



**PREFECTURE
REGION ILE DE
FRANCE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°IDF-024-2025-02

PUBLIÉ LE 12 FÉVRIER 2025

Sommaire

Agence Régionale de Santé / Agence régionale de santé d'Ile-de-France-Direction de l'Innovation, de la Recherche et de la Transformation numérique

IDF-2025-02-11-00008 - Arrêté n° DIRNOV-2025/03 portant
modification de l'arrêté n° DIRNOV-2021-05 relatif au projet
d'expérimentation "VIIGIE-AGE - Création et évaluation d'une
Filière de soins gériatriques (aigue et chronique) connectée à
domicile" en Ile-de-France (59 pages)

Page 3

Agence Régionale de Santé / Direction Veille et Sécurité Sanitaires

IDF-2025-02-11-00007 - Décision n° DVSS - QSPHARMBIO - 2024/131
portant modification de l'autorisation de la pharmacie à usage intérieur
de la Clinique Jouvenet (3 pages)

Page 63

Préfecture de la région d'Ile-de-France, préfecture de Paris-Secrétariat général aux politiques publiques / Direction des affaires juridiques

IDF-2025-02-07-00007 - Arrêté fixant le montant des aides de l'État
pour les Parcours Emploi Compétences sous la forme de Contrats
Unique??d'Insertion - Contrats d'Accompagnement dans l'Emploi
(CUI-CAE) du secteur non marchand. (4 pages)

Page 67

IDF-2025-02-10-00006 - Décision portant mise en oeuvre du projet de
voie réservée aux mobilités collectives??en phase ? Héritage sur
les autoroutes A1 et A13 (2 pages)

Page 72

Agence Régionale de Santé

IDF-2025-02-11-00008

Arrêté n° DIRNOV-2025/03 portant modification
de l'arrêté n° DIRNOV-2021-05 relatif au projet
d'expérimentation "VIIGIE-AGE - Création et
évaluation d'une Filière de soins gériatriques
(aigue et chronique) connectée à domicile" en
Ile-de-France

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ ÎLE-DE-FRANCE

ARRÊTÉ N° DIRNOV-2025/03

**Portant modification de l'arrêté n° DIRNOV-2021-05 relatif au projet d'expérimentation
« VIGIE-AGE - Création et évaluation d'une Filière de soins gériatriques (aiguë et
chronique) connectée à domicile » en Ile-de-France**

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ D'ÎLE-DE-FRANCE

- VU** la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 et plus particulièrement son article 51 ;
- VU** le décret du 10 avril 2024 portant nomination de Monsieur Denis ROBIN, directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France, à compter du 29 avril 2024 ;
- VU** le décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale ;
- VU** la circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 ;
- VU** l'arrêté ARS Ile-de-France n° DIRNOV-2021-05 relatif au projet d'expérimentation « VIGIE-AGE - Création et évaluation d'une Filière de soins gériatriques (aiguë et chronique) connectée à domicile » en Ile-de-France, publié au RAA le 29 décembre 2021;
- VU** le cahier des charges modifié portant le projet d'expérimentation article 51 « VIGIE-AGE - Création et évaluation d'une Filière de soins gériatriques (aiguë et chronique) connectée à domicile » en Ile-de-France, annexé au présent arrêté ;
- VU** l'avis modificatif du Comité technique de l'innovation en santé du 11 février 2025 sur le projet d'expérimentation sur l'expérimentation Vigie Age - Ile-de-France ;

ARRÊTE

- ARTICLE 1 :** L'article 3 de l'arrêté n° DIRNOV-2021-05 publié le 29 décembre 2021 est modifié comme suit : La durée d'expérimentation autorisée est de 38 mois compte tenu des enjeux d'engagement des ressources humaines sur le projet et d'un délai minimum pour réaliser l'évaluation de cette expérimentation en vue d'une généralisation.

- ARTICLE 2 :** Le cahier des charges modifié susvisé de l'expérimentation intitulée « VIGIE-AGE - Création et évaluation d'une Filière de soins gériatriques (aiguë et chronique) connectée à domicile » annexé au présent arrêté remplace le cahier des charges annexé à l'arrêté n° DIRNOV-2021-05 du 29 décembre 2021
- ARTICLE 3 :** La Direction de l'Innovation, de la Recherche et de la Transformation Numérique est chargée de l'exécution de la présente décision qui sera notifiée et publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région.
- ARTICLE 4 :** Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication. La juridiction administrative compétente peut être saisie par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr

Fait à Saint-Denis, le 11/02/2025

P/Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
Île-de-France
Denis ROBIN
La Directrice Générale Adjointe
Sophie MARTINON

SIGNE

Projet « VIGIE AGE »



Création et évaluation d'une Filière de soins gériatriques (aigüe et chronique) connectée à domicile :

Maintien à domicile de la personne âgée

**- en début de perte d'autonomie ou en situation de dépendance - isolée ou non -
à risque d'hospitalisations régulières ou de décompensation**

Résumé du projet

Vigie-Age propose d'éviter une hospitalisation ou de la raccourcir pour des personnes âgées de 70 ans ou plus, polypathologiques et en situation clinique et cognitive instable avec perte d'autonomie ou en situation complexe (ex : l'aidant ne suffit plus à apporter le soutien nécessaire), puis le cas échéant de gérer et prévenir des décompensations aiguës à répétition.

Ce parcours repose sur le suivi médical et médico-social collaboratif d'une équipe soignante pluridisciplinaire dédiée agissant aussi bien en surveillance à distance qu'en intervention mobile support 24H/7J. Des solutions domotiques et des dispositifs médicaux connectés portés par le patient sont analysés par elles et participent à l'adaptation et à la précocité de la réponse.

Le maintien à domicile est permis grâce à la mise en œuvre d'un trépied :

- **expertise gériatrique hospitalière** réactive mise à disposition au domicile, permettant d'ajuster les traitements au jour le jour ;
- **soins paramédicaux à domicile** facilités par l'appui médical permettant de mieux gérer les interventions, fournis par un SSIAD et des libéraux ;
- **structure d'assistance, de coordination et d'implémentation du plan personnalisé de santé** (médicale et psycho-sociale) avec sécurisation des personnes 24h/7j, reposant sur une plateforme numérique analysant des données fournies automatiquement par des objets connectés, et une plateforme humaine composée de questionnaires du PPS de profils médicaux et paramédicaux.

Le médecin traitant peut ainsi reprendre sa place naturelle dans le cercle de soins et se concentrer sur le suivi médical global, grâce à l'appui apporté par Vigie-Age.

Le projet prend en compte l'aspect humain et prévoit notamment l'intégration des professionnels, formés à un nouveau mode organisationnel de prise en charge et à l'utilisation des nouvelles technologies en télésanté.

Les objectifs affichés sont :

- améliorer la qualité de vie effective et ressentie du patient et de son entourage

- améliorer les conditions de travail des professionnels de santé auprès des seniors (réengager le médecin traitant dans le suivi des seniors, accompagner les paramédicaux intervenant au domicile)
- éviter les hospitalisations inutiles et la rupture de parcours des patients seniors en début de perte d'autonomie
- permettre le maintien à domicile de patients relevant actuellement de l'USLD du fait d'une polypathologie complexe et à risque d'instabilité (multi-hospitalisations annuelles)
- faire faire des économies au système de santé

Une phase pilote autour de l'hôpital de Puteaux (CHRD), d'une durée d'un an à partir d'août 2020, a fait la preuve de la faisabilité et de l'intérêt de cette organisation innovante : 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.

A terme, ce nouveau système :

- permettra d'éviter des passages non nécessaires au service d'accueil des urgences (SAU), une réduction du temps passé par les personnes âgées au SAU sur brancard et d'éviter ou raccourcir des hospitalisations (retours directs ou précoces à domicile et remise à disposition de lits hospitaliers sans perte de chance par sécurisation au domicile 24/7 et tamponnage opérationnel des ressources de ville).
- servira le maintien à domicile du sujet âgé, de manière sécurisée pour lui ou ses aidants, quelle que soit sa situation de maladie, de dépendance ou d'isolement, par le suivi de paramètres d'évolution en situation instable et l'anticipation d'aggravation par détection de signaux faibles ; la sollicitation adaptée des professionnels habituels du patient et la possibilité « d'intervention tampon » en cas d'indisponibilité.
- participera à l'amélioration des échanges d'information entre les professionnels du réseau médical, paramédical et social du patient (médecin traitant, infirmiers et kinés libéraux, assistante sociale, etc ; structures de coordination Maia, Clic, CCAS, conseil départemental ; famille et entourage ; ...) par sa responsabilité dans l'actualisation des informations médicales sur les plateformes nationales et la transmission des bonnes informations aux bonnes ressources.

Etat des lieux du projet en fin d'année 2023 :

Les résultats intermédiaires ont montré que l'expérimentation Vigie Age déployée en Ile-de-France depuis février 2022, 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 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 (MG)...).

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.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	
Régional	x
National	

CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :

	Cocher la case
Organisation innovante	X
Financement innovant	X
Pertinence des produits de santé	

DATE DES VERSIONS :

V1 : 07/01/2020

V2 : 10/01/2020

V3 : 27/05/2020

V4 : 30/07/2020

V5 : 19/10/2020

V6 : 05/01/202

V7 : 07/06/2021

V8 : 14/06/2021

V9 : 03/09/2021

V10 : 24/09/2021

V11 : 01/10/2021

V12 : 19/11/2021

V13 : 25/11/2021

V14 : 30/11/2021

V15 : 02/12/2021

V16 : 15/12/2021

V17 : 19/09/2023

V18 : 26/09/2023

V19 : 28/09/2023

V20 : 07/11/2023

V21 : 09/11/2023

V22 : 19/01/2024

V23 :13/02/2024

V24 :08/01/2025

SOMMAIRE

1. Les porteurs et partenaires du projet	9
1.1 La société EPOCA	9
1.2 Le territoire Nord 92 (Hauts-de-Seine)	9
1.2.1 Le Centre hospitalier Rives-de-Seine (CHRDS)	9
1.2.2 Le SSIAD de Courbevoie : la SAPA	10
1.2.3 Le SSIAD de Neuilly-sur-Seine : l'ANSIAD	10
1.2.4 Le SSIAD d'Asnières sur Seine : fondation Aulagnier	10
1.3 Le territoire du 95	10
1.4 Le territoire du Grand Versailles (Yvelines)	11
1.4.1 L'hôpital La Porte Verte (78)	11
1.4.2 Le SSIAD Solidarité Versailles Grand Age -Lépine Versailles	11
2 Contexte et constats	12
2.1 Augmentation des ruptures de parcours avec l'avancée en âge	12
2.2 Problématiques du parcours actuel	12
2.3 Une alternative : le modèle nordique ?	13
3 Objet de l'expérimentation (résumé)	13
3.1 Objectifs de Vigie-Age	14
3.1.1 Objectifs stratégiques	14
3.2 Description du projet	15
3.2.1 Le concept Vigie-Age	15
3.2.2 Les 3 parcours Vigie-Age	16
3.2.3 GAD : gériatrie aigüe à domicile	16
3.2.4 AMAD 1 et 2 : accompagnement médicalisé à domicile	16
3.2.5 Complémentarité des 3 parcours	17
3.3 Population cible	18
3.3.1 Critères d'admission en GAD	18
3.3.2 Critères d'admission en AMAD 1 ou 2	20
3.4 Effectifs de patients concernés par l'expérimentation	20
4 Acteurs de Vigie-Age	21
4.1 L'expertise gériatrique fournie par l'hôpital	21
4.2 Des renforts de soins à domicile	21
4.3 Une société de télésurveillance et de coordination qui fournit :	22
4.4 Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation	23

4.5	Terrains d'expérimentation.....	24
4.6	Durée de l'expérimentation	24
4.7	Gouvernance et suivi de la mise en œuvre	24
5	Description des parcours.....	24
5.1	Le parcours de soins GAD.....	24
5.1.1	Le parcours GAD étape par étape	25
5.1.2	L'admission en GAD.....	25
5.1.3	Le suivi GAD au quotidien.....	26
5.1.4	Fin du parcours GAD.....	27
5.2	Le parcours AMAD.....	27
5.2.1	Le parcours AMAD étape par étape	27
5.2.2	Le suivi AMAD 1 ou 2 au quotidien	27
5.2.3	Fin du parcours AMAD 1 ou AMAD 2	28
5.3	L'appui de la télémédecine pour les parcours GAD/AMAD	29
5.4	Articulation avec l'existant.....	30
6	Financement de l'expérimentation	32
6.1	Modèle de financement	32
6.2	Modalité de financement de la prise en charge proposée	34
7	Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation	35
7.1	Aux règles de financements de droit commun	35
7.2	Aux règles d'organisation de l'offre de soins	35
8	Impacts attendus.....	35
8.1	Impact en termes de service rendu aux patients.....	35
8.2	Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services.....	35
8.3	Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé.....	36
9	Modalités d'évaluation proposées de l'expérimentation	36
9.1	Objectifs opérationnels de l'expérimentation et démarche évaluative associée.....	36
9.1.1	Améliorer la qualité de vie du patient.....	36
9.1.2	Améliorer la qualité de vie des aidants	36
9.1.3	Améliorer l'exercice des médecins traitants et des soignants à domicile	36
9.1.4	Réduire les hospitalisations et les passages aux urgences.....	37
9.1.5	Limiter ou retarder les entrées en EHPAD ou en USLD.....	37
9.1.6	Améliorer la « performance » de l'expertise médicale.....	37
9.1.7	Economies pour la collectivité.....	37
9.2	Indicateurs proposés	38

10	Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel	39
11	Liens d'intérêts	41
12	Projet régional de la région IDF	42
12.1	Effectifs de patients concernés par l'expérimentation	42
12.2	Modalités de financement de l'expérimentation.....	42
12.2.1	Financement FIR	42
12.2.2	Financement FISS	43
12.2.4	Répartition des forfaits entre les acteurs en fonction des ETP	45
13	ANNEXES.....	46
	Activité.....	51
	Réactivité de la mise en œuvre du dispositif	55
	Diminution des hospitalisations et des passages aux urgences.....	55
	Economies générées.....	55
	Satisfaction des patients et de leurs aidants.....	55
	Satisfaction des professionnels de santé	56

NOM DU PORTEUR :

- Centre Hospitalier Rives De Seine (CHRDS-92)

NOM des PARTENAIRES :

- Société EPOCA
- Centre Hospitalier d'Argenteuil (95)
- Hôpital La Porte Verte (78)
- CH Chartres (28)
- SSIAD Courbevoie (SAPA) ; SSIAD Neuilly (ANSIAD), SSIAD d'Asnières, SSIAD d'Aulagnier, Service Parisien d'aide et de soins à domicile Léopold Bellan, SSIAD Lepine

PERSONNES / CONTACTS :

- **Dr Christine CHANSIAUX-BUCALO** (Cheffe du pôle gériatrique du CHRDS)
 - cchansiaux@ch-rivesdeseine.fr - 01 49 04 31 41
- **Mme Valérie Pons Prêtre** (Directrice du CHRDS)
 - vponspretre@ch-rivesdeseine.fr - 01 49 04 31 41
- **Dr Elise CABANES** (Présidente EPOCA)
 - elise@epoca.health - 06 10 84 88 12

1. Les porteurs et partenaires du projet

Le projet Vigie-Âge est issu initialement d'une collaboration débutée en 2019 entre le **centre hospitalier Rives de Seine (CHRDS-92)** et la **société EPOCA**, jeune entreprise medicotechnique, en partenariat avec le **SSIAD de la SAPA**.

La rencontre entre le Dr Christine CHANSIAUX BUCALO, cheffe du pôle gériatrique du CHRDS, et le Dr Elise Cabanes, présidente et fondatrice d'EPOCA, a permis de concrétiser la création d'un dispositif innovant visant un virage ambulatoire gériatrique.

Par la suite, **l'Hôpital de la Porte Verte (78)**, le CH d'Argenteuil ainsi que le CH de Chartres se sont montrés très intéressés par ce projet innovant puisqu'ils partagent les mêmes problématiques que le CHRDS.

Vigie-Age comprend ainsi 4 territoires d'expérimentation avec à chaque fois un centre hospitalier pour l'expertise médicale, un ou plusieurs SSIAD pour les soins à domicile et la plateforme numérique et humaine de la société EPOCA :

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

D'autres acteurs locaux du Nord 92 (médecins traitants, pharmacie de ville, CCAS, DAC, etc.) se sont associés au fur et à mesure de la phase pilote. Ce sera également le cas pour les 2 autres territoires.

1.1 La société EPOCA

La société EPOCA est une jeune entreprise médico-technologique fondée en avril 2019. Dans le cadre du projet Vigie-Age, EPOCA met à disposition sa plateforme de **télésurveillance et de télé-coordination** avec sa technologie évaluée et son équipe de gestionnaires des projets personnalisés de soins.

1.2 Le territoire Nord 92 (Hauts-de-Seine)

1.2.1 Le Centre hospitalier Rives-de-Seine (CHRDS)

Le CHRDS est un établissement de santé public qui regroupe 3 centres hospitaliers : Neuilly sur Seine, Courbevoie et Puteaux. Il dessert un bassin de population d'environ 209 000 habitants.

Le service des urgences adultes compte environ 35 000 passages par an. Son service de gériatrie comprend 200 lits, répartis sur 2 sites :

- Courbevoie avec 57 lits d'UGA qui ont généré 1 759 hospitalisations en 2018 et un SSR de 53 lits ayant accueilli 363 patients en 2018.
- Puteaux avec 88 lits en ULSD, dont le taux de renouvellement annuel est d'environ 50%.

Le pôle de gériatrie du Centre Hospitalier Rives De Seine travaille depuis 2017 en lien avec les urgences des hôpitaux de Beaujon et Bichat pour permettre d'améliorer leur aval et avec l'hôpital Foch en aval des urgences et du « *Stroke center* » pour faciliter la prise en charge des patients âgés des filières Nord 92 et Centre-nord 92.

1.2.2 Le SSIAD de Courbevoie : la SAPA

La **SAPA** (Soins Aux Personnes Agées) est une association Loi 1901, créée le 2 mars 1981. La SAPA gère un service de soins infirmiers à domicile de 100 places et une équipe spécialisée Alzheimer.

1.2.3 Le SSIAD de Neuilly-sur-Seine : l'ANSIAD

L'**ANSIAD** est une association Loi 1901 non reconnue d'utilité publique, créée le 07 octobre 1985, qui gère un SSIAD de 171 places pour personnes âgées et 10 places pour personnes avec handicap, maladie Alzheimer ou assimilée.

