

# Avis actualisé du Comité technique de l'innovation en santé sur l'expérimentation Vigie Age

Février 2024

Le comité technique de l'innovation a été saisi pour avis le 3 mai 2023 sur les modifications du cahier des charges relatif à l'expérimentation Vigie Age portée par le centre hospitalier Rives de Seine, en partenariat avec la société EPOCA, et la demande d'autorisation de Vigie Age en Centre Val de Loire, celle-ci faisant l'objet d'un avis spécifique. Il a examiné ces demandes le 11 juillet, le 5 décembre 2023 et le 16 janvier 2024. Il a rendu son avis le 26 février 2024.

L'expérimentation Vigie Age en Ile de France a été autorisée le 29 décembre 2021 pour une durée de 36 mois. A date, 620 patients ont été inclus pour un montant de 1 735 664 euros au titre des prestations dérogatoires.

Les résultats intermédiaires ont montré que l'expérimentation Vigie Age est jugée pertinente par l'ensemble des acteurs interrogés estimant qu'il répond à un besoin de santé publique dans un contexte de vieillissement général de la population, du virage ambulatoire/domiciliaire, de tensions sur l'hôpital et de la transition épidémiologique. Le déploiement de cette expérimentation est progressif en raison de la pénurie de ressources humaines à laquelle sont confrontés les centres hospitaliers et les services de soins infirmiers à domicile. Cette pénurie a d'ailleurs conduit un des sites, Hôpital Léopold Bellan, à se désengager de l'expérimentation.

L'organisation innovante de la prise en charge à domicile proposée par Vigie Age s'appuie à la fois sur de nouvelles technologies et de nouvelles compétences, traduites par la création de nouveaux métiers/missions (care-managers, infirmiers et médecins opérationnels). Les partenaires professionnels impliqués sont de fait confrontés à de nouveaux enjeux/organisations (positionnement des infirmiers des SSIAD vis-à-vis des care-managers et/ou du binôme opérationnel ; management de salariés délocalisés ; rôle/place du médecin Vigie Age par rapport au médecin généraliste...). Malgré les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre sur le terrain, les professionnels interrogés font part de leur satisfaction de participer au dispositif et confirment son utilité pour les patients. Ils estiment que l'expérimentation Vigie Age participe à éviter et/ou raccourcir les hospitalisations, le passage aux urgences, le recours au SAMU/pompiers, les institutionnalisations ; qu'elle contribue au maintien à domicile, à la coordination des différents intervenants, à accélérer les sorties (accès ambulatoire privilégié, accès facilité au parcours hospitalier...), constitue une offre supplémentaire dans les orientations d'aval des urgences. Vigie Age est bien intégré et bien accepté dans les pratiques hospitalières mais demande un temps d'implémentation, d'acculturation et d'appropriation important. Les patients ou leurs aidants reconnaissent globalement l'intérêt de ce dispositif et se déclarent satisfaits. La réactivité de l'équipe de télésurveillance est soulignée par les acteurs. Le système d'information de Vigie Age fait l'objet d'évolutions régulières pour être plus accessible à tous les acteurs impliqués et intégrer les différents modules d'extraction ou tableaux de bord nécessaires.

Les principales modifications du cahier des charges sont :

- Le CH d'Argenteuil rejoint les équipes du CH Rives de Seine et CH de la Porte Verte en remplacement de l'Hôpital Léopold Bellan pour la région Ile de France.
- Le nombre de patients à inclure pour la région Ile de France est de 3 094 patients. Une extension de Vigie Age en Centre Val de Loire prévoit l'inclusion de 600 patients.
- Le budget global de l'expérimentation au titre des prestations dérogatoires hors part conditionnelle est actualisé au regard du nombre de patients à inclure, les crédits d'amorçage et d'ingénierie sont inchangés en Ile de France.

Selon l'INSEE<sup>1</sup>, si les tendances démographiques et l'amélioration de l'état de santé se poursuivaient, la France compterait 4 millions de seniors en perte d'autonomie en 2050, soit 16,4 % des seniors. Pour maintenir constant le pourcentage de personnes en établissement, il faudrait que le nombre de places en hébergement permanent en établissements pour personnes âgées augmente de 20 % d'ici à 2030 et de plus de 50 % à l'horizon 2050. En 2019, la DREES<sup>2</sup> recensait 12,9 millions de patients hospitalisés, dont 19% de personnes de 75 ans et plus.

