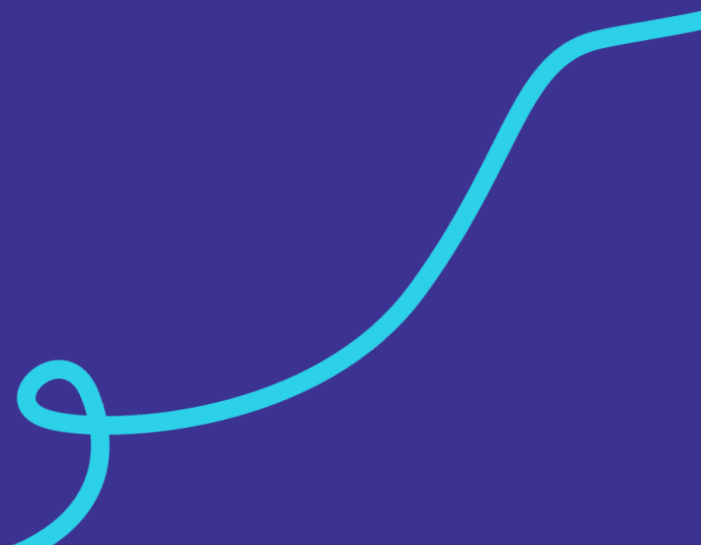




# Synthèse générale

octobre 2023



Liens vers les éléments porteur référencés :

[Rapport d'activité - mars 2023](#)

[Retour sur l'évaluation Lot 1 - août 2023](#)

[Retour sur l'évaluation Lot 2 - sept 2023](#)

[Analyse de l'impact médical - août 2023](#)

[Éléments de généralisation du modèle - août 2023](#)

---

## Présentation

**La Polyclinique Mobile est un dispositif innovant de santé publique**, établi dans le Grand-Est et éligible au régime dérogatoire de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

**Son principe-cœur est de restaurer l'accès aux soins spécialisés des résidents d'Ehpad**, qui en sont structurellement privés depuis deux décennies, malgré leur état polyopathologique et de dépendance aggravée<sup>1</sup>.

**Pour réaliser son objectif, la Polyclinique Mobile combine une dimension :**

- technologique, via l'emploi d'une solution télémédicale permettant la dispensation de téléconsultations et de téléexpertises ;
- médicale, au moyen de la mobilisation d'un réseau territorial fidélisé de praticiens de spécialité, consacrant de façon régulière, et à titre distant, une part de leur temps d'exercice aux patients des Ehpad inclus dans l'expérimentation ;
- soignante, par la projection structurée d'infirmiers mobiles rompus à la modalité télémédicale au chevet des patients, dans le but de concrétiser leur lien humain, informationnel et télémédical avec le praticien distant ;
- coordonnée, grâce à la diffusion des plans de soins télémédicaux proposés aux médecins traitants, coordonnateurs et équipes de soins ;
- opérationnelle, par l'intervention d'une cellule porteuse assurant les protocolisations télémédicales et la formation des infirmiers

---

<sup>1</sup> Cour des comptes, *La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad*, 2022, p. 114 : une consultation de spécialité annuelle en moyenne, en intégrant le coût des actes techniques y associés ; Drees Etudes & Résultats 989 : 8 pathologies cumulées en moyenne ; Drees Etudes & Résultats 1 237 : plus de la moitié des résidents en Gir 1 et 2

mobiles, ainsi que la direction logistique, administrative, organisationnelle du dispositif ;

- financière, via le financement du dispositif à l'épisode mensuel de soins sur une base de capitation, permettant ainsi de sanctuariser de façon lisible et efficace les moyens des acteurs de santé impliqués.