1.2.4 Le SSIAD d'Asnières sur Seine : fondation Aulagnier

La **fondation Aulagnier** est un établissement public médico-social autonome de ressort communal qui gère plusieurs établissements :

- un EHPAD de 160 places dont 14 lits d'Unité d'Hébergement Renforcée ;
- un SSIAD de 107 places dont 10 places pour personnes handicapées ;
- un accueil de jour de 30 places orientées vers l'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies neuro dégénératives ;
- une plateforme d'accompagnement et de répit à destination des aidants.

La fondation AULAGNIER fait partie du Groupement de coopération social et médico-social PASAPAH regroupant 10 établissements publics autonomes du département des Hauts de Seine. À ce titre, elle travaille en étroite collaboration avec les partenaires du territoire tels que : la DAC 92, l'HAD et les centres hospitaliers voisins. Ces partenariats permettent de répondre aux besoins évolutifs des usagers accueillis au sein de la structure.

1.3 Le territoire du 95

Le centre hospitalier d'Argenteuil est un établissement public de santé proposant une offre de soins complète.

L'établissement répond aux besoins sanitaires de la population sur un bassin de vie de près de 300 000 habitants.

Il compte 651 lits (438 lits MCO, 71 en SSR, 48 en psychiatrie, 94 en USLD) et emploie près de 2 500 professionnels au service des patients (dont près de 450 médecins et internes et 1 500 soignants).

Le centre hospitalier d'Argenteuil, c'est entre autres :

- Une activité non programmée élevée : plus de 100 000 passages aux urgences/an.
- Une activité de recherche et d'enseignement : service universitaire de psychiatrie de l'adolescent, centre de recherche clinique, accueil près de 100 internes.
- Une offre étoffée de gériatrie : consultation mémoire, EMG, court séjour, UPOG labellisée, SSR, USLD, en lien avec la filière gériatrique portée par le GHEM.
- Une activité de psychiatrie de secteur : 3 secteurs de psychiatrie adultes

1.4 Le territoire du Grand Versailles (Yvelines)

1.4.1 L'hôpital La Porte Verte (78)

L'hôpital La Porte Verte est un hôpital privé non lucratif de 275 lits et places, implanté à Versailles. Il fait partie du réseau UNIVI.

L'hôpital de la Porte Verte est spécialisé dans la prise en charge gériatrique et assure un des avals gériatriques principaux des services d'urgence du centre hospitalier André-Mignot et des hôpitaux privés Ramsay-Santé de Versailles (Franciscaines) et de Parly 2 au Chesnay. L'hôpital dispose d'une offre hospitalière gériatrique diversifiée : services de courts séjours gériatriques et onco-gériatriques, avec lits identifiés en soins palliatifs et neuro-gériatrie, hôpital de jour et SSR, centre mémoire. L'hôpital pilote également des consultations spécialisées de gériatrie par télémedecine au profit de plusieurs EHPAD ainsi que du télésuivi plaie et cicatrisation.

1.4.2 Le SSIAD Solidarité Versailles Grand Age -Lépine Versailles

Placé au cœur de la ville de Versailles Grand Parc, le Pôle Gérontologique Lépine Versailles offre un ensemble de services à domicile et en hébergement, destinés à des personnes en perte d'autonomie. Sous le statut innovant d'une SCIC (Société Coopérative d'Intérêt Collectif), associant les bénéficiaires et leur famille, les salariés, les partenaires du territoire (La Porte Verte, CH Mignot), l'association Habitat et Humanisme (H&H) et la Ville de Versailles (CCAS) au Conseil d'Administration, le Pôle propose :

- 135 places de SSIAD de jour (Soins Infirmiers à Domicile), 15 places de SSIAD de nuit,
- 15 places d'une équipe spécialisée Alzheimer (ESA),
- 12 places d'accueil de jour,
- 112 logements en EHPAD dont 2 places d'urgence et un PASA de 14 places (de jour et de nuit).

2 Contexte et constats

2.1 Augmentation des ruptures de parcours avec l'avancée en âge

Actuellement, **il est constaté un vide** entre les prises en charge hospitalières, focalisées autour d'un plateau technique avec expertise pluriprofessionnelle 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.

Ce vide crée des ruptures de parcours **pour des personnes âgées polypathologiques instables avec diminution progressive de l'autonomie**, envoyées à répétition aux services d'accueil des urgences (SAU) en raison du risque à rester au domicile mais sans réelle nécessité du niveau de prise en charge hospitalier. En attendant d'organiser un environnement avec coordination et sécurité renforcées, ces personnes se retrouvent dans des services inadaptés faute de place dans les unités gériatriques aiguës, débordées, dont le rôle est de produire des bilans spécialisés. Le risque iatrogène de complications liées à l'hospitalisation est connu, d'autant plus marqué en situation d'épidémie, et aggrave la perte d'autonomie.

Or le progrès médical permet désormais la survie de personnes malgré l'accumulation de plusieurs pathologies chroniques et la perte d'autonomie. Révolutions démographique et épidémiologique vont submerger le système de santé de personnes âgées instables en situation complexe dans les années à venir.

Selon l'ATIH¹, les plus de 70 ans représentent aujourd'hui **29 % des séjours hospitaliers en services de soins** aigus, soit près de 5,4 millions de séjours par an, et devraient dépasser 50 % du recours hospitalier en 2030.

Même si les progrès de la médecine, la prévention et l'amélioration des conditions de vie devraient contribuer à faire diminuer la prévalence, la hausse annuelle du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie devrait doubler entre aujourd'hui et 2030, passant de 20 000 à 40 000 par an. Leur nombre s'élèverait à 2,3 millions en 2050, contre 1,3 millions en 2015.

Avec la diminution du nombre de médecins traitants en ville, les patients ont désormais souvent recours à l'hôpital en tant que centre de soins primaires (urgences fréquemment saturées, hospitalisations « sociales » / d'isolement), ce qui désorganise les établissements et met à mal leur efficience sans compter les surcoûts engendrés.

2.2 Problématiques du parcours actuel

Le parcours d'une personne âgée de 70 ans ou plus, polypathologique complexe, se caractérise par des **cycles d'hospitalisations réguliers** qui s'accroissent jusqu'à la fin de sa vie.

En ville, ces patients nécessitent un suivi médical renforcé et régulier afin d'adapter leurs traitements à leur état de santé, avec recours réguliers à une expertise gériatrique. Faute de disponibilité suffisante du médecin traitant et de la quasi-inexistence de gériatres en ville, le patient âgé polypathologique en perte d'autonomie est conduit à l'hôpital pour ses épisodes de décompensation.

¹ ATIH = Agence technique de l'information sur l'hospitalisation <https://www.atih.sante.fr/>

Trop souvent, après un passage aux urgences de moins de 24 heures, le patient est hospitalisé dans un service non spécialisé faute de place en gériatrie. Le patient âgé requiert pour sa sortie d'hospitalisation des conditions circonstancielles dont l'obtention est complexe :

- Le patient doit être stable et sevré des supports médicaux (oxygène, perfusion, etc.), sevrage qui est toujours prolongé contrairement à des patients plus jeunes ; 90 % de ces situations ne correspondent pas aux critères d'hospitalisation à domicile (HAD) actuels;
- La prolongation d'une hospitalisation au-delà de 5 jours voit une nette augmentation du risque de iatrogénie dans cette population - iatrogénie qui va elle-même prolonger l'hospitalisation et favoriser l'apparition d'autres effets indésirables. Aujourd'hui 50 % des patients âgés hospitalisés sont en perte d'autonomie à la sortie d'hospitalisation^{2 3};
- Une sortie précoce a montré son efficacité quant à la réduction de cette iatrogénie et de l'impact de l'hospitalisation sur la perte d'autonomie. Cependant, elle entraîne une nette augmentation des taux de ré-hospitalisation ;
- L'évaluation de l'autonomie du patient pour sa sortie doit être ajustée à l'instauration d'un support médico-social adéquat à son retour. Plusieurs paramètres impactent la qualité de la mise en place d'aval : l'instabilité de l'autonomie au moment de la sortie et donc l'évolutivité du besoin réel du patient à son domicile ; la disponibilité des supports à mettre en place au moment exact de la sortie ; le suivi et les réévaluations de leur mise en place.

2.3 Une alternative : le modèle nordique ?

Mis en place depuis plus de 10 ans, le projet nordique⁴ permet le maintien à domicile de personnes âgées avec des hospitalisations courtes (environ 3 jours), grâce à l'appui d'une aide technologique importante au domicile afin d'optimiser les passages soignants au moment le plus utile, sans perte de chance pour le patient. Ce dispositif a permis d'éviter la construction de nouveaux EHPAD depuis 10 ans et de diminuer le nombre de lits d'hospitalisation malgré le vieillissement de la population.

On note dans ce modèle :

- un effort d'investissement important (5,6 milliards d'€ sur un budget national de santé de 26 milliards d'€)
- l'implication des acteurs locaux dans le projet, dont les municipalités.
- un appui fort pour des innovations comportementales et technologiques permettant prévention et précocité diagnostique, thérapeutique et une réduction des transports ; fort investissement dans la formation digitale des professionnels ;
- une concentration du tertiaire en pôles santé de grande dimension à polarisation hautement technologique et prise en charge largement ambulatoire sécurisée par des solutions connectées avec un nombre de professionnels de santé qui reste l'un des plus important d'Europe.

3 Objet de l'expérimentation (résumé)

Vigie-Age est une organisation innovante des acteurs habituels de la gériatrie qui s'appuie sur les nouvelles technologies et de nouvelles organisations humaines pour diminuer les passages aux urgences et les hospitalisations des personnes âgées de 70 ans et plus, polypathologiques.

² Rapport de l'atelier grand âge et autonomie – Ministère des Solidarités et de la Santé - https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee_14_fev_2018_3_docx.pdf

³ Prévenir la perte d'indépendance iatrogène liée à l'hospitalisation - HAS septembre 2017

⁴ Action plan age friendly city Oslo: Safe and diversified care of older people

Elle permet le décroisement ville-hôpital, la mise à disposition de l'expertise gériatrique vers la ville et le soutien des équipes soignantes à domicile notamment dans la gestion des épisodes de décompensation des patients.

Grâce à une plateforme de télésurveillance basée 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 et opérée par une équipe médicale et paramédicale 24h/7j, Vigie-Age permet d'améliorer le dépistage précoce de la dégradation de l'état de santé, d'organiser la réponse médicale, paramédicale et/ou médicosociale adéquate et rapide au domicile du patient, et d'en suivre l'évolution, la réévaluation comme l'implémentation des décisions, en lien avec le médecin traitant, l'expertise gériatrique hospitalière et les paramédicaux habituels du patient.

Ainsi, ce n'est pas seulement le dépistage et le signalement qu'assume la télésurveillance Vigie-Age, mais bien une coordination globale, une conciliation multidimensionnelle tant médicamenteuse, sociale, que technologique et professionnelle, qui visent à garantir le meilleur soin à un coût maîtrisé.

3.1 Objectifs de Vigie-Age

3.1.1 Objectifs stratégiques

Tout en permettant des gains d'efficacité par une réduction des journées d'hospitalisation, Vigie-Age améliore la qualité de vie des patients et de leur entourage ainsi que la qualité de vie au travail des professionnels.

La solution Vigie-Age crée une organisation innovante de la prise en charge à domicile autour du patient en s'appuyant sur une plateforme numérique et humaine de surveillance, de coordination des soins et d'implémentation du parcours personnalisé de santé. Le médecin traitant reste l'acteur principal de la prise en charge de son patient âgé, mais se voit simplifier la tâche grâce à l'analyse des données du patient et à l'appui apporté par la surveillance, l'expertise et la planification.

Il s'agit, sous un horizon de 3 ans, **de faire évoluer de façon radicale le paradigme de la prise en charge du patient âgé polypathologique en permettant son maintien à domicile prolongé et sécurisé, dans un environnement connu et rassurant** sans perte de chance pour le patient. Le projet proposé permettra également de réduire la pression des seniors sur les SAU et les services de gériatrie aiguë en les désengorgeant. Enfin, il contribuera à diminuer voire ralentir la construction de nouvelles USLD ou d'EHPAD.

L'expérimentation proposée favorise ainsi la prise en charge multidisciplinaire à domicile des patients âgés, avec des réductions de coûts pour le système de santé, tout en améliorant la prévention et en bénéficiant de soins quantitativement et qualitativement identiques à l'hospitalisation classique. Par ailleurs, l'organisation mise en place permettra :

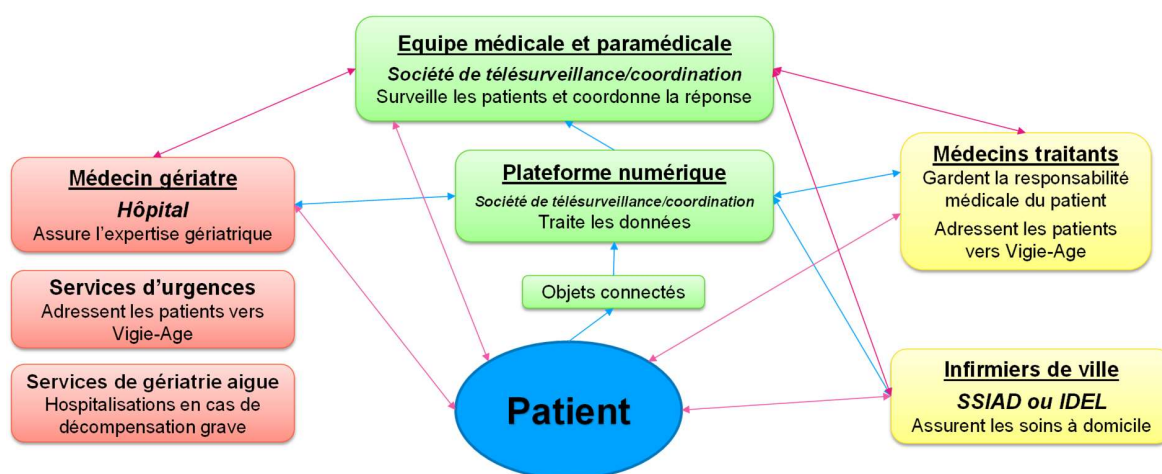
- L'acculturation digitale des professionnels de santé de façon intégrée et recentrée sur la prise en charge ambulatoire du patient (amélioration des interventions en termes de pertinence, qualité et quantité) ;
- l'évolution des habitudes de travail et la rupture de l'isolement des personnels soignants (Médecin/IDE) dans les prises en charge complexes et le réengagement pour la prise en charge des seniors, grâce à une coordination structurée ville/hôpital, conduisant à une meilleure qualité des pratiques.

Les objectifs opérationnels, découlant des objectifs stratégiques, sont présentés dans le chapitre 11 : Modalités proposées d'évaluation de l'expérimentation.

3.2 Description du projet

3.2.1 Le concept Vigie-Age

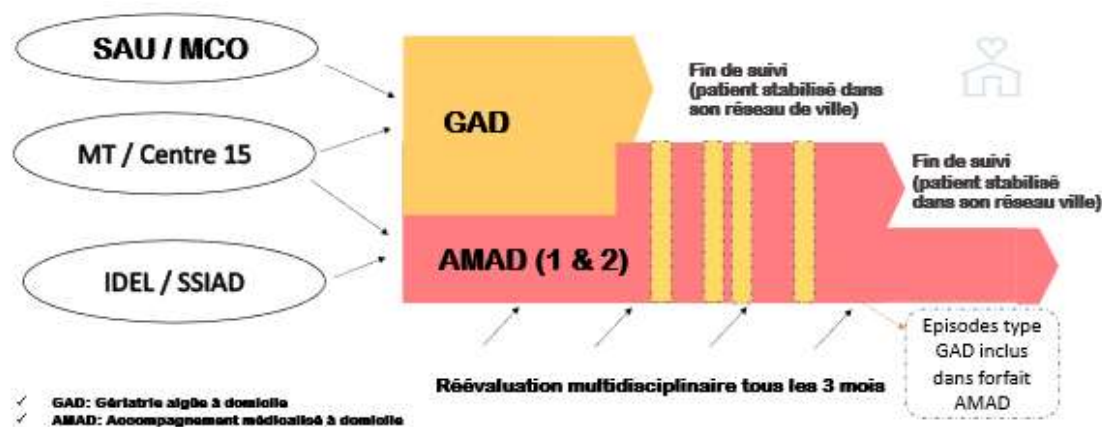
L'innovation Vigie-Age repose sur le suivi permanent des constantes du patient grâce à des objets connectés, une plateforme de télé surveillance analysant les données remontées et créant des alertes et une équipe médicale et paramédicale pour confirmer les alertes et coordonner les interventions au domicile. Le patient peut également appeler ou être appelé en permanence via des dispositifs connectés portés, ce qui sécurise encore plus le maintien à domicile.



3.2.2 Les 3 parcours Vigie-Age

Afin de répondre aux différents besoins du patient en fonction de son niveau polypathologique ou de dépendance, 3 parcours différents de prise en charge Vigie-Age ont été imaginés : GAD (parcours de gériatrie aiguë à domicile) AMAD 1 et 2 (parcours d'accompagnement médicalisé à domicile).

Parcours Domicile Art 51 : articulation GAD et AMAD



3.2.3 GAD : gériatrie aiguë à domicile

Le séjour GAD remplace un séjour hospitalier en MCO en cas d'épisode aigu d'un patient âgé correspondant aux critères d'inclusion/exclusion CCMU⁵ 1 à 3, ou raccourcit un séjour hospitalier pour les patients plus lourds.

Un épisode aigu nécessite un suivi médical renforcé avec des données de patients remontées en permanence et des avis médicaux journaliers pour adapter les traitements nécessaires. Ce suivi au domicile n'était pas possible avant Vigie-Age faute de remontées de données en permanence, faute de disponibilité des médecins traitants et faute d'avis d'expertise gériatrique. Ces carences expliquent l'adressage quasi-systématique aux hôpitaux.

Le dispositif Vigie-Age rend les prises en charge aiguës possibles au domicile des patients en simplifiant le travail du médecin traitant.

L'entrée en séjour GAD se fait sur demande du médecin traitant, des infirmiers de ville, du Centre 15, depuis le service d'urgences ou l'unité gériatrique aiguë.

3.2.4 AMAD 1 et 2 : accompagnement médicalisé à domicile

Les séjours AMAD ont 2 fonctions :

- 1) permettre le suivi du patient après une phase aiguë (GAD ou MCO) afin d'assurer que le patient est revenu à l'état antérieur à l'épisode. Il est alors complémentaire au séjour GAD, avec un suivi médical allégé et d'une durée moyenne de 3 à 5 mois.
- 2) assurer le suivi médicalisé au long cours des patients requérants multi-hospitalisés afin de prévenir les épisodes de décompensation et d'éviter des hospitalisations. Les suivis

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

AMAD 1/2, de durée longue, peuvent aller jusqu'à la fin de la vie ou une entrée en EHPAD si le maintien à domicile n'est plus possible.

