précédemment, l'activité a augmenté sur la période octobre 2020 – octobre 2022, une tendance soutenue notamment par l'entrée progressive des nouveaux ESMS dans l'expérimentation au cours de l'année 2022.

Cependant, cette **augmentation de l'activité a été très nettement portée par la progression téléexpertise**, comme visible dans le tableau ci-dessous :

Figure 38 : Graphique des ratios du nombre d'actes de téléexpertises sur l'ensemble des actes télémédicaux de la Polyclinique Mobile, par trimestre



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

La prévalence de l'activité de téléexpertise sur l'activité de téléconsultation est notable à partir du 1^{er} trimestre 2022. **Sur l'année 2022, la téléexpertise a représenté 52% des actes de télémédecine.**

On pourrait supposer que cette tendance est liée à l'entrée de nouveaux ESMS ; en effet comme mentionné précédemment, le déploiement de la Polyclinique Mobile dans un nouvel établissement crée un volume important d'actions de dépistage.

Cependant, comme le démontre le tableau ci-dessous, **ce sont les ESMS de la vague 1 qui sont à l'origine de la grande majorité des téléexpertises, y compris en 2022.**

Figure 39 : Tableau des téléexpertises par trimestre et par vague⁵⁰, entre T4 2020 et T3 2022

	T4 2020	T1 2021	T2 2021	T3 2021	T4 2021	T1 2022	T2 2022	T3 2022	Total
Vague 1	12	28	68	45	86	378	228	288	1133
Vague 2	-	-	-	-	-	8	65	119	192
Téléexpertises	12	28	68	45	86	386	293	407	1325
Part de la vague 1	100%	100%	100%	100%	100%	98%	78%	71%	86%

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

En pratique, une part importante des professionnels en ESMS relèvent que **la mise en œuvre d'actions de dépistage par la Polyclinique Mobile est à l'origine d'une hausse des actions de prévention en ESMS.** L'enquête en ligne à destination des équipes d'ESMS montre que :

- ♦ 17 / 30 répondants estiment constater une hausse des actions de prévention dans leur ESMS depuis l'arrivée de la Polyclinique Mobile,
- ♦ 8 / 30 estiment que le nombre d'actions est resté constant.⁵¹

⁵⁰ Le total de 1 325 téléexpertises affichés ici est inférieur de 28 actes au total réel d'actes de téléexpertises sur la période (1 353). Ce décalage est lié aux patients ayant refusés de figurer dans l'évaluation : les actes réalisés pour ces patients n'ont pas pu être rattachés à l'ESMS du patient, donc pas de vague.

⁵¹ Les 5 répondants restants ont répondu « NA / ne sait pas ».

Concernant l'organisation des actions de dépistage :

- ♦ Dans certains ESMS, le médecin coordonnateur prend la responsabilité (les médecins traitants délèguent ce volet) et autorise la réalisation de dépistages pour l'ensemble des résidents de l'établissement,
- ♦ Dans d'autres ESMS, le médecin coordonnateur souhaite garder la main sur ces actions, au cas par cas.

Il a été relevé l'exemple d'un ESMS dans lequel une action de dépistage des conduits auditifs de l'ensemble des résidents avait été réalisée, sans accord de l'équipe soignante de l'établissement, ce qui a été mal perçu. Un échange avec la Policlinique Mobile à l'issue de cet incident a permis de revoir l'organisation au profit d'un accord systématique du médecin coordonnateur pour ces actions.

De même certains médecins traitants (2) ont indiqué que la qualification de la pertinence du dépistage par le médecin traitant est indispensable. Certains estiment notamment que le dépistage d'une sarcopénie pour un résident d'EHPAD grabataire n'est pas pertinent et le qualifie de « sur-soin ».

4.2.5.2 La démarche de prévention ORL : un consensus des professionnels sur l'apport qualitatif, modulé par des divergences sur la mise en œuvre par un tiers en ESMS

Pour la compréhension de l'analyse qui suit, les évaluateurs rappellent les éléments précédemment évoqués, concernant la spécialité ORL en télémédecine via la Policlinique Mobile :

- ♦ La téléexpertise est très largement employée au dépistage des bouchons de cérumen,
- ♦ La téléconsultation est plus rare ; elle peut notamment permettre de mettre en place l'appareillage d'un résident.

4.2.5.2.1 Un bénéfice indéniable pour le bien-être des résidents d'EHPAD, mais des divergences sur sa mise en œuvre par un prestataire externe en ESMS

Concernant **l'apport qualitatif de cette spécialité sur le bien-être des résidents, celui-ci fait l'unanimité auprès des professionnels de santé rencontrés** (spécialiste ORL, médecins coordonnateurs, médecins traitants...).

Ils mettent tous en lumière l'importance de veiller à l'état de santé des résidents sur le champ de l'audition et rappellent les risques liés à la perte d'audition pour un résident d'EHPAD tel que l'isolement et les dégradations cognitives potentielles.

Par conséquent, l'extraction des bouchons de cérumen constitue un moyen « simple » de lutter contre ces problématiques.

Cependant, en pratique, on observe **une absence de consensus autour de la réalisation de téléexpertises ORL et d'extractions des bouchons de cérumen par la Policlinique Mobile** :

- D'une part, les équipes en ESMS soulignent des emplois du temps chargés et un manque de disponibilité pour prendre en charge le diagnostic et le retrait de ces bouchons. Certains

médecins coordonnateurs (6/9⁵²) et médecins traitants (2) estiment alors que la **Policlinique Mobile est un réel support**.

- ▶ A l'inverse, d'autres médecins coordonnateurs (2/9) ainsi que certains médecins traitants (4)⁵³ **considèrent que cette tâche revient aux médecins traitants / médecin coordonnateur**. Ces professionnels maintiennent que des professionnels ont déjà pour responsabilité de prendre en charge le dépistage et le retrait des bouchons de cérumen et s'inquiètent de la mobilisation d'un spécialiste ORL pour cet acte dans un contexte de difficultés d'accès aux soins de spécialité.

4.2.5.2.2 88% de l'activité de téléexpertise est liée à la spécialité ORL

Le détail de l'activité de téléexpertise met en évidence que la **forte prévalence de cette activité sur les téléconsultations est majoritairement due à la spécialité ORL**.

Figure 40 : Tableau des actes de téléexpertises par trimestre, avec répartition par spécialité et proportion de la spécialité ORL

	T4 2020	T1 2021	T2 2021	T3 2021	T4 2021	T1 2022	T2 2022	T3 2022	Total ⁵⁴
ORL	11	28	72	46	88	375	233	330	1183
Gériatrie (sarcopénie)	0	0	0	0	0	13	22	56	91
Cardiologie et Maladies vasculaires	0	0	0	0	0	1	16	16	33
Bucco-dentaire	0	0	0	0	0	8	27	5	40
Dermatologie et Vénérologie	1	0	0	0	0	0	0	1	2
Total	12	28	72	46	88	397	298	408	1349
Part de la spécialité ORL	92%	100%	100%	100%	100%	94%	78%	81%	88%

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

La spécialité ORL couvre ainsi la très large majorité des actes de téléexpertises (plus de 80% par trimestre). **Sur la totalité de la durée de l'expérimentation, la spécialité ORL a représenté 88% des actes de téléexpertise** et 34% des actes totaux de télé-médecine.

Ainsi, en synthèse, entre janvier et octobre 2022, l'ORL a représenté :

- ♦ **83% des téléexpertises** (1 318 actes),
- ♦ Sur l'ensemble de l'activité de télé-médecine, **la spécialité ORL a représenté 43,6% des actes totaux** (0,6% par les téléconsultations et 43,0% par les téléexpertises).

4.2.5.2.3 52% des patients ont bénéficié d'au moins une téléexpertise ORL

Le nombre important de ces téléexpertises a permis que **52% des patients uniques admis dans le dispositif bénéficient d'au moins une téléexpertise ORL**.

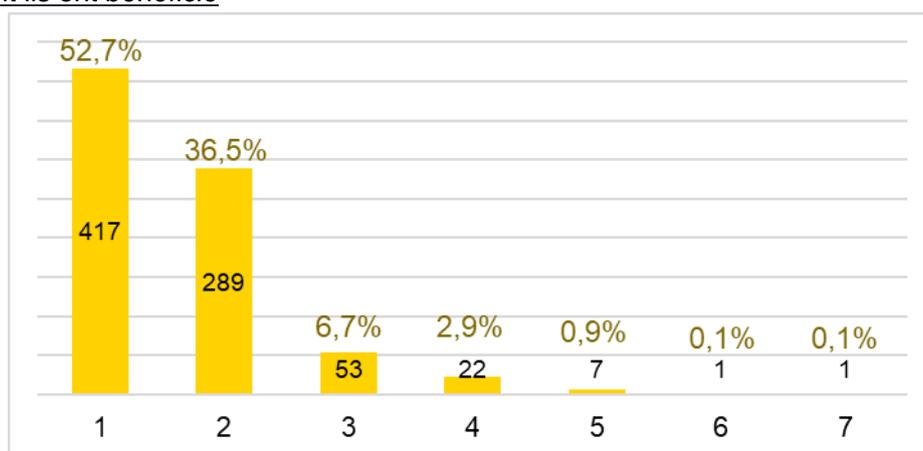
Parmi ces patients (790) ; certains ont été revus plusieurs fois, tel que présentés ci-dessous :

⁵² 10 médecins coordonnateurs rencontrés en entretien mais 9 ont exprimé un avis en entretien.

⁵³ 2 rencontrés en entretien et 2 dans l'enquête en ligne.

⁵⁴ Le total de 1 349 téléexpertises affichés ici est inférieur de 4 actes au total réel d'actes de téléexpertises sur la période (1 353). Ce décalage est lié à l'absence de la donnée « required expert id » pour 4 lignes dans les données transmises par le porteur.

Figure 41 : Nombre de patients uniques, répartis suivant le nombre de téléexpertises ORL dont ils ont bénéficié



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

4.2.5.2.4 Un haut niveau de sollicitation qui permet un haut niveau d'utilisation des vacations

La spécialité ORL est fortement sollicitée et la très large majorité des créneaux sont utilisés.

En termes d'adaptabilité de la spécialité ORL à la télémedecine, celle-ci est aujourd'hui essentiellement tournée sur l'oreille. A ce sujet, rencontré en entretien lors de l'évaluation intermédiaire, le spécialiste ORL estime que potentiellement 100% des actes techniques seraient transposables en télémedecine mais la limite est réglementaire. A titre d'exemple, il n'est à ce jour pas possible de traiter le nez à distance car la fibroscopie n'est pas un geste infirmier.⁵⁵

Figure 42 : Tableau des vacations ORL sur la durée de l'expérimentation : volumes trimestriels réservé et utilisé, avec taux d'utilisation correspondant

	T4 2020	T1 2021	T2 2021	T3 2021	T4 2021	T1 2022	T2 2022	T3 2022	T4 2022	Total
Volume horaire réservé	1,5	6,4	8,8	6,4	8,1	33,1	19,8	27,8	26,7	138,6
Volume horaire utilisé	1,5	6,4	8,8	6,4	8,1	26,5	19,8	27,8	26,7	132,0
Taux d'utilisation des créneaux	100%	100%	100%	100%	100%	80%	100%	100%	100%	95%

Source : Fichier des vacations du secrétariat de la Polyclinique Mobile, arrêté au 31/12/2022

Ce haut niveau d'activité est assuré par un unique spécialiste requis ORL, présent dans le réseau de la Polyclinique Mobile.

⁵⁵ Informations issues de l'entretien avec le spécialiste requis ORL tenu lors de l'évaluation intermédiaire.

4.2.5.3 Regard sur la spécialité bucco-dentaire

La Polyclinique Mobile a déployé en 2022 la spécialité bucco-dentaire. A cette fin, un chirurgien-dentiste collabore avec la Polyclinique Mobile pour la mise en œuvre de **téléexpertises à but de dépistage**. Ces actes permettent d'identifier les pathologies bucco-dentaires des résidents et indiquer un « niveau d'urgence » pour la prise en charge effective du patient.



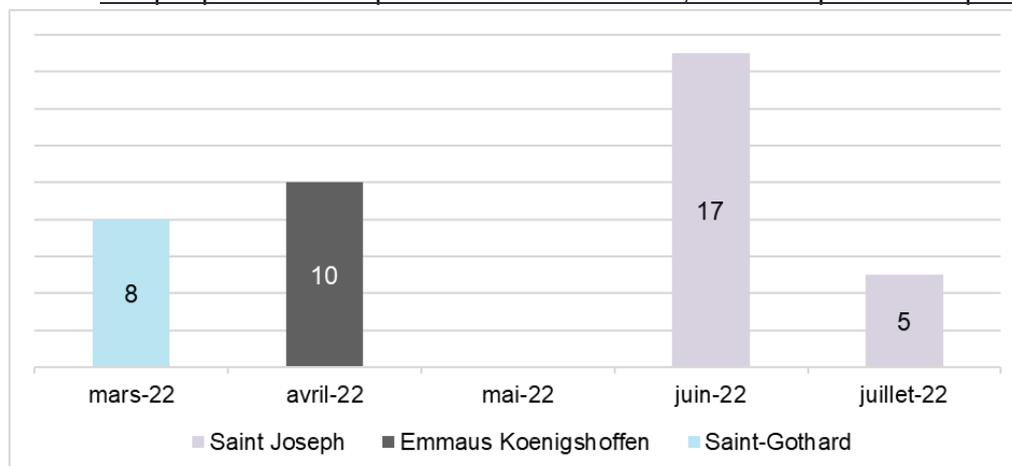
Au sujet cette spécialité bucco-dentaire, les évaluateurs rappellent que lors de l'atelier sur l'expérimentation, tenu mi-octobre 2022, la demande a été formulée par les tutelles au porteur de la Polyclinique Mobile de ne pas déployer cette spécialité.

Interrogé à ce sujet lors du Focus Group, l'équipe porteuse indique avoir pris en compte cette demande et ne pas s'inscrire dans une démarche pro-active sur cette activité. Ainsi, la réalisation de téléexpertises bucco-dentaires ne se fait que sur sollicitation des médecins coordonnateurs / équipes ESMS / médecins traitants.

En pratique, ce médecin, basé dans le Grand-Est, forme lui-même les IDE de la Polyclinique Mobile à la réalisation de « clichés bucco-dentaires et prothétiques au moyen d'un kit matériel adapté ». En l'absence d'une organisation sur la base de vacations, la Polyclinique Mobile réserve des créneaux dédiés pour la formation des IDE auprès de ce praticien (prise de rendez-vous sur des horaires classiques).

Depuis le déploiement, 40 téléexpertises ont été réalisées, réparties sur 3 ESMS de la vague 1.

Figure 43 : Graphique des téléexpertises bucco-dentaires, réalisées par mois et par ESMS



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

Interrogé sur l'adaptabilité du bucco-dentaire à la téléexpertise, le chirurgien-dentiste souligne que la qualité du diagnostic n'est pas aussi bonne qu'en présentiel. Il indique qu'il a accès uniquement à des photos "externes", pas de radiologies, ainsi la qualité de la téléexpertise est très variable suivant la qualité de photos prises par les IDE de la Polyclinique Mobile.



« Quel est l'intérêt de téléexpertises bucco-dentaires, en l'absence de soins et qui nécessiteront un déplacement pour la réalisation des soins ? »

Le chirurgien-dentiste a estimé en entretien que, dans un contexte où une très faible part de résidents d'EHPAD se déplace en cabinet dentaire, un diagnostic de l'état de santé bucco-dentaire de cette population permet de disposer d'un **outil de prise de décision**.

En effet, il explique que les soins à apporter à un patient âgé et dépendant ne sont pas les mêmes qu'un patient plus jeune. Une analyse du bénéfice / risque pour ce profil de patient est à prendre en compte.

Lors du Focus Group, le porteur fait part des deux retours réalisés par des médecins coordonnateurs :

- ♦ L'un souhaite généraliser ce dépistage lors de l'admission en établissement estimant qu'il « permet un état des lieux de l'état bucco-dentaire et un engagement des soins immédiats »
- ♦ Le 2nd indique qu'il s'agit d'un « excellent moyen de compléter le suivi de la dénutrition chez les résidents ».

Note sur la reproductibilité de cette spécialité, et usage dans le droit commun :

- ♦ Le guide de bonnes pratiques de la HAS consacré à la téléconsultation et à la téléexpertise⁵⁶, reconnaît les chirurgiens-dentistes comme des acteurs de la télémédecine buccodentaire,
- ♦ Cependant, à ce jour, l'acte de téléconsultation réalisé par un chirurgien-dentiste n'est pas remboursable par l'assurance maladie, à l'inverse d'un acte réalisé par un médecin statutaire.

4.2.5.4 Autres activités de prévention de la Polyclinique Mobile

4.2.5.4.1 Un dépistage de la sarcopénie qui fait débat entre les parties prenantes

Déjà évoqué lors de l'évaluation intermédiaire, le dépistage de la sarcopénie se fait via une téléexpertise de gériatrie, développée par un médecin généraliste requis du réseau spécialement dans le cadre de la Polyclinique Mobile⁵⁷.

Un total de **125 téléexpertises de dépistage de la sarcopénie** ont été réalisées entre février et octobre 2022 (dont 72 sur les mois de septembre et octobre). A noter qu'en cas de dépistage d'une sarcopénie, le patient peut être orienté vers une téléconsultation diététique.

Bien que tous les professionnels rencontrés en entretien soulignent l'importance de la lutte contre la dénutrition en EHPAD, leurs avis concernant l'offre de la Polyclinique Mobile à ce sujet divergent et une part importante reste sceptique quant à l'intérêt de ce dépistage.

En effet, parmi les 10 médecins traitants et 10 médecins coordonnateurs rencontrés en entretien :

⁵⁶ Haute Autorité de Santé : Téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques, publié en juin 2019

⁵⁷ Tel qu'indiqué dans le rapport d'étape de la Polyclinique Mobile (version 1) : Ce dépistage fait partie de la démarche de la Polyclinique Mobile de prévention des traumatismes liés aux chutes, au même titre qu'un dépistage des troubles du conduit auditif en téléexpertise ORL et/ou audiogramme en téléconsultation ORL et/ou « l'orientation par le gériatre référent vers l'ophtalmologue habituel en cas de déficiences du champ visuel constatée ».

- ♦ 3 médecins coordonnateurs (vague 1)⁵⁸ ayant mis en place ce dépistage dans leurs ESMS, estiment que c'est un élément d'étude intéressant mais soulignent la difficulté opérationnelle pour mettre en place les préconisations diététiques associées. Ces praticiens formulent également une notion de vigilance quant à un dépistage de cette pathologie en EHPAD et une potentielle dérive de sur-soin associé,
- ♦ 2 médecins traitants rencontrés en entretien ont estimé que ce dépistage n'était pas toujours pertinent au regard de la population concernée. Par ailleurs, deux praticiens répondants à l'enquête qualifient cet acte de « sur-soin » pour des patients déjà grabataires et estiment qu'ils relèvent du rôle du médecin traitant d'assurer le dépistage et le suivi du patient sur cette pathologie.⁵⁹

4.2.5.4.2 Des nouvelles démarches de prévention progressivement déployées par la Polyclinique Mobile

Le porteur développe progressivement le volet préventif de la Polyclinique Mobile, à travers d'autres dépistages qui souhaite déployer :

► **Le dépistage des troubles cardiovasculaires via téléexpertise de cardiologie**

Introduite au 2nd trimestre 2022, on dénombre **47 téléexpertises de cardiologie** réalisées entre mars 2022 et octobre 2022. Le porteur indique que cet acte n'est pas systématique et précise que l'organisation de cette téléexpertise peut se faire :

- ♦ Sur la base de la « consultation-socle » avec le gériatre référent pour les résidents récemment institutionnalisés,
- ♦ En cas de dégradation générale de l'état de santé du patient du résident motivant le médecin coordonnateur / traitant à solliciter une téléconsultation de gériatrie,
- ♦ « Sensibilité » du médecin coordonnateur / traitant à la prévention cardiologique des patients sans antécédent, avec un besoin remonté au fil de l'eau.

► **Le dépistage ophtalmologique**

Lors du Focus Group, le porteur a fait part de son ambition de développer un dépistage ophtalmologique, compte tenu de l'amélioration potentielle de la qualité de vie des résidents via cette spécialité.

Il souligne cependant la difficulté technique d'un tel dépistage nécessitant « la mise en place de kits de matériels complexes et adaptés en EHPAD ». L'équipe projet de la Polyclinique Mobile est ainsi en lien avec un ophtalmologue afin d'étudier la mise en œuvre opérationnelle d'un tel dépistage.

Une fois mis en œuvre, ce dépistage visera à permettre au spécialiste requis de diagnostiquer et/ou suivre des anomalies de la pupille, de la macula et de la périphérie rétinienne.

Les actes infirmiers en lien nécessiteront une importante formation des IDE de la Polyclinique Mobile.

⁵⁸ Les médecins coordonnateurs de la vague 2 n'ont pas donné d'informations sur ce dépistage car encore en phase de montée en charge.

⁵⁹ Il n'est pas possible de déterminer s'il agit de professionnels distincts.

4.2.6 Autres activités de la Polyclinique Mobile : plateforme de débordement et activité hors télémedecine



En synthèse :

En supplément de leur activité liée à la télémedecine, les IDE de la Polyclinique Mobile réalisent des actes « hors télémedecine », consistant en large majorité (63%) à des extractions de bouchons de cérumen suite aux téléexpertises de dépistage ORL.

En termes de temps infirmier mobilisé, cette activité hors télémedecine n'apparaît pas comme significative.

La Polyclinique Mobile propose également un « service de débordement gériatrique », assuré par le référent gériatre c'est-à-dire interne à la Polyclinique Mobile, qui peut être appelé 5 jours sur 7 en journée par les équipes des ESMS. Son activité est difficilement quantifiable du fait d'un manque de traçabilité dans le système d'information du porteur.

4.2.6.1 Actes hors télémedecine

Cette partie se concentre uniquement sur les actes infirmiers hors télémedecine qui ne relève pas de l'activité de bilans infirmiers / PPS. Ces éléments sont traités en partie 4.2.2.



Les actes hors télémedecine traités dans cette partie n'ont été comptabilisés dans le SI de la Polyclinique Mobile qu'à partir de novembre 2021. Par conséquent le total de 601 actes affiché ici ne correspond qu'à la période nov. 21-oct 22.

4.2.6.1.1 Deux tiers des actes hors télémedecine sont issus des dépistages ORL

Comme évoqué lors de l'évaluation intermédiaire, les IDE de la Polyclinique Mobile réalisent des actes qui ne relèvent pas de la télémedecine.

Figure 44 : Graphique représentant le nombre total d'actes hors télémedecine par mois, entre nov.2021 et oct.2022

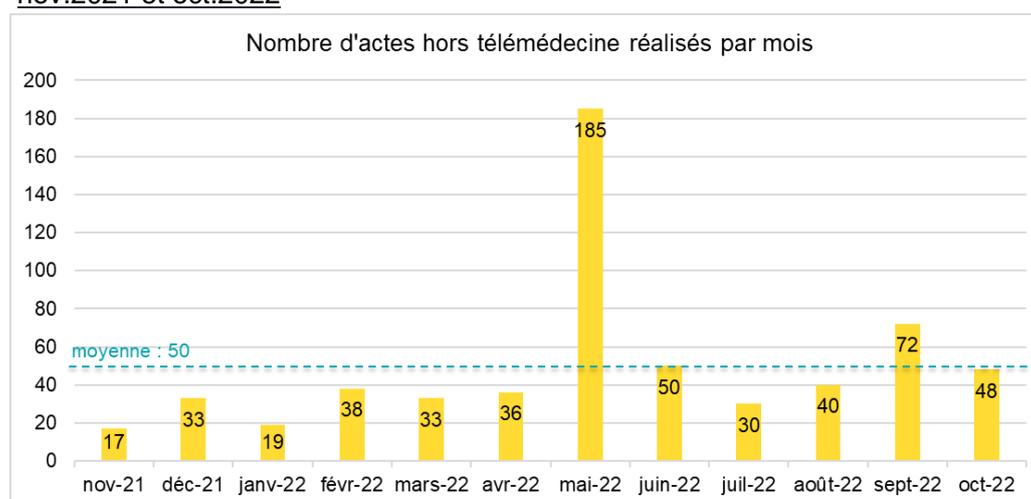


Figure 45 : Tableau des actes hors télémedecine par catégorie, entre T4 2021 et T3 2022

Par type	nov-21	déc-21	janv-22	févr-22	mars-22	avr-22	mai-22	juin-22	juil-22	août-22	sept-22	oct-22	Tot.	Part (%)
Extraction bouchon de cérumen	14	22	15	36	27	33	27	44	29	40	63	42	392	65,2
Vaccination Covid-19	0	0	0	0	0	0	156	0	0	0	0	0	156	26,0
Bladderscan	2	2	1	0	1	1	0	1	1	0	3	2	14	2,3
Pose/dépose et/ou lecture d'un DM externe ou implantable	0	5	1	2	0	0	0	1	0	0	2	1	12	2,0
Électrocardiogramme	0	2	2	0	4	1	0	0	0	0	1	2	12	2,0
Réfection de pansement	0	1	0	0	1	0	1	4	0	0	2	0	9	1,5
Gestion de chute	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	5	0,8
Holter ECG et tensionnel	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,2
Total	17	33	19	38	33	36	185	50	30	40	72	48	601	100

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

Avec une **moyenne mensuelle de 50 actes par mois** entre novembre 2021 et octobre 2022, le volume d'actes hors télémedecine réalisé par les IDE de la Polyclinique Mobile reste très variable. On constate une augmentation de ce volume avec l'inclusion des ESMS de la vague 2 et en lien également avec le développement de la téléexpertise ORL.

En termes de répartition : **les extractions de bouchons de cérumen constituent la très large majorité (63%) de ces actes**. En moyenne, la Polyclinique Mobile réalise **33 extractions par mois**. Il est également à noter les 156 vaccinations covid-19 réalisées par les IDE de la Polyclinique Mobile en mai 2022 ; une mobilisation à la demande de l'ARS. Les autres catégories restent en très faibles proportions.

4.2.6.1.2 Un temps infirmier dédié à cette activité qui reste limité, et des hétérogénéités dans le recours par ESMS

Il est à noter qu'en termes de temps infirmier mobilisé, **cette activité hors télémedecine n'est pas significative**. Dans le schéma de la semaine type des IDE de télémedecine figurant en partie 4.1.2.2.1, ces actes sont intégrés dans la quote-part de 10% dédiée à la partie « aval à l'acte de télémedecine ».

Par ailleurs, la mise en œuvre de ces actes au sein des ESMS est très variable et dépend essentiellement du positionnement du médecin coordonnateur. On distingue :

- ♦ Des établissements où le médecin coordonnateur estime que les extractions de bouchons de cérumen peuvent être assurées par les IDE de la Polyclinique Mobile,
- ♦ Des établissements où le médecin coordonnateur considère que les IDE de l'ESMS peuvent réaliser ces extractions, ou lui-même.