## Déploiement et dotation financière

**Autorisée en 2019 par arrêté de l'ARS Grand-Est**, financée sur fonds FISS au moyen d'un forfait récurrent, mensuel et expérimental, de 130 euros par patient, la Polyclinique Mobile a été déployée par l'organisation TokTokDoc sur le territoire bas-rhinois (67) en phase historique (soit huit établissements en 2020-23), puis sur les territoires mosellan (57) et vosgien (88) en phase d'extension (neuf établissements en 2022-23), totalisant en niveau de croisière environ **1 300** patients en file active.

## Des acquisitions substantielles

**Un accès aux soins multiplié par 4.** Dans un contexte sinistré<sup>2</sup>, la Polyclinique Mobile parvient à multiplier par 4 l'accès à la médecine de spécialité pour les patients inclus dans son dispositif. Ce renforcement de la capacité du système de santé à suivre ses Aînés est à mettre en perspective, d'une part, avec les effectifs actuels et prévisibles d'Aînés en Ehpad<sup>3</sup>, et, d'autre part, avec leur condition médicale générale<sup>4</sup>.

**Une connaissance renforcée du patient grâce à un parcours de soins structuré.** A travers l'élaboration progressive de bilans infirmiers, médicaux et de plans de soins personnalisés (PPS), la connaissance du patient est affinée de façon méthodique et collaborative. Le premier bilan, infirmier, est réalisé par l'infirmier mobile au contact du patient et de l'équipe de soins locale en établissement. Le second bilan médical est édité par le médecin référent gériatre du dispositif. L'issue de ces deux bilans est le PPS, dont la dispensation est activée en chacune de ses composantes par l'accord du médecin traitant.

---

<sup>2</sup> Cour des comptes, *précité*

<sup>3</sup> Drees Etudes & Résultats 1 172 : entre 800 et un million de résidents en Ehpad en 2050

<sup>4</sup> Drees Etudes & Résultats 989 et 1 237 précités

**Un parcours de soins fidèle à l'évolution du patient.** La force du PPS consiste à planifier les premiers besoins révélés par les bilans préalables, infirmier et médical, mais aussi à incorporer continûment les besoins nouveaux des patients. Les PPS sont d'abord réactualisés au fil de l'eau par les sollicitations des équipes de soins des établissements et des médecins traitants, notamment au gré d'épisodes aigus ou urgents. Ces remontées cristallisent des départs de soins spontanés. Les PPS font aussi l'objet d'une réactualisation annuelle par les équipes de la Polyclinique Mobile, qui repassent les bilans infirmier, médical et enfin le PPS en lui-même. Ainsi, l'équilibre entre besoins de fond planifiés et réactivité sur les besoins au fil de l'eau est consubstantielle au dispositif.

**Une excellente intégration au sein des Ehpad déployés.** Le professionnalisme et les compétences des infirmiers mobiles de télémédecine sont unanimement salués. Ils récoltent les informations et participent aux transmissions auprès des équipes de soins locales, coordonnent l'ensemble des professionnels spécialistes distants, assistent les patients ainsi que le téléconsultant ou le téléexpert dans le cadre de l'acte distant. Leur action complète l'action des équipes de soins locales, qui font d'ailleurs l'aveu de la faiblesse de la persistance de la télémédecine dans leur quotidien, malgré les nombreux appels à projets et financements dont leurs établissements de rattachement ont pu bénéficier à cet effet.

**Une acculturation totale des médecins traitants concernés par l'expérimentation.** Au rebours des premières craintes des omnipraticiens sur la télémédecine, la Polyclinique Mobile a démontré sa capacité constante à emporter leur assentiment une fois embarqués et accoutumés au dispositif<sup>5</sup>. Cette force de conviction augure d'une volonté authentique et non subie des médecins traitants à collaborer autour des PPS. A la connaissance du porteur, il n'existe aucune expérimentation ayant reconnecté avec une telle ampleur les médecins traitants à leurs patients en Ehpad, via une quinzaine de verticales de spécialité très

---

<sup>5</sup> Au 28/02/23, 207 médecins traitants ont agréé aux PPS de leurs patients, contre 15 n'y ayant pas agréé, sachant qu'à date les derniers établissements de la vague 2 étaient encore récemment introduits dans le dispositif.

différenciées, et à l'aide d'une communauté de médecins spécialistes structurée et pérenne.