Les séjours AMAD assument le suivi au long cours et les épisodes aigus de type GAD survenant au décours. Ils s'apparentent à une télésurveillance et une télé-coordination sanitaire et médico-sociale de la polypathologie gériatrique avec des évaluations régulières.

La différence entre AMAD 1 et AMAD 2 est liée à l'intensité des interventions.

- AMAD 1 : patients âgés polypathologiques complexes **autonomes ou semi-autonomes**
- AMAD 2 : patients âgés polypathologiques complexes **en situation de dépendance**

3.2.5 Complémentarité des 3 parcours

Les séjours de télésurveillance au long cours AMAD concernent les patients âgés polypathologiques avec hospitalisations régulières, dans l'objectif de prévenir et limiter les épisodes de décompensation. Les séjours GAD concernent les patients non suivis en AMAD.

Le schéma ci-dessous compare le parcours de vie des patients âgés de manière simplifiée (sans tenir compte notamment des hospitalisations en traumatologie), avec une augmentation de la fréquence des hospitalisations avec l'avancée en âge. Avec Vigie-Age, les passages aux urgences et les hospitalisations en gériatrie se réduisent car remplacées par une prise en charge à domicile en GAD et en AMAD court. En intégrant un AMAD au long cours, grâce à la plateforme prédictive numérique (analyse des données des objets connectés) et la réactivité de l'équipe de télésurveillance et de télé-coordination, le concept est d'intervenir auprès du patient dès les premiers signes indiquant une décompensation afin de l'éviter, de l'atténuer et de la prendre en charge précocement. On peut donc imaginer une diminution et un espacement des épisodes de décompensation améliorant ainsi la qualité de vie du patient, voire allongeant son espérance de vie en bonne santé.

Avant Vigie-Age



Avec Vigie-Age dans un suivi ponctuel



Avec Vigie-Age dans un suivi au long cours



3.3 Population cible

La démence même sévère, la solitude au domicile, ou les 2 à la fois, ainsi que l'épuisement de l'aidant principal, ne sont pas des contre-indications au dispositif. Au contraire ces populations sont les grands bénéficiaires de Vigie-Age.

3.3.1 Critères d'admission en GAD

- Age $\geq$ 70 ans GIR 1 à 6
- Accord du patient ou de son représentant légal
- ISAR $\geq$ 2 ou ISAR 1 avec suivi d'oxygénothérapie
- CCMU 2 à 3 (absence de signe de gravité mais risque d'instabilité possible) dont l'hospitalisation serait incontournable en l'absence d'une surveillance médicalisée 24/7 temporaire
 - Risque rupture de parcours, isolement social et/ou troubles cognitifs
 - Covid débutant avec terrain à risque ou sous oxygénothérapie en phase de sevrage
 - Risque de décompensation secondaire ou polypathologie modérée à sévère
- Si besoin d'examens complémentaires : disponibles en ville ou HDJ et délai acceptable $\geq$ 24h
- Absence de critères d'exclusion :
 - Pas de risque suicidaire ou de fugue
 - Pas de troubles comportementaux (agressivité importante)
 - Pas de suivi ou critères HAD
 - Patient non-SDF vivant en zone de couverture du dispositif

Un algorithme simple est fourni aux prescripteurs du dispositif afin de fluidifier le déclenchement du dispositif et l'appel du médecin gériatre hospitalier en charge du dispositif.

Algorithme d'inclusion (Gériatrie Aiguë à Domicile)

Patient âgé de 70 ans ou plus, consentant (patient/tuteur) et habitant en zone de couverture Vigie Age		
oui		non
Absence de critères d'exclusion (R. suicidaire / R. fugue / suivi HAD en place / Patient S.D.F)		
oui		non
Absence de signes de gravité FC < 50/mn ou > 120/mn, AS < 100 ou > 200 aux 2 bras, FR < 10/mn ou > 25/mn, SpO2 < à 90% hors Respiratoire, Sueurs, marbrures, somnolence, Dyspnée (cyanose, ventilation bruyante, tirage, balancement, parole difficile), Douleurs aiguës et intenses, Modification de la conscience, Convulsions, Paralyse ou impotence d'apparition BRUTALE		
oui		non
Ex. complémentaires nécessaires = disponibles en ville, en HDJ ou délai > 36h OK		
oui		non
Surveillance monitorée / Encadrement médical / paramédical nécessaire ou souhaitable (Instabilité ou Risque de décompensation secondaire, Patient polypathologique, Patient Covid, Patient isolé, situation sociale incertaine, risque de rupture de parcours, besoin mise en place O2ttt, aides diverses en sus de la surveillance)		
oui		non
En l'absence du dispositif, le patient serait-il hospitalisé ou gardé en surveillance ?		
oui		Non
OK demande d'admission GAD	Le patient est-il à risque de ré hospitalisation précoce (J7/M1) ou de rupture de parcours ?	
	OK demande d'admission GAD	Pas de demande d'admission GAD

3.3.2 Critères d'admission en AMAD 1 ou 2

- Age ≥ 70 ans
- Accord du patient ou de son représentant légal
- Accessibilité du domicile et acceptation par le patient ou sa famille de la pose d'une boîte connectée (wifi préexistant non nécessaire)
- Absence de critère d'exclusion que sont :
 - o patient suivi HAD ou EHPAD hors les murs ou indication à prise en charge HAD/EHPAD hors les murs
 - o patient sans domicile fixe (SDF) ou troubles du comportement agressif ou risque suicidaire ou fugue
- AMAD1 :
 - Polypathologie (> 2 organes vitaux) complexe, modérée à sévère, avec décompensations multiples et multimodales du patient semi ou autonome : GIR 4 à 6 (classiquement : hospitalisé $\geq$ à 2 fois durant les 12 derniers mois (stabilisation médicale et dépistage précoce des décompensations) hors dispositif)
 - Polypathologie à risque d'instabilité médicale intermédiaire, de « décompensation » sociale ou rupture de parcours du patient isolé atteint de troubles cognitifs ayant été hospitalisé au moins 2 fois au cours des 12 derniers mois
- AMAD2 :
 - Polypathologie complexe modérée à sévère avec décompensations multiples et multimodales du patient dépendant (GIR 1 à 3) - isolé ou non, atteint de démence ou non, aidant épuisé ou non.

Pour chaque admission une évaluation du niveau de soins nécessaires sera réalisée à l'aide du référentiel PATHOS.

3.4 Effectifs de patients concernés par l'expérimentation

Le nombre de patients a été déterminé à partir de la capacité d'absorption des actes moyens nécessaires par jour et par territoire de manière à occuper pleinement les postes de professionnels créés.

Nombre de places

	GAD	AMAD1	AMAD2
92 Nord	12	25	25
Grand Versailles	12	25	25
Argenteuil	10	50	50
Nombre total de places	34	100	100

Nombre total de patients suivis

	Réalisé du 16/02/2022 au 5 janvier 2025	Prévisionnel sur la durée totale de l'expérimentation
	IDF	IDF
Nb de patients	1 502	3 094
Dont en GAD*	867	2 754
Dont en AMAD 1*	395	446
Dont en AMAD 2*	240	282
* Total + renouvellements		

4 Acteurs de Vigie-Age

Les porteurs et partenaires du projet VIGIE AGE proposent une organisation innovante du parcours de soin des seniors visant à décloisonner le système de santé pour cette population en permettant la sollicitation collaborative des effecteurs de ville et d'hôpital suivant les légitimités/disponibilités territoriales, afin de répondre aux 3 parcours structurés sus-décrits. Par rapport au suivi habituel du patient à son domicile par son médecin traitant et ses infirmiers de ville, le dispositif Vigie-Age ajoute les effecteurs de soins suivants :

4.1 L'expertise gériatrique fournie par l'hôpital

L'expertise gériatrique n'existe pas en ville. Or, elle est indispensable pour accompagner le médecin traitant dans le maintien à domicile du patient âgé.

Le médecin gériatre est recruté par l'hôpital. Dans le cadre de Vigie-Age, il réalise le suivi médical continu du patient en lien avec le médecin traitant via des télé-consultations ou de la télé-expertise ; il peut être amené à se déplacer au domicile du patient (équipe mobile gériatrique).

Il est en lien permanent avec les paramédicaux mobiles du dispositif (SSIAD/IDEL), la plateforme de surveillance et de coordination et autant que de besoin avec le médecin traitant du patient.

4.2 Des renforts de soins à domicile

Les patients suivis peuvent bénéficier ou continuer à bénéficier des soins habituels fournis par les SSIAD (infirmiers ou aides-soignants) ou les infirmiers libéraux. Dans le cadre de Vigie-Age, ces soins intègrent la coordination autour du PPS du patient.

L'organisation Vigie-Age nécessite néanmoins un renfort de soins infirmiers lié soit à la spécificité du modèle (évaluation paramédicale d'admission, RDV de sortie, disponibilité 24h/7j), soit à des besoins ponctuels (situation urgente déclenchée par la plateforme de coordination, indisponibilité de l'IDEL, attente de la mise en place de l'équipe habituelle du SSIAD). Ces besoins, notamment la disponibilité rapide et 24h/7j, nécessite du personnel infirmier spécifique fourni soit par le SSIAD, soit par l'équipe mobile de gériatrie de l'hôpital.

4.3 Une société de télésurveillance et de coordination qui fournit :

- Les **objets connectés** sécurisés et adaptés aux besoins du patient, domotiques ou dispositifs médicaux, qui remontent des données variées jusqu'à des constantes en continu ;
- Une **plateforme numérique, elle-même dispositif médical**, pour prévenir les risques de décompensation ; elle analyse les données remontées par les objets connectés et génère des signalements d'anomalie en fonction de seuils personnalisés (reposant sur des algorithmes métiers prescrits par les professionnels). Les professionnels de santé de ville et hospitaliers ont accès aux données de la plateforme afin d'améliorer le suivi continu du patient. La plateforme pourra également remonter les données vers l'Espace numérique en santé du patient.
- Une **équipe de surveillance et de coordination** de la réponse, créée et gérée par une équipe médicale. Elle analyse les données remontées sur la plateforme numérique et confirme les besoins d'intervention médicale ou paramédicale. Elle déclenche la réponse nécessaire et suit l'évolution. Elle gère également la prise en charge psycho-sociale du patient.

Elle est principalement composée de « gestionnaires de projet personnalisé de santé (PPS) » du patient au profil principalement soignant (aide-soignant ou IDE) nécessaire au traitement de données médicales. Leur rôle est d'assurer l'implémentation pratique du PPS défini avec le patient, son médecin traitant, ses aidants et l'équipe gériatrique du dispositif (organisation RDV, transport, renouvellement, etc.) ; de suivre les données, déclencher et coordonner les interventions des professionnels du domicile, en assurer la continuité et le suivi ; garantir l'exhaustivité, la disponibilité et la transmissibilité sécurisée de l'information du patient (dossiers DMP/PTA (Terr-eSanté), contact et information patient / entourage familial et professionnel) ; de gérer le dossier social du patient. Ils sont soutenus dans leur travail par un médecin régulateur qui a pour rôle de superviser le PPS, garantir la qualité et la mise à jour des protocoles et procédures utiles en lien avec les gériatres du dispositif et de confirmer le besoin d'intervention des professionnels du dispositif ou de ville mais ne prescrit pas.

Au-delà d'une simple réponse technologique, la plateforme humaine est indispensable pour soutenir le médecin traitant qui n'a pas le temps disponible aujourd'hui pour assurer seul le dépistage, la surveillance, l'organisation et l'implémentation de l'ensemble des décisions qu'il prend, des soins et interventions qu'il prescrit / nécessaires au maintien sécurisé des seniors polypathologiques à domicile.

4.4 Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation

Les moyens humains sont adaptés aux besoins

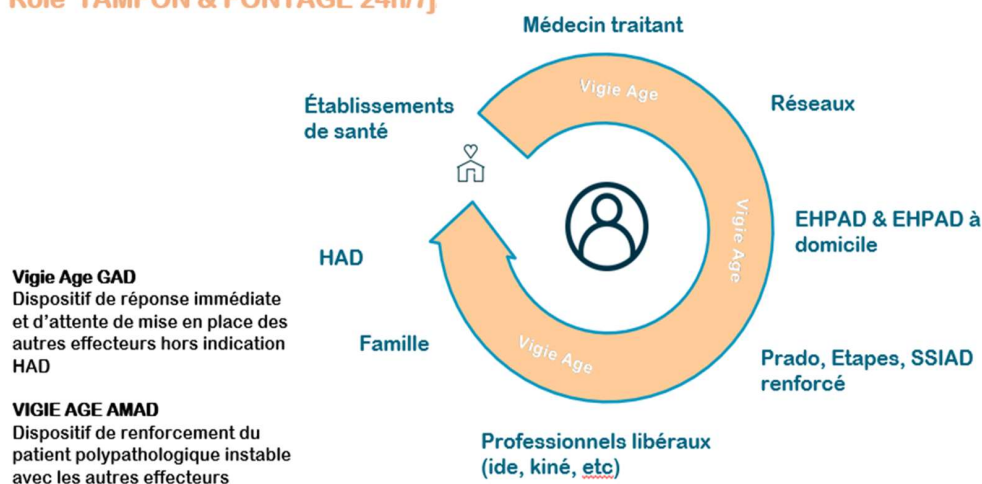
	Hôpital	SSIAD	IDEL	PSC
Médecin gériatre 8/24	X			
Médecin de garde (nuit / WE)	X			
Soins infirmiers habituels Jour		X	X	
Soins de nursing habituels Jour		X	X	
Renfort IDE Vigie-Age Jour		X		
Soins infirmiers de nuit		X	X	
Gestionnaire PPS				X
Médecin régulateur non-prescripteur				X

PSC : Plateforme de surveillance et de coordination
X Complément d'effecteurs Vigie-Age entrant dans les forfaits

L'articulation des acteurs existants au sein des dispositifs en vigueur et des expérimentations en cours et la place « tampon » que pourra assumer VIGIE AGE est schématisée ci-dessous :

Articulation des acteurs :

Rôle TAMPON & PONTAGE 24h/7j



4.5 Terrains d'expérimentation

- Département 92 (Puteaux/Colombes/Courbevoie/Neuilly/La Garenne Colombes/Asnières/Levallois)
- Département 75 (Paris 14-15)
- Département 78 (Grand Versailles)

4.6 Durée de l'expérimentation

La durée d'expérimentation autorisée est de 38 mois compte tenu des enjeux d'engagement des ressources humaines sur le projet et d'un délai minimum pour réaliser l'évaluation de cette expérimentation en vue d'une généralisation.

L'intégration des CH d'Argenteuil en cours d'expérimentation n'entraîne pas de modification de la durée d'expérimentation.

4.7 Gouvernance et suivi de la mise en œuvre

Les éléments de gouvernance pour le pilote seront revus avec l'équipe article 51 :

- ✓ Table stratégique : directeurs de sites +/- les directions de SSIAD
- ✓ Tables opérationnelles par site : direction et opérations locales transversales + MT / IDEL / PTA - DAC
- ✓ Un comité scientifique sera constitué dès validation de l'expérimentation art. 51 incluant un représentant des usagers et des experts gériatres extérieurs au dispositif dont :
 - Le Professeur Olivier Hanon, Président du Gérodiff et PUPH à l'APHP ;
 - La Professeure Nathalie Salles, Présidente de la société française de télémedecine, Vice-présidente de la société française de gérontologie, PUPH au CHU de Bordeaux ;
 - La Docteure Catherine Legall, Cheffe du service des urgences du CH d'Argenteuil.

L'importance pour les porteurs est la mise en évidence qu'un modèle souple et flexible, porté suivant les légitimités territoriales par différentes instances et établissements, est un modèle français efficace et adaptatif.

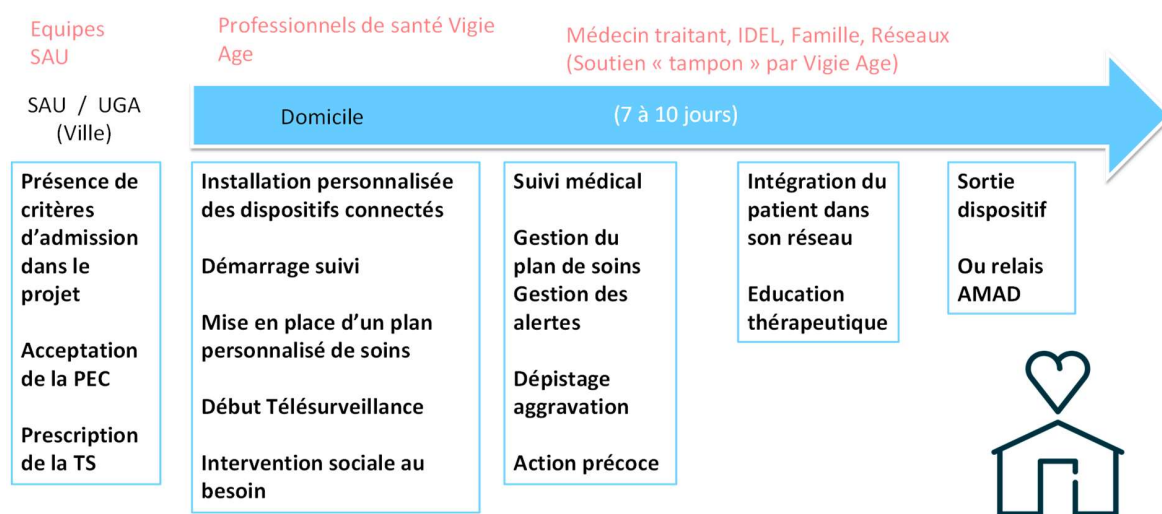
5 Description des parcours

5.1 Le parcours de soins GAD

La GAD propose une prise en charge à domicile en situation aigüe suivant des critères balisés. Elle permettra l'éviction d'hospitalisation pour des seniors ne bénéficiant pas actuellement d'une prise en charge gériatrique optimale (hébergement en services non UGA type orthopédie, chirurgie, UHCD, SAU, etc..) ou hospitalisés uniquement du fait de limite de surveillance ou de limite sociale. Elle pourra

aussi au besoin participer à assurer un aval précoce des services de soins aigus (hébergement médicalisé 'chez soi' en aval des SAU/MCO).