A l'instar des éléments énoncés lors de l'évaluation intermédiaire, les entretiens de l'évaluation finale mettent en évidence des périmètres de tâches entre les IDE ESMS et les IDE PM mieux délimités : peu voire pas de glissements de tâches semblent avoir lieu (hors bouchons d'oreilles). A ce sujet, les Directions d'ESMS soulignent l'important travail de pédagogie en ce sens et l'importance de veiller à conserver des périmètres distincts.

4.2.6.2 Service de débordement

Dans son cahier des charges, la Polyclinique Mobile décrivait la mise en place d'un « **service de débordement gériatrique** » tel que :

« si la situation clinique du patient l'exige et en l'absence de son médecin traitant (indisponible ou non déclaré par le patient), la Polyclinique mobile dispose d'une réponse gériatrique par télémédecine, sollicitable par l'effecteur PM et à défaut directement par l'équipe soignante locale. Composé de professionnels de santé vacataires, spécialistes du sujet âgé, ce service de débordement se charge de suppléer le médecin absent, pour qualifier, orienter et préparer la prise en charge à venir nécessaire pour le patient en situation non programmée, c'est-à-dire en contexte d'urgence non vitale. »⁶⁰

Le cahier des charges stipulait également que « **son fonctionnement sera défini avec les tutelles lors de la phase de montage de la Polyclinique Mobile** ». Le porteur a fait le choix de **salarier un médecin gériatre notamment pour internaliser l'activité de service de débordement. Cette décision n'a pas fait l'objet d'une approbation par les tutelles.**

Ce service est assuré par le référent gériatre, qui peut être appelé 5 jours sur 7 en journée par les équipes soignantes des ESMS. Ce service s'inscrit dans une **démarche de débrouillage et d'orientation hors urgences vitales**, en cas d'absence ou indisponibilité du médecin traitant.

L'activité issue de ce service est difficilement quantifiable du fait d'un manque de traçabilité des appels entre les médecins coordonnateurs et le référent gériatre. Le SI du porteur ne dénombre que 3 actes de débordement :

- ♦ 2 actes à l'EHPAD des 4 vents en mars et octobre 2022,
- ♦ 1 acte à l'EHPAD Saint Jean Baptiste en juillet 2022.

⁶⁰ Source : Cahier des charges de la Polyclinique Mobile, version 1.71 du 24/09/2019

4.2.7 Communication entre les différents d'acteurs



En synthèse :

Sur le champ de la communication avec les équipes en ESMS, l'évaluation finale met en évidence la qualité de la collaboration avec la Polyclinique Mobile. Lors du déploiement de la vague 2, le porteur a déployé davantage de pédagogie au sein des établissements. Par conséquent, un bon niveau de compréhension du dispositif sur le terrain a pu être constaté.

Des proches de bénéficiaires ont également été rencontrés dans le cadre de cette évaluation finale, mettant en exergue une hétérogénéité de la connaissance et compréhension du dispositif.

Bien que 62% des proches des bénéficiaires aient exprimé un avis positif sur l'expérimentation, les évaluateurs ont constaté le manque de clarté pour les familles sur l'admission de leurs proches dans le dispositif. Celle-ci étant basée sur une admission par défaut sauf en cas de renoncement, le niveau d'information limité des familles peut entraîner des admissions sans réel « consentement éclairé ».

Dans un esprit de synthèse, la communication avec les médecins traitants n'est pas détaillée ici car l'ensemble des éléments ont été présentés en partie 4.1.4.

4.2.7.1 Une collaboration de qualité entre les équipes des ESMS et de la Polyclinique Mobile

4.2.7.1.1 Des équipes en ESMS qui soulignent l'importance de la pédagogie

Comme évoqué lors du rapport intermédiaire, le déploiement de la Polyclinique Mobile au sein d'un établissement requiert un important niveau d'action de pédagogie auprès des équipes en ESMS. En effet, l'acculturation à la télémédecine peut prendre du temps et cette pédagogie est indispensable pour fluidifier le dispositif et éviter des refus liés à des incompréhensions.

L'évaluation finale met en évidence **les efforts en ce sens réalisés par l'équipe porteuse de la Polyclinique Mobile dans le cadre de la vague 2** : des réunions de présentation du dispositif ont été réalisées au sein de ces établissements en présence de toutes les équipes.

L'enquête en ligne à destination des équipes des ESMS indique, au sujet de la présentation qui leur a été faite de la Polyclinique Mobile que :

- ♦ 7 / 7 répondants du bassin de Moselle en sont satisfaits (2) voire très satisfaits (5),
- ♦ 13 / 15 répondants du bassin des Vosges en sont satisfaits (8) voire très satisfaits (5). Les deux répondants restants ont précisé que le projet ne leur avait pas été présenté.⁶¹

Les entretiens sur site avec ces équipes ont été révélateurs d'un **bon niveau de compréhension du dispositif par les équipes**, par opposition notamment au constat de l'évaluation intermédiaire avec le cas particulier de l'établissement Saint Charles (vague 1) au sein duquel des difficultés de communication et de connaissance du dispositif avaient pu être identifiées.

⁶¹ En Moselle, les profils des répondants sont : 2 directeurs d'établissements, 2 IDE, 2 IDEC et 1 médecin coordonnateur. Dans les Vosges, parmi les répondants satisfaits / très satisfaits : 2 AS, 3 cadres infirmiers, 7 IDE, 1 non précisé. Les deux répondants insatisfaits sont 1 IDE et 1 cadre infirmier.

4.2.7.1.2 Une opacité sur le modèle économique

Les directions d'ESMS soulignent la qualité des échanges et la réactivité avec les équipes de pilotage et gestion de la Polyclinique Mobile.

En dehors des échanges téléphoniques / réunions, les directions reçoivent des relevés d'activité mensuels avec les détails des téléconsultations et téléexpertises réalisées.

Malgré les échanges et les relevés d'activité, les entretiens mettent en évidence **une forme de méconnaissance des directions sur le modèle économique du dispositif et le coût des forfaits**. Certaines directions estiment qu'il serait pertinent qu'elles puissent disposer de davantage d'informations sur ce volet afin notamment de donner leur regard sur cet aspect financier et éventuellement anticiper le passage du dispositif en droit commun.

4.2.7.1.3 Le cas particulier du Saint Charles

L'évaluation intermédiaire avait mis en évidence le contexte délicat de l'EHPAD Saint Charles sur l'année 2021 / 2022 avec l'absence d'un médecin coordonnateur stable, un turn-over important des équipes d'IDE / aides-soignantes et un cadre de santé restée peu de temps au sein de l'établissement. Les entretiens avec les IDE / AS avaient révélé une forme de méconnaissance du dispositif et de la télémédecine au sens large créant des craintes, voire potentiellement un rejet. Les médecins traitants des résidents exprimaient également une forte opposition au dispositif, avec des grandes difficultés de communication avec l'IDE de Polyclinique Mobile déployée.

L'évaluation finale met en évidence **la démarche d'amélioration progressive dans laquelle est aujourd'hui inscrit l'établissement**. Stabilisé par de nouveaux recrutements et l'arrivée d'une nouvelle IDE de Polyclinique Mobile, l'établissement souhaite aujourd'hui enclencher « une vraie construction en 2023 » notamment en collaborant avec la Polyclinique Mobile.

Conscientes des difficultés rencontrées initialement, la direction et l'équipe médicale de l'EHPAD Saint Charles souhaitent aujourd'hui **développer une réelle collaboration avec la Polyclinique Mobile** au profit de leurs résidents. Avec l'arrivée d'un médecin coordonnateur, l'activité reprend doucement et des initiatives se mettent en place, notamment :

- ♦ Réunions de (re)présentation de la Polyclinique Mobile aux médecins traitants de l'établissement et autres professionnels de santé (kinésithérapeutes...),
- ♦ Revue du parcours d'admission de résident afin d'y intégrer une partie dédiée à la présentation du dispositif de Polyclinique Mobile.

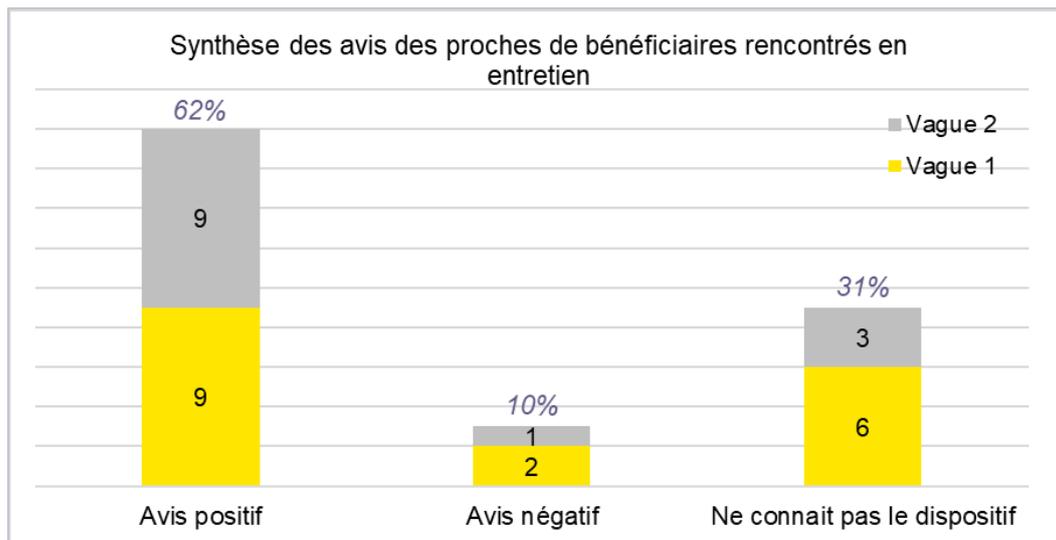
La direction d'établissement porte également une forte conviction quant au rôle central des médecins traitants et la vigilance apportée par les équipes de l'EHPAD à la collecte de l'accord du médecin traitant avant l'acte télé-médical.

4.2.7.2 Une majorité de proches de bénéficiaires satisfaits du dispositif, malgré une hétérogénéité de la connaissance du dispositif par les familles

30 proches de résidents ont été rencontrés dans le cadre d'entretiens. Dans un objectif de fiabilité de l'analyse, la sélection de ces personnes pour les entretiens visait à équilibrer les vagues 1 et 2 de déploiement, ainsi 17 proches de bénéficiaires résidant en ESMS de la vague 1 ont été rencontrés (57%).

Le tableau ci-dessous synthétise les grandes tendances observées :

Figure 46 : Graphique de synthèse des avis des proches de bénéficiaires rencontrés en entretien



Source : Suivi des entretiens de l'évaluation finale, EY

Ces entretiens ont mis en évidence une **hétérogénéité de la connaissance et compréhension du dispositif par les familles**.

A noter qu'il n'a pas été identifié d'ESMS avec une connaissance plus forte du dispositif, ni de distinction précise entre les trois départements de déploiement de l'expérimentation.

4.2.7.2.1 Une majorité de proches satisfaits ; mais la compréhension du dispositif reste hétérogène

a. *62% des proches de bénéficiaires ont exprimé un avis positif sur le dispositif*

Lors des échanges, **une majorité des proches des bénéficiaires a exprimé un avis positif sur l'expérimentation** (18 personnes, soit 62%).

L'absence de déplacement des patients en cabinet est l'argument majoritaire de satisfaction. Les familles soulignent en effet le stress généré par le déplacement des patients. Elles soulignent également la difficulté organisationnelle parfois rencontrée pour se rendre disponible afin accompagner leurs proches lors de rendez-vous médicaux et s'estiment rassurées par la présence d'une IDE de Polyclinique Mobile connue, lorsqu'elles ne peuvent pas elles-mêmes assister à la consultation.

Parmi ces proches, bien qu'ils soulignent le bénéfice global pour le résident, il est à noter que plusieurs (22% des 18 répondants ayant un avis positif) ont exprimé **une vigilance sur la qualification de l'intérêt de la télémédecine en amont de chaque consultation**. Ils estiment en effet que la présence du médecin fait partie de la démarche, particulièrement pour les personnes âgées, et que la télémédecine doit rester un modèle à utiliser dans les situations où cette modalité est plus bénéfique pour le résident que du présentiel.

b. *Le retour négatif des certaines familles ayant connaissance du dispositif, soulignant le manque de lien humain avec le spécialiste comme motif de mécontentement*

Parmi les 21 entretiens avec des personnes ayant connaissance du dispositif, 3 ont exprimé des **avis négatifs (10%)**.

L'anonymat du modèle et le manque de lien humain avec le spécialiste sont les premières sources de mécontentement après les difficultés de communication entre la Polyclinique Mobile et les ESMS.

Par ailleurs, sur la base des entretiens avec les professionnels des ESMS, nous savons que certaines familles manifestent une opposition de principe à la télémédecine mais ces cas restent anecdotiques du fait du travail de pédagogie réalisé par la Polyclinique Mobile et les équipes d'ESMS.

Toutefois, il est à noter que les familles, y compris celles ayant exprimé un avis favorable, reprochent régulièrement le manque d'information quant à la date et la nature des consultations.

c. Des proches avec une faible connaissance du dispositif, voire aucune connaissance du dispositif

Lors des entretiens, les évaluateurs ont relevé une proportion non négligeable de proches de bénéficiaires sans connaissance du dispositif : 9 proches, soit 31% de l'échantillon rencontré en entretien.

Les professionnels en ESMS soulignent l'important volume administratif d'une procédure d'admission en EHPAD et estiment que les familles peuvent potentiellement manquer des informations, notamment sur la Polyclinique Mobile.

4.2.7.2.2 Un processus d'admission des résidents qui reste opaque pour les familles

Les entretiens réalisés avec les proches de résidents ont mis en évidence une connaissance hétérogène du dispositif : certaines familles estimaient avoir bénéficié du bon niveau d'explications tandis que d'autres n'avaient absolument aucune connaissance du dispositif.

Le constat du **manque d'informations des familles sur le dispositif interroge sur la procédure d'admission des bénéficiaires** dans le dispositif. Celle-ci étant basée sur une admission par défaut sauf en cas de renoncement, le niveau d'information limité des familles peut entraîner des admissions sans réel « consentement éclairé ».

En effet, les entretiens mettent en avant un **manque de clarté pour les familles sur l'admission de leurs proches dans ce dispositif** :

- ♦ Une faible part des familles (6) évoque avoir eu un formulaire / une demande de consentement mais souligne la lourdeur administrative de l'admission en EHPAD de leur proche et la difficulté à discerner les différents dispositifs,
- ♦ Une majorité des proches ne se rappelle pas avoir eu un formulaire à ce sujet. Le dispositif a pu leur être présenté par la direction de l'établissement et/ou l'équipe de la Polyclinique Mobile.
- ♦ Certains proches avec peu voire aucune connaissance du dispositif ont exprimé le souhait de se renseigner auprès des directeurs d'établissement à l'issue de l'entretien.

4.2.8 Impact du dispositif sur la qualité de vie au travail des professionnels



En synthèse :

Le dispositif impacte différemment les acteurs du terrain quant à leur qualité de vie au travail :

- Un impact positif sur les équipes soignantes en ESMS, avec une réduction de la « charge mentale » d'organisation des consultations et une amélioration de la qualité du temps accordé aux résidents,
- L'impact plus nuancé sur les médecins traitants libéraux avec d'une part une vision optimiste soulignant la réassurance et l'appui apportés aux professionnels basés dans des zones isolées et d'autre part une vision plus pessimiste avec des professionnels qui s'inquiètent du risque de désinvestissement des médecins traitants à l'égard des patients d'EHPAD,
- Des professionnels requis qui mettent en évidence la facilitation de la réalisation des téléactes apportée par les IDE de la Polyclinique Mobile.

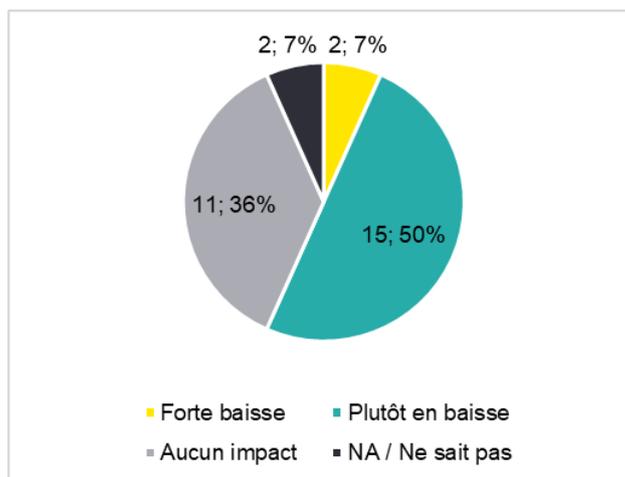
4.2.8.1 Une baisse de la « charge mentale » liée à la planification et la coordination des rendez-vous pour les équipes en ESMS

Les professionnels paramédicaux des ESMS estiment que la Polyclinique Mobile ne crée **pas de baisse significative de leur quantité de travail**. Ils soulignent cependant **la fiabilité du dispositif qui leur permet d'avoir moins de « charge mentale » quant aux consultations spécialisées** : les rendez-vous pris via la Polyclinique Mobile sont bien assurés, à l'inverse des visites classiques que certains praticiens sont parfois amenés à annuler ou repousser ce qui génère davantage de suivi pour les équipes.

En revanche, le dispositif est un outil de travail à part entière permettant une **nette amélioration de la qualité du temps accordé aux résidents**.

Dans un contexte de sous-effectif en ESMS, ces professionnels soulignent que le temps libéré par l'aspect « clef en mains » de la Polyclinique Mobile réduit le temps classiquement accordé à des tâches de gestion (prise de rendez-vous, appels téléphoniques pour récupérer les comptes-rendus, réservation des transports...) au profit de tâches de soins aux résidents.

Figure 47 : Réponses au questionnaire adressé aux professionnels en ESMS, concernant l'impact de la Polyclinique Mobile sur leur charge de travail (30 répondants)



Résultats	Vague 1		Vague 2	
	Nbre	Proportion	Nbre	Proportion
Forte baisse	0	0%	2	9%
Plutôt en baisse	3	38%	12	55%
Aucun impact	4	50%	7	32%
NA / Ne sait pas	1	13%	1	5%
Total	8	100%	22	100%

Source : enquête en ligne à destination des professionnels en ESMS

Sur les 30 professionnels en ESMS ayant répondu :

- ♦ 17 / 30 répondants estiment que le dispositif permet une baisse de leur charge de travail (57%),
- ♦ Cette baisse semble être plus largement identifiée en vague 2 (64% des 22 répondants) qu'en vague 1 (38% des 8 répondants).
- ♦ Par profil : 6 / 11 IDE constatent une baisse de leur charge de travail, de même pour 3 / 3 IDEC. Pour les directions d'établissement, 3 / 6 estiment que le dispositif n'a pas de réel impact sur la charge de travail⁶².

Cet impact positif du dispositif sur la qualité de vie au travail des professionnels paramédicaux en ESMS vient **confirmer la tendance identifiée lors de l'évaluation intermédiaire**.

4.2.8.2 Une dualité de perception quant à l'impact sur la profession de médecin traitant

Dans le contexte d'une médecine générale en difficulté, l'impact du dispositif sur la pratique des médecins traitants impliqués est un enjeu important. Les entretiens menés avec ces professionnels ont mis en évidence une **dualité de la perception de l'impact du dispositif sur leur profession**.

Certains praticiens envisagent l'impact de la Polyclinique Mobile de façon **positive** en soulignant **la réassurance et l'appui apportés aux professionnels basés dans des zones isolées**. Ceux-ci estiment que le dispositif est particulièrement intéressant pour les médecins traitants en reprise de patientèle d'un autre médecin, le dispositif leur permettant alors de connaître davantage le patient

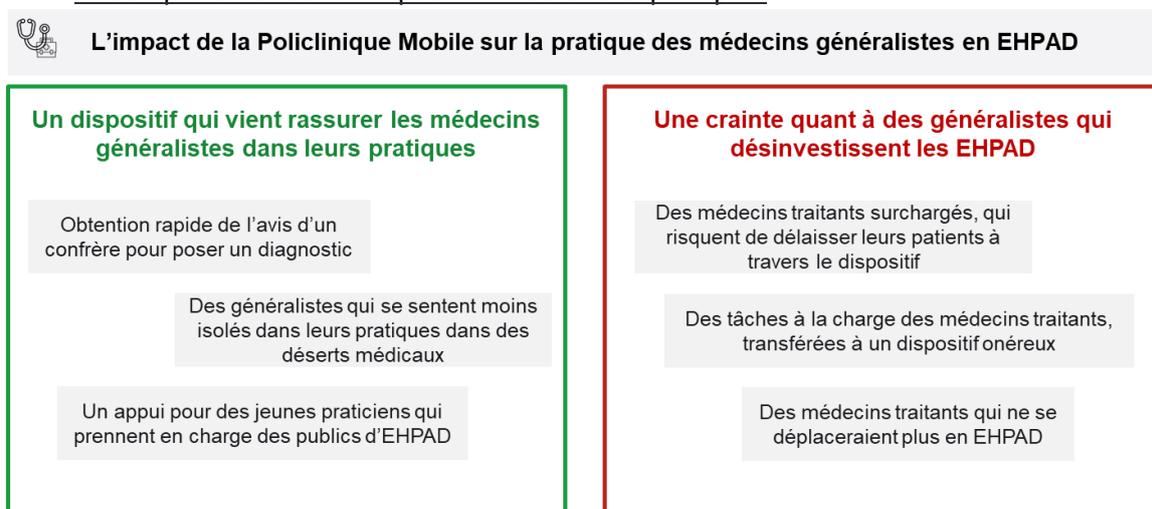
⁶² Pour les directions d'ESMS, sur les 3 réponses restantes : 2 indiquent « plutôt en baisse » et 1 indique « ne sait pas ».

A l'inverse, d'autres s'inquiètent du **risque de désinvestissement des médecins traitants à l'égard des patients d'EHPAD**. Ils soulignent notamment le nombre toujours plus restreint des médecins traitants qui se rendent en ESMS pour assurer les consultations de leurs patients et craignent qu'avec la Policlinique Mobile, cette tendance vienne à s'accroître. Selon eux, l'intégralité des tâches qui revient normalement au médecin traitant (tel que le retrait des bouchons de cérumen) risquerait alors d'être assurée par le dispositif et les médecins traitants n'assureraient plus la prise en charge de leurs patients.

Un médecin traitant souligne également l'impact économique du glissement des tâches classiquement réalisées par un médecin traitant, vers la Policlinique Mobile qui mobilise des ressources supplémentaires.

Le schéma ci-dessous vient synthétiser ces éléments :

Figure 48 : Schéma de synthèse des avis des médecins traitants rencontrés en entretiens⁶³ sur l'impact de la Policlinique Mobile sur leurs pratiques

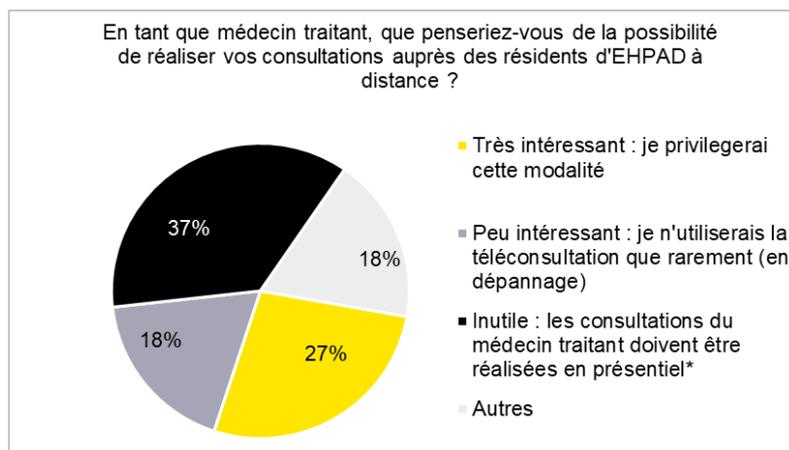


Source : Visuel EY – informations issues des entretiens avec les médecins traitants

Compte tenu des craintes évoquées, il paraît pertinent de s'interroger sur le souhait des médecins traitants d'appliquer la modalité télé-médicale à leurs consultations :

Figure 49 : Réponses au questionnaire adressé aux médecins traitants concernant la possibilité de réaliser leurs consultations à distance

⁶³ 10 médecins traitants ont été rencontrés en entretien.



Modalités de réponses – Médecins traitants	Vague 1	Vague 2	Total
Très intéressant : je privilégierai cette modalité	3		3 – 27%
Peu intéressant : je n'utiliserais la téléconsultation que rarement (en dépannage)	2		2 – 18%
Inutile : les consultations du médecin traitant doivent être réalisées en présentiel	3	1	4 – 37%
Autre : « Techniquement c'est très compliqué de coordonner le médecin, l'infirmière, le patient et la fiabilité de la technologie »	1		1 – 9%
Autre : « complémentaire des visites en présentiel »	1		1 – 9%
Total	10	1	11

Source : enquête en ligne à destination des médecins traitants

Il est à noter que **seuls 27% des 10 médecins traitants répondants souhaiteraient privilégier la modalité télé médicale pour leurs consultations. 37% des 10 médecins traitants répondants, estiment que les consultations de médecins traitants doivent être réalisées en présentiel.**

4.2.8.3 Un impact positif pour la pratique des professionnels requis

Rencontrés en entretien, les professionnels requis mettent en évidence plusieurs éléments portant sur leur qualité de vie au travail :

- ♦ **La préparation des téléconsultations en amont par l'IDE de la Polyclinique Mobile facilite le déroulement de la consultation** car ils disposent de l'ensemble des éléments nécessaires à la pose du diagnostic,
- ♦ Le fait que les patients restent au sein de l'ESMS facilite également le déroulé de la consultation pour le praticien par opposition à une consultation présentielle où les situations de patients déments et désorientés complexifient l'accueil en cabinet,
- ♦ **La modalité de téléexpertise permet un travail asynchrone et une plus grande flexibilité d'organisation pour les professionnels de santé.**

Aussi, le porteur indique que certains professionnels requis ont fait le choix d'ouvrir des créneaux à la Polyclinique Mobile en supplément de leur emploi du temps, augmentant par conséquent leur charge de travail mais permettant la prise en charge de ce public d'EHPAD sans réduire le temps soignant disponible pour le reste de la population.

4.3 Analyse de l'Effizienz du projet

La question au centre de l'analyse de l'effizienz est :

Quels sont les impacts économiques observés sur le recours aux soins des patients et sur les coûts de prise en charge ?

L'objectif de cette partie est de mesurer les impacts économiques du projet sur le recours aux soins. Il s'agira plus précisément d'identifier les impacts du projet sur le coût de la prise en charge des patients.