**Un impact médical majeur.** L'étude médicale réalisée par le directeur médical et le référent gériatre de la Polyclinique Mobile atteste de l'impact fort des soins dispensés sur le volet des adressages, des examens complémentaires, des préconisations et de l'allopathie, révélant en creux l'ampleur des besoins latents non adressés historiquement<sup>6</sup>. Plus largement, l'immense variété de cas transformants rapportés par les infirmiers mobiles fait la preuve complémentaire de la place névralgique que suffit à occuper, en l'espace de quelques mois, le dispositif. Pour preuve, de nombreux épisodes critiques de soins ont révélé la capacité de la Polyclinique Mobile à épargner des complications majeures ou fatales à ses patients.

**La densité des soins dispensés** découle de 14 spécialités distantes mobilisées, de la psychiatrie à la neurologie, qui se sont toutes appuyées sur le caractère généraliste de la compétence infirmière pour faire vivre la télémédecine d'accompagnement promue par le dispositif. Ainsi des prises par les infirmiers mobiles de clichés cliniques destinés aux médecins distants, de leurs participations à des explorations fonctionnelles, à des dépistages non vulnérants des troubles sensoriels, poses d'ECG etc. La formation des infirmiers mobiles et la protocolisation détaillée des processus télémédicaux et des choix d'objets bio-connectés ont également contribué à cette densité de l'offre distante de second recours proposée, du domaine bucco-dentaire au domaine ophtalmologique, en passant par la cardiologie.

**Un vecteur de soins véritablement effectif.** D'abord par **la proximité temporelle remarquable** entre demandes de prises en charge et la dispensation des téléactes<sup>7</sup>. Aussi **par la suppression de l'organisation des temps de transports et d'accompagnement**, la Polyclinique Mobile offrant

---

<sup>6</sup> Au total l'étude identifie 115 motifs de prise en charge différents. A titre d'illustration sur une verticale majeure, la cardiologie, adossée au suivi de la fonction vitale immédiate du patient, on dénombre 18 motifs de prise en charge dont certains aussi impérieux que l'hypertension (32%), l'insuffisance cardiaque (27%), l'arythmie (20%), la cardiopathie (15%), le suivi post infarctus (2%) ou le post détresse respiratoire (2%)

<sup>7</sup> Plus courte de 13 fois à titre d'exemple en cardiologie et de 10 fois en dermatologie par rapport aux délais moyens de prise en charge en ville

un vecteur distancié dans la reconnexion des résidents aux soins de spécialité.

**Une combinaison préventif/curatif** en phase avec les préconisations ministérielles et des pouvoirs publics<sup>8</sup>, qui a permis de constituer un axe de dépistage par téléexpertise sur l'ensemble des limitations sensorielles (ORL, ophtalmologique, bucco-dentaire), dont l'absence de traitement préjudicie lourdement à la préservation de l'autonomie et de la santé des résidents.

**Une valeur haute de taux d'occupation des créneaux réservés auprès des médecins requis** (80% avec tendance encore ascendante à date), malgré des verticales de soins très ambitieuses en matière de télé médecine (ophtalmologie, gastro-entérologie) et les aléas de l'organisation quotidienne des soins en ESMS.

**Sur le terrain quantitatif, la Polyclinique Mobile a ouvert à ses patients l'accès aux soins de spécialité distanciés dans des proportions significatives, mais aussi aux soins présentiels** : les résidents de la Polyclinique Mobile sont plus nombreux que des patients témoins à bénéficier de consultations en ville. Le dispositif révèle en outre **un nombre total d'hospitalisations inférieur pour les patients TokTokDoc**, ainsi qu'**un nombre de journées totales en milieu hospitalier (hospitalisation évitables, passages aux urgences sans hospitalisation consécutive) également inférieur**. Émerge surtout **une inversion nette au fil du temps des différents postes de coût-patient**, dirigeant le coût total par patient dans une zone nettement inférieure au coût total d'un patient témoin<sup>9</sup>.