Actuellement, les acteurs sont confrontés à des difficultés entre les prises en charge hospitalières, focalisées autour d'un plateau technique avec expertise pluri professionnelle et surveillance continue, et les prises en charge au domicile, où les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) manquent d'appui médical. En ville, les médecins traitants se font rares et manquent de temps et de moyens pour gérer des situations complexes, c'est-à-dire des situations associant des troubles somatiques, cognitifs et psychiques à des difficultés sociales, notamment l'épuisement de l'aidant.

Les ruptures de parcours pour des personnes âgées polypathologiques instables sont multiples et aggravent la perte d'autonomie.

### **Objet de l'expérimentation**

L'expérimentation Vigie-Age propose une alternative aux personnes âgées de 70 ans ou plus, polypathologiques et en situation clinique et cognitive instable avec perte d'autonomie ou en situation complexe, en permettant leur maintien à domicile. Il a pour objectif d'éviter une hospitalisation ou d'en diminuer la durée puis le cas échéant de gérer et prévenir des décompensations aiguës à répétition.

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

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

Une phase pilote autour de l'hôpital de Puteaux (CHRDS), d'une durée d'un an, a fait la preuve de la faisabilité avec 100 patients inclus, et de l'intérêt de cette organisation innovante : satisfaction des familles et des professionnels ; réactivité du dispositif ; diminution des hospitalisations ; test des outils, procédures et modules de formation ; inclusions croissantes au fur et à mesure de l'information des acteurs de terrain.

### **Recevabilité du projet au titre de l'article 51**

#### *Finalité organisationnelle*

Le projet soumis est recevable en ce qu'il vise l'émergence d'une organisation et de modalités de financement innovantes pour la prise en charge des patients âgés polypathologiques à domicile par télésurveillance en permettant la fluidité de la prise en charge et la coordination des acteurs hospitaliers et libéraux en ville tout en garantissant la qualité, la pertinence, la sécurité des soins, le confort des patients et l'efficacité des soins.

#### *Dérogation*

Le projet Vigie Age est recevable en ce qu'il déroge aux règles de rémunération des établissements de santé, des SSIAD et des professionnels de santé en proposant d'une part quatre forfaitisations par patient couvrant de la télésurveillance, de la gestion et coordination des parcours de soins GAD, AMAD 1 et AMAD 2 et une part complémentaire conditionnelle. A ce titre, il déroge aux articles L.162-1-7, L. 162-22-6, L. 162-26 et L. 4113-5 du code de la sécurité sociale et de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles.

---

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

<sup>2</sup> Les établissements de santé- édition 2021 ; PANORAMAS de la DREES, Juillet 2021

## Détermination de la portée de l'expérimentation proposée

Le champ d'application de l'expérimentation est régional. Il concerne la région Ile de France, dans les départements 92, 75 et 78.

## Modalités de financement du projet

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

- Un forfait annuel de télésurveillance socle à hauteur de 132€, qui couvre la mise à disposition d'une prestation de télésurveillance de premier niveau pour une durée d'un an
- Un forfait Vigie Age qui intègre les spécificités de l'activité de télésurveillance liées au profil des patients âgés poly pathologiques et dépendants, ainsi que le suivi des patients par les équipes médicales et paramédicales (819€ pour GAD, 1 362€ pour AMAD 1 et 3 298€ pour AMAD 2)
- Une part conditionnelle complémentaire au forfait, versée sur la base du ratio des profils de soins. Une évaluation des niveaux de soins est réalisée par le porteur à l'aide du référentiel PATHOS pour toute admission. Une coupe PATHOS est réalisée par l'ARS une fois par an pour valider les profils de soins. Un ratio de profils de soins T2/Profils de soins T2, R2, CH, M2, S1 supérieur à 50% déclenche l'attribution de cette part conditionnelle.

### Le budget initial

Le budget total initial demandé pour les 3 ans du projet Vigie-Age était de 6 126 661€ dont 5 867 261€ au titre du FISS (y compris la part conditionnelle) et 259 400€ au titre du FIR sur la base d'une file active de 4 704 patients.