L'Effizienz en synthèse :

- ▶ 68% des patients inclus dans l'expérimentation ont bénéficié d'au moins un acte de télémedecine. Malgré une hétérogénéité entre les ESMS, ce chiffre atteint 77% sur la patientèle de la vague 1,
- ▶ Une estimation globale, basée sur l'activité en 2022 (janvier à octobre), évalue le coût à l'acte entre 336 € et 448 €. En distinguant les vagues de déploiement, on observe un coût en routine compris entre 180 € et 749 €.
- ▶ Attractif pour les requis, le modèle de vacations requiert néanmoins une grande capacité d'anticipation des niveaux de sollicitation. La Policlinique Mobile a vu son taux d'utilisation des créneaux progresser sur la durée de l'expérimentation, malgré une grande variabilité entre spécialités, pour atteindre 82% d'utilisation en T4 2022.

4.3.1 32% des patients pour lesquels un forfait de prise en charge a été déclenché n'ont bénéficié d'aucun acte de télémedecine



En synthèse :

Entre octobre 2020 et octobre 2022, 68% des patients inclus dans l'expérimentation ont bénéficié d'au moins un acte de télémedecine. Ce chiffre atteint 77% sur la patientèle de la vague 1 avec une hétérogénéité notable entre ESMS, certains affichant des taux par type d'actes supérieurs à 80%.

Un focus sur les résidents de la vague 1 permet d'établir que 36% des résidents inclus n'ont bénéficié d'aucune téléconsultation et 41% n'ont bénéficié d'aucune téléexpertise.

L'analyse par patient met en exergue une répartition en tiers : un tiers n'ayant bénéficié d'aucun acte, un tiers ayant bénéficié d'1 à 2 actes et le tiers restant compris entre 3 à 22 actes (dont la moitié située entre 3 et 4).

Indications pour la lecture des indicateurs de cette partie 4.3.1.

Les calculs de proportion de « patients uniques ayant bénéficié d'un acte donné » sont basés sur un périmètre de 1 530 patients.

Ce chiffre a été calculé tel que : 1 567 forfaits d'admission ont été déclenchés parmi lesquels 25 patients ont refusé de figurer dans l'évaluation. Parmi les 1 542 patients restants, les 12 forfaits

déclenchés à l'EHPAD Le Bois des Oiseleurs ont été soustraits, dans la mesure où cet établissement a quitté l'expérimentation sans réel déploiement.

Sur la période octobre 2020 – octobre 2022, **68% des patients inclus** dans l'expérimentation ont **bénéficié d'au moins un acte de télémedecine**.

Les niveaux de consommation étant très hétérogènes, cet indicateur a pu être détaillé par catégorie d'actes, tel que précisé dans le tableau ci-dessous :

Figure 50 : Tableau des nombres de patients ayant bénéficié des différents types d'actes, avec détail par vague

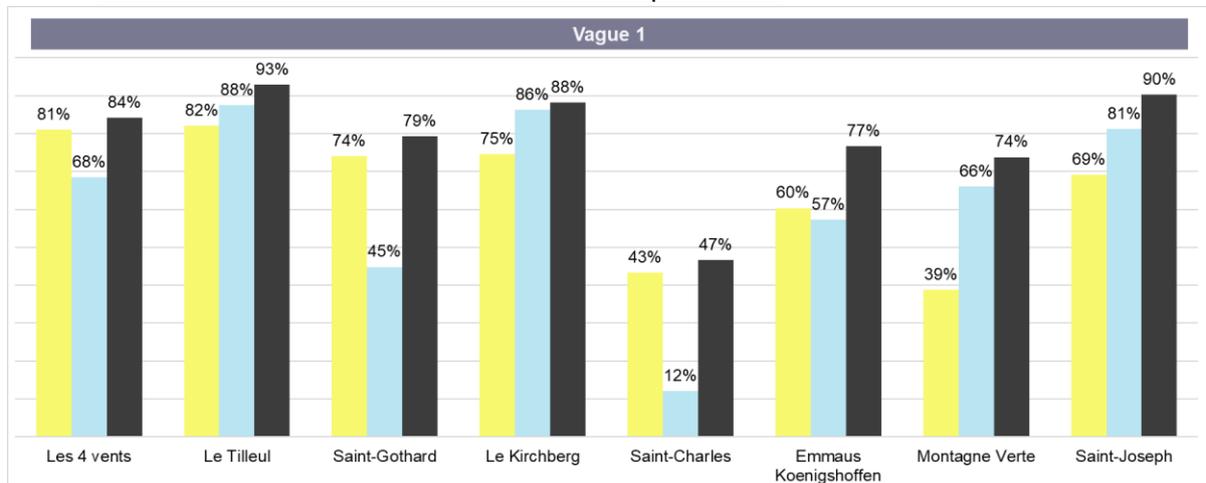
Proportion de patients uniques ayant bénéficié d'au moins...	Total (1 530 patients)	Vague 1 (1 067 patients)	Vague 2 (463 patients)
Une téléconsultation	51%	64%	23%
Une téléexpertise	53%	59%	39%
Une téléexpertise <u>ou</u> une téléconsultation	68%	77%	48%
Une téléexpertise <u>et</u> une téléconsultation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

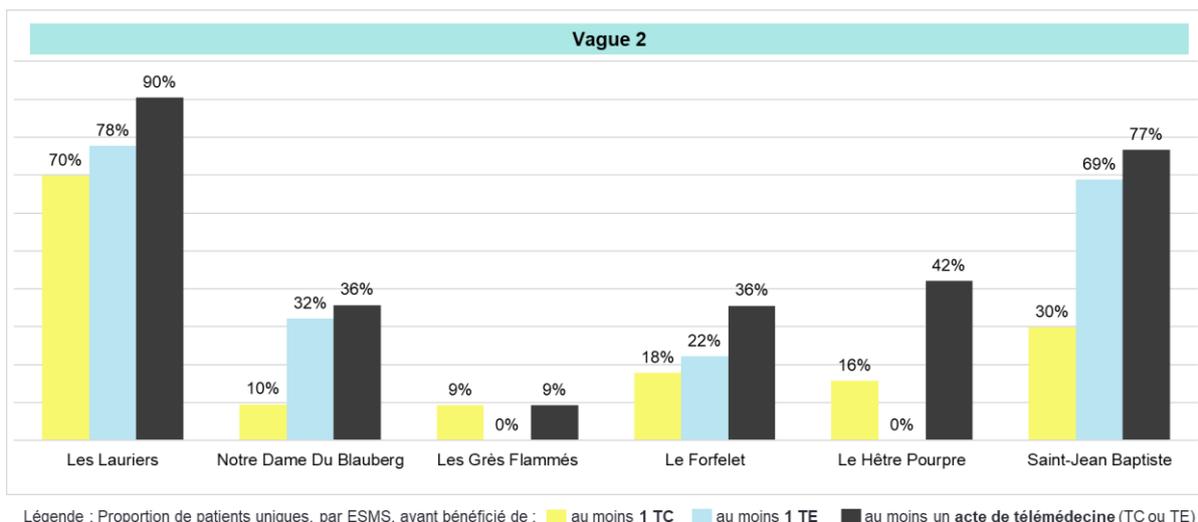
Source : données du SI Porteur arrêtées au 31/10/2022

Il est à noter pour la **vague 1** : **77% des résidents admis ont bénéficié d'au moins un acte de télémedecine** et 45% d'au moins un acte de chaque catégorie.

Comme évoqué tout au long de l'évaluation finale, les ESMS de la vague 2 ont fait l'objet d'un déploiement plus tardif du dispositif, d'où des taux affichés plus restreints. Aussi les chiffres précédents sont à mettre en perspective par ESMS :

Figure 51 : Proportion de patients uniques ayant bénéficié d'au moins un acte de télémedecine entre octobre 2020 et octobre 2022, détaillé par ESMS



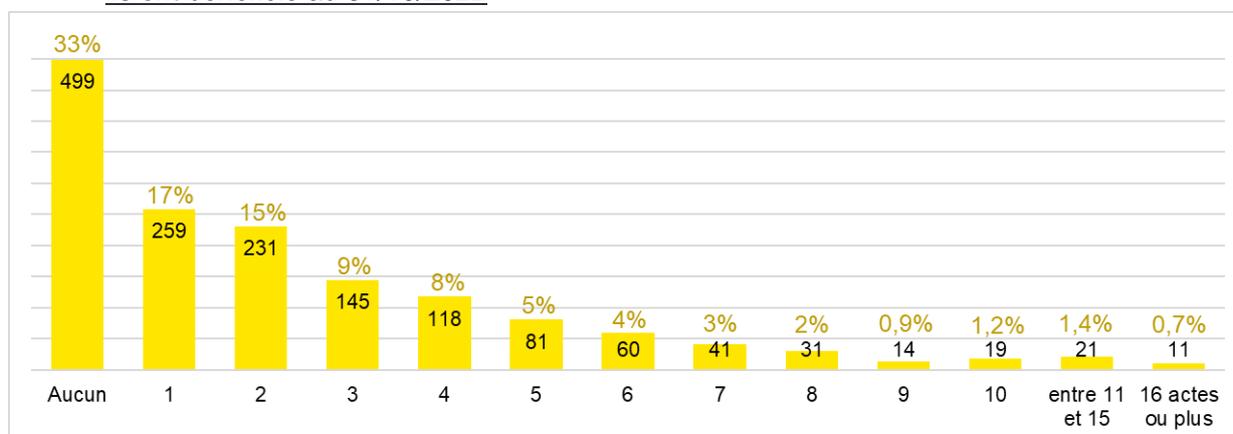


Source : données du SI Porteur arrêtées au 31/10/2022

Il est à noter que les **proportions sont très hétérogènes entre les ESMS**. Dans certains ESMS de vague 1, ce sont plus de 80% des patients qui ont bénéficié d'au moins une téléconsultation ou une téléexpertise.

L'EHPAD Saint Charles (vague 1) présente des taux nettement inférieurs aux autres ESMS de la vague 1, du fait des difficultés rencontrées lors du déploiement de la Polyclinique Mobile dans cet ESMS (réticence forte des médecins traitants, absence de médecin coordinateur...).

Figure 52 : Répartition des patients uniques suivant le nombre d'actes de télémedecine dont ils ont bénéficié au 31/10/2022



Source : données du SI Porteur arrêtées au 31/10/2022 (calcul EY)

Cette répartition met en exergue trois tiers caractéristiques :

- ♦ **Un premier tiers (33%)** des patients ont bénéficié d'**aucun acte de télémedecine**,
- ♦ **Un second tiers (32%)** des patients ont bénéficié d'**1 à 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.

Dans les ESMS de la vague 1, au 31/10/2022, **41% des patients avaient bénéficié d'au moins une téléconsultation de cardiologie et 35% d'au moins une téléconsultation de gériatrie**.

L'analyse plus fine par type d'acte de télémedecine et par spécialité met en évidence les résultats suivants :

Figure 53 : 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)
Cardiologie			
Une téléconsultation	32%	41%	12%
Une téléexpertise	3%	1%	7%
Un acte de télé médecine (TC ou TE)	34%	41%	19%
Gériatrie			
Une téléconsultation	26%	35%	4%
Une téléexpertise (dépistage de la sarcopénie)	7%	10%	1%
Un acte de télé médecine (TC ou TE)	28%	39%	4%
Psychiatrie / Neuropsychiatrie			
Une téléconsultation	10%	13%	2%

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

Aussi, une hétérogénéité de recours au dispositif est notable y compris parmi les spécialités les plus utilisées. L'analyse des données du SNDS (lot 2) pourra venir étayer ce volet.

4.3.2 Un coût à l'acte estimé entre 180 € et 749 € lorsque que la Polyclinique Mobile est en routine



En synthèse :

Dans l'optique d'estimer un coût à l'acte du dispositif, 4 méthodes ont été utilisées dans le cadre de cette évaluation, variant suivant le type d'activité pris en considération.

Une 1^{ère} 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, on observe :

- Dans les établissements en routine (vague 1), le coût à l'acte serait compris entre 180 € et 749 €, 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 €.

4.3.2.1 Présentation des méthodes de calculs

A l'image de l'hétérogénéité des niveaux de consommation et des pratiques dans les ESMS, **4 méthodes de calcul d'estimation du coût à l'acte ont été définies.**

Le tableau ci-dessous présente une synthèse des méthodes et leurs limites. Une présentation détaillée des hypothèses à la base des différents coefficients multiplicateurs figure en Annexe X.

Méthode ⁶⁴	Limites
<p>1 - Focus sur les actes relevant de la télémédecine</p> <p>Cette méthode de calcul inclut uniquement les forfaits mensuels et les actes de télémédecine, pour rester « au plus proche de la philosophie du projet ».</p> <p>Méthode de calcul :</p> $\sum_{\text{janv. - oct. 2022}} \frac{\text{FMENS}}{\text{TC} + \text{TE}}$	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cette méthode exclut l'activité de la Polyclinique Mobile relative aux bilans infirmiers et aux PPS. L'activité de PPS étant en lien avec la phase d'inclusion des résidents dans le dispositif, les forfaits d'admission (FAD) ne sont pas comptabilisés. ▶ Les autres actes infirmiers (extractions de bouchons de cérumen...) sont également exclus.
<p>2 – Inclusion des actes hors télémédecine</p> <p>Cette méthode de calcul valorise l'intervention des IDE de la Polyclinique Mobile dans des actes hors télémédecine, principalement des retraits de bouchons de cérumen.</p> <p>Méthode de calcul⁶⁵ :</p> $\sum_{\text{janv. - oct. 2022}} \frac{\text{FMENS}}{(\text{TC} + \text{TE}) + \text{HTM} * b}$	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La limite de cette estimation provient essentiellement du fait que les synthèses / PPS ne sont pas valorisés, bien qu'ils fassent partie intégrante du parcours du patient dans la Polyclinique Mobile. ▶ Le coefficient multiplicateur b est calculé uniquement sur une définition mathématique, basée sur les coûts et tarifs en vigueur au niveau de l'Assurance Maladie.
<p>3 – Valorisation de l'activité de synthèse / PPS</p> <p>Cette méthode couvre l'ensemble des actes de la télémédecine, les actes hors télémédecine qui en découlent et valorise toute l'activité de PPS visant à l'identification des besoins des résidents.</p> <p>Méthode de calcul⁶⁶ :</p> $\sum_{\text{janv. - oct. 2022}} \frac{\text{FAD} + \text{FMENS}}{(\text{TC} + \text{TE}) + \text{HTM} * b + \text{PPS} * a}$	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les coefficients multiplicateurs « a » et « b » sont calculés uniquement sur des définitions mathématiques, basées sur les coûts et tarifs en vigueur au niveau de l'Assurance Maladie.
<p>3bis – Valorisation de l'activité de synthèse / PPS, et ajustements sur les téléexpertises</p> <p>Au regard de la part de téléexpertises en 2022 (52% des actes), les évaluateurs proposent une alternative à l'hypothèse 3 qui pondère le nombre de TE par un coefficient multiplicateur « y »⁶⁷.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les coefficients multiplicateurs « a », « b » et « y » sont calculés uniquement sur des définitions mathématiques, basées sur les coûts et tarifs en vigueur au niveau de l'Assurance Maladie.

⁶⁴ Acronymes figurant dans le tableau : FMENS – Forfaits mensuels, FAD – Forfaits d'admission, TC – Téléconsultations, TE – Téléexpertises, HTM – actes hors télémédecine

⁶⁵ Dans les méthodes 2, 3 et 3bis intervient un coefficient multiplicateur « b ». Ce coefficient est basé sur le ratio entre le coût d'un acte infirmier de soins (2 AMI soit 6,30 €) et le coût d'une consultation avec un spécialiste « classique » (30 € d'après les tarifs conventionnels de l'Assurance Maladie).

⁶⁶ Dans les méthodes 3 et 3 bis intervient un coefficient multiplicateur « a ». Ce coefficient est basé sur un ratio entre le coût de l'élaboration d'une démarche de soins infirmiers (synthèse, entretien, objectifs de soins...) et le montant d'une consultation avec un spécialiste classique.

⁶⁷ Le coefficient « y » est basé sur un ratio entre le montant facturé par des requis pour les téléexpertises dans le cadre classique (l'avenant 6 à la convention médicale 2016) et le montant d'une consultation avec un spécialiste classique.

Méthode de calcul :

$$\sum_{\text{janv. - oct. 2022}} \frac{\text{FAD} + \text{FMENS}}{\text{TC} + \text{TE} \cdot y + \text{HTM} \cdot b + \text{PPS} \cdot a}$$

Sur la base de l'activité de 2022 (janvier à octobre) et en incluant l'ensemble des ESMS sans distinction, le coût à l'acte estimé suivant ces différentes méthodes est compris entre 336 € et 448 €.

Figure 54 : Estimations du coût à l'acte de télémedecine du dispositif, sur la base de l'activité entre janvier et octobre 2022 dans l'ensemble des ESMS



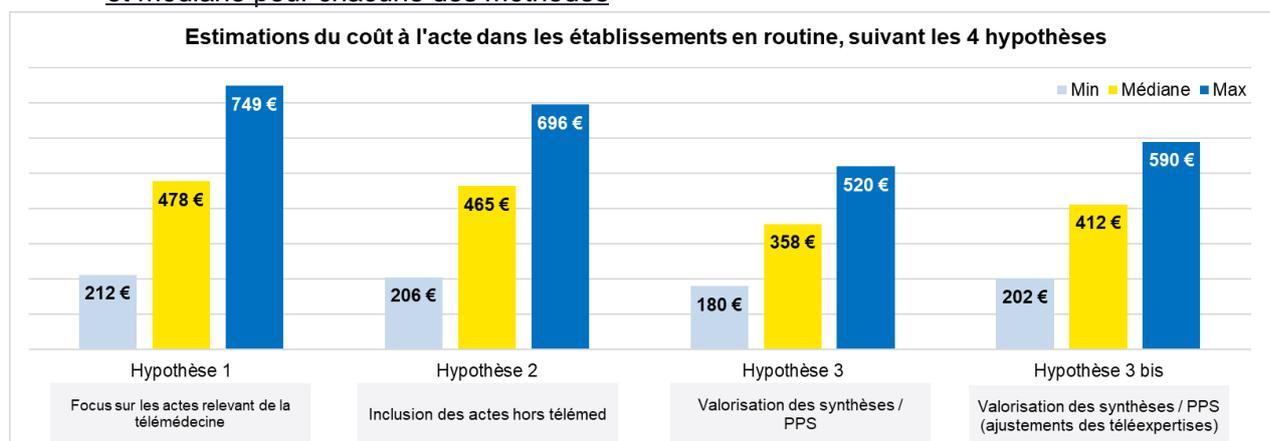
Source : données du SI porteur, entre janvier et octobre 2022

4.3.2.2 Un coût à l'acte en routine compris entre 180 € et 749 €

A l'image de l'analyse de l'activité, on distingue dans l'analyse du coût à l'acte les ESMS en routine des ESMS en montée en charge.

Les établissements de la vague 1 étaient en phase de routine sur l'année 2022, à l'exception de l'EHPAD Saint Charles. Le graphique ci-dessous représente les intervalles de coût à l'acte pour les établissements de cette vague⁶⁸, sur la base des chiffres de janvier à octobre 2022.

Figure 55 : Estimation des coûts à l'acte dans des ESMS en routine, avec minimum, maximum et médiane pour chacune des méthodes



Source : données du SI porteur, entre janvier et octobre 2022

⁶⁸ L'EHPAD Saint Charles est volontairement exclu de ces estimations.

Suivant la méthode d'estimation employée, **le coût à l'acte pour des établissements en routine serait compris entre 180 € et 749 €**. L'écart est lié aux niveaux de consommation très variables entre ESMS bien que tous en routine.

Les médianes des différentes méthodes affichent un intervalle plus restreint, entre 358 € et 478 € par acte, et les moyennes sont comprises entre 343 € et 459 €.

Figure 56 : Tableau du coût à l'acte par ESMS de la vague 1, et rappel des niveaux de consommation d'actes de télémedecine par résident sur l'année 2022

ESMS	Méthode 1	Méthode 2	Méthode 3	Méthode 3bis	Actes de télémedecine par résident (2022)
Les 4 vents	212 €	206 €	180 €	202 €	7,19
Le Kirchberg	318 €	312 €	242 €	269 €	4,76
Saint-Joseph	349 €	325 €	281 €	332 €	4,39
Saint-Gothard	478 €	465 €	371 €	422 €	3,13
Emmaüs Koenigshoffen	492 €	475 €	358 €	412 €	3,07
Montagne Verte	613 €	582 €	446 €	519 €	2,49
Le Tilleul	749 €	696 €	520 €	590 €	2,07
Moyenne (hors St Charles)	459 €	437 €	343 €	392 €	-
Saint-Charles	1 796 €	1 424 €	1 021 €	1 101 €	0,86

Source : données du SI porteur, entre janvier et octobre 2022

4.3.2.3 Une grande variabilité du coût à l'acte lors de la montée en charge, dont la moyenne est comprise entre 373 € et 1 202 €

Dans le but d'estimer un coût à l'acte dans le cadre de la montée en charge du dispositif, les mêmes hypothèses ont été appliquées aux ESMS de la vague 2.

On rappelle ici que cette même analyse ne peut être réalisée sur les mois de montée en charge des ESMS de la vague 1 car le SI du porteur ne comptabilisait pas encore les actes hors télémedecine. Les méthode 2, 3 et 3 bis ne pouvant ainsi pas être appliquées pour la période de montée en charge de la vague 1.

Figure 57 : Tableau des coûts à l'acte suivant les 4 méthodes dans les ESMS de la vague 2, et date de déclenchement du 1^{er} forfait d'admission

ESMS	Méthode 1	Méthode 2	Méthode 3	Méthode 3bis	Date du 1er FAD
EHPAD Les Lauriers	351 €	336 €	234 €	259 €	Mars-22
EHPAD Notre Dame du Blauberg	669 €	628 €	388 €	454 €	Juin-22
Le Hêtre Pourpre	184 €	180 €	147 €	171 €	Août-22
EHPAD Saint-Jean Baptiste	477 €	458 €	344 €	407 €	Avril-22
Total Moselle	395 €	378 €	271 €	312 €	-
EHPAD Les Grès Flammés	4 209 €	4 101 €	735 €	735 €	Juin-22
EHPAD Le Forfelet	831 €	761 €	443 €	476 €	Juin-22
Hôpital de L'Avison	166 €	155 €	144 €	185 €	Août-22
MRI de Bruyères	2 730 €	2 730 €	547 €	547 €	Août-22

Total Vosges	889 €	831 €	437 €	483 €	-
Total Vague 2	476 €	454 €	308 €	351 €	-
Moyennes	1 202 €	1 169 €	373 €	404 €	-

Source : données du SI porteur, entre janvier et octobre 2022

De nouveau, la **variabilité des estimations est remarquable avec un minimum de 144 € et un maximum de 4 209 €**. On retiendra également que **les moyennes par méthode varient entre 373 € et 1 202 €**.

On rappelle ici les chiffres du paragraphe 4.2.3.2 avec une consommation très faible à l'EHPAD Les Grès Flammés comprise entre 0,01 et 0,05 par mois sur la période juin à octobre 2022.

4.3.3 Un modèle de vacances favorisant l'attractivité pour les requis mais qui interroge au regard des taux d'utilisation



En synthèse :

Le modèle de réservation de vacation de la Polyclinique Mobile se base sur la définition d'un taux horaire et d'un volume horaire de vacation fixe lors de la contractualisation du requis. En pratique, certains volumes de vacances ont été réévalués au cours de l'expérimentation pour correspondre davantage au besoin.

Attractif pour les requis, un tel modèle permet une stabilité financière et des délais d'obtention de rendez-vous raccourcis, mais requiert en parallèle une grande capacité d'anticipation des niveaux de sollicitation afin de limiter les frais et le temps médical non - utilisé.

Concrètement, le taux d'utilisation des créneaux a progressé sur la durée de l'expérimentation. Malgré une baisse notable en 2021, l'année 2022 a été synonyme d'une nette amélioration pour atteindre 82% d'utilisation en T4 2022.

L'analyse par spécialité met en évidence une grande variabilité, certaines comme la gastro-entérologie et l'ophtalmologie restant encore à des niveaux relativement restreints pour des motifs pédagogiques et/ou techniques.

Lors de la contractualisation du partenariat entre un médecin requis et la Polyclinique Mobile, **un taux horaire et un volume horaire de vacation sont définis. Le médecin requis est alors rémunéré par la Polyclinique Mobile à hauteur du volume horaire réservé sur le trimestre ; et non en fonction du volume horaire effectivement réalisé.**

Figure 58 : Taux horaires de spécialistes requis vacataires de la Polyclinique Mobile

Spécialité	Taux horaire au 08/12/2022
Cardiologie et Maladies vasculaires 1	180,00 €
Cardiologie et Maladies vasculaires 2	150,00 €
Cardiologie et Maladies vasculaires 3	150,00 €
Dermatologie et Vénérologie 1	150,00 €
Dermatologie et Vénérologie 2	150,00 €
Diététique	60,00 €
Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition	150,00 €

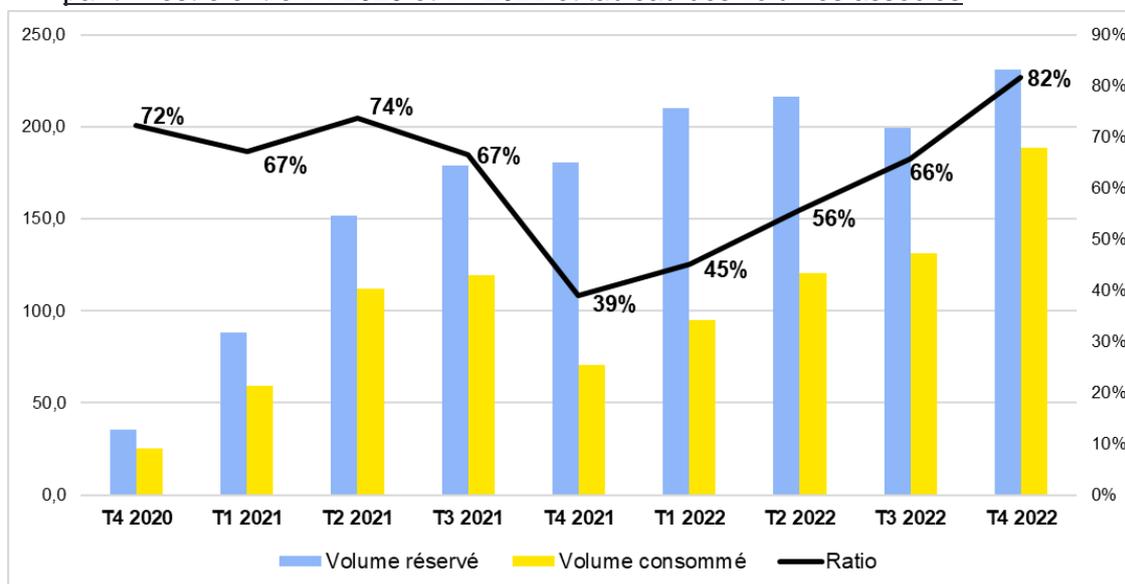
Gastro-entérologie et Hépatologie	180,00 €
Gériatrie	250,00 €
Gériatrie (Sarcopénie)	150,00 €
Ophtalmologie	180,00 €
Oto-rhino-laryngologie	150,00 €
Pneumologie	200,00 €
Psychiatrie 1	150,00 €
Psychiatrie 2	150,00 €
Psychiatrie 3	150,00 €
Psychiatrie 4	180,00 €
Rhumatologie	150,00 €
Neurologie	200,00 €

Source : données du porteur au 08/12/2022

De même que les montants des vacances, le volume horaire et les créneaux associés dédiés par chaque professionnel de santé requis à la Polyclinique Mobile sont définis lors de l'intégration du spécialiste au dispositif. Ces volumes sont donc définis par l'équipe porteuse et peuvent être réévalués suivant le besoin. Ils l'ont été notamment pour la gastro-entérologie et l'ORL. Toutefois, la réservation de créneaux n'implique pas nécessairement leur utilisation pour des actes de télémedecine ; d'où des taux d'utilisation volatiles suivant les besoins.