**Des ressources humaines, systématiquement pourvues**. Dans un environnement médico-social pourtant très abîmé<sup>10</sup>, la Polyclinique Mobile voit l'intégralité de ses postes soignants pourvus continûment, ainsi que ses vacations de médecins

<sup>8</sup> Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux, *Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes, décision d'adoption 2016-32, 2016* ; *Cour des comptes, précité* ; *Mission flash Assemblée nationale, 2022* : " *L'EHPAD de demain, qui doit être un véritable lieu de vie pour chacun des résidents, ne pourra advenir que si nous renforçons notre politique de prévention*" ; *Prise de parole d'Aurélien Rousseau en juillet 2023, la prévention n'étant pas «un supplément d'âme» ni ce que «l'on fera lorsque l'on aura réussi tout le reste»*

<sup>9</sup> *Retours porteur sur l'évaluation lot 2 (quantitatif)*

<sup>10</sup> *Drees Etudes & Résultats 1 067*

requis. Pourtant, les conditions financières offertes ne sont pas avantageuses par rapport au monde soignant en Ehpad ou de la rémunération unitaire des libéraux. En termes extra-financiers, l'intérêt analytique et les éléments responsabilisants de la fonction d'infirmier mobile de télé médecine assoient certainement avec force, pour aujourd'hui comme pour demain, les capacités de recrutement et de fidélisation de soignants au sein du dispositif<sup>11</sup>.

## Des perspectives raisonnées dans le cadre d'une généralisation

**Sur le terrain réglementaire propre au dispositif**, la LFSS pour 2024 en projet<sup>12</sup> **pourrait permettre aux structures de santé les plus diverses de coordonner des parcours renforcés en Ehpad sur une base forfaitaire répartie de façon transparente** entre les différents intervenants associés au dispositif généralisé. **La capacité de supervision de ces parcours par les ARS pourrait donner un levier important aux pouvoirs publics territoriaux pour en valider le principe, mais également pour les superviser voire les révoquer en cours d'exécution**, en cas d'éloignement constatés des objectifs fixés de santé publique et de bonnes pratiques. Enfin, **le dessin fin des parcours coordonnés en Ehpad par arrêté du ministre de la santé**, (notamment sur le mix curatif/préventif et les proportions de dispensation entre spécialités) permettrait de fixer avec précision leurs composantes attendues des pouvoirs publics.

**Sur le terrain réglementaire général**, les évolutions fondamentales actées dans le droit conventionnel postérieurement au début d'expérimentation<sup>13</sup> et celles actuellement discutées<sup>14</sup> **devraient permettre au dispositif généralisé d'entrer très rapidement en phase d'exécution sur chaque établissement desservi**. La nécessité de l'assentiment préalable de chaque médecin traitant (qui pouvait produire de la latence et donc de la

<sup>11</sup> *Atteste de ces capacités la faiblesse du turn over infirmier sur 3 ans d'expérimentation, inférieur à 10%*

<sup>12</sup> *Introduction des "parcours coordonnés renforcés" dans les codes de la santé publique et de la sécurité sociale*

<sup>13</sup> *Avenant 8 de la convention médicale ayant en 2020 fait échapper les téléconsultations de spécialité en Ehpad à l'orientation préalable du médecin traitant*

<sup>14</sup> *Renforcement des capacités de prescription des médecins coordonnateurs, sauf opposition du patient en Ehpad, via la proposition de loi du député Corneloup*

perte d'efficacité en début de déploiement sur les établissements couverts par l'expérimentation) pourrait ainsi se voir substituer une évaluation gériatrique standardisée, qui déterminerait le bien-fondé d'un départ de soins en PPS. **Les médecins traitants resteraient au cœur du dispositif, en étant les destinataires des comptes-rendus du PPS, en capacité de s'associer à leur co-construction et titulaires d'un droit d'alerte ou de remontée d'information** auprès des délégations territoriales des ARS, des ordres départementaux et des CPAM, notamment en cas de suspicion de dispensation inappropriée, ou encore de surconsommation de soins ou de traitements médicaux.