5.1.1 Le parcours GAD étape par étape



5.1.2 L'admission en GAD

- Tout patient âgé de 70 ans ou plus correspondant aux critères d'inclusion GAD et d'exclusion se voit proposer l'expérimentation
- Si le patient accepte, l'urgentiste, médecin du MCO ou du centre 15 appelle le médecin gériatre de Vigie-Age.
- Le gériatre valide les critères d'admission, s'assure de la zone d'habitation du patient, remplit la préadmission avec contacts utiles, date/heure RDV domicile
- L'hôpital organise le retour à domicile du patient et s'assure que le médecin délivre la prochaine prise médicamenteuse qui se fera au domicile si prise médicamenteuse indisponible et prise essentielle <12h. Il adresse le dossier médical au dispositif Vigie Age via Terr-eSanté, le patient ou la plateforme de télésurveillance.
- Pendant que le gériatre prend connaissance de l'ensemble du dossier, l'assistante IDE récupère d'éventuels comptes rendus d'hospitalisation (CRH) antérieurs et l'infirmière d'accueil (IDEA) se rend au domicile du patient ou le retrouve au SAU et l'accompagne au domicile ; elle effectue l'admission administrative et soignante, collecte toutes les informations utiles au domicile du patient et contacte l'entourage.
- Le gériatre réalise dans le même temps la première téléconsultation en présence de l'IDEA avec la réalisation de l'examen clinique par visio et dispositifs connectés : stéthoscope, ECG, saturomètre, tensiomètre, thermomètre, balance, glucomètre, etc. Le gériatre, sauf en cas d'urgence médicale, ne se déplace pas à la première consultation. Il se déplacera cependant dans les 48h sur place.
- Une première évaluation sociale est aussi réalisée avec liste d'évaluation ergothérapeutique et générale du domicile permettant d'anticiper les démarches prévisibles. Ces éléments sont transmis au gestionnaire de plan personnalisé de la plateforme de télésurveillance, un télé-entretien fait suite pour mise en relation adaptée avec le réseau / filière.

- L'IDEA et le gériatre définissent le projet thérapeutique et les objectifs de PEC en lien avec le médecin traitant (définition du PPS). Le gériatre réalise les prescriptions de traitement, d'équipements médicaux, d'examens complémentaires si nécessaires, et les éléments personnalisés du kit de dispositifs médicaux et domotiques connectés. Si le patient a les facultés cognitives suffisantes, une tablette 'patient' lui est fournie avec interface simplifiée lui donnant accès à ses photos, loisirs, informations, agenda, météo et informations relatives à sa santé (accès patient sécurisé à la plateforme) permettant un complément de suivi et d'interaction avec ses acteurs de soins
- Le gériatre ou les gestionnaires de PPS avertissent le médecin traitant de la télésurveillance GAD et définit avec lui, le patient et les soignants habituels, le périmètre d'intervention et le plan personnalisé de santé du patient.
- L'ordonnance signée du gériatre ou de l'urgentiste est transmise Via la plateforme de surveillance ou Terr-eSanté à la pharmacie de ville par VIGIE AGE qui assure le suivi des prises à domicile.
- Le gestionnaire de PPS met en place le PPS, assure l'information des effecteurs adéquats (CLIC, SPASAD, SAD, mairies, etc.); il s'assure de l'implémentation dans la durée et correction/sécurisation de la situation et apporte un soutien à la documentation administrative nécessaire auprès du patient/sa famille/son médecin traitant et services départementaux

Remarque : l'acceptation des patients par le médecin gériatre et les admissions au domicile se font de 8h à 22h, 7 jours sur 7.

5.1.3 Le suivi GAD au quotidien

- **Le suivi médical quotidien** par le médecin (Hôpital) et le gestionnaire de PPS (Télésurveillant) se fait par « visite virtuelle » des pancartes /questionnaires /appel patient-MT-famille, déplacement au domicile du patient, téléconsultation ou télé-expertise lors des passages des IDE ou AS habituelles ou du dispositif au domicile. Les prescriptions ne sont idéalement modifiées au maximum qu'une fois par jour. En cas de modification de prescription (ex : récupération à J3 en GAD, à 18h, d'un ECBU positif nécessitant l'introduction d'antibiotique), un passage pour délivrance et réalisation du traitement peut être organisé (dotation minimale).

Les éléments de bilan réalisables à domicile de type DEP, ECG, Auscultation, dépistage SAOS et tensionnel (MAPA), glycémies, sont inclus dans le forfait.

On notera que le dispositif permet des évaluations médicales asynchrones : l'auscultation et la prise de mesure (pouls, TA, Saturation, ECG, EEG, etc.) peuvent être réalisées indépendamment de la disponibilité du médecin, fluidifiant l'activité des IDE (par exemple : auscultation par IDE à 11h avec message au MT => écoute par le MT à 14h et modification de la prescription au besoin ou décision de passage)

- **Suivi IDE** : les IDE de jour (SSIAD) s'organisent en cellules de soins pour la gestion quotidienne soutenue par l'équipe de gestionnaires de PPS de la plateforme. Le suivi scoré de requérance en soins est primordial pour l'organisation du travail. Le patient et/ou sa famille sont informés avant tout passage prévisible.

- **La gestion d'alerte** est gérée par les gestionnaires de PPS sur décision du médecin régulateur. La réponse est adaptée selon la criticité et le besoin. Les professionnels adéquats sont alors sollicités et la plateforme s'assure de l'effectivité de la réponse.
- **Prise en charge sociale** : les gestionnaires de PPS (Télésurveillant) assurent l'implémentation et le suivi des aspects psycho-sociaux du PPS. Ils s'appuient sur les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et services sociaux des hôpitaux du dispositif au besoin.

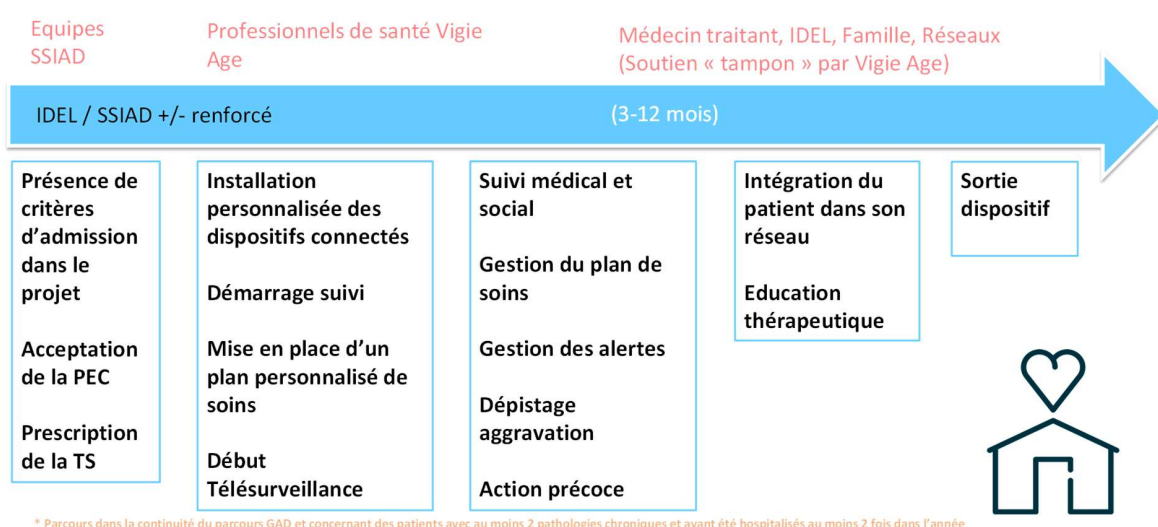
5.1.4 Fin du parcours GAD

Un bilan de fin de suivi est réalisé par le gériatre du dispositif qui rédige un compte rendu de télésurveillance (et au besoin ordonnances de sortie du dispositif). La plateforme met à disposition pour celui-ci l'ensemble des statistiques utiles du patient. Le compte rendu est mis à disposition du patient, son représentant légal et son médecin traitant via la plateforme de télésurveillance et la PTA (Terr-eSanté), à défaut par courrier. Le matériel est repris au domicile par le technicien ou adapté si suivi AMAD en relai.

5.2 Le parcours AMAD

Les parcours AMAD incluent la prise en charge de tous les épisodes aigus type GAD durant la période de suivi et ces dispositifs viennent en complément des aides habituelles du patient.

5.2.1 Le parcours AMAD étape par étape



5.2.2 Le suivi AMAD 1 ou 2 au quotidien

Le modèle AMAD1 ou AMAD2 au quotidien suit les éléments présentés ci-dessus. Ce qui différencie les 2 parcours AMAD 1 et 2 est la consommation des ressources du dispositif ; les besoins de télésurveillance et gestion médicale sont sensiblement identiques (polypathologie de même niveau de gravité). Ce sont la consommation en temps, la gestion médico-sociale et une partie de l'intervention en proximité grâce à un niveau d'autonomie basale conservé qui sont allégés en AMAD 1 par rapport à l'AMAD 2.

Les suivis AMAD au quotidien :

- Le patient vit à domicile.
- L'organisation quotidienne et le suivi sont faits par ses professionnels habituels (médecin traitant, IDE, SSIAD, SAD).
- La télésurveillance médicale, domotique et le lien social sont assurés par le dispositif de façon personnalisée dans le respect de l'intimité, en s'adaptant à l'évolution du patient.
- La plateforme de télésurveillance et de télé-coordination dans le dispositif (gestionnaires de PPS / télé-surveillants) assure la transmission de l'information entre les acteurs dont le médecin, les infirmiers traitants, les aidants professionnels ou non (famille), la pharmacie et le laboratoire habituels du patient, ainsi que la mise en place et le suivi du PPS du patient. Elle assure la gestion de l'alerte par signalement adapté et priorisé des acteurs autour du senior avec rapports réguliers au médecin traitant et sa famille. Il y a intervention tampon par l'équipe SSIAD ou hospitalière partenaire si besoin (indisponibilité des effecteurs habituels, urgence).
- Le support médical est assuré par l'établissement de santé porteur. Au besoin, l'intervention du partenaire SSIAD est sollicitée en particulier lors des épisodes aigus intercurrents (« épisode GAD-like », même modalités, inclus dans le forfait). Objectif : réduction de l'impact organisationnel d'un épisode aigu sur les acteurs réguliers du patient souvent déjà en difficulté.
- Le suivi est ensuite maintenu quel que soit le déplacement géographique temporaire du patient (ex : vacances ou séjour chez les enfants) afin d'assurer la continuité du parcours.
- Un rapport régulier est fourni au médecin traitant et la personne de confiance du patient selon sa volonté, des points d'étape au domicile sont organisés au domicile du patient.
- La durée de suivi dépend de l'instabilité chronique du patient et est réévaluée tous les 3 mois :
 - L'AMAD 1 a une durée moyenne de 6 mois quand la situation est nettement stabilisée et l'éducation thérapeutique du patient suffisante. La durée du séjour AMAD peut aller jusqu'à un an.
 - L'AMAD 2 est une alternative à l'USLD et, de ce fait, généralement de longue durée.

5.2.3 Fin du parcours AMAD 1 ou AMAD 2

Deux possibilités de sortie des parcours AMAD 1 ou 2 :

- Un état de santé incompatible avec le maintien à domicile (nécessitant une admission en structure médico-sociale ou en établissement de santé de façon programmée et organisée).
- Une amélioration de l'état de santé compatible avec un suivi régulier par la médecine de ville.

Deux grandes catégories de patients AMAD1 :

- Patients de profil semi-autonomes instables : critères de sortie identiques à l'AMAD 2.
- Patient de profil aval GAD : souvent profil SSR ou retard de sevrage en oxygène donc sortie habituelle à la première évaluation à 3 mois dans 70% des cas après clôture des points PPS prévus.

Dans le parcours AMAD 2 (patients de profil type USLD), une période de 6 mois sans hospitalisation associée à une clôture des activités du PPS est considérée comme un critère de sortie de suivi.

Dans le cadre de la phase pilote, les premiers questionnaires de post-suivi M1 - M3 - M6 ont permis de commencer à affiner les critères de sortie mais c'est surtout l'expérimentation art 51 qui permettra, à l'échelle, de confirmer ou adapter ces critères.

Vigie-Age s'articulant avec tous les acteurs du maintien à domicile, l'arrêt du dispositif est envisagé précocement et suivi dans le temps (check-list et questionnaires M1, M3, M6 post-fin de suivi).

5.3 L'appui de la télémédecine pour les parcours GAD/AMAD

Le dispositif Vigie-Age repose en grande partie sur la télémédecine au moyen à la fois des pratiques classiques (téléconsultation et télé-expertise), mais également de technologies innovantes développées par la société EPOCA (télésurveillance, téléassistance et régulation médicale).

- **Des dispositifs médicaux et domotiques connectés** et adaptés aux besoins du patient sont installés au domicile du patient (toujours CE. Non DM ; DM classe 1 à DM classe 2a/2b). Leur mise en place est personnalisée pour chaque patient suivant leur autonomie cognitive, leur autonomie physique et leur situation médicale à l'origine de la prise en charge (antécédents médicaux et motifs). Ces outils permettent le dépistage des situations à risque. La gestion des données et les alertes sont assurées par l'équipe Vigie Age.

Les dispositifs connectés et portés par le patient en toute autonomie sont principalement un bracelet ou une montre connectée remontant la fréquence respiratoire, la fréquence cardiaque, la saturation, l'activité, le nombre de pas ; ils permettent les contacts voix avec l'équipe de la plateforme et le déclenchement d'un besoin urgent (SOS).

D'autres dispositifs connectés sont ajoutés en fonction des besoins estimés du patient et manipulés soit par le patient lui-même selon son niveau d'autonomie, soit par son aidant, soit par un professionnel de santé : tensiomètre, saturomètre, glucomètre, balance, ECG et stéthoscope connectés.

- **Une plateforme numérique (« télésurveillance »)** classée dispositif médical de classe 1 (classe 2 en cours) qui analyse les données remontées par les objets connectés et génère des signalements d'anomalie en fonction de seuils personnalisés (reposant sur des algorithmes métiers prescrits par les professionnels).

Cette plateforme innovante a fait l'objet de plusieurs années de recherche et de conception afin de définir les meilleurs algorithmes de décision permettant à la fois une vision prédictive de la dégradation de l'état de santé du patient et le suivi de la réponse par les professionnels de santé.

Les paramètres surveillés et leur modalité de remontée (automatique en 24h/7j ou non, fréquence (toutes les 10min, 4h, durée et espacement) dépendent de la prescription de surveillance du gériatre hospitalier, définie suivant le profil d'autonomie cognitive, physique et le besoin médical du patient qui sont ensuite garantis par le suivi du gestionnaire de PPS.

Les paramètres sont : fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, tension artérielle, saturation en oxygène, auscultation cardio pulmonaire, ECG, glycémie, poids, activités, suivi de routines (lever /coucher /sortie /repas /passages toilettes), sorties, SOS, chutes, questionnaires médicaux multiples orientés vers le patient, ses professionnels ou son aidant principal, événements signalés par l'entourage ou le patient lui-même.

Ainsi par exemples : une décompensation cardiaque sans signe de gravité multi-explorée, en contexte infectieux non grave chez un diabétique traité oralement pourra bénéficier d'un suivi par bracelet avec monitoring du pouls, de la fréquence respiratoire, de la saturation et de l'activité toutes les 20min pendant 4 jours puis toutes les 4h pendant 3 jours, avec un questionnaire de suivi de plaie du diabétique (pour lui, son IDE habituel ou son aidant principal

suivant isolement/troubles cognitifs), une stimulation à l'activité, une surveillance de la variabilité du poids et des glycémies et un support d'éducation thérapeutique et d'adaptation temporaire du support professionnel à domicile. Pour un patient Parkinsonien avec troubles cognitifs, hypotension artérielle orthostatique et fausses routes à répétition : rappels de prises, montre d'appel et surveillance de fréquence cardiaque et pression artérielle avec suivi de blocage/dystonie par questionnaires des professionnels du domicile.

Le gériatre hospitalier, le médecin traitant, les IDE SSIAD du dispositif peuvent adapter les seuils de signalement pour tous les paramètres et leur attacher un niveau de criticité. Le suivi des événements permettra la présentation au professionnel de la qualité des seuils choisis par rapport aux divers événements survenant chez son patient et leur adaptation.

Pour les paramètres des constantes vitales, les seuils normaux sont définis par défaut sur la base des critères d'intervalles normaux de la Haute Autorité de santé (HAS) pour l'adulte. Des seuils de criticité progressive (3 niveaux) leur sont attachés sur les mêmes bases HAS. Le signalement de dépassement de seuil par la plateforme évolue suivant que le seuil est dépassé 1 fois ou plusieurs fois dans un intervalle de temps donné. Les seuils des constantes vitales sont paramétrables et personnalisables pour chaque patient à divers niveaux. Le suivi des routines permet le suivi des phases veille/sommeil du patient ; des seuils nuit et seuils jour peuvent être paramétrés séparément. Enfin des seuils complexes seront par la suite disponibles permettant en sus d'algorithmes d'entraînement de donner la main aux professionnels de santé pour construire leurs seuils de données croisées.

L'ensemble de la réponse à l'anomalie est enregistré (appels, interventions, décisions) et communiqué ; elle nourrit le système.

Les professionnels de santé de ville et hospitaliers ont accès aux données de la plateforme afin d'améliorer le suivi continu du patient. La plateforme pourra également remonter les données vers la plateforme Terr-eSanté (interopérabilité en cours) et l'Espace numérique en santé du patient.

5.4 Articulation avec l'existant

Il est important de différencier le dispositif VIGIE AGE de la solution de télésurveillance médicale EPOCA qui pourra peut-être dans l'avenir être mise au service d'autres dispositifs.

Le positionnement de VIGIE AGE est celui d'un dispositif opérationnel de **surveillance pluridisciplinaire 24h/7j à haute réactivité** (déployable en moins de 6 heures⁶). Il vise à « tamponner » et soutenir les ressources de ville dont le temps de mise à disposition en relai pour le patient peut fortement varier suivant les ressources et le territoire concerné.

✓ PRADO

Initié en 2010, Prado (programme d'accompagnement du retour à domicile) est un service d'accompagnement qui permet à des patients éligibles à une sortie d'hôpital d'être mis en relation avec des professionnels de santé de ville qui les prennent en charge au retour à domicile. Aucun suivi n'est organisé.

⁶ D'après les résultats de la phase pilote (cf 7)

✓ Télésurveillance

La télésurveillance est rémunérée dans le droit commun depuis le 1^{er} juillet 2023. Elle concerne 6 monopathologies l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale, l'insuffisance respiratoire, le diabète, l'oncologie et l'arythmie cardiaque

Vigie-Age est le pendant polypathologique senior en télésurveillance, la polypathologie intriquée même non sévère étant le principal facteur d'hospitalisation et de recours au SAU du senior (et non la monopathologie sévère pure).

Le suivi de Vigie-Age dans GAD comprend peu de télésurveillance. La télésurveillance mise en place dans les séjours AMAD est renforcée et adaptée à des profils polypathologiques et dépendants, grâce à un accompagnement multi-dimensionnel opérationnel avec remontée automatique des données.