4.3.3.1 Une progression des taux d'utilisation des vacances sur 2022, après un ralentissement notable en fin 2021

Figure 59 : Graphique des volumes réservés, consommés et le ratio d'utilisation des vacances par trimestre entre T4 2020 et T4 2022 et tableau des volumes associés



	T4 2020	T1 2021	T2 2021	T3 2021	T4 2021	T1 2022	T2 2022	T3 2022	T4 2022	Total
Volume réservé	35,3	88,5	151,8	178,8	180,8	210,3	216,7	199,4	230,9	1 492,5
Volume consommé	25,5	59,5	111,9	119,2	70,7	95,2	120,8	131,3	188,6	922,6
Ratio	72%	67%	74%	67%	39%	45%	56%	66%	82%	-

Source : Données de vacances du secrétariat de la Polyclinique Mobile, sur la période oct. 2020 – déc. 2022

Ce graphique fait apparaître une **augmentation progressive des taux d'utilisation des vacances en 2022, pour atteindre 82% au dernier trimestre.**

- ▶ Aussi, le volume de créneaux de vacances réservé a été augmenté chaque trimestre (à l'exception du T3 2022). Sur l'année 2022, le volume réservé était compris entre 53h et 80h par mois.
- ▶ En termes de consommation, on distingue une 1^{ère} phase d'augmentation de la consommation qui concorde avec la montée en charge de la vague 1 entre T4 2020 et T3 2021. Le volume horaire consommé est alors supérieur à 100 h / trimestre. **Une baisse notable de la consommation a lieu au dernier trimestre 2021** (division par 2 du volume consommé par rapport au trimestre précédent). A partir de T1 2022, la consommation réaugmente progressivement pour **atteindre à nouveau le niveau du T3 2021 en T2 2022.**
- ▶ Sur l'année 2022, la consommation a augmenté chaque trimestre pour atteindre 231h en T4 2022.

A la lecture de ces tendances, il convient de rappeler que la Polyclinique Mobile n'a pas élargi son réseau de requis aux territoires Moselle / Vosges lors de l'arrivée de la vague 2.

Aussi la file active de patients admis a très fortement augmenté à partir d'avril 2022, passant de 730 en moyenne⁶⁹ à 1 161 en octobre 2022.

Le porteur a indiqué lors du Focus Group que la baisse de taux d'utilisation des vacances en fin 2021 était due à la mise en place du nouveau parcours patient et le déploiement des nouveaux établissements mosellans et vosgiens.

4.3.3.2 Une disparité des niveaux d'utilisation des vacances entre spécialité

Indication pour la lecture de cette partie :

Les vacances de gériatrie mentionnées ici **ne porte pas sur l'activité du gériatre référent, dans la mesure où celui-ci a une activité salariée.** Sont couvertes par ces chiffres l'activité d'un ancien gériatre vacataire qui assurait des téléconsultations et de l'actuel praticien en charge du dépistage de la sarcopénie⁷⁰.

Sur la totalité de la période octobre 2020 – décembre 2022, **1 492 heures de vacances ont été réservées dans le cadre de la Polyclinique Mobile**, pour un total utilisé de 922 heures.

Figure 60 : Tableau des volumes horaires réservés et utilisés par spécialité, entre oct. 2020 et déc. 2022

Spécialité	2020		2021		2022		TOTAL		
	Réservé	Utilisé	Réservé	Utilisé	Réservé	Utilisé	Réservé	Utilisé	%utilisé
Cardiologie et Maladies vasculaires	21,0	16,0	119,7	97,3	202,0	168,0	342,7	281,3	82%

⁶⁹ Période juillet 2021 – mars 2022.

⁷⁰ Se référer à la [partie 4.2.5.4.1.](#)

Gériatrie (dont Sarcopénie)	-	-	132,5	86,5	120,5	42,0	253,0	128,5	51%
Psychiatrie / Neurologie	9,50	6,00	77,5	53,0	121,5	78,5	208,5	137,5	66%
Diététique	-	-	65,3	37,5	128,3	71,3	193,5	108,8	56%
Dermatologie et Vénérologie	-	-	79,0	32,5	70,0	35,9	149,0	68,4	46%
ORL	1,50	1,50	29,8	29,8	107,3	100,8	138,6	132,0	95%
Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition	-	-	40,0	11,7	41,0	15,7	81,0	27,3	34%
Gastro-entérologie et Hépatologie	-	-	35,0	3,0	31,0	7,5	66,0	10,5	16%
Pneumologie	3,25	2,00	11,8	8,3	11,3	10,3	26,3	20,5	78%
Ophthalmologie	-	-	9,5	1,8	12,0	1,0	21,5	2,8	13%
Rhumatologie	-	-	-	-	12,5	5,0	12,5	5,0	40%
Total	35,3	25,5	599,9	361,3	857,3	535,8	1492,5	922,6	62%

Source : Données de vacations du secrétariat de la Polyclinique Mobile, sur la période oct. 2020 – déc. 2022

En cohérence avec les niveaux de sollicitation plus importants sur les spécialités de cardiologie, psychiatrie et ORL; elles affichent les volumes de réservation les plus importants.

Comme mentionné en partie 4.2.4.2, l'analyse plus fine des taux d'utilisation par spécialité permet de distinguer 5 catégories :

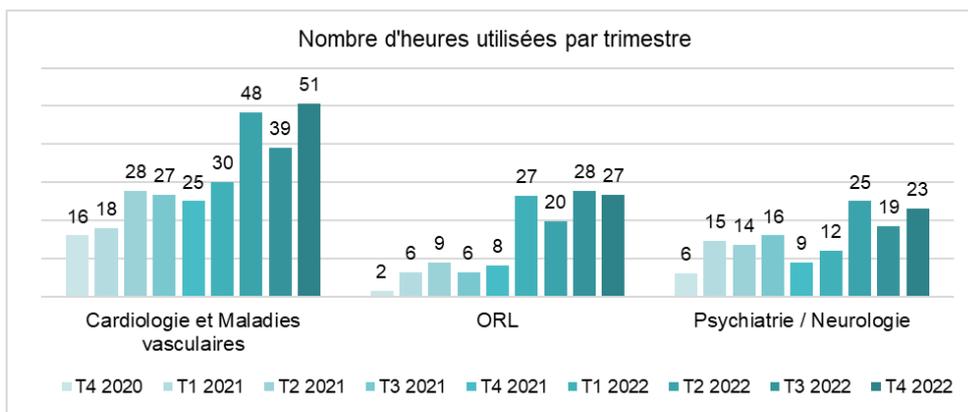
- **Les spécialités affichant des taux d'utilisation des vacations élevés (> 65%) et un nombre élevé d'actes de télémedecine : cardiologie, ORL et psychiatrie .**

Pour ces 3 spécialités, il semblerait que la **proposition de la Polyclinique Mobile réponde à un besoin, ce qui amène des niveaux de sollicitation élevés** (tendance à la hausse des heures utilisées) et l'augmentation progressive des volumes de vacations réservés. Le recours à ces spécialités en télémedecine semble s'être progressivement installé dans les pratiques des équipes soignantes en ESMS qui avaient indiqué avoir pour habitude de les solliciter en cas de nécessité.

Sur l'année 2022, elles représentaient chacune plus de 20h de vacations réservées par trimestre.

Figure 61 : Tableau des taux de vacations et graphique du nombre d'heures utilisées par trimestre, pour 4 spécialités

Spécialité	T4 2020	T1 2021	T2 2021	T3 2021	T4 2021	T1 2022	T2 2022	T3 2022	T4 2022
Cardiologie, Maladies vasculaires	76%	77%	87%	90%	71%	75%	89%	79%	87%
ORL	100%	100%	100%	100%	100%	80%	100%	100%	100%
Psychiatrie / Neurologie	63%	73%	79%	80%	44%	45%	71%	70%	69%



Source : Données de vacations du secrétariat de la Policlinique Mobile, oct. 2020 – déc. 2022

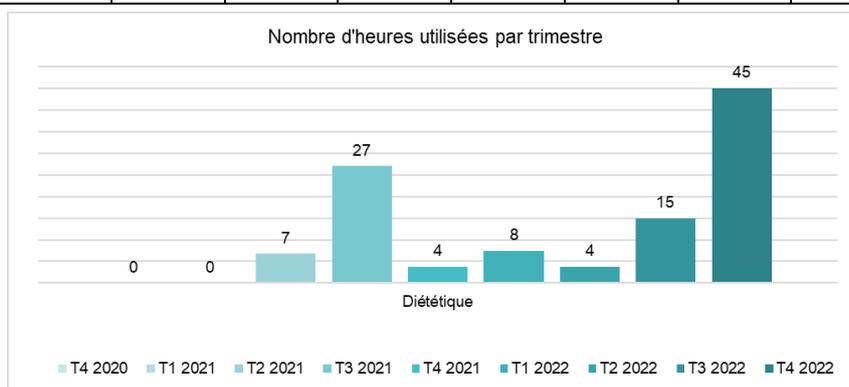
On notera que la baisse des taux d'utilisation évoquée dans le paragraphe précédent en T4 2021 / T1 2022 est visible sur ces trois spécialités.

Il est rappelé ici le cas particulier de la spécialité ORL, pour laquelle le spécialiste explique que l'adaptabilité à la télémédecine reste partielle mais le volet dépistage des bouchons de cérumen en téléexpertise est fortement sollicité⁷¹. Ainsi l'expertise ORL via télémédecine reste limitée aux oreilles, plus particulièrement à ce dépistage.

- **La diététique affiche une forte progression des volumes réservés sur les derniers trimestres de 2022. Pour accompagner cette sollicitation, la Policlinique Mobile a augmenté les volumes réservés pour atteindre des volumes de 20/30h par trimestre sur 2022⁷².**

Le dimensionnement des vacations de cette spécialité par la Policlinique Mobile semble cohérent avec le niveau de sollicitation.

Spécialité	T4 2020	T1 2021	T2 2021	T3 2021	T4 2021	T1 2022	T2 2022	T3 2022	T4 2022
Diététique	-	-	75%	80%	17%	26%	14%	61%	95%



Source : Données de vacations du secrétariat de la Policlinique Mobile, oct. 2020 – déc. 2022

La téléconsultation diététique peut notamment être sollicitée à l'issue d'un dépistage de sarcopénie.

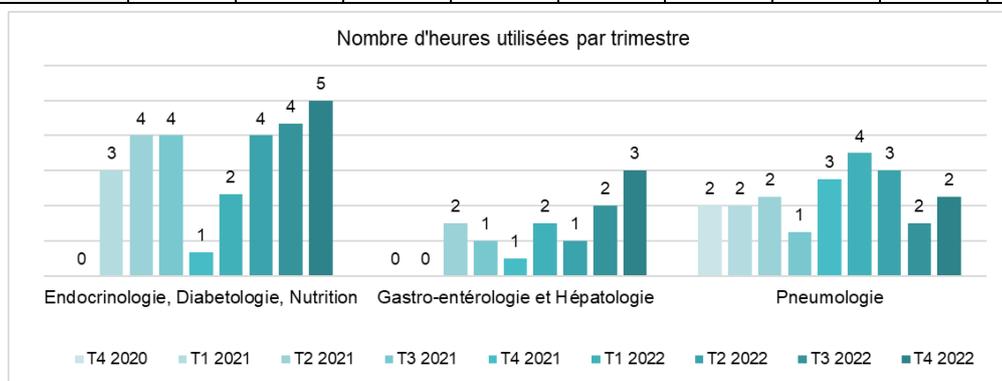
⁷¹ La spécialité ORL et les actions préventives associées sont détaillées en [partie 4.2.5.2](#).

⁷² 47 heures de vacations réservées en T4 2022.

- **La pneumologie, la gastro-entérologie et l'endocrinologie / diabétologie affichent des niveaux d'utilisation élevés et des volumes horaires réservés plus faibles que les spécialités précédentes (entre 2h et 5h par trimestre).** Les niveaux de sollicitation semblent être inférieurs aux spécialités précédemment mentionnées, et les dimensionnements des vacations de ces spécialités par la Polyclinique Mobile ont été revus afin d'optimiser les taux d'utilisation⁷³.

Malgré cela, les taux d'utilisation restent limités pour les spécialités gastro-entérologie et endocrinologie / diabétologie (bien qu'une tendance à la progression sur les trois derniers trimestres de 2022 pour cette dernière).

Spécialité	T4 2020	T1 2021	T2 2021	T3 2021	T4 2021	T1 2022	T2 2022	T3 2022	T4 2022
Pneumologie	62%	57%	82%	50%	92%	100%	92%	75%	90%
Gastro-entérologie	-	-	17%	8%	4%	13%	17%	29%	50%
Endocrinologie, diabétologie, nutrition	-	25%	40%	40%	8%	23%	36%	48%	45%



Source : Données de vacations du secrétariat de la Polyclinique Mobile, oct. 2020 – déc. 2022

Pour ces spécialités, le porteur a apporté les éléments suivants lors du Focus Group :

- ♦ La diététique reste à ce jour « à la main des médecins traitants, qui font souvent appel à leurs confrères spécialistes en la matière en dernier recours ». Le porteur remarque que « l'enjeu est pédagogique » car ce sont les épisodes aigus qui amènent les médecins traitants à faire appel au dispositif.
- ♦ La gastro-entérologie rend « un service précieux à l'adressage des événements indésirables⁷⁴, ainsi qu'à l'orientation utile des patients vers les examens techniques nécessaires pour éviter toute dégradation/crise supplémentaire. »
Conscient que cette spécialité est très associée à du présentiel du fait des actes nécessaires, il estime qu'ici aussi l'enjeu est pédagogique.

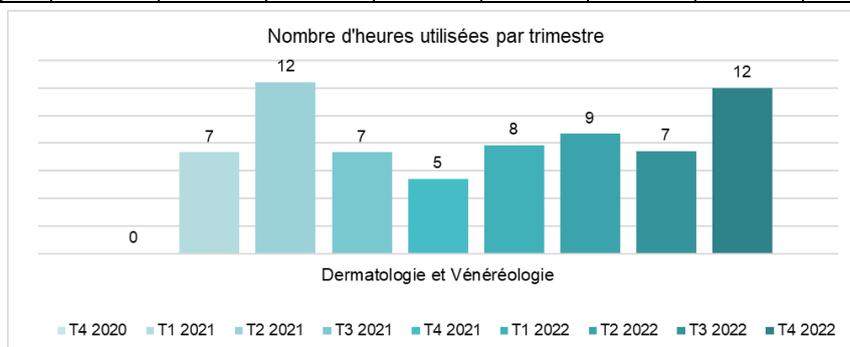
- De même pour la spécialité **dermatologie**, on semble observer **un niveau d'utilisation stabilisé autour d'une dizaine d'heures par trimestre, soit supérieur aux spécialités précédentes.** Les créneaux réservés initialement d'une vingtaine d'heures par semaine ont été revus à la baisse pour permettre d'optimiser l'utilisation des vacations.

⁷³ Les créneaux de gastro-entérologie ont été réduits d'une heure / semaine à une demi-heure / semaine. Les créneaux d'endocrino-diabétologie sont limités à une heure par semaine.

⁷⁴ Le porteur précise : « douleurs abdominales / vomissements et/ou constipations ».

Figure 62 : Tableau des taux de vacations et graphique du nombre d'heures utilisées par trimestre, pour la dermatologie et vénéréologie

Spécialité	T4 2020	T1 2021	T2 2021	T3 2021	T4 2021	T1 2022	T2 2022	T3 2022	T4 2022
Dermatologie et vénéréologie	-	52%	56%	35%	25%	37%	39%	56%	88%

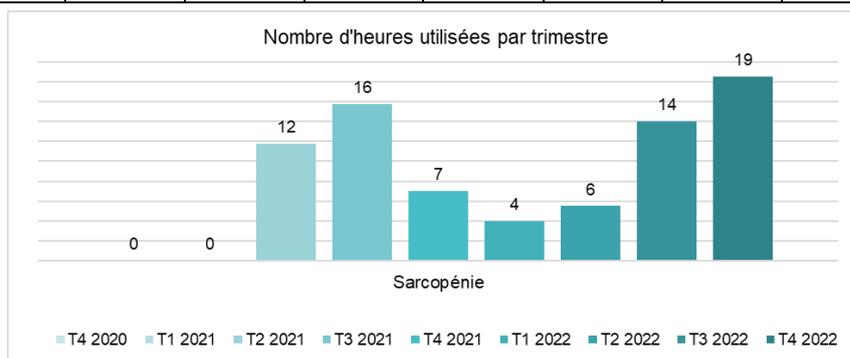


Source : Données de vacations du secrétariat de la Polyclinique Mobile, oct. 2020 – déc. 2022

- **Le cas particulier de la gériatrie, focus sur le dépistage de la sarcopénie** : comme indiqué précédemment, l'activité de gériatrie était initialement assurée par des professionnels de santé requis, au même titre que les autres spécialités. Le salariat d'un gériatre référent au sein du dispositif a fait évoluer cette organisation : les actes de télé-médecines de gériatre sont intégralement réalisés par ce praticien (pas de vacations de gériatres par conséquent).

Cependant, le dépistage de la sarcopénie fait exception : un médecin généraliste basé en Ile-de-France formateur en échographie travaillait avec TokTokDoc pour monter un projet d'évaluation de la sarcopénie (en amont de l'expérimentation de la Polyclinique Mobile). Vacataire au sein de la Polyclinique Mobile depuis avril 2021, celui-ci dédie ses créneaux spécifiquement à ce dépistage⁷⁵.

Spécialité	T1 2021	T2 2021	T3 2021	T4 2021	T1 2022	T2 2022	T3 2022	T4 2022
Dépistage de la sarcopénie	-	76%	70%	26%	13%	17%	44%	76%



Source : Données de vacations du secrétariat de la Polyclinique Mobile, oct. 2020 – déc. 2022

- **La spécialité ophtalmologie affiche un faible taux d'utilisation des vacations ($\leq 50\%$)**. Le porteur a limité les créneaux à 15 min hebdomadaire. Deux éléments explicatifs peuvent être

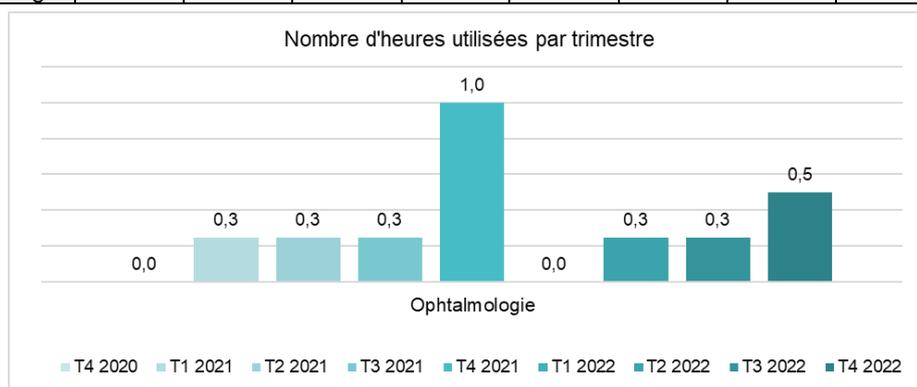
⁷⁵ Le dépistage de la sarcopénie est approfondi en partie 4.2.5.4.

envisagés : **un faible niveau de sollicitation et/ou une adaptabilité à la télémédecine qui reste limitée et ne permettant donc pas un diagnostic aussi complet qu'en présentiel.**

Le porteur s'accorde sur la complexité technique requise par cette spécialité⁷⁶ et estime que les deux vagues de déploiement ont « rendu difficile la mobilisation de toute l'équipe médicale sur ce projet télémédical, qui est maintenant abordé en rythme fort »

Figure 63 : Tableau des taux de vacations et graphique du nombre d'heures utilisées par trimestre, pour l'ophtalmologie

Spécialité	T4 2020	T1 2021	T2 2021	T3 2021	T4 2021	T1 2022	T2 2022	T3 2022	T4 2022
Ophtalmologie	-	20%	13%	7%	36%	0%	8%	9%	17%



Source : Données de vacations du secrétariat de la Polyclinique Mobile, oct. 2020 – déc. 2022

4.3.3.3 Un modèle attractif pour les requis qui nécessite une capacité d'anticipation des besoins

Le modèle de vacations est attractif pour les requis en permettant une certaine stabilité financière, quel que soit le niveau de consommation effectif des créneaux réservés.

Pour les bénéficiaires, le modèle permet de proposer **des délais rapides, ainsi qu'une souplesse d'organisation des téléconsultations.** Le secrétariat dispose en effet de la possibilité d'organiser les actes de télémédecine au mieux pour favoriser des délais de prise en charge aussi optimaux que possible pour les résidents. A noter toutefois que les téléconsultations nécessitent la présence de l'IDE de télémédecine aux côtés du patient et ainsi, lorsqu'un IDE est déployé sur plusieurs ESMS, les déplacements et articulation entre les ESMS sont à considérer.

Par ailleurs, bien que le modèle initial de la Polyclinique Mobile prévoyait que les créneaux définis lors de la contractualisation avec des requis soient non modifiables à la baisse, des ajustements ont pu être apportés au cours des mois d'expérimentation afin d'optimiser l'usage des créneaux pour certaines spécialités⁷⁷.

Ce modèle de vacations nécessite en effet une grande capacité d'anticipation des niveaux de sollicitation afin d'être optimisé.

⁷⁶ Il précise : « cette spécialité nécessite une direction médicale, une ingénierie générale et une coordination organisationnelle très sophistiquées pour la double raison du transport de la batterie d'appareillage d'examen de l'œil et de la formation des infirmières aux gestes non vulnérants de dépistage des troubles de la vision. »

⁷⁷ Comme détaillé dans le paragraphe précédent par spécialité.

Figure 64 : Tableau de synthèse des volumes horaires réservés et non utilisés par la Policlinique Mobile entre octobre 2020 et octobre 2022, et montants associés

Spécialité	Vacations réservées		Non utilisés		
	Volume horaire (h)	Montant (€)	Volume horaire (h)	Proportion (%)	Montant (€)
Cardiologie et Maladies vasculaires	342,7	59 820 €	61,3	18%	10 530 €
Dermatologie et Vénérologie	149,0	22 200 €	80,6	54%	11 938 €
Diététique	193,5	13 050 €	84,8	44%	6 525 €
Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition	81,0	12 150 €	53,7	66%	8 050 €
Gastro-entérologie et Hépatologie	66,0	11 700 €	55,5	84%	9 810 €
Gériatrie	253,0	53 463 €	124,5	49%	28 988 €
Ophthalmologie	21,5	3 825 €	18,8	87%	3 330 €
ORL	138,6	20 789 €	6,6	5%	989 €
Pneumologie	26,3	4 888 €	5,8	22%	788 €
Psychiatrie / Neurologie	208,5	43 965 €	71,0	34%	19 920 €
Rhumatologie	12,5	1 950 €	7,5	60%	1 200 €
Total	1 492,5	247 799 €	569,9	38%	102 067 €

Source : Données de vacations du secrétariat de la Policlinique Mobile, oct. 2020 – déc. 2022

Malgré la progression des taux d'utilisation énoncée précédemment, **la non-utilisation des créneaux entraîne des frais pour la Policlinique Mobile.**

Au-delà des considérations économiques, ce modèle peut amener plusieurs questionnements :

- ◆ Dans le cadre d'un accès long et parfois complexe de la population générale aux médecins spécialistes, la réservation de créneaux qui demeurent vides peut potentiellement induire une réduction du temps soignant pour les potentiels bénéficiaires adressés par le parcours classique de soins hors de la Policlinique mobile. Selon le porteur, ce constat est à modérer par le fait que certains requis ouvriraient des créneaux à la Policlinique Mobile en plus de leur emploi du temps classique⁷⁸,
- ◆ Par ailleurs, bien que les médecins requis s'engagent, moralement, à ne pas réaliser de rendez-vous hors dispositif Policlinique mobile sur les créneaux réservés, les possibilités de double activité sur un créneau existent et ne sont, apparemment, pas contrôlées à date.



A titre indicatif, le Conseil National de l'Ordre des Médecins et l'URPS Ile-de-France estiment que le taux de rendez-vous non honorés en médecine de ville est de l'ordre de 6 à 10%.

Pour autant, selon les évaluateurs, un modèle de vacations introduit des problématiques différentes. En effet, en cas de rendez-vous non honorés dans un modèle « classique », les professionnels de santé peuvent réaliser des tâches administratives, revoir leur organisation / travailler avec du surbooking, tandis que le modèle de vacations entraîne une rémunération des professionnels, quel que soit le niveau d'activité, d'où l'importance d'une optimisation des consultations.

⁷⁸ Se référer à la [partie 4.2.8.3.](#)

4.4 Analyse de la Reproductibilité du projet

La question au centre de l'analyse de la reproductibilité est :

Dans quelle mesure l'expérimentation est-elle capable de donner naissance à un modèle reproductible à l'échelle nationale ?

L'objectif de cette partie est de mesurer la faisabilité de l'essai du projet à d'autres territoires et d'identifier les facteurs clés de succès et les freins à son déploiement. L'évaluation consiste également à identifier les moyens nécessaires à la reproductibilité du projet (humains, matériels, financiers).