**S'agissant de la territorialisation des requis**, les arrêtés ministériels qui détermineront les prises en charge coordonnées renforcées en Ehpad pourront établir une clé pondérant **le périmètre territorial à respecter** (au sein duquel mobiliser des praticiens partenaires) avec **les ressources ambulatoires effectivement disponibles** sur les bassins de santé. Les zones à l'offre de soins distendue (ou saturée) pourront ainsi faire l'objet d'une clé de lecture élargie du territoire de santé de référence, et inversement.

**Concernant la montée en puissance des spécialités distantes**, le caractère universel du dispositif (toutes les verticales de soins innovantes pouvant être accueillies en son sein), ainsi que la montée en puissance manifeste de l'expertise infirmière mobile de télémédecine qu'a révélée l'expérimentation devraient permettre d'accroître le périmètre des spécialités et sous-spécialités couvertes, comme l'annonce déjà par anticipation le rythme constaté sur le développement expérimental<sup>15</sup>.

**Au niveau financier**, les projections du porteur prenant appui sur les rythmes de croisière de l'expérimentation livrent un niveau possible de forfait mensuel récurrent par résident inclus de 77,60 euros. Ce quantum pourrait être appliqué au porteur durant la phase de sas de droit commun, et ce jusqu'à ce que les arrêtés ministériels déterminant les modèles de financement forfaitaire prennent le relais.

---

<sup>15</sup> Le nombre de verticales de spécialité proposées par la Policlinique Mobile ayant quasiment doublé sur l'expérimentation, passant de 8 à 14

## Les rapports d'évaluation externe

**Le rapport qualitatif externe** a permis au porteur d'attirer l'attention des évaluateurs sur :

- l'enjeu crucial pour l'analyse de s'attarder sur les dynamiques de croisière livrées par l'expérimentation, en lieu de ses dynamiques récapitulatives ;
- la mise en perspective d'une série d'éléments formels d'évaluation, afin de les faire davantage communiquer avec les enjeux profonds du dispositif.

**Le rapport quantitatif externe** a donné l'occasion au porteur d'aborder avec les évaluateurs :

- des points de fragilité de l'appariement initial, tenant à des ESMS témoins clairement consommateurs de projets expérimentaux de télémédecine ;
- des ajustements ex post sur l'appariement difficilement accessibles pour le porteur, tenant notamment à des proportions très importantes de remise, sans que celles-ci n'aient entraîné de remise en cause de l'appariement initial ;
- des interrogations sur des postes de coût paramédicaux SNDS affectant les patients inclus dans l'expérimentation, d'un niveau totalement virtuel ou lié à une fraude massive à l'Assurance-Maladie ;
- l'absence de concentration de l'évaluation sur les trajectoires relatives des dépenses liées aux patients de la Policlinique Mobile vs. celles liées aux patients témoins, les chiffres absolus étant dépendants des situations historiques des établissements tests comme témoins ;
- l'absence d'exploitation des tendances de fond révélées par le rapport : soit le passage systémique des patients de la Policlinique Mobile dans une zone de coût total individuel moindre pour l'Assurance-Maladie que celui des patients témoins ;
- en lien avec le point précédent, l'absence d'analyses par cohortes temporelles des patients suivis par l'expérimentation, tenant compte non pas de leur ancienneté personnelle dans le dispositif, mais de l'ancienneté du dispositif lui-même.