	Télésurveillance	AMAD
Pathologie	Mono	Polypathologique
Niveau de dépendance	Autonome ou semi-autonome	Autonome à très dépendant
Adapté à l'isolement social ?	OK si aidant	OK sans aidant
Démence possible ?	Non	Oui
Remontées des données patients	Par le patient	Automatique
Organisation du système	Réactivité	Proactivité
Coordination PPS ?	Non	Complète
Contacts humains avec la plateforme	Rares	Fréquents
Régulation de la réponse	Minime et automatisée vers un médecin	Coordination et suivi complets de la réponse

✓ EHPAD à domicile

Les Ehpad à domicile ou Ehpad hors les murs sont des alternatives à l'Ehpad qui sont au stade de l'expérimentation (DRAD dans l'article 51) dans une poignée d'établissements ou services français. Cela consiste à utiliser les ressources de l'Ehpad ou à coordonner des services de ville équivalents à ceux offerts en EHPAD (soins, repas, ménage, etc.) pour prendre en charge des personnes âgées dépendantes vivant dans leur domicile. Les équipes et services de l'Ehpad assurent le service qui serait autrement pris en charge par le dispositif habituel SAAD + Infirmière et parfois se reposent sur ces éléments préexistants.

Le programme AMAD de VIGIE AGE est à distinguer du service de télésurveillance (qui peut effectivement participer au besoin d'une « EHPAD hors les murs »).

Le dispositif AMAD peut être approché comme le support médical et médico-social flexible d'une « USLD hors les murs », pendant complexe et lourd de l'EHPAD à domicile. Les patients AMAD 2 seraient autrement des patients institutionnalisés en USLD (ou en EHPAD avec fréquentes réhospitalisations). Son efficience

réside dans la télémétrie et le suivi 24h/7j des patients à distance même seuls à domicile, isolés socialement et/ou atteints de troubles cognitifs, permettant ainsi l'amélioration des passages des professionnels médicaux et médico-sociaux en fonction des besoins ; le dépistage précoce des épisodes infectieux et des périodes de douleur entraînent une pro-action immédiate avec un personnel formé aux situations d'urgence en ville. Son couplage à la GAD permet la gestion au sein du suivi AMAD de tout épisode aigu de décompensation à domicile sans surcoût (forfait). Cette organisation rassure et soulage l'aidant principal et améliore sa qualité de vie.

✓ HAD

L'hospitalisation à domicile - HAD - est une hospitalisation à temps complet au cours de laquelle les soins sont effectués au domicile de la personne. L'HAD couvre l'ensemble du territoire national. Elle assure des soins non réalisables en ville (trop complexes, trop intenses ou trop techniques) et médicalisés (médecin coordonnateur et équipe pluridisciplinaire).

VIGIE AGE ne répond pas à une indisponibilité de l'HAD mais à un virage ambulatoire gériatrique devant permettre l'exercice efficace de la gériatrie en ville avec une réactivité très courte (dans les 6h). Vigie Age renforce l'existant professionnel du patient de façon flexible et adaptée aux épisodes de décompensation aiguë sans s'y substituer. L'expertise gériatrique rapide mobilisée par Vigie-Age s'adresse justement au patient fragile instable n'ayant pas de critères HAD mais néanmoins multi-hospitalisé et au patient aigu nécessitant une surveillance continue 24h/7j temporaire avec réévaluation et adaptation thérapeutique fréquentes sans abord complexe.

Ainsi quelques patients issus de l'hôpital suivi au cours de la phase pilote de VIGIE AGE ont été préalablement proposés par l'hôpital à l'HAD et avaient été refusés car ne correspondant pas aux critères d'inclusion. L'HAD et la GAD s'adressent à des profils de patients, des situations médicales et des intensités de soins différents. Leurs indications ne sont pas superposables.

En cas de nécessité d'hospitalisation, Vigie-Age fait dans ce cas appel soit à l'HAD, notamment pour la fin de vie, soit aux établissements de santé, selon les situations.

6 Financement de l'expérimentation

6.1 Modèle de financement

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

- **Un forfait annuel de télésurveillance socle**
 - Le forfait annuel de Télésurveillance Socle couvre la mise à disposition d'une prestation de télésurveillance de premier niveau, pour une durée d'un an. Elle comprend la mise à disposition de la solution de télésurveillance. Celle-ci est composée d'une interface patient et d'une interface équipe soignante, d'un module de tests et d'un algorithme d'alerte. Le renouvellement du forfait annuel de télésurveillance sera adossé au renouvellement de la prescription médicale à la date anniversaire de l'admission du patient dans les parcours AMAD 1 et 2.
- Ce forfait annuel de Télésurveillance Socle est proposé dans l'attente de l'entrée de la télésurveillance dans le droit commun.
- Ce forfait annuel de télésurveillance socle est complété d'un forfait Vigie Age.

- **Un forfait VIGIE AGE** qui intègre les spécificités de l'activité télésurveillance liées au profil des patients âgés poly pathologiques et dépendants et le suivi des patients par les équipes médicales et paramédicales. Il intègre pour chaque parcours GAD, AMAD 1 et 2 :
 - o La phase de création et paramétrage des kits; les tests et vérification des dispositifs médicaux, la conciliation technologique avec les aidants et les équipes soignantes, la gestion du port des dispositifs médicaux, le dépistage, le signalement et le suivi d'un incident majeur ou mineur 7/7jour.
 - o Une prestation « gestion en post alerte ». Cette prestation cible les phases d'analyse, de filtrage, de collecte des données du patient, d'implémentation, d'adaptation du plan personnalisé de soins (PPS) en coordination avec l'équipe soignante référente du patient et de mise en place et de suivi du PPS.
 - o Un forfait de suivi médico psycho social. Il couvre la phase d'inclusion, la définition et le suivi du plan personnalisé de soins, la gestion médicale et paramédicale, les visites à domicile programmées et non programmées, les téléconsultations et les télé expertises ainsi que le suivi psycho social.

Trois niveaux de forfaits Vigie Age ont été définis en fonction de la durée des parcours, de la fréquence des suivis et dispositifs médicaux connectés mis à disposition : Forfait GAD, Forfait AMAD 1, Forfait AMAD 2.

- **Une part conditionnelle**

Une part conditionnelle complémentaire aux forfaits est calculée et versée annuellement en année N+1. Elle vise à valoriser la prise en charge des patients les plus requérants en soins et qui en l'absence du dispositif Vigie Age auraient été orientés vers une structure sanitaire ou médico-sociale (CH, USLD ou EHPAD). Une évaluation des profils de soins est réalisée à l'admission de chaque patient par l'équipe Vigie Age à l'aide du référentiel PATHOS. Une validation des profils de soins « coupe PATHOS » est réalisée une fois par an, par l'ARS. Un ratio de profils de soins⁷ T2/Profils de soins T2, R2, CH, M2, S1 supérieur à 50% déclenche l'attribution de cette part conditionnelle, dont le montant est calculé pour l'exercice de référence.

Il a été décidé fin décembre 2023 par l'ARS IDF, en accord avec EPOCA, de lancer T1 2024 une évaluation rétrospective randomisée sur 100 patients afin de statuer l'attribution de cette part conditionnelle.

⁷ **Profils de soins PATHOS :**

- **T2** : Équilibration et surveillance rapprochée. Surveillance médicale pluri-hebdomadaire et permanence infirmière 24 h sur 24 requise le plus souvent ;
- **R2** : Rééducation fonctionnelle d'entretien, discontinuée ou allégée chez un patient ne pouvant supporter une rééducation intensive, parfois collective après évaluation individuelle ;
- **CH** : Plaies, soins locaux complexes et longs (opérés récents, plaies importantes, dermatose), mobilisant l'infirmière au moins 20 minutes tous les deux jours ;
- **M2** : Etat terminal d'accompagnement sans soins techniques lourds conduisant au décès à plus ou moins longue échéance ;
- **S1** : Surveillance épisodique programmée au long cours des affections chroniques stabilisées et de leurs traitements.

6.2 Modalité de financement de la prise en charge proposée

Synthèse des forfaits de prise en charge et de mise en place de l'expérimentation :

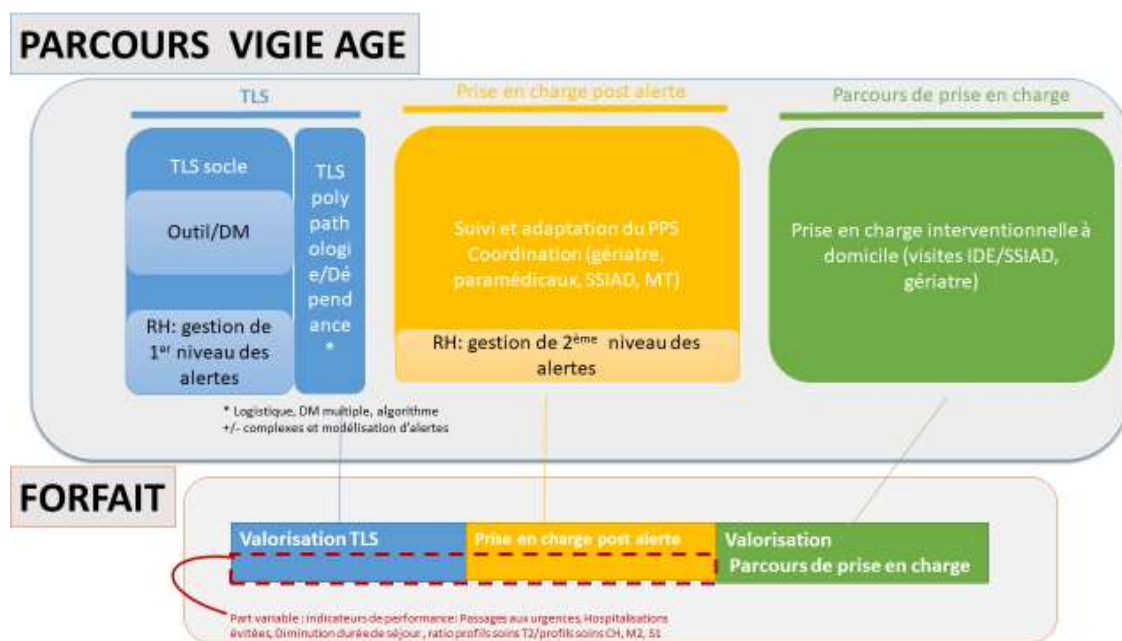


Schéma parcours et financement

Les tarifs des prestations et forfaits ont été évalués en fonction du temps nécessaire pour pratiquer les actes de télésurveillance, la coordination et le suivi médico psycho social des patients par les équipes de télésurveillance, les équipes médicales et paramédicales.

Forfait	Durée maximale	Montant	Renouvelable
Forfait TLS socle	365 jours	132,00 €	Renouvelable par an
Forfait GAD	15 jours	819,00 €	Sur prescription médicale
Forfait AMAD 1	182 jours	1 362,00€	Renouvelable tous les 6 mois
Forfait AMAD 2	365 jours	3 298,00 €	Renouvelable une fois par an

Pour mémoire, le forfait de télésurveillance socle inaugure tout parcours Vigie Age, il n'est renouvelable qu'une fois par an sur prescription médicale lors du renouvellement du parcours AMAD 1 ou 2.

Exemples

Exemple 1 : un patient bénéficiant d'un parcours GAD suivi d'un parcours AMAD 1, 3 forfaits seront facturés :

Forfait TLS 132€ + Forfait GAD 819€ + Forfait AMAD 1 362€, soit un montant total de 2 313€.

Exemple 2 : un patient est admis en AMAD 1 pendant un an, 2 forfaits sont facturés :

Forfait TLS 132€ + Forfait AMAD 1 1362 x 2, soit un montant total de 2 856€

7 Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation

7.1 Aux règles de financements de droit commun

Le projet Vigie Age 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.

7.2 Aux règles d'organisation de l'offre de soins

Le projet Vigie-Age crée une offre de soins innovante à domicile et qui ne répond ni à une prise en charge de ville, ni à de l'HAD.

8 Impacts attendus

8.1 Impact en termes de service rendu aux patients

Le projet Vigie-Age vise à améliorer la qualité de vie du patient :

- ✓ Maintenir le patient de manière sécurisée à son domicile ;
- ✓ Éviter les hospitalisations inconfortables et les risques d'iatrogénie associés, notamment la perte d'autonomie ;
- ✓ Éviter les ruptures de parcours surtout pour le patient en début de perte d'autonomie ou isolé ;
- ✓ Améliorer son espérance de vie en bonne santé grâce à la surveillance prédictive et proactive.

Le projet Vigie-Age doit également rassurer, alléger les tâches de l'aidant et simplifier la gestion de la prise en charge de leur parent.

8.2 Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services

Le projet vise à avoir des impacts bénéfiques majeurs sur l'exercice des professionnels de santé et des établissements.

- Médecins traitants : le projet Vigie-Age permet de redonner aux médecins traitants un rôle central dans le suivi des patients âgés et permet de lui alléger le suivi de ces patients tout en réduisant leurs passages aux urgences et à l'hôpital. Il devra pour cela associer de nouveaux acteurs à ses côtés et avoir des contacts réguliers avec eux.

- Soins de ville : les soignants du domicile pourront intégrer une coordination pour l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées et de leurs pratiques.
- Hôpitaux : les services hospitaliers devront également s'associer à un nouveau partenaire qui facilitera l'aval des urgences et des sorties d'hospitalisations. A plus grande échelle, le dispositif devrait réduire la pression sur les services d'urgence et les services gériatriques.

8.3 Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé

Le projet Vigie-Age aura des impacts bénéfiques majeurs grâce à une réduction des coûts importante en soins hospitaliers ou en EHPAD.

- La réduction des passages aux urgences et des hospitalisations : avec 80% d'hospitalisations évitées, le dispositif devrait générer plus de 5% d'économies sur les charges d'hospitalisations par patient âgé.
- Limiter le recours aux EHPAD et USLD : en sécurisant et en améliorant la prise en charge à domicile pour le patient et ses aidants, le recours à l'EHPAD et USLD devrait également être diminué.

9 Modalités d'évaluation proposées de l'expérimentation

L'évaluation de l'expérimentation sera réalisée sous le pilotage de la DREES et de la CNAM. Les objectifs opérationnels suivants ont été identifiés pour l'expérimentation, et le cas échéant, associés à une suggestion de démarche évaluative.

9.1 Objectifs opérationnels de l'expérimentation et démarche évaluative associée

9.1.1 Améliorer la qualité de vie du patient

L'objectif premier du projet Vigie-Age est bien d'améliorer la qualité de vie du patient :

- maintenir le patient de manière sécurisée à son domicile ;
- éviter les hospitalisations inconfortables et les risques d'iatrogénie associés, notamment la perte d'autonomie ;
- éviter les ruptures de parcours surtout pour le patient en début de perte d'autonomie ou isolé ;
- Favoriser son espérance de vie sans incapacité grâce à la surveillance prédictive et proactive.

9.1.2 Améliorer la qualité de vie des aidants

Le projet Vigie-Age doit également rassurer, alléger les tâches de l'aidant et simplifier la gestion de la prise en charge de leur proche.

9.1.3 Améliorer l'exercice des médecins traitants et des soignants à domicile

Le projet Vigie-Age vise à redonner aux médecins traitants un rôle central dans le suivi des patients âgés, et à soutenir les soignants de ville dans la prise en charge des personnes âgées. Il sera utile d'évaluer leurs niveaux de satisfaction, et de voir comment la solution Vigie-Age impacte leur

exercice (réduction du temps de travail par patient âgé, pertinence de l'intervention sollicitée, réengagement dans la prise en charge des séniors, simplification des visites à domicile ou des avis à distance, amélioration de l'attrait des professionnels pour les soins à domicile).

Ce point sera essentiel pour évaluer le besoin de médecins avec le papy-boom.

9.1.4 Réduire les hospitalisations et les passages aux urgences

Au cours de la phase pilote, une réduction des hospitalisations et des passages aux urgences a été observée.

9.1.5 Limiter ou retarder les entrées en EHPAD ou en USLD

La phase pilote a permis la prise en charge et l'accompagnement de patients de profil type EPHAD ou ULSD. Même si cet objectif n'a pas été défini dans le pilote de l'article 51, il serait intéressant de mesurer en quoi la sécurisation du maintien à domicile peut avoir un impact dans les admissions en EHPAD ou en USLD et réduire ainsi les besoins de création de places nouvelles liées au papy-boom.

9.1.6 Améliorer la « performance » de l'expertise médicale

La phase pilote de Vigie-Age a permis également d'augmenter sensiblement le ratio nombre de patients aigus suivis par médecin gériatre grâce à la performance apportée par la plateforme numérique prédictive et ses questionnaires de PPS. Le prolongement en expérimentation article 51 pourrait permettre d'évaluer cet impact qui aura un intérêt évident face au manque de médecins dans un contexte de papy-boom.

9.1.7 Economies pour la collectivité

L'expérimentation permettra de présenter les résultats médico-économiques d'une télésurveillance collaborative, flexible, avec expertise gériatrique en médecine de ville. Cela passe par l'évaluation de la pertinence de e-parcours senior polypathologique aigus et chroniques au-delà des e-parcours mono-pathologiques, la pertinence clinique, l'efficacité du modèle économique et la reproductibilité du projet.

9.2 Indicateurs proposés

Les indicateurs suivants sont proposés pour répondre à la démarche évaluative.

Données d'activité	Nombre de séjours	
	Durée de séjour	
	Age	
	Sexe	
	Etat de santé à l'entrée	
	GIR à l'entrée	
	Mode d'entrée	
	Mode de sortie	
Impact sur le nombre de passages à l'hôpital	Nombre de passages aux urgences	Avant Vigie-Age
		Depuis Vigie-Age
	Nombre et durée des séjours hospitaliers	Avant Vigie-Age
		Depuis Vigie-Age
Impact sur les entrées en EHPAD	Evaluation auprès des aidants	
Impact sur la qualité de vie du patient	Satisfaction du patient	
Impact sur la qualité de vie de l'aidant	Satisfaction de l'aidant	
Impact sur les médecins traitants	Nombre de consultations par patient éligible	Avant Vigie-Age
		Depuis Vigie-Age
	Durée de la consultation	Avant Vigie-Age
		Depuis Vigie-Age
Impact sur les soignants du domicile	Satisfaction des professionnels	
	Nombre de postes vacants en SSIAD	Avant Vigie-Age
		Depuis Vigie-Age
Impact sur les professionnels à l'hôpital	Satisfaction des professionnels	
Impact du dispositif sur la "performance" de l'exercice médical gériatrique	Nombre patient aigus suivis par gériatre	Hors Vigie-Age
		Avec Vigie-Age
Economies générées	Estimation des coûts complets de prise en charge des patients du dispositif	Hors Vigie-Age
		Avec Vigie-Age

10 Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel

La solution numérique EPOCA est marquée CE/ DM de classe I. Elle est une solution de télésurveillance médicale et de télé-coordination multi-dimensionnelle (médico-sociale / organisationnelle) en quasi-temps réel permettant l'organisation simplifiée d'un plan personnalisé de santé connectée à domicile 24h/7j (en lien avec Terr-eSante et le DMP) par :

- **Des relevés de santé 360° personnalisés** prescrits par l'entourage professionnel direct du patient (médecin traitant, IDE référente SSIAD, gestionnaire du PPS ou médecin du dispositif), adaptés aux capacités et aux besoins de celui-ci.