La Reproductibilité en synthèse :

- ▶ Le rôle d'IDE formé à la télémédecine et agissant au chevet du patient est un facteur fort d'appropriation de la télémédecine par les établissements et paraît duplicable à d'autres territoires sous réserve d'un recrutement et d'une formation adaptée. L'hypothèse d'une internalisation de cette compétence télémédicale en ESMS, à isopérimètre, ne paraît pas soutenable pour de nombreux professionnels en ESMS, compte tenu du contexte actuel de difficultés des ressources humaines en EHPAD et du besoin de formation spécifique aux actes de télémédecine,
- ▶ Le positionnement du gériatre référent paraît difficilement envisageable à grande échelle ; mais la mise à disposition des acteurs du terrain d'une expertise gériatrique reste pertinente en appui notamment des médecins coordonnateurs,
- ▶ Le modèle de vacations des requis semble duplicable à d'autres territoires sous réserve d'une capacité à recruter suffisante : la contrainte territoriale pourrait se voir adaptée pour répondre à des enjeux d'accès aux soins notamment dans les « déserts médicaux »,
- ▶ Le modèle aux forfaits nécessitera une révision des montants en cas d'élargissement, pour permettre une meilleure adéquation avec son fonctionnement effectif. A noter que ce modèle de forfaits fixes paraît « injuste » pour certaines parties prenantes, qui recommandent davantage de graduation des forfaits voire une tarification à l'acte.
- ▶ Dans une optique d'élargissement du dispositif, son ouverture à d'autres publics pourrait s'avérer pertinente et réalisable, notamment des personnes âgées ou des patients atteints de pathologies chroniques nécessitant des soins à domicile.

4.4.1 Le modèle organisationnel de la Polyclinique Mobile dans une optique de reproductibilité



En synthèse :

Dans l'hypothèse de l'élargissement du dispositif, deux rôles sont à analyser.

D'une part les IDE de télémédecine, dont l'importance pour le fonctionnement de la télémédecine en EHPAD a été mise en évidence par l'évaluation. Leur mode d'intervention en « prestataire externe » semble être favorisé par les professionnels en ESMS qui estiment qu'à isopérimètre, l'internalisation des compétences de télémédecine ne serait pas soutenable au regard du contexte RH en EHPAD créant une difficulté pour le maintien des compétences en interne.

Pour autant certains acteurs estiment que le temps dédié par ESMS est « luxueux » et craignent une inégalité d'accès à du temps paramédical entre ESMS en cas de généralisation.

D'autre part le rôle de validation / relecture de l'ensemble des PPS assuré par le référent gériatre semble difficilement envisageable à grande échelle. Un modèle dans lequel cette compétence revient aux médecins coordonnateurs pourrait être envisagé, tout en conservant un gériatre référent assurant le service de débordement et le contact « ressource » pour les praticiens si besoin.

Enfin, quel que soit le modèle organisationnel ou le type d'ESMS, un temps d'acculturation et de sensibilisation au dispositif sera nécessaire.

4.4.1.1 L'IDE de télémédecine : un rôle important dans la reproductibilité à l'échelle nationale, mais dont le dimensionnement reste à considérer

4.4.1.1.1 Le rôle clef de l'IDE de télémédecine par ses interactions avec les autres acteurs, élément indispensable pour l'acculturation à la télémédecine

a. L'importance de la formation : une légitimité pour collaborer avec les professionnels de santé

Comme mentionné en partie 4.1.2.2, les IDE de la Polyclinique Mobile suivent 75h de formation lors de leur intégration, dont une formation par les professionnels requis aux outils de la télémédecine. Cette formation des IDE leur permet, sur le plan technique, :

- ♦ La préparation des téléconsultations conformément aux méthodes de travail de chaque requis. A ce titre, ces derniers soulignent, en entretien, cet avantage d'avoir assuré eux-mêmes la formation,
- ♦ Une qualité de réalisation des tâches en amont / durant / en aval des téléconsultations, reconnues par les professionnels de terrain.

Au-delà de l'aspect technique, cette formation permet aux IDE de télémédecine de disposer d'une **légitimité lors de leur collaboration avec les professionnels requis, mais également avec les médecins traitants.**

En cas de généralisation du dispositif, **il paraît important de conserver ce lien direct entre professionnels requis et IDE de télémédecine qui permet de fluidifier les interactions et conserver la légitimité acquise par les IDE de télémédecine dans leur intervention auprès des médecins traitants et équipes soignantes.**

b. Une interaction avec les résidents et des proches qui facilite la réassurance

La partie 4.1.2.2 fait état du temps passé par les IDE de la Polyclinique Mobile en ESMS, notamment à rencontrer les résidents et leurs proches.

Le temps investi par les IDE de la Polyclinique Mobile pour rencontrer les résidents et échanger avec eux lors du déploiement du dispositif dans un nouvel établissement permet **de développer un lien de confiance et de faciliter par la suite le déroulé des actes de télémédecine auprès d'eux.**

Compte tenu de l'importance de la pédagogie nécessaire à l'appropriation du dispositif, **les IDE jouent un rôle important auprès des proches pour favoriser leur compréhension du dispositif.**

4.4.1.1.2 Une dualité d'appréciation du mode d'intervention des IDE de télémédecine agissant en « prestataire externe » au sein des ESMS

Les entretiens avec les professionnels de terrain (équipe soignante en ESMS, médecins traitants, médecins requis) mettent en évidence **une dualité dans l'appréciation du mode d'intervention des IDE de la Polyclinique Mobile**.

a. Un mode d'intervention identifié comme un atout dans un contexte de crise des paramédicaux en EHPAD

Dans le contexte actuel de crise des professionnels soignants en EHPAD, l'intervention en « prestataire externe » des IDE de la Polyclinique Mobile est perçue par 8/11 équipes en ESMS⁷⁹ comme un **atout pour la gestion des tâches**.

Les équipes soignantes en ESMS estiment que ce mode de fonctionnement est avantageux car :

- ♦ Les IDE de la Polyclinique Mobile étant externes, leur **temps de travail est dédié à la télémédecine** et ils ne peuvent pas être mobilisés pour les tâches attribuables aux IDE de l'ESMS,
- ♦ L'intervention d'une tierce personne à l'équipe soignante permet un regard extérieur sur les problématiques de soins des résidents et peut permettre l'identification de besoins complémentaires.

D'un point de vue managérial, les directions d'ESMS soulignent que **la gestion des ressources humaines n'est pas à la charge de l'établissement**. Elles estiment que l'intervention d'un prestataire externe permet de garantir la tenue des rendez-vous, sans qu'il ne soit de la responsabilité de la direction d'en assurer le suivi ou la gestion des plannings associés. **L'absentéisme est pris en charge directement par la Polyclinique Mobile** qui s'assure de proposer un remplacement et de revoir les plannings pour assurer la tenue des actes de télémédecine prévus.

Par ailleurs, comme décrit précédemment, la réalisation d'actes de télémédecine par les IDE requiert en pratique un important niveau de formation. Ainsi, si le dispositif devait être internalisé à l'établissement, alors **le maintien de la compétence de télémédecine en interne aux ESMS constituerait un réel enjeu selon les directions rencontrées**. Le contexte actuel et l'important turn-over des ressources humaines en EHPAD impacterait nettement la capacité à conserver la compétence et risquerait de créer une perte progressive de la pratique télémédicale au sein de l'établissement, à l'image des difficultés décrites par les ESMS concernant les dispositifs de télémédecines dont ils avaient bénéficié préalablement à la Polyclinique Mobile⁸⁰.

Compte tenu de ces éléments, l'hypothèse d'un IDE d'ESMS salarié de l'établissement dont une partie du temps est dédiée à la télémédecine ne paraît pas souhaitable aux yeux des directions d'ESMS (7/12). Dans un contexte de manque de personnel, **les directions craignent que la télémédecine soit relayée au second plan si l'IDE est salarié de l'ESMS, avec une priorité accordée aux tâches de soins du quotidien**.

Dans les enquêtes en ligne :

- ♦ 4/10 médecins traitants, 4/7 requis et 29/30 personnels en ESMS répondants s'expriment en faveur du fait que l'IDE de télémédecine soit un professionnel référent par ESMS,

⁷⁹ 11 équipes (direction et équipes soignantes) d'ESMS ont exprimé un avis sur le sujet.

⁸⁰ Se référer à la partie 4.1.2.1.

- ♦ 2/10 médecins traitants, 3/7 requis et 28/30 personnels en ESMS répondant s'expriment en faveur du fait que l'IDE de télémédecine soit externe à l'ESMS pour la reproductibilité du dispositif.

b. Un dimensionnement de poste qui paraît « luxueux » et fait planer la crainte d'une perte de d'égalité entre les résidents en cas de généralisation

Cependant, certains professionnels en ESMS (équipe soignante et direction) **attirent l'attention sur le dimensionnement d'un tel poste**. Loin de remettre en cause les éléments précédents en faveur de cette organisation, ils considèrent que le temps accordé par chaque IDE au sein des établissement est « luxueux », **créant une inégalité dans le niveau de soins proposé, notamment vis-à-vis des ESMS alentours**.

D'autres directions d'ESMS estiment que l'ouverture d'un poste d'IDE dédié et/ou la formation de plusieurs IDE en ESMS à l'activité de télémédecine pourrait être intéressant, notamment en permettant une évolution de poste aux personnels soignants internes.

En cas de généralisation, ceux-ci insistent sur la nécessité d'évaluer le dimensionnement de ce poste, pour conserver le niveau de soins proposé tout en assurant une égalité sur le territoire.

c. Attractivité du poste d'IDE de télémédecine

Le paragraphe 4.1.2.2.3 fait état de la satisfaction et de l'engouement des IDE de la Polyclinique Mobile quant à cette nouvelle pratique du métier d'infirmier.

Dans une dynamique d'élargissement du dispositif, **l'expérimentation semble avoir démontré l'attractivité de cette profession**. A noter en ce sens que certains IDE des ESMS dans lesquels le dispositif est déployé ont également fait part de leur souhait d'évoluer vers cette profession voire ont candidaté pour la Polyclinique Mobile.

Cette attractivité a, à l'inverse, pu générer des craintes chez quelques acteurs du terrain. Un IDEC et une IDE ont fait part de leur inquiétude quant à une fuite des IDE d'EHPAD vers ce type de profession ; créant encore davantage de tension sur les ressources humaines en établissement.

En modulant ce propos, d'autres acteurs estiment que les personnels qui souhaiteraient évoluer du poste d'IDE « classique » vers le poste d'IDE de télémédecine ne resteraient de toute façon pas en établissement.

4.4.1.2 Le gériatre référent : articulation avec les médecins coordonnateurs et traitants en cas d'extension à grande échelle

L'évaluation finale met en exergue l'investissement du gériatre référent dans l'activité d'identification des besoins à travers les PPS et les « consultations-socles » ainsi que son activité de consultation gériatrique. Il paraît pertinent d'interroger le dimensionnement de ce poste dans une perspective d'élargissement du dispositif.

16 / 17 des ESMS dans lesquels la Polyclinique Mobile a été déployée **disposent d'un médecin coordonnateur**, une proportion nettement supérieure à la moyenne nationale où, en 2015, 32% des EHPAD ne déclaraient aucun ETP de médecin coordonnateur⁸¹.

⁸¹ Etude de la DREES : Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpads, publication de Juin 2018 (n°1067)

A noter que les médecins coordonnateurs ne sont pas nécessairement médecin traitant des résidents ; les ESMS inclus dans l'expérimentation se répartissent de la façon suivante :

Situation de l'ESMS concernant le poste de médecin coordonnateur :	Total
Le médecin coordonnateur est médecin traitant de l'ensemble des résidents	1
Le médecin coordonnateur est médecin traitant d'une partie des résidents	4
Le médecin coordonnateur n'est pas médecin traitant	11
ESMS sans médecin coordonnateur	1
Total	17

Source : Fiche d'informations complétée par les établissements et données issues des entretiens

L'articulation entre médecin coordonnateur, médecin traitant libéral et gériatre référent dans une optique de reproductibilité du dispositif nécessite de distinguer deux situations de patients :

► **Les patients dont le médecin coordonnateur est le médecin traitant**

Sur le champ de l'identification des besoins des résidents : comme détaillé dans ce rapport, tandis que la majorité des médecins coordonnateurs soulignent la qualité de leur collaboration avec les IDE de la Polyclinique Mobile, en revanche, **le rôle du gériatre référent semble moins bien identifié** par ces professionnels. Aussi 5 professionnels rencontrés sur 10 n'avaient pas connaissance du travail de PPS et 2 d'entre eux estiment que l'élaboration des PPS des résidents relève de leur responsabilité⁸².

Sur le champ de la sollicitation du médecin traitant en amont de l'acte de télémédecine, la présence du médecin coordonnateur dans l'établissement et la relation de travail progressivement instaurée avec l'IDE de télémédecine permet de faciliter les échanges sur la qualification du besoin et la pertinence de la modalité télémédicale, bien que quelques écarts aient pu être constatés⁸³.

► **Les patients ayant pour médecin traitant un professionnel libéral**

L'expérimentation a mis en évidence **les difficultés**, lors du déploiement d'un tel dispositif, **à collaborer avec les médecins traitants libéraux**. Le recrutement du gériatre référent est ainsi intervenu pour favoriser les échanges entre pairs (par opposition aux échanges médecins / IDE). Cependant, malgré des actions de pédagogie et l'évolution progressive de la position de certains praticiens sur la télémédecine, le dispositif peut continuer à se heurter au **manque de disponibilité des médecins traitants libéraux pour répondre aux sollicitations**, dans un contexte de tension de la médecine générale.

On notera les éléments suivants dans une optique d'élargissement du dispositif :

- ♦ La charge administrative de sollicitation des libéraux par les équipes soignantes / de la Polyclinique Mobile pour l'accord avant la télémédecine représente un volume de travail administratif conséquent, mis en place sur la durée de l'expérimentation, avec notamment l'identification des modes de communication adaptée à chaque praticien (sms, mail...),

⁸² Se référer à la [partie 4.2.2](#) sur le travail d'identification des besoins et la perception des médecins coordonnateurs.

⁸³ Se référer à la [partie 4.1.4](#).

- ♦ Les médecins coordonnateurs peuvent être amenés à se substituer aux médecins traitants pour donner un accord dans le cadre du dispositif, notamment pour la mise en place d'actions de dépistage ou pour certains rendez-vous de suivi⁸⁴,
- ♦ 17/30 personnels d'ESMS répondant à l'enquête en ligne s'expriment en faveur du fait que le médecin coordonnateur soit le médecin traitant des résidents pour la reproductibilité du dispositif⁸⁵ ; un chiffre qui vient confirmer la tendance identifiée en entretien où les personnels favorisent ce fonctionnement.

4.4.1.3 Reproductibilité à grande échelle de l'organisation entre médecins

4.4.1.3.1 Une évolution du cadre réglementaire

L'avenant 6 de la convention médicale, signé en août 2018, précise que, pour ouvrir droit à la facturation à l'Assurance Maladie, les patients doivent être « orientés initialement par leur médecin traitant ». Il s'agit du principe de « parcours de soins coordonné ».

L'avenant 8 à la convention médicale, signé en mars 2020, vient faire évoluer ce cadre réglementaire. Il stipule que « l'exigence du parcours de soins coordonné ne s'applique pas aux patients, dès lors qu'ils sont dans l'une ou l'autre des situations suivantes : [...] résidant en établissement pour personnes âgées dépendantes ou établissements accueillant ou accompagnant des personnes adultes handicapées, souvent éloignées de leur domicile initial ».

4.4.1.3.2 Regard sur la place des médecins traitants en cas d'élargissement du dispositif

En parallèle de cette évolution, l'évaluation finale fait ressortir la conviction des professionnels du terrain quant à l'importance de **conserver le médecin traitant au cœur du dispositif et son rôle décisionnel sur le parcours du patient**⁸⁶.

⁸⁴ Eléments détaillés en [partie 4.1.4.2](#).

⁸⁵ Les autres répondants : 4 « NA / ne sait pas » et 9 indiquent que ce n'est pas indispensable.

⁸⁶ Eléments détaillés en [partie 4.1.4](#).



Le point de vue de l'évaluateur :

Le médecin traitant du résident reste une **clef du dispositif pour qualifier la pertinence du soin et la modalité adaptée pour la prise en charge du patient.**

Dans une perspective d'élargissement du dispositif, les leviers pour favoriser le déploiement au sein des ESMS sont :

- ♦ La présence d'un médecin coordonnateur **favorable** à un tel dispositif et **suffisamment disponible** pour instaurer la dynamique auprès de ses pairs,
- ♦ Les ESMS sans présence de médecin coordonnateur devront faire l'objet d'un temps de montée en charge et d'acculturation potentiellement rallongé. Il peut également être envisagé dans ces ESMS de désigner un professionnel de santé (IDEC par exemple) référent au sein de l'établissement pour assurer la sensibilisation des acteurs et appuyer le déploiement du dispositif.

A noter que, quel que soit le type d'établissement, le déploiement du dispositif nécessitera un temps d'acculturation des médecins traitants mais également des équipes soignantes.

Au sujet du positionnement du gériatre référent, sans remettre en cause la pertinence de son intervention, l'élargissement du dispositif rendra difficile son intervention pour relire et valider les PPS de l'ensemble des patients admis.

Dans un contexte national d'une densité médicale de 3,6 gériatres pour 100 000 personnes de 75 ans ou plus en France⁸⁷, la reproductibilité d'une telle organisation semble difficilement envisageable. En revanche, le modèle pourrait évoluer vers un **transfert de la compétence de relecture et validation du PPS vers le médecin coordonnateur** (sous réserve de présence dans l'établissement), facilitant ainsi la reproduction du dispositif.

Un gériatre référent du dispositif à grande échelle, à disposition des médecins coordonnateurs / traitants libéraux via une plateforme de contact reste un vecteur d'acculturation au dispositif intéressant et permet d'échanger sur les problématiques des résidents avec un pair.

⁸⁷ Données DREES, 2022.

4.4.2 Reproductibilité du modèle de vacations : des enjeux de territorialité



En synthèse :

Intéressant pour les patients et pour les requis, le modèle de vacations paraît duplicable à d'autres territoires sous réserve d'une capacité du dispositif à recruter des professionnels de différentes spécialités.

Ce recrutement peut suivre le critère de territorialité, comme formulé dans le cahier des charges de la Polyclinique Mobile, qui constitue un élément de réassurance sur le terrain et permet un adressage des médecins traitants vers des confrères connus. Pour autant certains acteurs estiment qu'un recrutement sans critère territorial serait facilitant dans les « déserts médicaux », notamment pour les spécialités particulièrement peu denses.

En termes de spécialités, les plus utilisées semblent être celles à élargir et à déployer en priorité dans les nouveaux territoires, quitte à mettre en œuvre un déploiement en plusieurs étapes.

4.4.2.1 Un modèle de vacations aux aspects positifs, dont la reproductibilité repose sur un travail d'anticipation et d'analyse

Le modèle de vacation des professionnels requis offre des avantages importants sur le plan organisationnel avec la réduction des délais ou la rémunération fixe et anticipée pour les professionnels requis⁸⁸. **Ce modèle des vacations peut être reproductible à d'autres territoires et à grande échelle au moyen d'un élargissement progressif du réseau.**

Toutefois, la construction d'un réseau de requis semblable à celui développé au cours de l'expérimentation sur un nouveau territoire **peut se révéler chronophage** et représenter une première difficulté de reproductibilité. Cet élément n'a pas pu faire l'objet d'une analyse approfondie lors de l'évaluation étant donné que la Polyclinique Mobile s'est essentiellement appuyée sur son réseau de professionnels de santé implantés dans son territoire historique, la région de Strasbourg.

L'évaluation a également mis en évidence la **nécessité de bien anticiper le volume de créneaux réservés, indispensable au dimensionnement optimal d'un modèle de vacations.**

Par conséquent dans le cadre d'un élargissement à d'autres territoires, une phase d'analyse de l'usage des créneaux apparaît comme nécessaire pour dimensionner au mieux les réservations nécessaires auprès de chaque requis.

⁸⁸ Pour rappel : les professionnels requis sont rémunérés suivant le volume horaire réservé (et taux horaire défini) et non au volume horaire effectivement consommé.

4.4.2.2 Regard sur la contrainte territoriale en cas d'élargissement à d'autres territoire : une dualité de perception parmi les acteurs du terrain

Deux argumentaires existent et s'opposent quant à la localisation des professionnels de santé requis.

4.4.2.2.1 Des acteurs qui accordent une importance majeure au respect de la contrainte territoriale

La présence du professionnel requis effectuant la téléconsultation dans le même territoire que le patient est, pour certains acteurs, un critère primordial basé sur plusieurs observations :

a. La potentielle nécessité de déplacer le patient

En premier lieu, **la potentielle nécessité de déplacer le patient à l'issue d'un acte de télémédecine est perçue comme une réelle source d'inquiétude** si le spécialiste n'est pas à proximité.

Cet argument a été évoqué comme élément en faveur de la proximité géographique par 3 /10 médecins traitants, 2 / 7 proches de bénéficiaires⁸⁹ ainsi qu'une majorité des acteurs en ESMS.

b. Une proximité géographique perçue comme base d'une confiance mutuelle entre professionnels de santé du territoire

Outre la considération opérationnelle d'un potentiel déplacement du résident, **la proximité géographique du requis est perçue comme une source de confiance importante**. Il a été évoqué d'une part l'aspect rassurant pour le patient et ses proches, permettant une meilleure acceptation du dispositif, et d'autre part **l'inclinaison des médecins traitants / coordonnateurs qui souhaitent pouvoir adresser leur patientèle à des confrères de confiance**, au même titre que pour des consultations présentes. Ils craignent le manque de traçabilité et de communication en cas d'un échange nécessaire sur le diagnostic posé.

Aussi, des équipes soignantes en ESMS (Moselle et Vosges) ont fait part du sentiment de « délocalisation de la santé » ressenti par certains spécialistes déjà implantés dans le bassin, si ce n'est de « **vol de la patientèle** »⁹⁰ pouvant entraîner **un refus de prise en charge ultérieure en cas de besoin**.

Certains professionnels vont plus loin, et témoignent d'une peur de voir le dispositif s'industrialiser avec des dérives potentielles. La première dérive mentionnée par ces acteurs est la moindre implication d'un professionnel de santé géographiquement éloigné du patient, voire la perte du sentiment de responsabilité médicale du soignant.

4.4.2.2.2 Des acteurs pour qui l'accès aux soins ne doit pas nécessairement être territorialisé

⁸⁹ 7 proches de bénéficiaires ayant exprimé un avis sur le sujet.

⁹⁰ Propos recueillis dans le cadre des entretiens individuels.

A l'inverse, certains acteurs plaident pour la **possibilité de ramener une offre de soins dans des territoires à très faible démographie médicale** en évoquant la possible difficulté à recruter certaines spécialités dans des bassins territoriaux confrontés à une désertification médicale.

Aussi, la levée de la contrainte territoriale permettrait, selon eux, de **solliciter des professionnels de santé avec une compétence spécifique** bien que basés dans un autre territoire. C'est le cas notamment pour le requis du réseau de la Polyclinique Mobile spécialisé dans le dépistage par téléexpertise de la sarcopénie, basé à Paris.

Dans les enquêtes en ligne : 4/9 médecins traitants, 6/7 requis et 11/30 professionnels en ESMS estiment que la proximité des requis avec les ESMS n'est pas indispensable au fonctionnement du dispositif.

4.4.2.3 Le panel de spécialités de la Polyclinique Mobile : des évolutions envisageables en cas d'élargissement

L'évaluation a mis en évidence l'hétérogénéité des sollicitations entre les spécialités du réseau de la Polyclinique Mobile⁹¹. En cas d'élargissement, **les spécialités les plus sollicitées et éprouvées semblent être prioritaires à développer**. Il s'agit particulièrement de la gériatrie, la cardiologie et la psychiatrie.

A l'inverse, il sera intéressant de s'interroger sur les volumes des créneaux proposés pour d'autres spécialités comme l'ophtalmologie par exemple.



Le point de vue de l'évaluateur :

Les évaluateurs précisent le potentiel intérêt à proposer une dynamique d'élargissement du réseau de requis à deux vitesses en cas de déploiement sur un nouveau territoire.

Une première phase d'élargissement pourrait cibler en priorité les spécialités les plus demandées puis une seconde phase viserait à analyser les besoins et usages pour les autres spécialités dont l'utilisation est apparue comme restreinte sur l'expérimentation. Pour ces dernières, une mutualisation des créneaux avec plusieurs territoires pourrait s'avérer pertinente, tout particulièrement pour les spécialités très peu disponibles à l'échelle nationale.

Il est à noter qu'à ce jour, certaines spécialités sont principalement basées sur une activité de prévention. Le déploiement de ces spécialités dans des logiques uniquement préventives pourra être interrogé.

Le recrutement de spécialistes du territoire semble à prioriser dans un 1^{er} temps lors du déploiement dans de nouveaux territoires, pour favoriser l'acculturation des professionnels et des bénéficiaires / proches de bénéficiaires, même si la possibilité de recrutement à des fins spécifiques dans d'autres territoires ne semble pas à exclure.

⁹¹ Se référer à la [partie 4.3.3.2.](#)

4.4.3 Modèle économique du dispositif



En synthèse :

Le modèle aux forfaits nécessitera une révision des montants en cas d'élargissement du dispositif pour une meilleure adéquation avec son fonctionnement effectif. Il s'agirait principalement d'une hausse du FAD pour couvrir l'important travail lié au déploiement du dispositif, suivi d'une revue à la baisse du FMENS.

Au-delà des montants, le modèle a été questionné par les parties prenantes. Bien qu'il permette une égalité d'accès aux soins pour les résidents admis, il est perçu par certains comme source d'une « injustice » à l'égard du reste de la population. Trois autres options ont été évoquées, de la graduation des forfaits à une tarification à l'acte.

Dans le cahier des charges de l'expérimentation, le porteur a proposé un modèle de forfaits uniques par patient à hauteur de 50 € pour le mois de l'admission suivi d'un forfait mensuel de 130 €.

Dans l'hypothèse d'un élargissement du dispositif, il convient de s'interroger sur la reproductibilité de ce modèle de financement.

4.4.3.1 Les limites du modèle actuel et perspectives d'évolution du modèle de forfaits fixes

4.4.3.1.1 Retours des professionnels de terrain sur le modèle actuel

Le [paragraphe 4.2.7.1.2](#) fait état de la faible visibilité des directions d'ESMS sur le modèle économique actuel. Pour autant, les entretiens ont permis d'identifier les avantages de ce modèle :

- ♦ Pour les directions d'ESMS : une **anticipation du budget et l'évitement de la « censure » d'accès aux soins** de spécialité potentielle en fin d'année pour des raisons économiques,
- ♦ Pour les patients et leurs proches : limiter le risque de renoncement aux soins pour motifs financiers, particulièrement pour les patients aux ressources limitées.