	Forfait	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Nb de patients inclus		1 302	1 701	1 701	4 704
Dont en GAD		1 190	1 557	1 557	4 304
Dont en AMAD 1		56	72	72	200
Dont en AMAD 2		56	72	72	200
Forfait TLS socle	132,00 €	171 864,00 €	224 532,00 €	224 532,00 €	620 928,00 €
Forfait GAD	819,00 €	974 610,00 €	1 275 183,00 €	1 275 183,00 €	3 524 976,00 €
Forfait AMAD 1	1 362,00 €	167 798,40 €	215 740,80 €	215 740,80 €	599 280,00 €
Forfait AMAD 2	3 298,00 €	184 688,00 €	237 456,00 €	237 456,00 €	659 600,00 €
<b>Part conditionnelle (FISS)</b>		<b>128 007,00 €</b>	<b>167 235,00 €</b>	<b>167 235,00 €</b>	<b>462 477,00 €</b>
<b>Total prestations dérogatoires (FISS) HORS part conditionnelle</b>		<b>1 498 960,40 €</b>	<b>1 952 911,80 €</b>	<b>1 952 911,80 €</b>	<b>5 404 784,00 €</b>
<b>Total CAI (FIR)</b>		<b>157 000,00 €</b>	<b>51 200,00 €</b>	<b>51 200,00 €</b>	<b>259 400,00 €</b>
<b>Total expérimentation (FISS+FIR) HORS part conditionnelle</b>		<b>1 655 960,40 €</b>	<b>2 004 111,80 €</b>	<b>2 004 111,80 €</b>	<b>5 664 184,00 €</b>
<b>Total expérimentation (FISS+FIR) y compris part conditionnelle</b>		<b>1 783 967,40 €</b>	<b>2 171 346,80 €</b>	<b>2 171 346,80 €</b>	<b>6 126 661,00 €</b>

### Le besoin de financement actualisé

Le budget total actualisé est de 5 368 648€, dont 4 687 384€ au titre du FISS (hors part conditionnelle) et 259 400€ au titre du FIR sur la base d'une file active de 3 094 patients.

	Forfait	nombre TOTAL de forfaits facturés en date de soins entre le 16/02/22 et le 05/01/24	Prévisionnel du 6 janvier 2024	Total
		IDF	IDF	IDF
Nb de patients inclus	nombre de patients + renouvellements	620	2 474	3 094
Dont en GAD		445	2 309	2 754
Dont en AMAD 1		308	138	446
Dont en AMAD 2		162	120	282
Forfait TLS socle	132 €	81 840 €	326 568 €	408 408 €
Forfait GAD	819 €	364 455 €	1 891 071 €	2 255 526 €
Forfait AMAD 1	1 362 €	755 093 €	338 321 €	1 093 414 €
Forfait AMAD 2	3 298 €	534 276 €	395 760 €	930 036 €
<b>Part conditionnelle</b>		<b>156 210 €</b>	<b>265 655 €</b>	<b>421 865 €</b>
<b>Total prestations dérogatoires (FISS) HORS part conditionnelle</b>		<b>1 735 664 €</b>	<b>2 951 720 €</b>	<b>4 687 384 €</b>
<b>Total CAI (FIR)</b>		<b>157 000 €</b>	<b>102 400 €</b>	<b>259 400 €</b>
<b>Total expérimentation (FISS+FIR) HORS part conditionnelle</b>		<b>1 892 664 €</b>	<b>3 054 120 €</b>	<b>4 946 784 €</b>
<b>Total expérimentation (FISS+FIR) y compris part conditionnelle</b>		<b>2 048 874 €</b>	<b>3 319 775 €</b>	<b>5 368 648 €</b>
<b>part conditionnelle à verser</b>				

### Durée de l'expérimentation

L'expérimentation est autorisée pour une durée inchangée de 3 ans à compter de la date d'inclusion du 1er patient, soit jusqu'au 15 février 2025.

### Modalités d'évaluation

L'évaluation est réalisée sous la responsabilité de la DREES et de la CNAM.

Le nombre prévu de patients en Ile de France cumulés à ceux de Centre Val de Loire sur une durée totale de 3 ans pour les sites franciliens, apparaissent suffisants pour observer les éventuels impacts liés aux nouvelles modalités de prise en charge mises en place dans le cadre du dispositif expérimental.

L'évaluation cherchera à observer comment le dispositif Vigie-Age se met en place, sa capacité à atteindre les objectifs définis dans le cahier des charges et les possibilités de son déploiement à une plus grande échelle.