La plateforme permettra le suivi et l'analyse des données de santé des patients en quasi-temps réel (informations médicales essentielles, suivi des constantes vitales, personnalisation des seuils des paramètres vitaux, suivi d'examens, déclenchement et suivi de la réponse en mobilité, signalements patients ou entourage) **dans le respect du consentement du patient, de la déontologie médicale et du RGPD.**

Les données de santé (température, poids, pouls, tension, saturation, ECG, glycémie, fréquence respiratoire, fréquence cardiaque, etc...) sont mesurées et remontées sur la plateforme via des kits intégrant des **objets connectés médicaux ou non** (*dispositifs médicaux CE- Non DM – DM I ou 2a* issus de *start-ups* et *entreprises françaises ou européennes* et non produites par EPOCA) et des **objets connectés domotiques, sélectionnés pour leur pertinence et leur sécurité, adaptés et personnalisés aux besoins des parcours de soin suivis** (cas d'usage).

- **Une coordination médicale et sociale** décentralisée de « pontage » des acteurs de santé, faite par eux-mêmes, soutenue par le patient/sa famille et accompagnée par des professionnels de santé télé-surveillants experts. **Le dispositif s'assure que le patient est bien mis en lien avec les bons effecteurs au bon moment (DAC, mairies, MT, etc.)**
- **Le dépistage d'anomalie, la gestion d'alertes à domicile et le suivi de la réponse opérationnelle par des équipes médicalisées à distance et en mobilité au domicile**

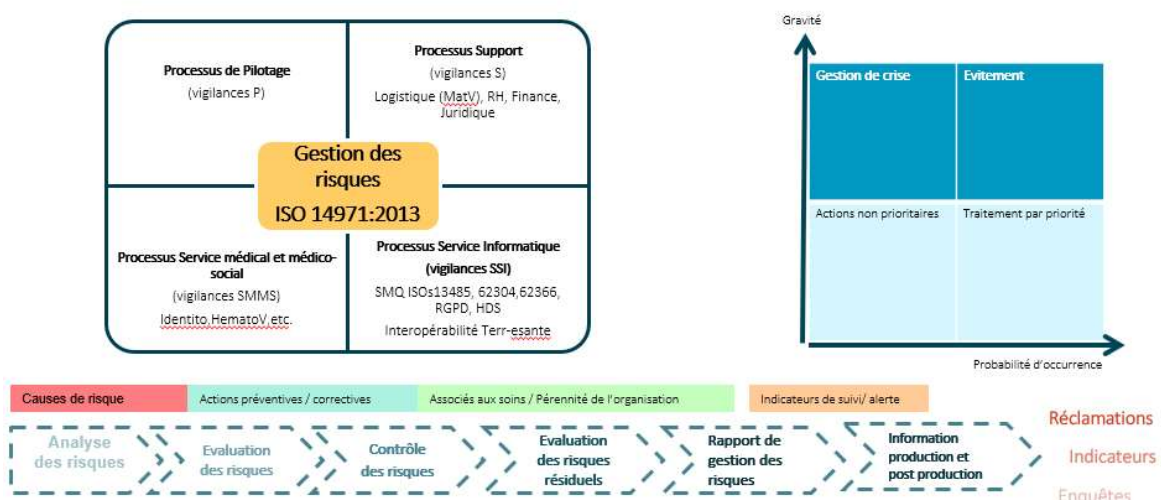
L'expérimentation respecte les obligations réglementaires et les recommandations notamment en lien avec **la feuille de route du Numérique en Santé de l'ANS et du Ministère de la Solidarité et de la Santé concernant le plan « Ma Santé 2022 » et l'Espace Numérique de Santé (ENS)**, sur les principaux points suivants :

- L'éthique

- Nous veillons au respect du consentement des personnes, notamment du patient et/ou de sa famille, dès l'entrée dans le dispositif. Le patient est sollicité pour donner son consentement pour Terr-eSante et ouvrir son DMP. La donnée de santé reste la propriété du patient. Un consentement écrit est recueilli auprès du patient ou de son tuteur.
- Un document informant sur les droits du patient mais aussi sur les droits des professionnels leur sont remis.
- Un livret explique par ailleurs le dérouler de la télésurveillance et les services disponibles.
- La solution d'EPOCA respecte la RGPD et fait appel aux services d'un délégué à la protection des données (DPO) externe dans le cadre réglementaire et en relation avec la CNIL (analyse d'impact relative à la protection des données avec l'outil *Privacy Impact Assessment*).
- Les utilisateurs professionnels chez EPOCA sont tous des professionnels de santé soumis au secret professionnel et aux exigences éthiques et déontologiques de leur métier.

- **L'interopérabilité avec les différents logiciels et outils numériques**
 - Interopérabilité DMP/Terr-eSante (Respect des standards API/FHIR): en cours d'élaboration chez EPOCA pour l'interfaçage de la plateforme vers ces outils
- **La sécurité des Système d'Information (messageries sécurisées, authentification forte, tests de vulnérabilité et de cybersécurité, etc...)**
 - La solution d'EPOCA est certifiée CE/DM de classe 1 qui évoluera en classe 2A à terme.
 - La plateforme EPOCA est construite dans le respect des normes suivantes : Iso 62304 (conception développement), Iso 62366 (usabilité), son système de management de la qualité suit les recommandations de la norme Iso 13485 et suit donc une gestion des risques Iso 14971. Elle est pré-alignée à l'Iso 27001 en matière de sécurité informatique.
 - La plateforme EPOCA a subi et subira régulièrement des tests de pénétration et audits de cybersécurité attendus pour assurer l'amélioration continue de la sécurité des données. La politique de sécurisation des données d'EPOCA vis-à-vis de ses fournisseurs de dispositifs médicaux inclus un système de sécurisation par architecture (Privacy by Design). La responsable matériovigilance est madame Claudia Mariana Costa Fernandes.
 - L'hébergement des données de santé (HDS) est réalisé par un partenaire agréé HDS par l'ASIP (actuellement OVH)
 - L'accès aux données sensibles/médicales par les usagers professionnels de santé ou non respecte un système de droits d'accès avec une authentification forte.
 - EPOCA est conforme RGPD et tient à jour son analyse d'impact sur les données personnelles sur son compte PIA de la CNIL. Son DPO est monsieur Florian Boyenval.
 - Une automatisation du relevé de toutes les vigilances et événements indésirables de tous les processus sera opérationnelle au 1er semestre 2021.
 - EPOCA construit un système expert permettant à terme la suggestion au professionnel de prévention ou de dépistage clinique en temps réel. Cette IA a pour objet exclusif l'amélioration du service de télésurveillance personnalisée au patient. Aucun autre usage n'est fait de celle-ci.

Gestion des risques (norme ISO 14971:2013)



11 Liens d'intérêts

La liste des praticiens ou structures participant à l'expérimentation est présentée en annexe 1. En confirmant leur participation, chaque participant s'engage à faire une déclaration d'intérêts au titre des liens directs ou indirects avec des entreprises fabriquant des matériels ou dispositifs médicaux.

12 Projet régional de la région IDF

12.1 Effectifs de patients concernés par l'expérimentation

Le nombre de patients a été déterminé à partir de la capacité d'absorption des actes moyens nécessaires par jour et par territoire de manière à occuper pleinement les postes de professionnels créés.

Nombre de places IDF

	GAD	AMAD1	AMAD2
92 Nord	12	25	25
Grand Versailles	12	25	25
Argenteuil	6	13	13
Nombre total de places	30	63	63

12.2 Modalités de financement de l'expérimentation

12.2.1 Financement FIR

La mise en œuvre de l'expérimentation nécessite des crédits d'amorçage et d'ingénierie pour la gestion du projet, la formation ainsi que la dotation du matériel mis à disposition des patients et de l'équipe. Les besoins de crédits d'amorçage et d'ingénierie sont de 259 400€.

	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Adaptation SI	20 000 €	- €	- €	20 000 €
Formation	50 800 €	- €	- €	50 800 €
Communication	35 000 €	- €	- €	35 000 €
Gestion de projet	51 200 €	51 200 €	51 200 €	153 600 €
Total CAI (FIR)	157 000 €	51 200 €	51 200 €	259 400 €

12.2.2 Financement FISS

		Réalisé du 16/02/2022 au 5 décembre 2024	Prévisionnel du 6 décembre 2024 au 16 avril 2025	Budget maximum sur la durée totale de l'expérimentation
		IDF		IDF
Nb de patients		1 304	2 000	2 060
Dont en GAD*		959	1 151	1 515
Dont en AMAD 1*		717	909	1 133
Dont en AMAD 2*		313	365	494
Forfait TLS socle	132,00 €	172 128 €	264 000 €	271 920 €
Forfait GAD	819,00 €	761 949 €	942 669 €	1 240 785 €
Forfait AMAD 1	1 362,00 €	884 516 €	1 238 058 €	1 543 146 €
Forfait AMAD 2	3 298,00 €	929 944 €	1 203 770 €	1 629 212 €
Total prestations dérogatoires (FISS) HORS part conditionnelle		2 748 537 €	3 648 497 €	4 685 063 €

Le financement au titre des prestations dérogatoires (hors part conditionnelle) sur l'ensemble de sa durée est autorisé pour un montant maximum de 4 685 063 euros à financer par le FISS

12.2.3 Synthèse financement FIR + FISS

		Réalisé du 16/02/2022 au 5 décembre 2024	Prévisionnel du 6 décembre 2024 au 16 avril 2025	Budget maximum sur la durée totale de l'expérimentation
		IDF		IDF
Nb de patients		1 304	2 000	2 060
Dont en GAD*		959	1 151	1 515
Dont en AMAD 1*		717	909	1 133
Dont en AMAD 2*		313	365	494
Forfait TLS socle	132,00 €	172 128 €	264 000 €	271 920 €
Forfait GAD	819,00 €	761 949 €	942 669 €	1 240 785 €
Forfait AMAD 1	1 362,00 €	884 516 €	1 238 058 €	1 543 146 €
Forfait AMAD 2	3 298,00 €	929 944 €	1 203 770 €	1 629 212 €
Total prestations dérogatoires (FISS) HORS part conditionnelle		2 748 537 €	3 648 497 €	4 685 063 €
Total CAI (FIR)		157 000 €	259 400 €	259 400 €
Total expérimentation (FISS+FIR) HORS part conditionnelle		2 905 537 €	3 907 897 €	4 944 463 €
Part conditionnelle		- €	421 864 €	421 864 €
Total expérimentation (FISS+FIR) y compris part conditionnelle		2 905 537 €	4 329 761 €	5 366 327 €
* Total + renouvellements				

Le financement total de l'expérimentation sur l'ensemble de sa durée est autorisé pour un montant maximum de 5 366 327 euros.

Ce montant se répartit en deux parties, non fongibles entre elles :

- Des crédits d'amorçage et d'ingénierie pour un montant maximum total de 259 400 euros financés par le FIR
- Des financements des prestations dérogatoires et part conditionnelle pour un montant maximum de 5 106 927 euros réparti en un montant maximum de 4 685 063 euros pour les prestations dérogatoires et un montant maximum de 421 864 euros pour la part conditionnelle. Ces deux montants ne sont pas fongibles entre eux.

12.2.4 Répartition des forfaits entre les acteurs en fonction des ETP

Année 1

	ETP par territoire	Nombre / an	Coût moyen	EPOCA	92 Nord		Paris 14-15		Grand Versailles	
					CHRDs	SSIADs	Hôpital Bellan	SSIAD PAD	Hôpital Porte Verte	SSIAD Lépine
Médecin gériatre 5j/7 (9h-18h)	1		128 000 €		128 000 €		102 400 €		102 400 €	
Médecin de garde de WE (9h-18h)		113	200 €		7 533 €		7 533 €		7 533 €	
Médecin de garde de nuit (18h-9h)		365	200 €		24 333 €		24 333 €		24 333 €	
Gestionnaire PPS jour 7/7 (8-20h)	4		55 000 €	220 000 €						
Gestionnaire PPS nuit 7/7 (20h-8h)	2,8		60 000 €	168 000 €						
Assistant gestionnaire	0		40 000 €	0 €						
Médecin régulateur 5/7 (9h-18h)	0,50		128 000 €	64 000 €						
Chef de projet	0,40		128 000 €	51 200 €						
IDE domicile jour 7/7 (9h-20h)	2,5		56 000 €			140 000 €		98 000 €		98 000 €
IDE domicile garde nuit 7/7 (20h-9h)		279	130 €			36 247 €		36 247 €		36 247 €
Frais de fonctionnement			13%	92 314 €	20 783 €	22 912 €	17 455 €	17 452 €	17 455 €	17 452 €
Objets connectés				111 365 €						
Plateforme numérique				90 440 €						
Total charges		1 783 967 €		797 320 €	180 649 €	199 159 €	151 721 €	151 699 €	151 721 €	151 699 €

Année 2 et 3

	ETP par territoire	Nombre / an	Coût moyen	EPOCA	92 Nord		Paris 14-15		Grand Versailles	
					CHRDs	SSIADs	Hôpital Bellan	SSIAD PAD	Hôpital Porte Verte	SSIAD Lépine
Médecin gériatre 5j/7 (9h-18h)	1		128 000 €		128 000 €		128 000 €		128 000 €	
Médecin de garde de WE (9h-18h)		113	200 €		7 533 €		7 533 €		7 533 €	
Médecin de garde de nuit (18h-9h)		365	200 €		24 333 €		24 333 €		24 333 €	
Gestionnaire PPS jour 7/7 (8-20h)	5		55 000 €	275 000 €						
Gestionnaire PPS nuit 7/7 (20h-8h)	2,8		60 000 €	168 000 €						
Assistant gestionnaire PPS	1		40 000 €	40 000 €						
Médecin régulateur 5/7 (9h-18h)	0,6		128 000 €	76 800 €						
Chef de projet	0,4		128 000 €	51 200 €						
IDE domicile jour 7/7 (9h-20h)	2,5		56 000 €			140 000 €		140 000 €		140 000 €
IDE domicile garde nuit 7/7 (20h-9h)		365	130 €			47 450 €		47 450 €		47 450 €
Frais de fonctionnement			13%	114 054 €	20 783 €	24 369 €	20 783 €	24 369 €	20 783 €	24 369 €
Objets connectés				150 989 €						
Plateforme numérique				117 900 €						
Total charges		2 171 347 €		993 943 €	180 649 €	211 819 €	180 649 €	211 819 €	180 649 €	211 819 €

13 ANNEXES

1. Annexe 1. Coordonnées du porteur et des partenaires

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteur	CHRDS / Centre Hospitalier Rives De Seine 36, boulevard du général Leclerc, BP 79, 92205 Neuilly-sur-Seine Cedex 	Mme Valérie Pons Prêtre (Directrice du CHRDS) vponspretre@ch-rivesdeseine.fr 01 49 04 31 41 Mme Dr Chansiaux Christine (Cheffe de service pôle gériatrique) cchansiaux@ch-rivesdeseine.fr 01 49 04 31 41	
Porteur	EPOCA SAS Siège social : Parc d'activités économiques Plein Est, 2 rue Michel Girardot, 52000 Chaumont 	Mme Dr Cabanes Elise (Présidente EPOCA U&I) 06 10 84 88 12 elise@epoca.health	
Partenaires	SSIAD Courbevoie/SAPA 139 Bd Saint Denis 92400 COURBEVOIE 	Mme Herman Véronique (Directrice) 01 43 34 15 00 direction.sapa@orange.fr	
	ANSIAD de Neuilly 2 Rue de l'Église, 92200 Neuilly-sur-Seine 	Mme Chapey Nathalie (Directrice) 01 46 40 12 74 Direction.ansiad@orange.fr	
	Fondation Aulagnier 	Mme Gard Emmanuelle (Directrice) 01 40 86 42 42 Aulagnier.fondation@orange.fr	
	Service Parisien d'Aide et de soins à domicile	Mme Muriel Saiveau (Directrice PAD 15) Muriel.saiveau@fondationbellan.org 01 44 19 60 20	

	 <i>Pour la santé et l'autonomie</i>		
	ARGENTEUIL		
	Hôpital de la Porte Verte (Versailles-78)  Géré par l'association CMPV	M. Lauret Thomas (Directeur) tlauret@hopitalporteverte.com 01.39.63.74.59 M. Harboun Marc (Directeur médical) mharboun@hopitalporteverte.com 01.39.63.73.17	
	SCIC Solidarité Versailles Grand Age – Lépine Versailles SSIAD 	Mme Julie ROBE (Directrice) j.robe@lepineversailles.fr 01.39.50.61.16	

2. Annexe 2. Détail de la répartition des crédits d'ingénierie (hors part gestion de projet)

	EPOCA	92 Nord		Grand versailles		Argenteuil + Chartres
		CHRDS	ANSIAD	HPV	Lépine	
Adaptation SI	14 000 €			3 000 €		3 000 €
Formation	4 500 €	13 700 €	6 000 €	8 800 €	4 500 €	13 300€
Communication	5 000 €	2 000 €		14 000 €		14 000€
Total	23 500 €	15 700 €	6 000 €	25 800 €	4 500 €	30 300 €

3. Annexe 3. Répartition des forfaits et charges engagées dans le projet Vigie-Age

		TLS Socle	GAD	AMAD1	AMAD2
Prestataire de télésurveillance	TLS Socle	132 €			
	TLS Polypathologie		80 €	510 €	1 180 €
	Prise en charge post-alerte		107 €	270 €	722 €
Hôpital	Parcours PEC Gériatre		272 €	354 €	860 €
SSIAD	Parcours PEC IDE		360 €	228 €	536 €
Total		132 €	819 €	1 362 €	3 298 €

4. Annexe 4. Catégories d'expérimentations

A quelle(s) catégorie(s) d'expérimentations répond le projet ? Il est possible de combiner les catégories.