4.4.3.1.2 Limites et perspectives d'évolution des forfaits

La phase d'expérimentation a permis d'identifier les **limites du modèle actuel en termes de définition des forfaits** et d'aboutir au constat que la **phase d'admission des patients est la plus onéreuse** du fait d' :

- ♦ Une activité de pédagogie / présentation du dispositif en établissement,
- ♦ Un temps de coordination important notamment pour mobiliser les médecins traitants,
- ♦ Une formation des IDE de télémédecine notamment à la réalisation des actes techniques,
- ♦ Un volume conséquent de travail des IDE de télémédecine dans la formalisation des synthèses infirmières et PPS,
- ♦ Une activité de recrutement de professionnels de santé vacataires,

A l'inverse, une fois déployée, la phase de routine est financée par le forfait mensuel qui couvre les coûts du fonctionnement courant du dispositif tel que les salaires, l'entretien du matériel, le « run » du logiciel, les frais de déplacement des IDE...

En cas d'élargissement du dispositif, **il paraît pertinent de réviser le modèle de financement en déterminant deux forfaits cohérents avec ces constats**, soit un forfait d'admission élevé et un forfait mensuel revu à la baisse. Pour le chiffrage de ces forfaits, l'augmentation progressive de la

file active (permettant des potentielles économies d'échelle notamment sur les créneaux de vacations) et le dimensionnement du poste d'IDE de télémedecine seront à considérer.

A noter que, concernant ce dernier point, dans son rapport d'étape, le porteur estime le plafond de file active par IDE à environ 150 bénéficiaires, soit 2 ESMS.

D'un point de vue opérationnel, 7/15 équipes en ESMS ont estimé que le modèle actuel pouvait se relever « injuste » entre les patients admis, qui n'ont pas les mêmes besoins, mais également à l'égard du reste de la population. Sur ce dernier point, ils considèrent que l'absence de visibilité économique peut mener à la surconsommation des soins.

4.4.3.2 Autres évolutions du modèle économique : s'éloigner du modèle de forfait unique fixe

Les échanges avec les différents acteurs et l'analyse du fonctionnement du dispositif ont permis d'évoquer d'autres pistes de financement pour le dispositif en cas d'élargissement.

4.4.3.2.1 Un modèle de forfaits gradués

Une direction d'établissement a évoqué l'importance de conserver un temps infirmier dédié à la télémedecine tout en soulignant le « luxe » de l'offre actuelle de la Polyclinique Mobile. Afin de permettre une modulation de ce temps infirmier en fonction des besoins tout en conservant le modèle « prestataire externe », une forfaitisation du temps infirmier adaptée au souhait des ESMS a été évoquée.

Ce modèle serait basé sur **des forfaits gradués calculés notamment sur le nombre de lits, le niveau de recours à la téléconsultation et la politique de soins de l'établissement** (dépistages...). Le choix du forfait serait à la discrétion de la direction de l'ESMS, leur permettant d'anticiper les budgets et avec la possibilité de déclencher des tranches de forfaits complémentaires en cas de nécessité.

A noter que **ce modèle de forfaits gradués pourrait également être envisagé sur la base d'une graduation par profil de patients**. A l'image d'autres expérimentations, des forfaits pourraient être définis par profil de patients (niveau de dépendance...) et avec des niveaux de consommation alloués pour chacun (à partir des PPS par exemple).

Cette option est favorisée par 2 / 15 équipes en établissements, considérant qu'elle est la plus juste entre patients admis et permet une forme de régulation.

4.4.3.2.2 Un modèle à l'acte

Le modèle d'un financement à l'acte a également été discuté avec les équipes d'ESMS rencontrées en entretien. Il s'agit de **l'option la plus plébiscitée par les équipes en ESMS** (6 /15⁹² se montrent favorables à ce modèle).

Deux arguments principaux sont évoqués :

- ♦ Un coût à l'acte qui incite à une meilleure régulation du dispositif avec une vigilance accrue des professionnels de santé sur les actes consommés,
- ♦ Du fait de la meilleure régulation, ce modèle leur paraît plus équitable à l'égard du reste de la population.

⁹² Détails des avis : 2 / 15 favorisent les forfaits gradués par patient, 6 / 15 le modèle à l'acte, 5 / 15 sans avis et 2 / 15 préfèrent le modèle actuel.

Bien qu'en faveur de ce modèle, les professionnels relèvent le risque de renoncement aux soins en cas de reste à charge (à anticiper par conséquent).

4.4.4 Perspectives de l'évaluateur sur le mode d'intervention de la Polyclinique Mobile

Au-delà de l'analyse de la reproductibilité auprès du public actuellement admis dans le dispositif, les évaluateurs estiment que ce dispositif peut être **duplicable à d'autres publics**.

En premier lieu, le dispositif paraît répliquable à des **structures accueillant des personnes handicapées adultes**, tout particulièrement au sein des unités dédiées aux **personnes handicapées vieillissantes**.

A moyen ou long terme, le dispositif semble duplicable au **maintien à domicile des personnes âgées**. Un élargissement à ce public ne requiert pas l'intégration de nouvelles spécialités et le fonctionnement avec des IDE de télémédecine se déplaçant au domicile du patient semble adapté et répliquable.

A noter que la contrainte organisationnelle liée aux déplacements des IDE est plus importante auprès de ces publics qu'en EHPAD.

Enfin, selon l'adaptabilité des spécialités à la télémédecine, un dispositif de Polyclinique Mobile semble duplicable à des interventions **au domicile de patients atteints d'une ou plusieurs pathologies chroniques** (BPCO, Parkinson...), particulièrement dans des territoires peu denses et nécessitant d'importants déplacements pour les patients.

Bien entendu, l'extension du champ d'intervention d'un tel dispositif au domicile nécessiterait de développer les partenariats avec les structures intervenant à domicile de type SAAD, HAD, SSIAD, SPASAD, CRT, service autonomie, équipes mobiles... ainsi qu'un acteur en charge de l'articulation des interventions avec ces acteurs du domicile.

5. Glossaire

Acronyme	Définition
ARS	Agence Régionale de Santé
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DM	Dispositif Médical
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESMS	Établissement ou service social ou médico-social
FAD	Forfait à l'Admission
FCOMP	Forfait Complémentaire
FMENS	Forfait Mensuel
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IDEC	Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PM	Policlinique Mobile
TC	Téléconsultation
TE	Téléexpertise

6. Annexes

6.1 Annexe I : Données sur le déroulé de l'évaluation

6.1.1 Professionnels rencontrés

L'évaluation finale s'est déroulée du **11 février au 05 mai 2022**.

Elle a donné lieu à **3 jours de visites sur site et 92 entretiens** ayant pour objectif de couvrir un panel représentatif des personnels intervenant dans les structures (directions, médecins coordonnateurs, personnels soignants...) ainsi que des médecins traitants, des proches bénéficiaires, des professionnels requis et des membres de la Polyclinique Mobile (IDE de télémédecine et équipe porteuse).

6.1.1.1 Visites sur site

Au cours de l'**évaluation intermédiaire**, les évaluateurs avaient réalisé des visites sur site dans l'ensemble des **ESMS de la vague 1**.

Etablissement	Ville	Date
EHPAD Saint Joseph	Strasbourg	22/02/2022
EHPAD Le Kirchberg	La Petite Pierre	22/02/2022 et 07/03/2022
EHPAD Koenigshoffen	Strasbourg	02/03/2022 et 10/03/2022
EHPAD Les 4 Vents	Vendenheim	07/03/2022
EHPAD St Gothard	Strasbourg	07/03/2022
EHPAD St Charles	Schiltigheim	08/03/2022 et 10/03/2022
EHPAD La Montagne Verte	Strasbourg	09/03/2022
EHPAD Le Tilleul	La Wantzenau	09/03/2022

Au cours de l'**évaluation finale**, les évaluateurs ont réalisé des visites sur site au sein de l'intégralité des **ESMS de la vague 2**, à l'exception de l'EHPAD Saint Jean Baptiste.

Etablissement	Ville	Date
Résidence de Ditschviller	Cocheren (57)	09/01/2023
Notre Dame de Blauberg	Sarreguemines (57)	09/01/2023
Le Hêtre Pourpre	Hombourg-Haut (57)	10/01/2023
Les Lauriers	Longeville les St-Avold (57)	10/01/2023
EHPAD Le Forfelet	Corcieux (88)	11/01/2023
Les Grès Flammés	Rambervilliers (88)	11/01/2023
MRI de Bruyères	Bruyères (88)	11/01/2023
CH d'Avison	Bruyères (88)	11/01/2023

6.1.1.2 Entretiens

Catégorie d'entretiens	Nombre d'entretiens réalisés
Personnels en ESMS	36
Médecins traitants	10
Professionnels requis	8
Proches de bénéficiaires	30
IDE de la Polyclinique Mobile	8
Total	92

6.1.1.2.1 Entretiens avec les personnels en ESMS

a. Entretiens avec les Directions d'ESMS

Dans le cadre de l'évaluation finale, les évaluateurs ont rencontré en entretiens les équipes de directions de **15 des 17 directions d'ESMS** :

	Vague 1	Vague 2	Total
Nombre d'établissements couverts ⁹³	7 / 8	8 / 9	15 / 17
Nombre d'entretiens réalisés	8	5	13

Ces entretiens visaient à mieux comprendre les modalités de déploiement de la Polyclinique Mobile au sein des établissements, l'impact du dispositif sur les équipes internes (charges de travail, intégration et collaboration avec l'IDE de la Polyclinique Mobile) ainsi que les perceptions de ces professionnels sur l'efficacité et la reproductibilité d'un tel dispositif.

Les évaluateurs se sont également intéressés à la relation avec la Polyclinique Mobile d'un point de vue administratif (présentation du dispositif, reporting...) ainsi qu'aux interactions entre les différents acteurs impliqués dans le dispositif (proches, bénéficiaires, médecins traitants...). Les enjeux liés à la reproductibilité d'un tel dispositif ont également été abordés.

La durée moyenne de ces entretiens était d'une heure.

b. Entretiens avec les personnels soignants en ESMS

23 entretiens avec des professionnels de santé internes aux ESMS ont été réalisés dont 10 avec des médecins coordonnateurs.

Profil	Nombre d'entretiens réalisés
Médecins coordonnateur	10
Cadre de santé	1
IDEC / IDE référente	7
IDE	5
Total	23

Ces entretiens visaient à mieux comprendre les modalités de déploiement de la Polyclinique Mobile au sein des établissements, l'articulation des tâches entre IDE internes et IDE de télé-médecine ainsi que l'impact du dispositif sur le parcours de soins des patients.

⁹³ Les évaluateurs n'ont pas rencontré la direction de l'EHPAD Saint Jean Baptiste, en accord avec les tutelles et une direction en vague 1 n'a pas pu être rencontrée. Par ailleurs, les 4 ESMS situés dans les Vosges ont la même directrice adjointe.

Les évaluateurs se sont également intéressés aux interactions entre les différents acteurs de santé autour du patient lors de la mise en place d'une téléconsultation ainsi que la collaboration entre eux.

Enfin, les enjeux liés à la reproductibilité d'un tel dispositif ont également été abordés.

6.1.1.2.2 Entretiens avec les médecins traitants

	Vague 1	Vague 2	Total par phase d'évaluation
Evaluation intermédiaire	3 (avril 2022)	-	3
Evaluation Finale	4 (déc. 2022 – janv. 2023)	6 (janvier 2023)	10
Total sur la durée totale de l'évaluation	7	6	13

Ces entretiens portaient essentiellement sur leur rôle en tant qu'organe de régulation du dispositif. Ils ont permis de traiter les questions relatives à la collecte de leur accord en amont des téléconsultations ainsi que leur perception quant à la pertinence des téléconsultations et spécialités proposées par la Polyclinique Mobile.

Compte tenu du rôle majeur joué par les médecins traitants dans le déploiement et le fonctionnement du dispositif, les potentielles craintes et réticences au sujet de la télémédecine ont également été abordées.

Ces entretiens ont été réalisés à distance pour des raisons d'organisation, avec une durée comprise entre 15min et 40min.

6.1.1.2.3 Entretiens avec les professionnels de santé requis

Dans le cadre de l'évaluation intermédiaire, les évaluateurs avaient rencontré 7 professionnels de santé requis, en diversifiant les spécialités. Lors de l'évaluation finale, dans le but de couvrir les avis d'un large panel de praticiens, les évaluateurs ont rencontré 8 autres professionnels :

Spécialité	Professionnels de santé requis rencontrés :	
	Evaluation Intermédiaire	Evaluation Finale
Cardiologie	1	1
Pneumologie	1	
Dermatologue	1	
ORL	1	
Rhumatologie		1
Psychiatrie	1	3
Diététique		1
Chirurgien-dentaire		1
Gériatrie (requis dédié à la sarcopénie)	1	
Référent gériatre salarié	1	1
Total	7	8

A noter que compte tenu de sa place dans le dispositif, **le référent gériatre a été rencontré à chaque phase d'évaluation.**

Ces entretiens visaient à mieux comprendre les modalités de collaboration entre les médecins requis et la Polyclinique Mobile, notamment le processus complet d'organisation des téléconsultations : de la réservation de créneau à la réception des comptes-rendus.

Ces entretiens portaient également sur l'impact du dispositif sur le parcours de soins des patients, l'évolution des pratiques métiers et les relations avec les IDE de Polyclinique Mobile.

Ces entretiens ont été réalisés à distance pour des raisons d'organisation, avec une durée comprise entre 20min et 45min.

6.1.1.2.4 Entretiens avec des proches de bénéficiaires

	Vague 1	Vague 2	Total
Nombre d'entretiens réalisés	17	13	30

L'évaluation finale a donné lieu à 30 entretiens avec des proches de bénéficiaires, ce qui n'avait pas pu être le cas lors de l'évaluation intermédiaire.

Réalisés par téléphone, ces entretiens visaient à obtenir l'avis des proches sur la prise en charge par la Polyclinique Mobile : présentation du dispositif, information sur la date du rendez-vous en amont, retour suite aux rendez-vous... L'impact du dispositif sur les bénéficiaires a également été interrogé.

6.1.1.2.5 Entretiens avec les IDE de Polyclinique Mobile

Dans le cadre de l'évaluation finale, les évaluateurs ont réalisé des entretiens avec **8 des 9 IDE de la Polyclinique Mobile** déployés dans les ESMS des vagues 1 et 2 au cours d'entretiens individuels :

- ♦ Deux entretiens le 10 janvier 2023 en présentiel,
- ♦ Un entretien le 17 janvier 2023 à distance,
- ♦ Un entretien le 25 janvier 2023 à distance,
- ♦ Deux entretiens le 6 mars 2023 à distance,
- ♦ Un entretien le 8 mars 2023 à distance,
- ♦ Un entretien le 9 mars 2023 à distance.

Ces entretiens portaient sur leurs modalités d'intervention au sein des différents établissements, leur collaboration avec les différents acteurs, y compris les médecins traitants. Les modalités d'organisation interne à la Polyclinique Mobile ont également été discutées ainsi que la perception de cette nouvelle pratique du métier d'IDE : points positifs et/ou négatifs par rapport à la pratique antérieure (en hôpital, en ESMS...) et difficultés éventuelles.

La durée moyenne de ces entretiens était d'une heure.

6.1.1.3 Focus Groupe avec l'équipe porteur

Le focus Group avec l'équipe porteur a eu lieu le 24 avril 2023.

Cet échange avait pour objectif de recueillir le retour du porteur sur les éléments principaux mis en évidence par l'évaluation ainsi que collecter des éléments complémentaires fournis par le porteur. Par ailleurs, cet échange a également permis d'avoir connaissances des actions du porteur réalisées sur les derniers mois après arrêt des données (31/10/2022).

Cet échange a eu lieu à distance pour une durée de 1h30.

6.1.2 Enquêtes en ligne

En parallèle des entretiens, plusieurs enquêtes en ligne ont été déployées afin d'élargir le panel des retours collectés auprès des acteurs sur le dispositif (forces / faiblesses, impacts sur les

pratiques, etc.). Ces éléments ont permis de nourrir les éléments discutés dans le cadre des entretiens présentiels.

Les enquêtes menées ont été :

- ♦ Une **enquête en ligne à destination des directions des ESMS et professionnels médicaux / paramédicaux internes à ces établissements** portant sur les sujets métiers, l'évolution des pratiques, la mise en place du dispositif, la collaboration entre les équipes et la potentielle reproductibilité ;
- ♦ Une **enquête en ligne en direction des professionnels médicaux** (médecins traitants et professionnels de santé requis), portant sur l'impact de la télémédecine sur la prise en charge du patient, l'adaptabilité des spécialités proposées à une pratique à distance et leur collaboration avec les autres acteurs.

En sus des enquêtes en lignes, deux établissements ont demandés la mise à disposition des questionnaires au format papier pour les professionnels médicaux.

Les enquêtes en lignes ont été distribuées à l'ensemble des répondants potentiels avec des relances régulières.

Lorsque le panel de répondants ne permet de dresser une tendance la question n'est pas exploitée pour le rapport et est considérée comme inopérante.

Enquête à destination de :	Date d'envoi	Date de clôture	Nombre de répondants
Equipe en ESMS	15 mars	21 avril	31 <i>Répartition : 9 répondants issus de la vague 1 (29%), 7 de Moselle (23%), 15 des Vosges (48%)</i>
Médecins traitants	04 avril	21 avril	11
Professionnels requis	04 avril	21 avril	8

6.2 Annexe II : Données transmises et analyses par les évaluateurs

L'évaluation finale a fait l'objet de transmission de données par le porteur suivant **2 catégories** : d'une part les données d'informations sur le fonctionnement et issus de documentation internes à la Polyclinique Mobile, d'autre part des données extraites directement du SI Porteur.

► Documents d'informations transmis directement par le porteur :

- ◆ Bilan rétrospectif 01/10/2020 – 28/02/2022 et prévisionnel 01/03/2022 – 31/03/2022 transmis par le porteur (version 2.01 du 03/03/2022),
- ◆ Données mensuelles de facturation par ESMS (nombre de forfaits par type et par mois),
- ◆ Nombre d'actes par ESMS au 28/02/2022, avec détails par spécialité et par type (TC, TE, activités hors télémedecine),
- ◆ ETP de la Polyclinique Mobile,
- ◆ Template vide d'entretien et synthèse infirmier (version 6.00 du 22/12/2022),
- ◆ Fiches d'explications du rôle et des missions joués par les IDE de la Polyclinique Mobile et par le gériatre référent,
- ◆ Document « Délégation de tâches : Médecins spécialisés /IDE polyclinique mobile » fournis par la Polyclinique Mobile (Version 1.00 du 08/02/2022),
- ◆ Nombre de médecins requis dans le réseau de la Polyclinique Mobile, avec dates d'entrée et de sortie,
- ◆ Fichier de suivi dédié à l'activité des médecins traitants,
- ◆ Nombre de partenariats/conventions signé(e)s avec des ESMS et de conventions avec des partenaires externes,
- ◆ Fichier de suivi des vacances réalisé par le secrétariat de la Polyclinique Mobile (volumes horaires réservés, montants, volume horaire réellement utilisé...),
- ◆ Rapport d'étape de la Polyclinique Mobile (#03 / Version 1),
- ◆ Support transmis à l'issue du Focus Group.

► Données extraites du Système d'Informations du Porteur

L'évaluation finale a été largement réalisée à partir d'une analyse des données issues d'une extraction du SI Porteur. Les tables utilisées et les indicateurs calculés figurent ci-dessous :

Donnée	Table de données	Donnée
Thème : Patient		
Nombre de patients étant entrés dans la PM (par ESMS, par mois)	Patient	id ; HealthCareServiceId ; pmAdmissionDate
Nombre de patients étant sortis de l'expérimentation et motifs (par ESMS, par mois)	Patient	id ; statusId ; patientExitInformationId
	PatientExitInformation	id ; exitDate ; exitReasonId
	PatientExitReasonEnum	id ; name
Thème : Spécialité		
Liste des spécialités prises en charge	SpecialityEnum	id ; name
Nombre de médecins requis par spécialités, localisation géographique et mode d'exercice	Professional	id ; firstName ; lastName ; exerciseModelId ; professionalSpecialtyId ; professionalTypeId ; professionalJobId ; postalCode
	ProfessionalExerciseModeEnum	id ; name

	SpecialityEnum	id ; name
	ProfessionalJobEnum	id ; name
	ProfessionalTypeEnum	id ; name
Thème : Activité de Télémedecine		
Nombre d'actes par catégorie (téléconsultation / téléexpertises) et par spécialité	Appointment	id ; appointmentTypeld ; careGiverId ; requiredExpertId ; createdAt ; startDate ; endDate ; medicalNeedId
	MedicalNeed	id ; specialityId ; medicalNeedType
Nombre d'actes planifiés / non planifiés	Appointement	id ; appointmentTypeld ; medicalNeedId
	MedicalNeed	id ; medicalNeedType
Nombre d'actes par patient (par catégorie et par spécialité)	Appointement	id ; appointmentTypeld ; careGiverId ; requiredExpertId ; createdAt ; startDate ; endDate ; medicalNeedId
	MedicalNeed	id ; specialityId ; medicalNeedType
	UnplannedMedicalNeed	id ; medicalNeedType ; patientId
	PlannedMedicalNeed	id ; medicalNeedType ; carePlanId
	PlannedNeedCareplan	plannedMedicalNeedId ; careplanId
	NurseCheckUp	careplanId ; patientId
Thème : Activité Hors télémedecine		
Nombre de soins par ESMS	NurseAct	Id ; Typeld
Nombre de sollicitations de la plateforme de débordement	NurseAct	Id ; Typeld
Thème : PSS		
Nombres de PPS réalisés sur la période 2 ⁹⁴	Careplan	id
Nombre d'éditions / réévaluations du PPS par patient et par ESMS	Careplan	id
	NurseCheckUp	careplanId ; patientId
	Patient	Id ; HealthcareserviceId
Besoins médicaux acceptés / refusés par le médecin traitant	MedicalNeed	createdAt ; Type ; medicalNeed Patient Required Expert In Charge Approval id ; SpecialityId
Nombre de bilans gériatriques standardisés	StandardizedGeriatricAssessment	id ; statusId
Thème : Délais		
Temps écoulé entre l'émergence d'un besoin et la réalisation de l'acte (par spécialité)	Appointment	id ; appointmentTypeld ; medicalNeedId ; startDate ; endDate ; acceptableWaitingTime
	MedicalNeed	Id ; medicalNeedType ; createdAt ; SpecialityId

⁹⁴ Se référer à la [partie 4.2.2.2.](#)

6.3 Annexe III : Eléments de contexte

La Polyclinique Mobile est une organisation secondaire permanente, rattachée à NEMO Health S.A.S.

6.3.1 Objectifs du cahier des charges

► Objectifs opérationnels

La Polyclinique Mobile fixe 4 objectifs opérationnels majeurs :

- ♦ Se constituer en établissement de santé « hors-les-murs » avec un fonctionnement équivalent à une Polyclinique traditionnelle où les distances sont abrogées par le numérique et au sein duquel les acteurs collaborent, coordonnés par les IDE effecteurs ;
- ♦ Respecter la contrainte territoriale avec des médecins traitants et médecins requis issus du territoire du patient ;
- ♦ Préserver et renforcer le rôle pivot du médecin traitant en assurant son rôle de coordonnateur du parcours de soins du patient et son information en amont et aval de chaque acte de télémédecine ;
- ♦ Garantir la formation des professionnels de santé de la Polyclinique Mobile via un centre dédié, capable de former aux volets organisationnels, éthiques et technologiques de la télémédecine.

Par ailleurs, la Polyclinique Mobile a fixé dans son cahier des charges des objectifs de performance, de qualité et d'efficacité.

En termes d'efficacité le projet vise un modèle économique viable et pérenne pour tous les acteurs, comprenant l'Assurance Maladie, la Polyclinique mobile et les établissements médico-sociaux.⁹⁵

► Objectifs institutionnels

A travers sa proposition, la Polyclinique Mobile souhaite apporter une maîtrise de l'ensemble de la chaîne de valeur de la télémédecine en secteur médico-social. Et permettre ainsi un impact positif sur le secteur médico-social via notamment :

- ♦ L'amélioration significative de l'accès aux soins en secteur médico-social,
- ♦ L'apport d'un complément à la prise en charge présenteielle,
- ♦ Le soutien aux recours à la prévention et au dépistage proactif, en complément du curatif,
- ♦ La favorisation de l'émergence d'une télémédecine utile, utilisée et efficiente,
- ♦ La réalisation d'économies substantielles pour le système de santé et l'expérimentation de modèles économiques alternatifs en santé, incitatifs à la performance.

Parmi les impacts envisagés, la Polyclinique Mobile identifie :

- ♦ La limitation du nombre d'hospitalisations évitables ou inappropriées,
- ♦ La limitation du recours aux urgences sans hospitalisation consécutive,
- ♦ La réduction de la durée moyenne de séjour hospitalier,
- ♦ Une qualification accrue de l'urgence en régulation médicale,
- ♦ La limitation du nombre de ré-hospitalisations,

⁹⁵ D'après le Cahier des Charges de la Polyclinique Mobile TokTokDoc (Version 1.71 du 24/09/2019)

- ♦ L'action sur la prévalence des polymédications et sur l'iatrogénie associée,
- ♦ L'évitement de certains transports de patients ou déplacements de médecins,
- ♦ Le développement d'actions de prévention en Ehpad en complément du curatif.

Par ailleurs, la Polyclinique Mobile ambitionne de favoriser l'acculturation à la télémédecine et à la e-santé auprès des équipes médicales et soignantes d'EHPAD, des médecins traitants, des médecins spécialistes et des familles et résidents.

► Modalités de mise en œuvre

La mise en œuvre de la Polyclinique Mobile s'organise autour de 2 phases de mise en production avec les objectifs suivants :

Figure 65 : Modalités de mise en œuvre de la Polyclinique Mobile, d'après des éléments extraits de son cahier des charges

Phase	Territoire concerné	Dates prévues	Dates effectives	Statut de la phase
Phase préparatoire	Phase préliminaire dédiée à l'ingénierie du projet pour établir les bases opérationnelles	01/10/2019 - 01/03/2020	01/10/2019 - 01/03/2020	Réalisée
Phase de mise en production 1	Strasbourg, Bas-Rhin	01/03/2020 - 30/09/2021	1 ^{er} FAD déclenché en octobre 2020	Déployée (8/8 ESMS) Décalage en raison de la situation sanitaire
Phase de mise en production 2	Forbach, Moselle Saint-Dié-des-Vosges, Vosges	01/10/2021 – 31/03/2023	1 ^{er} FAD déclenché en mars 2022	Déployée (5 ESMS en Moselle et 4 dans les Vosges)

Source : Cahier des Charges de la Polyclinique Mobile TokTokDoc (Version 1.71 du 24/09/2019) et données du SI Porteur au 31/10/2022

La mise en œuvre de la Polyclinique Mobile prévoit également la mise en place d'une plateforme de débordement assurant une permanence gériatrique. Les objectifs de cette plateforme sont :

- ♦ D'assurer une continuité de prise en charge en cas d'indisponibilité du médecin traitant ;
- ♦ Suppléer au médecin traitant s'il n'est pas déclaré par le patient.⁹⁶

Figure 66 : Modalités de mise en œuvre de la Polyclinique Mobile, d'après des éléments extraits de son cahier des charges, et les données de déploiement à date

Phase	Prévisionnel		Réalisé	
	Nombre d'ESMS déployés	Nombre de résidents inclus	Nombre d'ESMS déployés	Nombre de résidents inclus
Phase de mise en production 1	8	614	8	960
Phase de mise en production 2	18	1 374	17	1 567

Source : Cahier des Charges de la Polyclinique Mobile TokTokDoc (Version 1.71 du 24/09/2019) et données du SI Porteur au 31/10/2022

⁹⁶ D'après le Cahier des Charges de la Polyclinique Mobile TokTokDoc (Version 1.71 du 24/09/2019)

6.3.2 Innovation dans le projet

► Organisationnelle

La Polyclinique mobile TokTokDoc propose une prise en charge médicale de « bout en bout » : depuis les experts médicaux de la Polyclinique Mobile TokTokDoc disponibles via la télémédecine (appelés « requis »), jusqu'aux soignants mobiles spécialisés en télémédecine (appelés « effecteurs »), envoyés sur le terrain au sein même des ESMS. Ces derniers sont chargés principalement de favoriser l'acculturation des équipes soignantes en place dans les ESMS, ainsi que de préparer et coordonner la prise en charge télé médicale. Néanmoins, ils peuvent être amenés à réaliser des actes de soins infirmiers « classiques ». La réalisation des soins qui seraient nécessaires à la suite d'une téléconsultation est laissée à la charge de l'équipe soignante de l'établissement.