L'évaluation permettra notamment d'éclairer les éléments suivants :

#### Concernant la faisabilité / l'opérationnalité du dispositif :

- La bonne montée en charge de l'expérimentation, l'adhésion des patients et de leurs familles au dispositif (nombre de patients inclus, nombre de séjours non finis) ;
- La formation des professionnels impliqués à un nouveau mode organisationnel de coopération et de prise en charge et à l'utilisation des outils technologiques en télésanté ;
- L'acquisition et l'installation des dispositifs médicaux et domotiques concernés au domicile des patients ;
- L'adaptation, le déploiement et l'usage des outils technologiques en télésanté : plateforme numérique de surveillance à distance, solutions domotiques et dispositifs médicaux connectés portés par le patient ;
- La disponibilité 24h/24 et 7j/7 des équipes mobiles de surveillance et de coordination de la réponse ;
- L'augmentation du nombre de patients âgés suivis par un gériatre ;
- L'articulation avec les dispositifs existants de suivi du patient âgé.

#### Concernant l'efficacité et l'efficience :

- L'effectivité de la collaboration et du partage d'information entre les professionnels du réseau médical, paramédical et social du patient ;

- Le maintien sécurisé à domicile du patient et le retardement de son institutionnalisation;
- L'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité du patient ;
- La réduction du nombre d'hospitalisations inconfortables et du risque d'iatrogénie associé sans perte de chance par la sécurisation au domicile 24H/7J et le tamponnage opérationnel des ressources de ville ;
- La réduction du nombre de passages aux services d'accueil des urgences (SAU) pour les patients inclus ;
- La qualité du suivi et l'effectivité d'anticipation d'éventuelles aggravations de l'état de santé des patients par détection de signaux faibles via l'analyse des données disponibles sur la plateforme de télésurveillance ;
- La fluidité de la sortie du patient du dispositif et la satisfaction des parties prenantes avec cette transition.
- La satisfaction des patients et l'amélioration de leur qualité de vie, ainsi que celles de leurs aidants ;
- L'amélioration des conditions de travail des professionnels de santé auprès des seniors et leur satisfaction envers le dispositif.

**Concernant la reproductibilité du dispositif :**

- Les dispositifs préexistants qui ont facilité la mise en œuvre du dispositif ayant facilité la mise en place du dispositif ;
- L'acceptabilité du dispositif au regard des patients et des acteurs du soin ;
- Le bon dimensionnement du forfait au regard des besoins et des soins effectivement prodigués ;
- Les freins et leviers spécifiques à l'implémentation du programme dans les différents types d'établissements de santé participant à l'expérimentation.

**Avis sur le projet d'expérimentation :**

- *Faisabilité opérationnelle* : les résultats intermédiaires ont démontré l'effectivité et la pertinence de l'organisation proposée, mais ils ont mis en exergue un temps d'implémentation et d'acculturation important.
- *Caractère efficient* : la prise en charge dans leur globalité des situations complexes, au-delà des critères purement qualitatifs au bénéfice du sujet âgé, va permettre une réduction du nombre de passages aux urgences, d'hospitalisations (admission en unité de gériatrie aigüe (UGA) et autres services), d'hospitalisations évitables et d'admissions en unité de soins de longue durée (USLD). L'impact économique attendu est une réduction des coûts globaux, le dispositif proposant une solution de prise en charge dont le coût est inférieur pour le bénéficiaire et la collectivité à une admission en USLD ou en EPHAD ou à une hospitalisation. Pour 100 patients pris en charge pendant la phase pilote, les premières estimations ont fait état de 900 000€ d'économies (diminution des passages aux urgences, réduction des hospitalisations et diminution des durées moyennes de séjour en cas d'hospitalisation).
- *Caractère innovant* : au regard de ces enjeux majeurs que représentent le vieillissement de la population et la prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance, les dispositifs permettant de prolonger le maintien à domicile dans des conditions sécurisées, personnalisées et adaptées aux besoins des personnes âgées apparaissent comme une réponse innovante à déployer sur les territoires avec une expertise gériatrique accessible à domicile et réactive.
- *Caractère de reproductibilité* : L'intégration du CH d'Argenteuil permet de tester la transférabilité du dispositif.

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique émet un avis favorable à la modification de l'expérimentation par la Directrice Générale de l'ARS Ile de France dans les conditions précisées par le cahier des charges modifié.

**Pour le comité technique**

Natacha Lemaire  
Rapporteuse Générale