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité		
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	X	Financement au parcours de soins GAD/AMAD 1 et 2
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficience des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projets d'expérimentation	X	Diminution des hospitalisations évitables
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	X	Entre 3 types d'effecteurs : hôpital, SSIAD et plateforme

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher	Si oui, préciser
--	--------	------------------

a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	X	
b) Organisation favorisant l’articulation ou l’intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	X	Formation de tous les acteurs au dispositif Vigie-Age
c) Utilisation d’outils ou de services numériques favorisant ces organisations	X	

Modalités d’amélioration de l’efficience ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°)⁸ :	Cocher	Si oui, préciser
1o Des prises en charge par l’assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d’adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d’un recueil de données en vie réelle		NON
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d’adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d’incitations financières		NON
3o Du recours au dispositif de l’article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		

5. Annexe 5. Exemples de patients suivis par le nouveau dispositif (retour d’expérience pilote avec CHRDS)

⁸ Ne concernent les projets d’expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s’intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l’article L. 162-31-1)

Mr Z, 72 ans, GAD-Covid	BPCO emphysème st. I Covid (scan <25%) J8 – saturations 98% jusqu'à J7 puis fièvre 38,5°C, Sat 92-95%, toux++, asthénie majorée à J8 Appel par sa fille, médecin gériatre
Motif suivi	COVID J8 avec saturations anormales et fébrile
Suivi / Action	- Surveillance rapprochée: auscultation, <u>Frespiratoire</u>, saturation, FC, TA - Aggravation J10-11: <u>sat</u> 82% fin de nuit, asthénie majorée => SAU
Satisfaction famille / patient	NA
Résultats	- Routage programmé au SAU J11: GDS ok, pas d'EP, stable au repos, dyspnée effort. => Non hospitalisé - Poursuite télésurveillance à domicile: stable 92-95% - Oxygénothérapie à domicile

Mme T, 75 ans (AMAD 1)	Cancer Multi-métastatique. Sortie d'USP (trop longue durée) – Ne répond pas aux critères HAD , Médecin Traitant: pas de visite à domicile et plutôt orienté pédiatrie SSIAD et réseau prévenu (début possible 15j plus tard) Anxiété extrême Patient et famille
Motif suivi	Equilibration et adaptation antalgie, gestion anxiété patiente et famille
Suivi depuis 1 mois	- Coordination souple avec le médecin traitant à distance - Organisation des HDJ/H^ocourte pour ponctions itératives - Equilibration antalgie, Education thérapeutique (gestion antalgiques opioïdes) - Soutien psychologique patient et famille journalier - Pontage EMSP
Satisfaction famille / patient	
Résultats	- Diminution de l'anxiété et de l'isolement - Dépistage à distance des périodes douleurs intenses et <u>proaction</u> même la nuit - Collaboration avec médecin traitant ++ - Soulagement organisationnel

Mme B, 77 ans (AMAD 1)	Vit avec époux, tous 2 ayant des troubles cognitifs Parkinson, <u>cardiopathie</u> rythmique sous <u>bbloquants</u> Chutes multiples (>1/mois)
Motif suivi	Bilan chute à domicile (nombreuses)
Suivi / Action depuis 3 semaines	- Retrait tapis, adaptation domicile - Détection hypotension orthostatique sévère sans compensation FC - Parkinson mal équilibré (bloquée le matin, dystonique l'après midi) - Grandes bradycardies surtout nocturne
Satisfaction famille / patient	
Résultats	- Equilibration <u>ttt</u> Parkinson: <u>poso</u> + horaire + galénique + entraînement/ETP par appels montres pour les prises et les levers progressifs (pas de <u>recidive</u> de chute <u>poru</u> l'instant, correction HTO encore en cours) - Adaptation du domicile (tapis) et chaussage - Sollicitations diverses par appels montre Mme et époux = aide ressentie++ - Appels pour selles époux <u>nécessité</u> changement protection heure nocturne, amélioration des passages

Mr F, 77 ans (AMAD 2)	Patient GIR 1. Décompensations multiples multi-SAU, multi-H° (>5/an) Aides en place (SAD et SSIAD), Connu du réseau Liste attente HAD si apparition de critères suffisants Difficultés d'acceptation des soins de confort / fin de vie par la famille Aidante principale (épouse) surinvestie, anxiété généralisée, épuisée +++
Motif suivi	Instabilité multifactorielle (Risques infectieux (FRoutes), escarres, dénutrition, comitialité) Fausses routes à répétition ; Troubles de la vigilance
Suivi depuis 2 mois	- Détection précoce des épisodes infectieux - Collaboration et déploiement médecin traitant et SSIAD optimisée - Education thérapeutique : prévention fausses routes, gestion des troubles de la déglutition, risque d'escarre
Satisfaction famille / patient	
Résultats	5 épisodes aigus sévères (Comitialité, FRoutes avec sd de pénétration, Sepsis urinaire) = 1 hospitalisation raccourcie (5jours -reprise dans Vigie age), 0 passage SAU, 4 éviction H° => Eviction transports et examens évitables et répétés antérieurement (TDMc) - Soutien Famille : Epouse retourne chez le coiffeur! Nous signale par la montre lorsqu'elle sort pour surveillance rapprochée. Sollicitations diverses : aides ressentie+++ , grand soulagement - Ressource médecin traitant préservée : sollicité au bon moment et soutenu dans les démarches; SSIAD: réponses immédiates, éviction des latences

6. Annexe 6- Les résultats du pilote 2020-2021

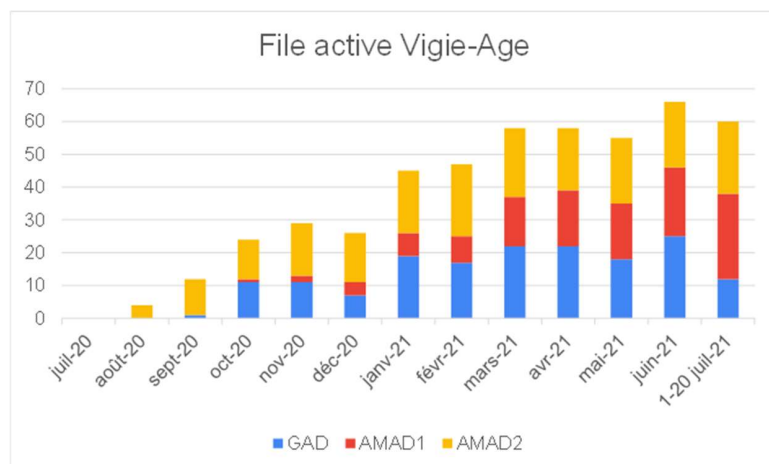
Le projet innovant Vigie-Age, porté par le centre hospitalier Rives de Seine, la société EPOCA et le SSIAD de la SAPA, a pu bénéficier du soutien de l'ARS d'Ile de France et du Conseil départemental des Hauts de Seine pour financer un pilote d'expérimentation débuté à l'été 2020.

Activité

Malgré une organisation loin d'être optimale liée à la fois au démarrage d'une activité expérimentale et à une adaptation des moyens en rapport au faible nombre de places, les résultats sont significatifs. La montée en charge s'est faite progressivement le temps de se caler et de convaincre les partenaires (services d'urgences, services hospitaliers, médecins traitants). Le premier patient a été pris en charge en août 2020, pour atteindre plus de 50 patients jours suivis en juillet 2021. Au total, on comptabilise plus de 200 séjours depuis un an.

		GAD	AMAD 1	AMAD 2
Nombre de séjours au 20 juillet 2021		117	41	38
Age moyen		86,4	86,5	87,2
Part de femmes		56%	68%	45%
Part de polyopathologies		61%	61%	92%
Part de séjours non finis au 20 juillet 2021		0,9%	63,4%	50,0%
DMS	Moyenne	14,0	59,0	132,4
	Médiane	12,0	42,0	105,0
DMS 2 derniers mois		9,1		
GIR (fin séjour)	Moyenne	3,8	4,0	2,7
	Médiane	4,0	4,0	3,0

Le GIR (groupe iso-ressources) correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR. Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible.



Services adresseurs et modes de sortie

		GAD	AMAD 1	AMAD 2
Services adresseurs	Hôpital	28,2%		2,6%
	SAU	49,6%		
	Médecin traitant	10,3%		
	SSIAD	6,8%		50,0%
	Regulation Centre15	1,7%		
	Autres libéraux ou famille	2,6%		
	CLIC/DAC	0,9%		
	AMAD 1			5,3%
	GAD		100%	42,1%
Mode de sortie (Séjours terminés)	Total de sorties au 20/07	109	18	18
	AMAD 1	40	0	0
	AMAD 2	17	0	0
	Fin PEC	40	15	8
	Décès	2	2	3
	Hospitalisation	7	1	4
	Institutionnalisation	3	0	3

Profil médicosocial des patients avant leur entrée

	GAD	AMAD 1	AMAD 2
Pas de médecin traitant	5,1%	7,3%	10,5%
Isolement social	24,8%	36,6%	28,9%
Patient en rupture de parcours	26,5%	31,7%	34,2%
Epuisement de l'aidant principal	35,9%	34,1%	42,1%
Patients ayant refusé d'être hospitalisés	17,1%	24,4%	15,8%
Signalements ou interventions sociales lourdes	13,7%	12,2%	23,7%

Le nombre d'hospitalisations des patients pris en charge observé l'année précédente montre qu'ils sont régulièrement hospitalisés :

			GAD total (117)		AMAD 1	AMAD 2
			Total (117)	Non relayés par AMAD (56)		
Année N-1	SAU	Nb passages	148	65	65	66
		Durée cumulée	801h (33,4j)	235h (9,8j) dont 49% hospitalisés ensuite	430h (18j) dont 48% d'hospitalisation	324h (14j) dont 70% hospitalisés
	UHCD	Nb séjours	112	42	61	17
		Durée cumulée	806h (33j)	265h (11j)	348h (15j)	298h (12j)
	MCO	Nb séjours	115	30	43	56
		Durée cumulée	1353 j	348 j	423j	776 j
	SSR	Nb séjours	30	4	10	20
		Durée cumulée	1491 j	361j	379 j	872 j
	USLD	Nb séjours				2
		Durée cumulée				490 j

L'activité observée par les professionnels de Vigie-Age est la suivante :

Activité réalisée par professionnel durant la phase pilote d'août 2020 à juillet 2021			Par patient					
			GAD		AMAD 1		AMAD 2	
			Par suivi		Moyenne sur 12 mois		Moyenne sur 12 mois	
			Nb fois	Temps	Nb	Temps	Nb	Temps
Equipe médicale	Gériatre hospitalier du dispositif	Inclusion	1	10				
		Entrée gestion médicale	1	60	1	30	1	30
		Sortie	1	60	1	30	1	30
		Visite virtuelle médicale prog	10	15	52	15	52	15
		Visite virtuelle médicale non prog	1	15	12	10	12	10
		VAD médicale programmée		0	3	30	3	30
		VAD médicale non programmée	1	40	3	40	2	40
		Téléconsultation /Texpertise (env 5/5) jour	9	8	12	8	18	8
	Gériatre hospitalier de garde	Téléexpertise méd nuit 18h-20h	1	8	1	8	1	8
		Téléexpertise méd nuit 20h-00h et 5h-9h	0,25	8	2	8	3	8
Equipe TS	Gestionnaire PPS du télésurveillant	Téléexpertise en nuit profonde Med	0,15	15	0,15	10	0,15	10
		Programmation PPS	1	15	4	12	4	12
		Gestion logistique (entrée -suivi-sortie)	3	20	4	20	6	20
		Surveillance pancartes	12	8	365	3	365	3
		Gestion d'anomalies jour Majeure	1	12	2	12	2	12
		Gestion d'anomalies jour Mineure	20	2	73	1	73	1
		Gestion d'anomalies nuit						
		Implémentation / mise en place du PPS	11	8	23	8	23	8
Equipe Paramed	IDE SSIAD	Programmation PPS	1	15	1	12	1	12
		Entrée/ sortie gestion paramédicale	2	60	2	30	2	30
		VAD paramédicales programmées	5	30	4	20	5	30
		VAD paramédicales urgentes	3	40	3	40	6	40
	IDE SSIAD Nuit	Programmation PPS	1	15	4	12	4	12
		Intervention domicile nuit 20h-00h et 6h-8h	0,25	15	1	15	1	15
		Intervention domicile en nuit profonde Paramed	0,15	30	0,25	30	0,25	30
		Gestion d'anomalies télésurveillance nuit	10	2	73	2	73	2
Durée moyenne de suivi (jours)		11,8						
Durée médiane de suivi (jours)		10						

Réactivité de la mise en œuvre du dispositif

Dans le parcours GAD, il était prévu que le retour à domicile après inclusion du patient à l'hôpital se fasse en moins de 6h. Dans la phase pilote, il est constaté une réactivité plus forte : elle est inférieure à 2h (hors indication contraire de l'adresseur).

Diminution des hospitalisations et des passages aux urgences

Dans le cadre de cette phase pilote, les porteurs du projet Vigie-Age s'étaient engagés à réduire les hospitalisations d'au moins 10% pour les patients en AMAD2. Dans les faits, sur les 34 patients suivis en AMAD2 plus de 3 mois, on estime à 87% le nombre d'hospitalisations évitées (estimation réalisée en comptabilisant les hospitalisations des patients au cours de l'année précédente, réduites au prorata de la période d'observation).

Par définition, les 114 patients admis en GAD après un passage aux urgences auraient été hospitalisés si Vigie-Age n'avait pu être mis en place.

On estime également que le nombre de passages aux urgences des patients pris en charge par Vigie-Age a été réduit de 36% grâce à des admissions directes. Par ailleurs de plus en plus de médecins traitants ont adressé leurs patients directement à Vigie-Age plutôt que de les adresser aux urgences.

Economies générées

L'efficacité économique ne faisait pas partie des engagements pour cette phase pilote, dont l'objectif était d'abord de démontrer la faisabilité et l'utilité ressentie par les patients, leur entourage et les professionnels.

Dans les faits, malgré les aléas d'adaptation d'un pilote et la montée en charge de l'activité, on estime que le pilote Vigie-Age a généré plus d'économies qu'il n'a coûté. En activité pleine et sur la base des coûts Vigie-Age prévus dans l'article 51, les économies dépasseraient les 50% des coûts habituels des hospitalisations et passages aux urgences des patients.

Satisfaction des patients et de leurs aidants

Bien que les patients et leur famille ne se rendent pas toujours compte que le dispositif Vigie-Age a évité des passages à l'hôpital, ils sont très satisfaits du dispositif (97% d'opinion positive et 98% le recommandent) et soulignent le sentiment de sécurité grâce à la télésurveillance et la possibilité de joindre la plateforme 24h/24.

« Un immense merci pour votre présence, votre dévouement, votre amour. Sans vous nous n'aurions jamais pu veiller maman à son domicile » M S., aidants

« La possibilité de pouvoir vous joindre 24h/24 nous a permis de faire face à notre stress face à cette maladie » M et Mme M., patients pris en charge pour COVID19

« Je ne remercierai jamais assez les docteurs et infirmières de l'équipe de Vigie-Age qui en deux mois sont devenus absolument indispensables et qui je le crois prolongent la vie de ma mère. » M D., aidant

Satisfaction des professionnels de santé

Les professionnels de santé sont également très satisfaits du dispositif. Les médecins urgentistes perçoivent en Vigie-Age une alternative aux hospitalisations des patients âgés qu'ils voient en grand nombre sur des brancards chaque jour. Les médecins et les soignants de ville voient dans le dispositif une alternative à l'envoi aux urgences des patients dont ils s'occupent et se sentent soutenus dans leur exercice.

« Quelle chance de vous avoir à nos côtés dans la prise en charge à domicile compliquée de nos patients âgés, et quel sentiment de réussite intérieure quand nous réussissons à leur éviter l'hospitalisation » Dr B., médecin traitant

« Les patients pris en charge n'ont plus besoin d'être envoyés aux urgences de manière répétitive » Dr L., centre 15

« Le dispositif est un soutien certain auprès de nos équipes soignantes, et une plus-value significative dans le maintien à domicile de nos patients » Mme C., Directrice d'un SSIAD.