Ce modèle souhaite ainsi s'imbriquer naturellement dans le fonctionnement quotidien des ESMS. La Polyclinique mobile TokTokDoc s'organise autour du portage d'une offre de télémédecine clef en main. Aussi, les IDE de la Polyclinique mobile ont la charge de l'ensemble de l'organisation des téléconsultations. Le projet vise ainsi à respecter 3 principes clefs :

- ♦ Ne pas peser, dans son organisation, sur les établissements et les médecins traitants ;
- ♦ Respecter et préserver les prises en charges médicales existantes ;
- ♦ Garantir une prise en charge de qualité.

► Financière

La Polyclinique mobile TokTokDoc propose un financement forfaitaire au parcours, pris en charge par l'Assurance Maladie, et non plus à l'acte, complété par un intéressement collectif lié à la performance et aux économies effectivement constatées. En ce sens, 50% des économies générées et constatées par l'Assurance Maladie (moindre recours aux urgences et aux transports sanitaires etc.) font l'objet de rétrocession à la Polyclinique Mobile (75%), aux médecins traitants et aux ESMS (25%), rendant ainsi le dispositif vertueux.

6.4 Annexe IV : Objectifs spécifiques de l'évaluation

Les évaluateurs ont pour but principal d'éclairer la puissance publique par des réponses objectives et justifiées sur l'intérêt de maintenir et/ou dupliquer ce dispositif, en l'état ou avec des substantielles modifications, en précisant les impondérables, les axes d'amélioration et les difficultés potentielles en cas de généralisation.

L'évaluation des projets Article 51 de manière générale doit ainsi porter sur quatre axes :

► **La faisabilité/opérationnalité**

De manière générale : est-ce que l'organisation mise en place et la mise en œuvre du projet sont respectées ?

Pour le projet : 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 télémédecine sous le modèle d'un établissement de santé "hors les murs" ?

► **L'efficacité**

De manière générale : Est-ce que le projet répond aux objectifs déterminés en amont de santé publique ?

Pour le projet : 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 ? et de développement de la télémédecine ?

► **L'efficience**

De manière générale : Est-ce que cela réduit les coûts (à qualité égale/supérieure) ?

Pour le projet : Quels sont les impacts économiques observés sur le recours aux soins des patients et sur les coûts de prise en charge ?

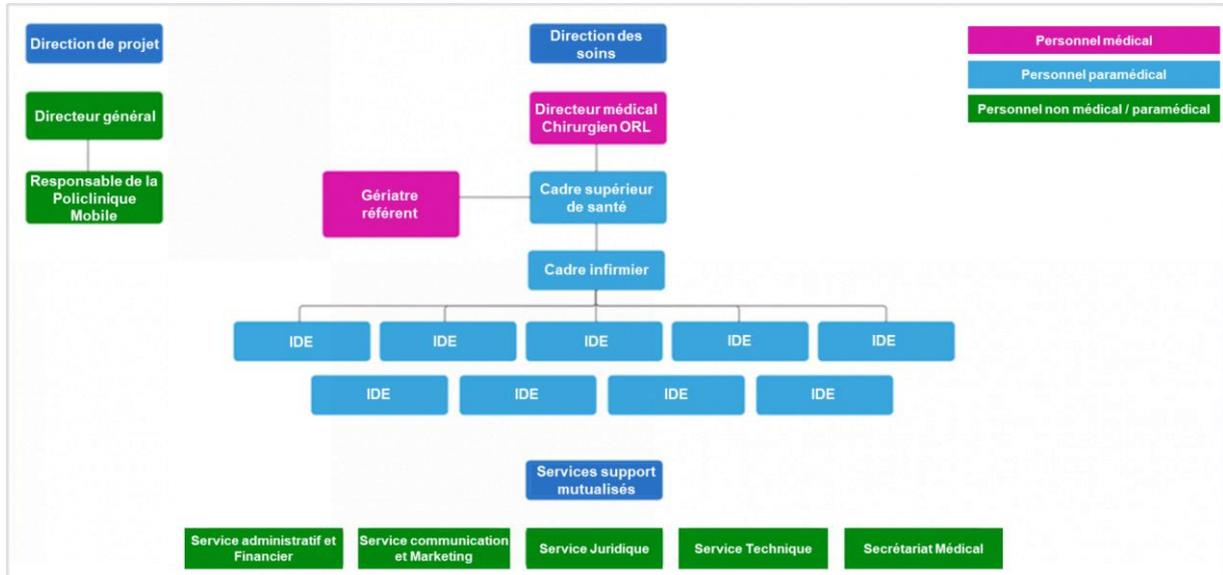
► **La reproductibilité**

De manière générale : Est-ce que cela est reproductible à grande échelle ?

Pour le projet : Dans quelle mesure l'expérimentation est-elle capable de donner naissance à un modèle reproductible à l'échelle nationale ?

6.5 Annexe V : Organigramme et missions des fonctions supports de la Polyclinique Mobile

Figure 67 : Organigramme de la Polyclinique Mobile



Source : document transmis par la Polyclinique Mobile en date du 17/11/2022

Le porteur a transmis les informations suivantes sur les missions principales de son équipe « Global Success »⁹⁷ :

► Direction de projet

- ◆ Recherche, inclusion, déploiement et suivi des établissements expérimentateurs
- ◆ Rencontre et suivi de l'ensemble des acteurs du terrain (médecins traitants, directions, équipes soignantes, etc.),
- ◆ Relation avec les tutelles régionales et nationales,
- ◆ Relation avec les cabinets d'évaluation,
- ◆ Recrutement des PS Requis vacataires,
- ◆ Optimisation du taux de remplissage des créneaux de vacation,
- ◆ Suivi des usages en télémédecine, identification des freins et axes d'amélioration, suivi de la mise en œuvre des actions,
- ◆ Production des rapports d'activité (tutelles et établissements expérimentateurs) et rapports d'étape,
- ◆ Supervision de l'évaluation médico-économique,
- ◆ Management des cadres de santé.

► Secrétariat médical

- ◆ Mise à jour mensuelle de la file active des patients dans notre système d'information (entrées, sorties temporaires, sorties définitives, hospitalisations),
- ◆ Gestion de la prise de rendez-vous et des agendas des effecteurs et requis,
- ◆ Production des rapports d'activité des PS Requis vacataires.

⁹⁷ Source : Equipe Global Success / Version 1.00 du 06/01/2023. Informations retranscrites telles que figurant dans ce document
132

▶ **Service administratif et financier**

- ◆ Comptabilité analytique : suivi et report des dépenses spécifiques au projet,
- ◆ Négociations et commandes fournisseurs (matériel médical, etc.),
- ◆ Gestion de la flotte de véhicule de fonction,
- ◆ Productions relatives aux évaluations (budget rétrospectif et prévisionnel, etc.),
- ◆ Conseils financiers.

▶ **Service communication et marketing**

- ◆ Production des supports de communication

▶ **Service juridique**

- ◆ Production et suivi contractuel : contrat PS requis, contrat établissement, convention avec les établissements expérimentateurs, contrat d'utilisation du logiciel TokTokDoc par les utilisateurs,
- ◆ Mise en place des règles RGPD (fiches de traitement, etc.),
- ◆ Identification des délégations de tâches infirmier et médecin,
- ◆ Identification des zones de secret médical accessibles et non accessibles par les infirmiers de télémédecine,
- ◆ Conseil et expertise juridique.

▶ **Service technique / produit**

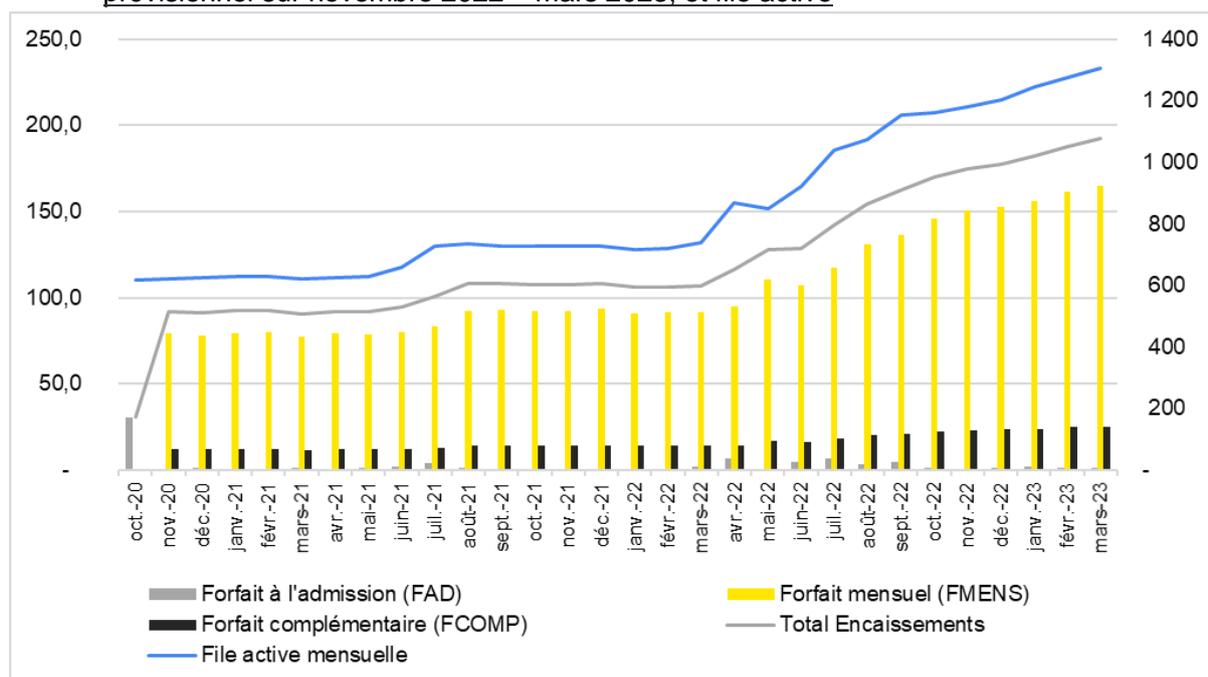
- ◆ Développement et gestion des applications métiers (Espace TokTokDoc, SIPM, etc.)
- ◆ Support technique des applications métiers pour les utilisateurs (effecteurs, requis, secrétariat médical, etc.),
- ◆ Extraction et dépôt des fichiers de facturation sur la plateforme A.51,
- ◆ Maintien de notre dispositif médical en classe I.A,
- ◆ Conformité CNIL et RGPD,
- ◆ Référencement sur Mon Espace Santé et développement des référentiels socles (DMP, Pro Santé Connect, INS, etc.) portés par l'ANS.

6.6 Annexe VI : Eléments complémentaires sur l'analyse budgétaire

6.6.1 Détails des encaissements

Le graphique et le tableau ci-dessous synthétisent les encaissements de la Polyclinique Mobile réalisés entre octobre 2020 et octobre 2022, puis prévisionnel entre novembre 2022 et mars 2023 :

Figure 68 : Graphique des encaissements réalisés sur octobre 2020 – octobre 2022 et prévisionnel sur novembre 2022 – mars 2023, et file active



Trimestre réalisé	T4 2020	T1 2021	T2 2021	T3 2021	T4 2021	T1 2022	T2 2022	T3 2022
Total Encaissements (k€)	214,1	275,9	278,5	316,8	323,1	319,8	373,1	459,0
Nbre de FAD	642	55	79	119	39	62	241	297
Montant des FAD (k€)	32,1	2,8	4,0	6,0	2,0	3,1	12,1	14,9
Nbre de FMENS	1 213	1 821	1 830	2 072	2 141	2 111	2 407	2 961
Montant des FMENS (k€)	157,7	236,7	237,9	269,4	278,3	274,4	312,9	384,9
Nbre de FCOMP	1 214	1 822	1 830	2 072	2 141	2 111	2 407	2 961
Montant des FCOMP (k€)	24,3	36,4	36,6	41,4	42,8	42,2	48,1	59,2
File active mensuelle	618	630	624	728	727	716	869	1 040

Source : données présentées dans le bilan rétrospectif 01/10/2022 – 31/10/2022 et prévisionnel 01/11/2022 – 30/03/2022 (version 5.01 du 09/12/2022)

6.6.2 Détails des charges

Les décaissements de la Polyclinique Mobile se répartissent autour de 4 postes de dépenses :

- ♦ Ressources Internes,
- ♦ Ressources Externes,
- ♦ Achats,

- ♦ Frais.

Figure 69 : Tableau récapitulatif des dépenses liées aux ressources internes

Décaissements (k€)	Exécuté 2021	Données du budget au 28.02.2022 (év. intermédiaire)	Données du budget au 31.10.2022 (év. finale)	Ecart au prévisionnel sur 2022
Direction médicale	17,6	133,4	142,0	8,6
Direction de structure	16,6	16,6	27,6	11,0
Direction de projet	155,9	160,0	86,6	-73,4
Chefferie de projet	115,0	116,8	116,8	-
Cadre de santé	24,4	116,8	116,8	-
Affaires réglementaires, conformité, marquage CE	-	-	6,7	6,7
Ingénierie en informatique médicale	7,4	54,2	67,4	13,2
Juridique	5,7	5,0	12,6	7,6
Contrôle de gestion	6,3	5,0	9,7	4,6
Soins infirmiers	487,9	1 022,8	890,8	- 132,0
Communication	16,7	22,8	22,8	-
Support technique et gestion applicative	57,0	57,9	51,3	- 6,6
Administratif	87,5	126,2	126,2	-
Totaux	997,9	1 837,5	1 677,3	- 160,2

Source : données présentées dans le bilan rétrospectif 01/10/2022 – 31/10/2022 et prévisionnel 01/11/2022 – 30/03/2023 (version 5.01 du 09/12/2022)

Bien que les ressources internes représentent le poste de dépenses le plus important, le montant décaissé en 2022 (réel sur janvier – octobre, prévisionnel sur novembre – décembre) a été inférieur de 160 k€ au montant affiché au budget du 28/02/2022.

Il est à noter les éléments suivants :

- ♦ La différence de 73,4 k€ pour la direction de projet s'explique par le départ du directeur des opérations et des soins nécessitant que la chefferie de projet d'assumer ces tâches⁹⁸,
- ♦ L'apparition de la ligne « Affaires réglementaires, conformité, marquage CE » est liée à l'internalisation de compétences nécessaires pour la conformité sur le volet réglementaire⁹⁹.

⁹⁸ Le porteur a fait le choix de ne pas modifier les lignes budgétaires afin de conserver la lisibilité du budget.

⁹⁹ Maintien du dispositif médical en classe I.A, conformité CNIL et RGPD, référencement sur Mon Espace Santé et développement des référentiels, socles (DMP, Pro Santé Connect, INS, etc.) portés par l'ANS

6.7 Annexe VII : Date du 1^{er} forfait d'admission par ESMS

ESMS	Date du 1 ^{er} FAD
Vague 1	
Saint Joseph	Octobre 2020 (Début d'expérimentation)
Saint Gothard	
Saint Charles	
Koenigshoffen	
Les 4 Vents	
Le Tilleul	
Kirchberg	
Montagne Verte	Juin 2021
Vague 2	
Les Lauriers	Mars 2022
Saint Jean Baptiste	Avril 2022
Les Grès Flammés	Juin 2022
Le Forfelet	Juin 2022
Notre Dame du Blauberg	Juin 2022
Le Hêtre Pourpre	Août 2022
MRI de Bruyères	Août 2022
CH de l'Avison	Août 2022
Résidence de Ditschviller	Après le 31/10/2022 (Arrêt des données d'évaluation)

6.8 Annexe VIII : Présentation de la synthèse infirmière

D'après le document « Entretien et Synthèse Infirmier » transmis par le porteur¹⁰⁰ : la synthèse infirmiers est un document de 6 pages complété par l'IDE de la Polyclinique Mobile. La synthèse s'intéresse au contexte social et médicale du patient afin de déboucher sur une conclusion IDE et une proposition de plan de soins de télémédecine. La complétude du document impose à l'IDE de la PM d'ausculter le patient, notamment pour la partie de description des plaies. La synthèse est structurée comme suit :

- ▶ **Informations générales** : identité, information administrative d'entrée en EHPAD, directives anticipées, croyances spirituelles, etc.
- ▶ **Bilan social** : situation familiale, niveau d'étude, profession, loisir, croyance spirituelle, etc.
- ▶ **Suivi médical et paramédical** : pathologies médicales et chirurgicales, hospitalisation des 6 derniers mois, allergies, statut vaccinal COVID, identification du médecin traitant, suivi de spécialités, paramètres (poids, taille, IMC), bilan douleur, bilan respiratoire, bilan sensoriel, bilan nutritionnel, etc.

¹⁰⁰ Version 6.00 du 22/12/2022

- ▶ **Bilan autonomie dépendance** : nombre de chutes au cours des 6 derniers mois, aide technique, aide lors des transferts, aide pour les soins d'hygiène et d'habillement, déficit moteur connu, etc.
- ▶ **Bilan continence urinaire**
- ▶ **Bilan cutané** : descriptif plaie, pansement, etc.
- ▶ **Bilan cognitif** : qualité du sommeil, communication, comportement (agressivité, hallucinations, déambulation, etc.).
- ▶ **Conclusion IDE et propositions de plan de soins de télémédecine** : objectifs, argumentaires, actions.

Le document vise à permettre de disposer d'une vision large et globale du patient y compris sur l'aspect administratif avec des questions sur la situation sociale du patient (niveau d'étude, ancienne profession, situation familiale, etc.).

L'utilité de certaines informations dans le cadre d'un suivi en téléconsultation peut questionner. C'est par exemple le cas de la partie sur les directives anticipées ou les croyances spirituelles du patient.

6.9 Annexe IX : Requis vacataires

Comme mentionné en partie 4.1.6, sur les deux années d'expérimentation (oct. 2020 – oct.2022), **20 professionnels de santé** ont collaboré avec la Policlinique Mobile en tant que requis.

Au 31/12/2022, 15 professionnels de santé étaient actifs dans le réseau : 14 assuraient toujours des vacances auprès de la Policlinique Mobile et un chirurgien-dentiste était en cours de contractualisation.

Le tableau ci-dessous détaille le nombre de requis par spécialité :

Spécialité	Nombre de requis ayant été requis vacataires sur la durée de l'expérimentation	Nbre de requis encore actif au 31/12/2022
Cardiologie et Maladies vasculaires	3	2
Dermatologie et Vénérologie	2	1
Diététique	1	1
Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition	1	1
Gastro-entérologie et Hépatologie	1	1
Gériatrie (dont sarcopénie) ¹⁰¹	2	1
Ophtalmologie	1	1
ORL	1	1
Pneumologie	1	1
Psychiatrie / Neurologie	5	3
Rhumatologie	1	1
<i>Bucco-dentaire (en cours de contractualisation au 31/12/2022)</i>	1	1
Total	20	15

¹⁰¹ Le gériatre référent n'est pas affiché ici car salarié.

6.10 Annexe X : Méthodes de calculs du coût à l'acte

► Coefficient multiplicateur b

Le coefficient b est basé sur le **ratio entre le coût d'un acte infirmier de soins et le coût d'un acte de consultation avec un spécialiste « classique »**.

Les tarifs utilisés pour ce ratio sont basés sur les données du site de l'Assurance Maladie :

- ◆ D'après les tarifs conventionnels applicables aux infirmiers libéraux (au 1^{er} janvier 2020), un acte technique infirmier AMI a un tarif conventionnel de 3,15 €. On applique, dans le cadre de cette estimation, un coefficient 2 à ce tarif conventionnel conformément à la cotation d'un acte de réflexion de pansement courant décrite la NGAP. Ainsi, l'estimation utilisée pour calculée b est de 6,30 €.
- ◆ D'après les tarifs conventionnels pour une consultation chez un médecin spécialiste correspondant (au 1^{er} juillet 2017) : 30 €.

► Coefficient multiplicateur a

Le coefficient a est basé sur le **ratio entre le coût d'une démarche de soins infirmiers (DSI) de soins et le coût d'un acte de consultation avec un spécialiste « classique »**.

Les tarifs utilisés pour ce ratio sont basés sur les données du site de l'Assurance Maladie :

- ◆ D'après les tarifs conventionnels applicables aux infirmiers libéraux (au 1^{er} janvier 2020), une démarche de soins infirmiers correspondant à 1,5 DI, soit à un tarif conventionnel de 15 €,
- ◆ D'après les tarifs conventionnels pour une consultation chez un médecin spécialiste correspondant (au 1^{er} juillet 2017) : 30 €.

► Coefficient multiplicateur y

Le coefficient y est basé sur le **ratio entre le montant facturé par des requis pour les téléexpertises dans le cadre classique et le montant d'une consultation avec un spécialiste classique**.

Les tarifs utilisés pour ce ratio sont basés sur les données du site de l'Assurance Maladie :

- ◆ D'après la Circulaire CNAM CIR-21/2018 - Avenant 6 à la convention médicale 2016, le montant facturé par les requis pour les téléexpertises : 20 €,
- ◆ D'après les tarifs conventionnels pour une consultation chez un médecin spécialiste correspondant (au 1^{er} juillet 2017) : 30 €.

6.11 Annexe XI : Les fiches d'identité des ESMS

Afin de permettre aux lecteurs de mieux appréhender les éléments du rapport au regard de la situation de chaque établissement, les évaluateurs ont fait parvenir à chaque ESMS une fiche d'identité à compléter.

Ces fiches contiennent des informations générales de contexte sur les établissements qui accueillent l'expérimentation telles que :

- ♦ Données de la structure relatives à la capacité d'accueil et aux ressources humaines,
- ♦ Eléments relatifs au passé de l'établissement en termes de télémédecine : déploiement d'un projet avant la Polyclinique Mobile (chariot...), niveau de recours et éventuelles difficultés rencontrées,
- ♦ Eléments relatifs au déploiement de la Polyclinique Mobile : intégration de l'IDE aux équipes, collecte de l'accord des médecins traitants...

Parmi les 17 ESMS bénéficiant de l'expérimentation, 15 fiches ont été retournées aux évaluateurs et intégrés à ce rapport. Concernant les fiches manquantes :

- ♦ En accord avec les tutelles, les évaluateurs n'ont pas fait parvenir de fiche à l'EHPAD Saint Jean Baptiste,
- ♦ Suite à un changement de direction à l'EHPAD Koenigshoffen, aucune fiche n'a été retournée.

6.11.1 Fiches des établissements de la vague 1

6.11.1.1 Fiche d'identité : EHPAD Les Quatre vents



Identité de l'ESMS

Vague d'intégration de l'établissement au dispositif : **vague 1**

Ville : Vendenheim - Bassin d'expérimentation : **Strasbourg**

Données de la structure : Capacité et Ressources Humaines

Situation RH	Les équipes d'IDE sont stables. La directrice est restée la même sur toute la durée de l'expérimentation. La médecin coordinatrice est récemment partie en congés maternité, remplacée par le médecin coordinateur de l'EHPAD Emmaüs (qui est également intégré dans le dispositif Polyclinique Mobile).		
Nombre de lits	97 lits (dont 15 en UVP)	GMP	771 (en 2021)
ETP (turnover IDE)	4 IDE (équipe infirmière – équipe stable 1 départ)	PATHOS	245 (en 2021)
Focus sur le médecin coordinateur			
Présence d'un médecin coordinateur		Oui	
Part de résidents ayant pour MT le médecin coordinateur de l'EHPAD		100%	
Nombre d'autres médecins traitants intervenant dans l'EHPAD		0	

AVANT : Recours à la télémédecine avant déploiement de la PM

Projet de télémédecine avant arrivée de la PM	Oui
Niveau de recours à la télémédecine avant la PM	Faible
Difficultés soulignées	Les infirmières de l'EHPAD n'avaient pas de temps dédié à ces consultations de télémédecine. Elles devaient le faire en plus de leur charge de travail, ce qui n'est pas possible sur le long terme.

APRES : Déploiement de la PM au sein de l'établissement et impacts

L'IDE PM est bien intégrée aux équipes internes ESMS	Oui
Temps hebdomadaire de l'IDE PM au sein de l'EHPAD	20h
L'IDE PM participe aux transmissions	Oui
Les équipes internes (IDE / AS) ont connaissance du dispositif et y font appel en cas de besoin	Oui
Autres précisions :	-

L'accord du médecin traitant est sollicité en amont de chaque téléconsultation	Oui - sauf pour les téléconsultations de gériatrie ou de cardiologie régulière pour lesquelles il y a un accord tacite de renouvellement / suivi
Accord du médecin traitant collecté par :	na
Autres précisions :	L'IDE de la PM n'hésite pas à solliciter le médecin coordinateur pour proposer une téléconsultation ou en cas de doute sur la pertinence de la modalité de télémédecine suivant les besoins.