7. Annexe 6. Glossaire

A51 : article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

AGGIR : grille de l'autonomie gérontologique et groupe iso ressources

AMAD : accompagnement médicalisé à domicile

APA : activité physique adaptée

AP-HP : Assistance publique des hôpitaux de Paris

ARS : agence régionale de santé

AS : aide-soignante

ATCD : antécédent

CCAS : centre communal d'action sociale

CCMU : classification clinique des malades des urgences

CE : communauté européenne

CHRDS : centre hospitalier Rives-de-Seine (92)

CLIC : centre local d'information et de coordination gérontologique

CNAM : caisse nationale d'assurance-maladie

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

DAC : dispositif d'appui à la coordination

DMS : durée moyenne de séjour

Dr : docteur

DU : diplôme universitaire

ECG : électrocardiogramme

EEG : électro-encéphalogramme

EHPAD : établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes

EN51 : équipe nationale pour l'article 51 (secrétariat général du Ministère des solidarités et de la santé)

ESA : équipe spécialisée Alzheimer

FIR : fonds d'intervention régional (géré par l'ARS)

FISS : fonds pour l'innovation du système de santé

GAD : gériatrie aigüe à domicile

GH : groupe hospitalier

GHT : groupement hospitalier de territoire

GIR : groupe iso-ressources, correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée

HAD : hospitalisation à domicile
 HAS : Haute Autorité de santé
 HDJ : hôpital de jour
 HDS : hébergement des données de santé
 IDEL : infirmier diplômé d'état libéral
 LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale
 MAIA : méthode d'action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie
 MCO : médecine-chirurgie-obstétrique
 MT : médecin traitant
 PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
 PPS : projet personnalisé de santé
 Pr : professeur
 RGPD : Règlement général sur la protection des données (règlement UE 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données)
 RPU : résumé de passage aux urgences
 SAD : service d'aide à domicile
 SAU : service d'accueil des urgences
 SDF : sans domicile fixe
 SPASAD : services polyvalents d'aide et de soins à domicile
 SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
 SSR : soins de suite et de réadaptation
 T2A : tarification à l'activité
 UGA : unité de gériatrie aigüe
 UE : union européenne
 UPOG : unité péri-opératoire gériatrique
 URPS : Union régionale des professionnels de santé
 USLD : unité de soins de longue durée

Agence Régionale de Santé

IDF-2025-02-11-00007

Décision n° DVSS - QSPHARMBIO - 2024/131
portant modification de l'autorisation de la
pharmacie à usage intérieur de la Clinique
Jouvenet

AGENCE REGIONALE DE SANTE ILE-DE-FRANCE
DECISION n° DVSS - QSPHARMBIO – 2024/131
portant modification de l'autorisation de la pharmacie à usage intérieur
de la Clinique Jouvenet

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE ILE-DE-FRANCE

- VU** le code de la santé publique et notamment les articles L.5126-1 à L.5126-11 ainsi que les articles R.5126-1 à R.5126-20 et R.5126-49 à R. 5126-55 ;
- VU** l'arrêté en date du 22 juin 2001 relatif aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière ;
- VU** la décision en date du 21 juillet 2023, prise en application des articles L.5121-1 et L.5121-5 du code de la santé publique, relative aux bonnes pratiques de préparation ;
- VU** l'ordonnance n° 2016-1729 en date du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur prise en application de l'article 204 de la loi n°2016-41 en date du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé en sa version modifiée par l'ordonnance n° 2020-1407 en date du 18 novembre 2020 relative aux missions des agences régionales de santé ;
- VU** le décret n° 2019-489 en date du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur ;
- VU** le décret en date du 10 avril 2024 portant nomination de Monsieur Denis ROBIN, Directeur général de l'Agence régionale de santé Île-de-France à compter du 29 avril 2024 ;
- VU** la décision n° DVSS – QSPHARMBIO – 2024/021 en date du 29 février 2024 portant renouvellement de l'autorisation de la pharmacie à usage intérieur ;
- VU** la demande déposée le 25 juin 2024 et complétée le 2 juillet 2024 par la directrice de l'établissement, représentant légal de la personne morale exploitant la clinique Jouvenet, en vue de modifier les éléments figurant dans l'autorisation initiale de la pharmacie à usage intérieur au sein de la clinique Jouvenet située au 6, square Jouvenet à Paris 75016 ;
- VU** le rapport unique d'instruction en date du 31 octobre 2024 établi par le pharmacien inspecteur de santé publique ;
- VU** l'avis favorable du Conseil central de la section H de l'Ordre des pharmaciens en date du 17 octobre 2024 ;

CONSIDERANT que les modifications des éléments de l'autorisation initiale de la pharmacie à usage intérieur sollicitées sont considérées comme substantielles, au titre de l'article R. 5126-32 du code de la santé publique et consistent en une rénovation avec agrandissement de l'unité de préparation des dispositifs médicaux stériles (activité comportant des risques particuliers) et des installations techniques permettant son fonctionnement ;

CONSIDERANT les réponses apportées et les engagements pris par l'établissement suite au rapport d'instruction du pharmacien inspecteur de santé publique :

- respecter le volume d'activité ou de dépenses à la charge de l'assurance maladie ;
- respecter les effectifs et la qualification des personnels ;
- respecter les caractéristiques du projet de rénovation et d'agrandissement de l'unité de préparation des dispositifs médicaux stériles tel qu'il aura été autorisé ;
- mettre en œuvre un système d'évaluation dans les conditions fixées par la réglementation ;

CONSIDERANT qu'il est attendu par l'Agence régionale de santé Ile-de-France que la référente stérilisation suive, dans les plus brefs délais, les formations afférentes à ses missions et responsabilités (Logiciel HM STE, bonnes pratiques d'hygiène hospitalière, management),

DECIDE

ARTICLE 1 Est autorisée la modification des éléments de l'autorisation initiale n° DVSS-QSPHARMBIO-2024/021 de la pharmacie à usage intérieur de la clinique Jouvenet, consistant en une rénovation avec agrandissement de l'unité de préparation des dispositifs médicaux stériles (activité comportant des risques particuliers) et des installations techniques permettant son fonctionnement.

ARTICLE 2 L'article 5 de la décision n° DVSS-QSPHARMBIO-2024/021 est modifié comme suit :

La pharmacie à usage intérieur, d'une superficie totale de 313,97 m², est installée au 2^{ème} sous-sol du bâtiment située au 6, square Jouvenet à Paris 75016 et comprend :

- les locaux principaux de la pharmacie à usage intérieur d'une superficie de 165.5 m² ;
- les locaux de l'unité de préparation des dispositifs médicaux stériles d'une superficie de 148,47 m² composés comme suit :
 - o une zone de lavage de 23,75 m² ;
 - o une zone de conditionnement de 61,36 m² ;
 - o une zone de libération de 19,04 m² ;
 - o un sas entrée zone propre de 4,34 m² ;
 - o un sas expédition matériel stérile de 10 m² ;
 - o un vestiaire homme de 4,38 m² ;
 - o un vestiaire femme de 6,56 m² ;
 - o un bureau référent de 2,95 m² ;
 - o une zone de stockage consommable stérilisation de 6,50 m² ;
 - o une salle de détente de 9,59 m².

- ARTICLE 3** Les autres éléments de l'autorisation initiale demeurent inchangés.
- ARTICLE 4** Un recours contentieux contre la présente décision peut être formé auprès du Tribunal administratif compétent. Le délai de recours est de deux mois à compter de la notification de la décision pour les intéressés ou de sa publication pour les tiers. Cette juridiction peut notamment être saisie via une requête remise ou envoyée au greffe du Tribunal administratif ou aussi par l'application « Télérecours » accessible à partir du site www.telerecours.fr.
- ARTICLE 5** Les directeurs de l'Agence régionale de santé Ile-de-France sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Ile-de-France.

Fait à Saint-Denis, le 11 février 2025

Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
Ile-de-France

Signé

Denis ROBIN

Préfecture de la région d'Ile-de-France,
préfecture de Paris-Secrétariat général aux
politiques publiques

IDF-2025-02-07-00007

Arrêté fixant le montant des aides de l'État pour
les Parcours Emploi Compétences sous la forme
de Contrats Unique
d'Insertion - Contrats d'Accompagnement dans
l'Emploi (CUI-CAE) du secteur non marchand.



ARRÊTÉ N°

fixant le montant des aides de l'État pour les Parcours Emploi Compétences sous la forme de Contrats Unique d'Insertion - Contrats d'Accompagnement dans l'Emploi (CUI-CAE) du secteur non marchand.

**LE PRÉFET DE LA RÉGION D'ÎLE-DE-FRANCE,
PRÉFET DE PARIS,
Commandeur de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Ordre National du Mérite**

Vu les articles L. 5134-19-1, L. 5134-19-2, L. 5134-19-3, L. 5134-19-4, L. 5134-19-5, L. 5134-20, L. 5134-21, L. 5134-21-1, L. 5134-21-2, L. 5134-22, L. 5134-23, L. 5134-23-1, L. 5134-23-2, L. 5134-24, L. 5134-25, L. 5134-25-1, L. 5134-26, L. 5134-27, L. 5134-28, L. 5134-28-1, L. 5134-29, L. 5134-30, L. 5134-30-1, L. 5134-30-2, L. 5134-31, L. 5134-32, L. 5134-33 du code du travail ;

Vu les articles R. 5134-38 et R. 5134-39 R. 5134-37 R. 5134-32, R. 5134-32 R. 5134-33 du code du travail ;

Vu la loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion ;

Vu la loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi ;

Vu le décret n° 2009-1442 du 25 novembre 2009 instituant un contrat unique d'insertion ;

Vu l'arrêté du 1er octobre 2012 relatif à la délivrance, sans opposition de la situation de l'emploi, des autorisations de travail aux ressortissants des États de l'UE soumis à des dispositions transitoires ;

Vu l'arrêté préfectoral n°IDF-2024-05-15-00003 en vigueur depuis le 16 mai 2024 fixant le montant des aides de l'État pour les Parcours Emploi Compétences sous la forme de Contrats Unique d'Insertion – Contrats d'Accompagnement dans l'Emploi (CUI-CAE) du secteur non marchand et pour les Contrats Unique d'Insertion - Contrats Initiative Emploi (CUI-CIE) du secteur marchand ;

Vu la circulaire DGEFP n° 2009-42 du 5 novembre 2009 relative à l'entrée en vigueur du contrat unique d'insertion ;

Vu la circulaire DGEFP n°2013-02 du 22 février 2013 relative à la mise en œuvre de l'allongement de la durée des nouveaux contrats d'accompagnement dans l'emploi ;

Vu la circulaire N° DGEFP/MIP/METH/MPP/2024/14 du 7 février 2024 relative au Fonds d'inclusion dans l'emploi (FIE) en faveur des personnes les plus éloignées du marché du travail (parcours emploi compétences, contrats initiative emploi, insertion par l'activité économique, entreprises adaptées, groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification).

A R R Ê T E

ARTICLE 1 :

Les Parcours Emploi Compétences (PEC) sous la forme de Contrats Unique d'Insertion - Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi (CUI-CAE) ne peuvent être conclus que par des employeurs du secteur non marchand. Les PEC CAE renvoient au cadre juridique des CUI-CAE prévus par le code du travail (article L. 5134-20 et suivants) ; cadre qui demeure inchangé.

La durée initiale en PEC ne peut être inférieure à six mois, ou trois mois pour les personnes ayant fait l'objet d'une condamnation et bénéficiant d'un aménagement de peine (article L. 5134-25). Toutefois, les parcours d'au moins neuf mois sont encouragés afin de constituer un réel levier d'accompagnement vers l'emploi et d'accès à la formation.

Le montant des aides de l'État définies aux articles L. 5134-30 et L. 5134-30-1 du code du travail pour les Parcours Emploi Compétences sous forme de Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi (CAE) est déterminé comme suit pour les conventions initiales, ainsi que pour les avenants de renouvellement (selon les conditions prévues à l'article 4), hors champ de l'Education Nationale :

Cat.	Publics bénéficiaires	Taux de prise en charge	Durée hebdomadaire de prise en charge en nombre d'heures	Durée maximale de la demande d'aide initiale
PEC de droit commun	- Personnes sans emploi rencontrant des difficultés sociales et professionnelles particulières d'accès à l'emploi, recrutées par un employeur mentionné à l'article L5134-21 du code du travail. - Personnes sans emploi rencontrant des difficultés sociales et professionnelles particulières d'accès à l'emploi recrutées par les établissements d'enseignement agricole.	40 % du SMIC brut	de 20 h à 26 h	10 mois
PEC TH	Personnes reconnues travailleurs handicapés ou bénéficiaires de l'AAH rencontrant des difficultés sociales et professionnelles particulières d'accès à l'emploi.	60 % du SMIC brut	de 20 h à 26 h	10 mois
PEC CAOM	Bénéficiaires du RSA dans le cadre des conventions annuelles d'objectifs et de moyens, sauf taux plus élevé pris en charge par les Conseils Départementaux	60 % du SMIC brut	de 20 h à 26 h	12 mois

ARTICLE 2 :

En application de l'article L. 5134-20 du code du travail, les Parcours Emploi Compétences (PEC) sous la forme de CUI-CAE sur le secteur non marchand comporte des actions mises en place par l'employeur pour le salarié d'accompagnement professionnel, ainsi que de formation, de validation des acquis et/ou d'acquisition de compétences, qui devront être indiquées dans la demande d'aide.

Le respect de ces dispositions se traduit par :

- L'automatisme d'un entretien tripartite préalable (employeur, prescripteur, bénéficiaire) au moment de la signature de la demande d'aide ;
- Un entretien de sortie entre le prescripteur et le salarié ;

- La formalisation des engagements de l'employeur sous la forme de « principales compétences à développer » en cours de contrat (CERFA dématérialisé).

Le recentrage sur l'objectif d'insertion suppose une exigence réelle à l'égard des structures employeuses qui doivent être sélectionnées par le prescripteur sur la capacité à offrir un environnement de travail et un poste de travail propices à un parcours d'insertion.

L'employeur désignera, dès le dépôt de la demande d'aide, un tuteur chargé de favoriser la bonne intégration du salarié dans l'établissement et de contribuer à l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice des missions de son poste. Le tuteur suivra régulièrement la progression du salarié en formalisant les progrès constatés dans l'attestation d'expérience professionnelle remise au salarié un mois au plus tard avant le terme du contrat (articles R. 5134-38 et R. 5134-39 du code du travail).

Les prescripteurs sont chargés de s'assurer du respect de la bonne exécution de ces engagements. Conformément à l'article R. 5134-37 du code du travail, ils désigneront un référent qui suivra le parcours du salarié pendant toute la durée de l'aide, en veillant à ce que les actions d'accompagnement, de tutorat ou de formation professionnelle envisagées par l'employeur soient mises en œuvre.

ARTICLE 3 :

Les Parcours Emploi Compétences (PEC) sous la forme de CUI-CAE peuvent être prolongés pour une durée totale limitée à 24 mois (par le biais de plusieurs renouvellements de 12 mois au maximum, sans limite de nombre) conformément à l'article L. 5134-23-1 du code du travail. Sauf cas plus favorables prévus en application des articles L. 5134-23-1, L. 5134-25-1, R. 5134-32, R. 5134-32 du code du travail, autorisant la prolongation de l'aide dans la limite de 60 mois, à savoir :

- Pour permettre au salarié d'achever une formation ;
- Pour les personnes en situation de handicap ou bénéficiaires de l'AAH ;
- Pour les bénéficiaires âgés de 50 ans et plus rencontrant des difficultés particulières qui font obstacle à leur insertion durable dans l'emploi.

Pour les bénéficiaires âgés de 58 ans et plus, l'aide peut être renouvelée, si besoin, au-delà de la durée totale limitée à 60 mois, jusqu'à la date à laquelle ils sont autorisés à faire valoir leurs droits à la retraite.

De manière générale, la prolongation de l'aide est conditionnée à la réalisation effective de mesures d'accompagnement et de formation depuis le démarrage du parcours du bénéficiaire, conformément aux dispositions de l'article L. 5134-23-2 du code du travail. Les prescripteurs (France travail, les missions locales, les conseils départementaux et Cap emploi) ne valident le renouvellement qu'à ces conditions. Aussi, les renouvellements ne doivent être ni prioritaires ni automatiques. Ces décisions de prolongation sont successives d'un an au plus (même pour les cas dérogatoires) dans la limite de la durée totale maximale autorisée (article R. 5134-33). Par ailleurs, la durée de l'aide à l'insertion professionnelle attribuée au titre du PEC ne peut excéder le terme du contrat de travail.

ARTICLE 4 :

Il ne peut être attribué d'aide à l'insertion professionnelle dans les cas suivants, conformément à l'article L. 5134-21-2 du code du travail, lorsque :

- L'embauche vise à procéder au remplacement d'un salarié licencié pour un motif autre que la faute grave ou lourde. S'il apparaît que l'embauche a eu pour conséquence le licenciement d'un autre salarié, la décision d'attribution de l'aide peut être retirée par l'État ou par le président du conseil départemental. La décision de retrait de l'attribution de l'aide emporte obligation pour l'employeur de rembourser l'intégralité des sommes perçues ;
- L'employeur n'est pas à jour du versement de ses cotisations et contributions sociales.

ARTICLE 5 :

Les dispositions du présent arrêté s'appliquent aux contrats Parcours Emploi Compétences (PEC) relevant du ministère du Travail.

ARTICLE 6 :

S'agissant des Parcours Emploi Compétences (PEC), sous réserve de l'annualité budgétaire, les nouvelles dispositions prévues au présent arrêté préfectoral s'appliquent aux nouvelles conventions comme aux avenants de renouvellement conclus à compter de la date d'effet du présent arrêté.

ARTICLE 7 :

Les taux et les durées dérogatoires ainsi que les conditions d'éligibilité consentis sur décision ministérielle s'appliquent sur le territoire des huit départements de l'Île-de-France.

ARTICLE 8 :

Le présent arrêté prend effet le lendemain de sa publication.

ARTICLE 9 :

Le présent arrêté est susceptible de recours devant le tribunal administratif territorialement compétent dans le délai de deux mois à compter de sa publication.

ARTICLE 10 :

Le Directeur régional et interdépartemental de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, la Directrice régionale de France travail, la Directrice interrégionale de l'Agence de Services et de Paiement sont chargés, chacun en ce qui le ou la concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la préfecture de la région d'Ile-de-France, préfecture de Paris (échelon de la région d'Ile-de-France).

Fait à Paris, le 7 février 2025

Le préfet de la région d'Ile-de-France,
Préfet de Paris,

Signé

Marc GUILLAUME

Préfecture de la région d'Ile-de-France,
préfecture de Paris-Secrétariat général aux
politiques publiques

IDF-2025-02-10-00006

Décision portant mise en oeuvre du projet de
voie réservée aux mobilités collectives
en phase **2** Héritage sur les autoroutes A1 et
A13



**PRÉFET
DE LA RÉGION
D'ÎLE-DE-FRANCE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction régionale et interdépartementale
de l'environnement, de l'aménagement et des transports
Direction des routes d'Île-de-France**

Décision portant mise en œuvre du projet de voie réservée aux mobilités collectives en phase « Héritage » sur les autoroutes A1 et A13

Le Préfet de la région d'Île-de-France, Préfet de Paris

Vu le décret n° 2010-687 du 24 juin 2010 relatif à l'organisation et aux missions des services de l'Etat dans la région et les départements d'Ile-de-France ;

Considérant le bilan de la consultation réalisée dans le cadre de la Charte de l'Environnement, et notamment son article 7, ainsi que du code de l'environnement et notamment son article L123-19-1 ;

Considérant que le projet s'inscrit dans un objectif de réduction de l'empreinte carbone du secteur routier en favorisant le covoiturage et les transports collectifs, vecteurs de sobriété énergétique ;

DECIDE

Article 1

Les voies réservées aménagées dans le cadre des Jeux Olympiques et Paralympiques de Paris 2024 pour les déplacements des accrédités (athlètes et famille olympique) cités à l'article 2 sont transformées dans le cadre de la phase dite « Héritage » en voies réservées aux mobilités collectives. Elles sont alors réservées aux :

- véhicules de transports en commun ;
- taxis ;
- véhicules avec au moins 2 personnes à bord, à l'exception des véhicules dont le poids total en charge (PTAC) est supérieur à 3,5 tonnes et qui ne sont pas des véhicules de transports en commun ;
- véhicules d'intérêt général.

Article 2

Des voies réservées aux mobilités collectives sont créées sur les axes suivants :

- l'A1 dans le sens Province > Paris entre l'aéroport Paris-Charles-de-Gaulle et Saint-Denis ;
- l'A1 dans le sens Paris > Province entre Saint-Denis et le barreau de liaison avec l'A86 situé à La Courneuve ;
- l'A13 dans le sens Province > Paris entre Rocquencourt et l'entrée du tunnel de Saint-Cloud.

Article 3

Les modalités d'activation des voies réservées sont précisées par arrêtés signés des autorités compétentes en fonction des lieux d'aménagement des voies. Ces modalités d'activation mettent en place des mesures d'exploitation tenant compte en temps réel des conditions de trafic et organisent une phase expérimentale autour d'un observatoire du trafic et des temps de parcours ainsi que de la réalisation d'un bilan à l'issue de cette phase.

Fait à Paris, le 10 février 2025

Le préfet de la région d'Ile-de-France,
Préfet de Paris,

Signé

Marc GUILLAUME