6.11.1.2 Fiche d'identité : EHPAD Saint Gothard

Identité de l'ESMS

Vague d'intégration de l'établissement au dispositif : **vague 1**
 Ville : Strasbourg - Bassin d'expérimentation : **Strasbourg**

Données de la structure : Capacité et Ressources Humaines

Situation RH	Les équipes d'IDE sont stables. La directrice et le médecin coordinateur sont restés les mêmes depuis le début de l'expérimentation.		
Nombre de lits	97 lits	GMP	702
ETP (turnover IDE)	28.89 %	PATHOS	234
Focus sur le médecin coordinateur			
Présence d'un médecin coordinateur	Oui		
Part de résidents ayant pour MT le médecin coordinateur de l'EHPAD	30.93 %		
Nombre d'autres médecins traitants intervenant dans l'EHPAD	23		

AVANT : Recours à la télémédecine avant déploiement de la PM

Projet de télémédecine avant arrivée de la PM	Oui
Niveau de recours à la télémédecine avant la PM	Faible
Difficulté(s) soulignée(s)	- Manque de temps IDE pour les prises de RV, recherche fastidieuse de médecins OK pour téléconsultations., explications +++ aux médecins traitants

APRES : Déploiement de la PM au sein de l'établissement et impacts

L'IDE PM est bien intégrée aux équipes internes ESMS	Oui
Temps hebdomadaire de l'IDE PM au sein de l'EHPAD	Selon nombre de TC : en moyenne 10 TC par semaine ce qui représente au minimum 15h (en comptant temps de préparation-TC-et rédaction du CR=1h30 minimum)
L'IDE PM participe aux transmissions	Oui

Les équipes internes (IDE / AS) ont connaissance du dispositif et y font appel en cas de besoin	Oui
Autres précisions :	L'IDE est auj comme un membre à part entière de l'équipe, elle connaît les résidents et leurs besoins. Elle est reconnue par l'équipe et par les médecins traitants.

L'accord du médecin traitant est sollicité en amont de chaque téléconsultation	Oui
Accord du médecin traitant collecté par :	<i>IDE PM</i>
Autres précisions :	L'IDE de la PM n'hésite pas à solliciter le médecin coordinateur pour proposer une téléconsultation ou en cas de doute sur la pertinence de la modalité de télémédecine suivant les besoins.
Téléconsultations mises en place à l'admission :	Cardiologie et Gériatrie (sauf si le résident possède déjà un bon suivi / un bilan récent)

6.11.1.3 Fiche d'identité : EHPAD Saint Charles

Identité de l'ESMS

Vague d'intégration de l'établissement au dispositif : **vague 1**
 Ville : Schiltigheim - Bassin d'expérimentation : **Strasbourg**

Données de la structure : Capacité et Ressources Humaines

Situation RH	L'équipe a beaucoup évolué depuis le début de l'expérimentation : absence de médecin coordinateur pendant une durée importante. Des nouvelles arrivées aux postes de directrice adjointe, médecin coordinateur, cadre de santé ont eu lieu en fin d'année 2022 / début 2023 et permettent d'engager une nouvelle dynamique organisationnelle au sein de l'établissement.		
Nombre de lits	135	GMP	720 (sous-estimé)
ETP (turnover IDE)	4 postes – 2 IDE stables, 2 postes assurés en intérim	PATHOS	202 (sous-estimé)
Focus sur le médecin coordinateur			
Présence d'un médecin coordinateur		Oui – arrivée en 03.01.2023	
Part de résidents ayant pour MT le médecin coordinateur de l'EHPAD		0	
Nombre d'autres médecins traitants intervenant dans l'EHPAD		26	

AVANT : Recours à la télémédecine avant déploiement de la PM

Projet de télémédecine avant arrivée de la PM	NON
Niveau de recours à la télémédecine avant la PM	Faible
Difficultés soulignées	-

APRES : Déploiement de la PM au sein de l'établissement et impacts

L'IDE PM est bien intégrée aux équipes internes ESMS	Oui
Temps hebdomadaire de l'IDE PM au sein de l'EHPAD	1h à 2h/ sem
L'IDE PM participe aux transmissions	OUI
Les équipes internes (IDE / AS) ont connaissance du dispositif et y font appel en cas de besoin	OUI / Rappel à faire suite Turn over des équipes
Autres précisions :	Réticence de certains MT à y faire appel

L'accord du médecin traitant est sollicité en amont de chaque téléconsultation	Oui
Accord du médecin traitant collecté par :	<i>IDE / IDEC / Médecin coordonnateur</i>
Autres précisions :	
Téléconsultations mises en place à l'admission	Pas systématique

6.11.1.4 Fiche d'identité : EHPAD Saint Joseph

Identité de l'ESMS

Vague d'intégration de l'établissement au dispositif : **vague 1**

Ville : Schiltigheim - Bassin d'expérimentation : **Strasbourg**

Données de la structure : Capacité et Ressources Humaines

Situation RH	L'équipe d'IDE est stable, la directrice et la médecin coordonnateur sont les mêmes depuis le début de l'expérimentation		
Spécificité	Partenariat avec un hôpital psychiatrique (résidents nécessitant un accueil particulier) PASA – 14 lits		
Nombre de lits	127 lits	GMP	720 (en 2018)
ETP (turnover IDE)	100 ETP dont 7,5 IDE (turn-over quasi-inexistant)	PATHOS	302 (2021)
Focus sur le médecin coordonnateur			
Présence d'un médecin coordonnateur	Oui – médecin spécialisé en gériatrie arrivé en 2019/2020		
Part de résidents ayant pour MT le médecin coordonnateur de l'EHPAD	0% - le médecin coordonnateur n'est pas prescripteur		
Nombre d'autres médecins traitants intervenant dans l'EHPAD	35		

AVANT : Recours à la télémédecine avant déploiement de la PM

Projet de télémédecine avant arrivée de la PM	OUI – aout 2020 L'établissement disposait de matériel de télémédecine sans IDE spécialisée dédiée
Niveau de recours à la télémédecine avant la PM	Faible
Difficultés soulignées	- Manque de temps des IDE de l'ESMS, déjà sursollicitées - Absence de formation pour les IDE de l'ESMS

APRES : Déploiement de la PM au sein de l'établissement et impacts

L'IDE PM est bien intégrée aux équipes internes ESMS	Oui
Temps hebdomadaire de l'IDE PM au sein de l'EHPAD	15H (en moyenne, cela varie en fonction des besoins de nos résidents)
L'IDE PM participe aux transmissions	OUI
Les équipes internes (IDE / AS) ont connaissance du dispositif et y font appel en cas de besoin	OUI
Autres précisions :	

L'accord du médecin traitant est sollicité en amont de chaque téléconsultation	Oui
Accord du médecin traitant collecté par :	<i>oui</i>
Autres précisions :	
Téléconsultations mises en place à l'admission	Aucune

6.11.1.5 Fiche d'identité : EHPAD Kirchberg



Identité de l'ESMS

Vague d'intégration de l'établissement au dispositif : **vague 1**

Ville : La Petite Pierre - Bassin d'expérimentation : **Strasbourg**

Données de la structure : Capacité et Ressources Humaines

Situation RH	Les équipes sont stables. Le directeur et le médecin coordinateur ont été les mêmes sur toute la durée de l'expérimentation.		
Nombre de lits	60 lits	GMP	771
ETP (turnover IDE)	4 ETP IDE (équipe plutôt stable)	PATHOS	245
Focus sur le médecin coordinateur			
Présence d'un médecin coordinateur		Oui	
Part de résidents ayant pour MT le médecin coordinateur de l'EHPAD		0% - le médecin coordinateur n'est pas médecin traitant	
Nombre d'autres médecins traitants intervenant dans l'EHPAD		7	

AVANT : Recours à la télémédecine avant déploiement de la PM

Projet de télémédecine avant arrivée de la PM	Oui
Niveau de recours à la télémédecine avant la PM	Faible
Difficultés soulignées	Disponibilité de l'IDE

APRES : Déploiement de la PM au sein de l'établissement et impacts

L'IDE PM est bien intégrée aux équipes internes ESMS	Oui
Temps hebdomadaire de l'IDE PM au sein de l'EHPAD	2 jours
L'IDE PM participe aux transmissions	Oui
Les équipes internes (IDE / AS) ont connaissance du dispositif et y font appel en cas de besoin	Oui
Autres précisions :	Grande disponibilité de l'IDE PM

L'accord du médecin traitant est sollicité en amont de chaque téléconsultation	Oui
Accord du médecin traitant collecté par :	L'IDE PM ou l'IDE de l'établissement
Autres précisions :	-
Téléconsultations mises en place à l'admission	Test mémoire, pour l'admission au PASA

6.11.1.6 Fiche d'identité : EHPAD Le Tilleul



Identité de l'ESMS

Vague d'intégration de l'établissement au dispositif : **vague 1**
 Ville : La Wantzenau - Bassin d'expérimentation : **Strasbourg**

Données de la structure : Capacité et Ressources Humaines

Situation RH	-		
Nombre de lits	47	GMP	751
ETP (turnover IDE)	3 (dont IDEC)	PATHOS	241
Focus sur le médecin coordinateur			
Présence d'un médecin coordinateur	Oui (lundi et mercredi Après-midi)		
Part de résidents ayant pour MT le médecin coordinateur de l'EHPAD	0%		
Nombre d'autres médecins traitants intervenant dans l'EHPAD	8		

AVANT : Recours à la télémédecine avant déploiement de la PM

Projet de télémédecine avant arrivée de la PM	Non
Niveau de recours à la télémédecine avant la PM	Faible
Difficultés soulignées	-

APRES : Déploiement de la PM au sein de l'établissement et impacts

L'IDE PM est bien intégrée aux équipes internes ESMS	Oui
Temps hebdomadaire de l'IDE PM au sein de l'EHPAD	3h
L'IDE PM participe aux transmissions	Oui
Les équipes internes (IDE / AS) ont connaissance du dispositif et y font appel en cas de besoin	Oui
Autres précisions :	

L'accord du médecin traitant est sollicité en amont de chaque téléconsultation	Oui
Accord du médecin traitant collecté par :	<i>Téléphone ou Oralement / Demande faite sur cahier Médecin également</i>
Autres précisions :	-
Téléconsultations mises en place à l'admission	<p>Une réflexion est à mener par rapport aux éventuels besoins de suivis chroniques des résidents lors de leur admission.</p> <p>Un temps de travail serait intéressant à faire de manière systématique lors d'une admission avec l'IDEC, le Med Co et l'Infirmier de la Polyclinique, notamment pour des problématiques d'absence de Diagnostic de démences, mais pas que...pour les suivis cardio, etc...</p> <p>Faire un travail commun de recueil de données et de démarches de soins, afin de cibler les éventuels besoins de la personne accueillie en consultation spécialiste avec la polyclinique mobile.</p>

6.11.1.7 Fiche d'identité : EHPAD La Montagne Verte

EHPAD Abrapa Montagne verte

Vague d'intégration de l'établissement au dispositif : **vague 1**

Ville : Strasbourg - Bassin d'expérimentation : **Strasbourg**

Données de la structure : Capacité et Ressources Humaines

Situation RH	Début de déploiement dans un contexte difficile notamment en l'absence d'une IDEC et un changement d'IDE de la Polyclinique Mobile. Le contexte est aujourd'hui stable avec une directrice présente depuis le début de l'expérimentation, une IDEC et un médecin coordinateur parti en retraite qui a été rapidement remplacé.		
Nombre de lits	90	GMP	817
ETP (turnover IDE)	4,5 ETP IDE	PATHOS	214
Focus sur le médecin coordinateur			
Présence d'un médecin coordinateur	Oui – Un médecin coordinateur depuis le début de l'expérimentation, départ en retraite à l'été 2022. Remplacé par un nouveau médecin en septembre 2022		
Part de résidents ayant pour MT le médecin coordinateur de l'EHPAD	0 %		
Nombre d'autres médecins traitants intervenant dans l'EHPAD	27		

AVANT : Recours à la télémédecine avant déploiement de la PM

Projet de télémédecine avant arrivée de la PM	Non
Niveau de recours à la télémédecine avant la PM	Faible
Difficultés soulignées	Temps disponible de la part des IDE en interne trop faible pour un déploiement et un suivi efficace du projet de manière pérenne.

APRES : Déploiement de la PM au sein de l'établissement et impacts

L'IDE PM est bien intégrée aux équipes internes ESMS	Oui
Temps hebdomadaire de l'IDE PM au sein de l'EHPAD	17,5h/ semaine (0,5 ETP)
L'IDE PM participe aux transmissions	Oui
Les équipes internes (IDE / AS) ont connaissance du dispositif et y font appel en cas de besoin	Oui
Autres précisions :	Les interactions régulières et la proximité entre les soignants et l'IDE PM mais aussi plus largement avec l'équipe de TTD permettent d'identifier les besoins des résidents de manière plus rapide et pertinente mais aussi de diminuer les temps de prise en charge médicale tout en préservant au maximum le confort du résident.

L'accord du médecin traitant est sollicité en amont de chaque téléconsultation	Oui
Accord du médecin traitant collecté par :	Les IDE de l'EHPAD et/ou l'IDE PM.
Autres précisions :	Bien qu'elle ne soit pas toujours aisée, l'articulation entre le médecin traitant, l'équipe de PM et les professionnels de l'EHPAD est nécessaire pour favoriser un accès rapide aux soins et améliorer la prise en charge thérapeutique globale
Téléconsultations mises en place à l'admission	Bilans gériatriques pour les nouveaux entrants.

6.11.2 Fiches des établissements de la vague 2

6.11.2.1 Etablissements basés en Moselle

6.11.2.1.1 Fiche d'identité : Résidence de Ditschviller



Identité de l'ESMS

Vague d'intégration de l'établissement au dispositif : **vague 2**

Ville : COCHEREN - Bassin d'expérimentation : **Moselle**

Données de la structure : Capacité et Ressources Humaines

Situation RH	Les équipes sont stables. La directrice et la médecin coordinatrice sont les mêmes depuis le début de l'expérimentation.		
Nombre de lits	95 (dont 25 en UVP)	GMP	780 (en 2022)
ETP (turnover IDE)	7 IDE (postes ouverts théoriques)	PATHOS	240 (en 2022)
Focus sur le médecin coordinateur			
Présence d'un médecin coordinateur	Oui - 0,5 ETP		
Part de résidents ayant pour MT le médecin coordinateur de l'EHPAD	0% - la médecin co n'est pas prescripteur		
Nombre d'autres médecins traitants intervenant dans l'EHPAD	5 (dont 2 médecins traitants couvrent une majorité de résidents)		

AVANT : Recours à la télémédecine avant déploiement de la PM

Projet de télémédecine avant arrivée de la PM	NON
Niveau de recours à la télémédecine avant la PM	NEANT
Difficultés soulignées	- RAS

APRES : Déploiement de la PM au sein de l'établissement et impacts

L'IDE PM est bien intégrée aux équipes internes ESMS	Oui (2 IDE PM)
Temps hebdomadaire de l'IDE PM au sein de l'EHPAD	Autour 15/20h au total
L'IDE PM participe aux transmissions	OUI
Les équipes internes (IDE / AS) ont connaissance du dispositif et y font appel en cas de besoin	OUI
Autres précisions :	RAS

L'accord du médecin traitant est sollicité en amont de chaque téléconsultation	Oui
Accord du médecin traitant collecté par :	<i>OUI</i>
Autres précisions :	RAS
Téléconsultations mises en place à l'admission	NON

6.11.2.1.2 Fiche d'identité : EHPAD Notre Dame du Blauberg



Identité de l'ESMS

Vague d'intégration de l'établissement au dispositif : **vague 2**

Ville : Sarreguemines - Bassin d'expérimentation : **Moselle**

Données de la structure : Capacité et Ressources Humaines

Situation RH	-		
Nombre de lits	95 lits, dont une unité protégée	GMP	690
ETP (turnover IDE)	5.8	PATHOS	236
Focus sur le médecin coordinateur			
Présence d'un médecin coordinateur	Oui		
Part de résidents ayant pour MT le médecin coordinateur de l'EHPAD	0%		
Nombre d'autres médecins traitants intervenant dans l'EHPAD	22		

AVANT : Recours à la télémédecine avant déploiement de la PM

Projet de télémédecine avant arrivée de la PM	Oui
Niveau de recours à la télémédecine avant la PM	Faible
Difficultés soulignées	- Par manque de temps soignant pour organiser et assurer la téléconsultation

APRES : Déploiement de la PM au sein de l'établissement et impacts

L'IDE PM est bien intégrée aux équipes internes ESMS	Oui / Non
Temps hebdomadaire de l'IDE PM au sein de l'EHPAD	14h
L'IDE PM participe aux transmissions	Oui
Les équipes internes (IDE / AS) ont connaissance du dispositif et y font appel en cas de besoin	Oui
Autres précisions :	

L'accord du médecin traitant est sollicité en amont de chaque téléconsultation	Oui
Accord du médecin traitant collecté par :	<i>Infirmier de télémédecine</i>
Autres précisions :	
Téléconsultations systématiques mises en place à l'admission	Bilan gériatre Bilan ORL préventif

6.11.2.1.3 Fiche d'identité : EHPAD Le Hêtre Pourpre



Identité de l'ESMS

Vague d'intégration de l'établissement au dispositif : **vague 2**

Bassin d'expérimentation : **Moselle**

Données de la structure : Capacité et Ressources Humaines

Situation RH	L'équipe d'IDE est stable. La directrice et le médecin coordinateur ont été les mêmes depuis le début de l'expérimentation.		
Nombre de lits	64 lits (pas d'UVP)	GMP	716 (en 2021)
ETP (turnover IDE)	4 ETP	PATHOS	280 (en 2021)
Focus sur le médecin coordinateur			
Présence d'un médecin coordinateur	Oui		
Part de résidents ayant pour MT le médecin coordinateur de l'EHPAD	87 %		
Nombre d'autres médecins traitants intervenant dans l'EHPAD	1		

L'établissement se trouve en zone de désertification particulièrement importante – 44 résidents n'ont plus de médecins traitants déclarés.

AVANT : Recours à la télémédecine avant déploiement de la PM

Projet de télémédecine avant arrivée de la PM	NON
Niveau de recours à la télémédecine avant la PM	FAIBLE
Difficultés soulignées	-

APRES : Déploiement de la PM au sein de l'établissement et impacts

L'IDE PM est bien intégrée aux équipes internes ESMS	OUI
Temps hebdomadaire de l'IDE PM au sein de l'EHPAD	17,5 h
L'IDE PM participe aux transmissions	Non, pour des raisons de planning mais les informations lui sont bien transmises.
Les équipes internes (IDE / AS) ont connaissance du dispositif et y font appel en cas de besoin	Oui
Autres précisions :	-

L'accord du médecin traitant est sollicité en amont de chaque téléconsultation	Oui
Accord du médecin traitant collecté par :	Le médecin coordinateur envoie systématiquement un message en amont
Autres précisions :	
Téléconsultations mises en place à l'admission (de façon systématique) :	Non, faites après accord du résident, de la famille et des besoins relevés

6.11.2.1.4 Fiche d'identité : EHPAD Les Lauriers



Identité de l'ESMS

Vague d'intégration de l'établissement au dispositif : **vague**

Bassin d'expérimentation : **Moselle**

Données de la structure : Capacité et Ressources Humaines

Situation RH	Situation stable : la direction et le médecin coordinateur ont été les mêmes sur toute la durée de l'expérimentation		
Nombre de lits	72 (dont 12 en UVP)	GMP	620
ETP (turnover IDE)	2,5 + 1 IDE coordinatrice, manque 1 ETP	PATHOS	212
Focus sur le médecin coordinateur			
Présence d'un médecin coordinateur	Oui - présent depuis le début de l'expérimentation		
Part de résidents ayant pour MT le médecin coordinateur de l'EHPAD	0% - les médecins traitants sont tous des libéraux		
Nombre d'autres médecins traitants intervenant dans l'EHPAD	13		

AVANT : Recours à la télémédecine avant déploiement de la PM

Projet de télémédecine avant arrivée de la PM	Oui – un robot
Niveau de recours à la télémédecine avant la PM	Faible
Difficultés soulignées	- Manque de temps - Manque de compétences

APRES : Déploiement de la PM au sein de l'établissement et impacts

L'IDE PM est bien intégrée aux équipes internes ESMS	Oui
Temps hebdomadaire de l'IDE PM au sein de l'EHPAD	mi-temps
L'IDE PM participe aux transmissions	Oui
Les équipes internes (IDE / AS) ont connaissance du dispositif et y font appel en cas de besoin	Oui
Autres précisions :	L'ide dédié est très bien intégré au sein de l'EHPAD au niveau des équipes et des familles

L'accord du médecin traitant est sollicité en amont de chaque téléconsultation	Oui
Accord du médecin traitant collecté par :	<i>IDE de télémédecine</i>
Autres précisions :	
Téléconsultations mises en place à l'admission	Bilan Nutrition fait à l'arrivée du résident lors de l'admission avec dépistage de la sarcopénie

6.11.2.2 Etablissements basés dans les Vosges

6.11.2.2.1 Fiche d'identité : Maison de Retraite Intercommunale de Bruyères



Identité de l'ESMS

Vague d'intégration de l'établissement au dispositif : **vague 2**

Ville : Bruyères - Bassin d'expérimentation : **Vosges**

Données de la structure : Capacité et Ressources Humaines

Situation RH	-		
Nombre de lits	88	GMP	
ETP (turnover IDE)		PATHOS	
Focus sur le médecin coordinateur			
Présence d'un médecin coordinateur	Oui		
Part de résidents ayant pour MT le médecin coordinateur de l'EHPAD	15%		
Nombre d'autres médecins traitants intervenant dans l'EHPAD	6		

AVANT : Recours à la télémédecine avant déploiement de la PM

Projet de télémédecine avant arrivée de la PM	Non
Niveau de recours à la télémédecine avant la PM	Faible
Difficultés soulignées	Non adhésion des médecins

APRES : Déploiement de la PM au sein de l'établissement et impacts

L'IDE PM est bien intégrée aux équipes internes ESMS	Oui
Temps hebdomadaire de l'IDE PM au sein de l'EHPAD	4h / semaine minimum
L'IDE PM participe aux transmissions	Cela dépend de fois
Les équipes internes (IDE / AS) ont connaissance du dispositif et y font appel en cas de besoin	Oui
Autres précisions :	

L'accord du médecin traitant est sollicité en amont de chaque téléconsultation	Oui
Accord du médecin traitant collecté par :	<i>IDE, FFCDS, IDE de la PM</i>

6.11.2.2 Fiche d'identité : EHPAD du CH de l'Avison



Identité de l'ESMS

Vague d'intégration de l'établissement au dispositif : **vague**

Ville : Bruyères - Bassin d'expérimentation : **Vosges**

Données de la structure : Capacité et Ressources Humaines

Situation RH	-		
Nombre de lits	92	GMP	697
ETP (turnover IDE)	5	PATHOS	274
Focus sur le médecin coordinateur			
Présence d'un médecin coordinateur	Oui – présent depuis le début du déploiement de la PM		
Part de résidents ayant pour MT le médecin coordinateur de l'EHPAD	0%		
Nombre d'autres médecins traitants intervenant dans l'EHPAD	7, dont 3 qui couvrent une majorité de résidents		

AVANT : Recours à la télémédecine avant déploiement de la PM

Projet de télémédecine avant arrivée de la PM	Oui
Niveau de recours à la télémédecine avant la PM	Faible
Difficultés soulignées	Ide formé au chariot de télémédecine parti

APRES : Déploiement de la PM au sein de l'établissement et impacts

L'IDE PM est bien intégrée aux équipes internes ESMS	Oui
Temps hebdomadaire de l'IDE PM au sein de l'EHPAD	-
L'IDE PM participe aux transmissions	Oui
Les équipes internes (IDE / AS) ont connaissance du dispositif et y font appel en cas de besoin	Oui
Autres précisions :	Mise en place d'1 référent TokTokDoc

L'accord du médecin traitant est sollicité en amont de chaque téléconsultation	Oui
Accord du médecin traitant collecté par :	<i>IDE du service et/ou IDE TokTokDoc</i>
Autres précisions :	-
Téléconsultations mises en place à l'admission	Oui

6.11.2.2.3 Fiche d'identité : EHPAD Les Grès Flammés



Identité de l'ESMS

Vague d'intégration de l'établissement au dispositif : **vague 2**

Ville : Rambervillers - Bassin d'expérimentation : **Vosges**

Données de la structure : Capacité et Ressources Humaines

Situation RH	-		
Nombre de lits	116 lits	GMP	659 (en 2019)
ETP (turnover IDE)	4,9 ETP	PATHOS	224 (en 2019)
Focus sur le médecin coordinateur			
Présence d'un médecin coordinateur	Oui – présent dès le début du déploiement du dispositif		
Part de résidents ayant pour MT le médecin coordinateur de l'EHPAD	0%		
Nombre d'autres médecins traitants intervenant dans l'EHPAD	7		

AVANT : Recours à la télémédecine avant déploiement de la PM

Projet de télémédecine avant arrivée de la PM	Oui – chariot de télémédecine
Niveau de recours à la télémédecine avant la PM	Faible
Difficultés soulignées	Peu de spécialistes pour expérimentation chariot télémédecine

APRES : Déploiement de la PM au sein de l'établissement et impacts

L'IDE PM est bien intégrée aux équipes internes ESMS	Oui
Temps hebdomadaire de l'IDE PM au sein de l'EHPAD	28 heures Présent tous les jours
L'IDE PM participe aux transmissions	Oui
Les équipes internes (IDE / AS) ont connaissance du dispositif et y font appel en cas de besoin	Oui
Autres précisions :	(à remplir si nécessaire)

L'accord du médecin traitant est sollicité en amont de chaque téléconsultation	Oui
Accord du médecin traitant collecté par :	<i>IDE de l'EHPAD</i>
Autres précisions :	Proposition du médecin traitant
Téléconsultations mises en place à l'admission	Pas d'acte systématique de télémédecine à l'admission mais chaque résident dans l'expérimentation (sauf refus)

6.11.2.2.4 Fiche d'identité : EHPAD Le Forfelet



Identité de l'ESMS

Vague d'intégration de l'établissement au dispositif : **vague 2**

Ville : Corcieux - Bassin d'expérimentation : **Vosges**

Données de la structure : Capacité et Ressources Humaines

Situation RH	-		
Nombre de lits	52	GMP	775
ETP (turnover IDE)	3	PATHOS	241
Focus sur le médecin coordinateur			
Présence d'un médecin coordinateur	Oui – présent depuis le début de l'expérimentation		
Part de résidents ayant pour MT le médecin coordinateur de l'EHPAD	0%		
Nombre d'autres médecins traitants intervenant dans l'EHPAD	7		

AVANT : Recours à la télémédecine avant déploiement de la PM

Projet de télémédecine avant arrivée de la PM	Non
Niveau de recours à la télémédecine avant la PM	Faible
Difficultés soulignées	-

APRES : Déploiement de la PM au sein de l'établissement et impacts

L'IDE PM est bien intégrée aux équipes internes ESMS	Oui
Temps hebdomadaire de l'IDE PM au sein de l'EHPAD	15 à 20h
L'IDE PM participe aux transmissions	Oui
Les équipes internes (IDE / AS) ont connaissance du dispositif et y font appel en cas de besoin	Oui
Autres précisions :	-

L'accord du médecin traitant est sollicité en amont de chaque téléconsultation	Oui
Accord du médecin traitant collecté par :	<i>IDE ou IDE PM</i>
Autres précisions :	
Téléconsultations mises en place à l'admission	