CENTRE-VAL
DE LOIRE
Liberté
Égalité
Fraternité

RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS SPÉCIAL N°R24-2025-110

PUBLIÉ LE 15 AVRIL 2025

Sommaire

Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire /

R24-2025-04-14-00003 - 2025-DOS-108_Bilan_OQOS_Fenêtre_01.05.2025 au 01.07.2025 pour les activités de soins : EML, IRC, Médecine nucléaire (7 pages) Page 3

R24-2025-04-14-00004 - ARRETE 2025-DSTRAT-015 portant modification de l'arrêté n°2024-dstrat-0013 relatif à l'expérimentation VIGIE AGE (2 pages) Page 11

R24-2025-04-10-00003 - AVIS DE CONSULTATION RELATIF A LA REVISION DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE 2023-2028 DU PROJET REGIONAL DE SANTE DE LA REGION CENTRE-VAL DE LOIRE (3 pages) Page 14

R24-2025-04-14-00005 - CDC VIGIE AGE - ANNEXE ARRETE 2025-DSTRAT-015 (74 pages) Page 18

ARS du Centre - Val de Loire - Délégation Départementale du Loiret /

R24-2025-03-31-00033 - PREFECTURE SPECIFICITE LOCALE (3 pages) Page 93

Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

R24-2025-04-14-00003

2025-DOS-108_Bilan_OQOS_Fenêtre_01.05.2025 au 01.07.2025 pour les activités de soins : EML, IRC, Médecine nucléaire

AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE-VAL DE LOIRE
DIRECTION DE L'OFFRE SANITAIRE
DEPARTEMENT DE L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS

ARRETE

Fixant le bilan quantifié de l'offre de soins pour les activités de soins et les équipements matériels lourds (articles R. 6122-25 et R. 6122-26 du Code de la santé publique) de la région Centre-Val de Loire **pour la période de dépôt du 1er mai au 1er juillet 2025**

La directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

VU le Code de la santé publique, notamment ses articles L. 6122-1 à L. 6122-20 et R. 6122-23 à R. 6122-44 ;

VU le Code de la santé publique, notamment ses articles R. 6123-1 à R. 6123-212 et D. 6124-1 à D. 6124-501 ;

VU la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels ;

VU le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences régionales de santé ;

VU le décret du 7 juin 2023 portant nomination de Madame Clara de BORT en tant que directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire à compter du 12 juin 2023 ;

VU l'arrêté n° 2023-DSTRAT-0015 portant adoption du projet régional de santé 2023/2028 de la région Centre-Val de Loire ;

VU l'arrêté n° 2023-DSTRAT-0014 relatif à la définition des zones du schéma régional de santé de la région Centre-Val de Loire ;

VU l'arrêté n° 2024-DOS-173 fixant le calendrier 2025 des périodes de dépôt pour les demandes d'autorisations présentées en application des articles L. 6122-1 et L. 6122-9 du Code la santé publique ;

VU la décision n° 2024-DG-DS-0002 du 2 août 2024 de la directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire portant délégation de signature.

CONSIDERANT QUE ce bilan tient compte des autorisations bénéficiant des dispositions du décret n° 2024-268 du 25 mars 2024 susmentionné ;

CONSIDERANT QUE les dossiers seront à déposer sur la plateforme informatique nationale dédiée (SI-Autorisations accessible à l'adresse https://si-autorisations.sante.gouv.fr/).

ARRETE

ARTICLE 1ER : Le bilan quantifié de l'offre de soins par territoire de santé pour la période de dépôt du 1er mai au 1er juillet 2025 est établi comme il apparaît en annexe ci-après, pour les activités de soins et équipements suivante :

- **Equipements matériels lourds (EML)** (ANNEXE I)
- **Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale (IRC)** (ANNEXE II)
- **Médecine nucléaire** (ANNEXE III)

ARTICLE 2 : Le présent arrêté peut faire l'objet, dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou de la date de publication au recueil des actes administratifs :

- Soit d'un recours gracieux auprès de la directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire ;
- Soit d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé conformément aux dispositions de l'article L. 6122-10-1 du code de la santé publique : Ministère de la Santé - 14 avenue Duquesne – 75350 PARIS 07 SP. Ce recours hiérarchique ne constitue pas un préalable obligatoire au recours contentieux ;
- Soit d'un recours contentieux formé par toute personne ayant intérêt à agir auprès du tribunal administratif d'Orléans, 28 rue de la Bretonnerie – 45057 ORLEANS CEDEX 1.

Le tribunal administratif peut être saisi par l'application informatique « télé recours citoyens » accessible sur le site internet www.telerecours.fr.

ARTICLE 3 : La directrice de l'Offre Sanitaire de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Centre-Val de Loire.

Fait à Orléans, le 14/04/2025
La directrice générale,
Signé : Clara de BORT

ARRETE N° 2025-DOS-108

ANNEXE I A L'ARRETE N° 2025-DOS-108

EML - Radiologique diagnostique			
SRS 2023-2028 - OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE			
ZONE D'IMPLANTATION	Attendu à l'issue du SRS (2023-2028)	Bilan de l'existant	Autorisations disponibles
Cher (18)	6	0	**6**
Eure-et-Loir (28)	10	0	**10**
Indre (36)	6	0	**6**
Indre-et-Loire (37)	11	0	**11**
Loir-et-Cher (41)	6	0	**6**
Loiret (45)	12	0	**12**

EML - CYCLOTRON				
SRS 2023-2028 - OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE				
ZONE D'IMPLANTATION	Attendu à l'issue du SRS (2023-2028)		Bilan de l'existant	Autorisations disponibles
	Min	Max		
Indre-et-Loire (37)	0	1	0	**1**

ANNEXE II A L'ARRETE N° 2025-DOS-108

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE PAR EPURATION EXTRARENALE					
SRS 2023-2028 - OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE					
ZONE D'IMPLANTATION	MODALITE DE PRISE EN CHARGE	Attendu à l'issue du SRS (2023-2028)		Autorisations bénéficiant des dispositions du décret 2024-268 du 25/03/2024	Implantations disponibles Max.
		Min	Max		
Cher (18)	Hémodialyse en centre	1	1	1	**0**
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	2	3	1	**2**
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	4	5	4	**1**
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	1	2	1	**1**
Eure-et-Loir (28)	Hémodialyse en centre	1	2	2	**0**
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	4	5	4	**1**
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	4	4	4	**0**
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	2	3	2	**1**
Indre (36)	Hémodialyse en centre	1	1	1	**0**
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	2	2	2	**0**
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	2	2	2	**0**
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	1	1	1	**0**
Indre-et-Loire (37)	Hémodialyse en centre	3	3	3	**0**
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	5	6	6	**0**
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	7	7	7	**0**
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	3	3	2	**1**
Loir-et-Cher (41)	Hémodialyse en centre	1	1	1	**0**
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	3	3	3	**0**
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	3	4	3	**1**
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	1	2	1	**1**

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE PAR EPURATION EXTRARENALE					
SRS 2023-2028 - OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE					
ZONE D'IMPLANTATION	MODALITE DE PRISE EN CHARGE	Attendu à l'issue du SRS (2023-2028)		Autorisations bénéficiant des dispositions du décret 2024-268 du 25/03/2024	Implantations disponibles Max.
		Min	Max		
Loiret (45)	Hémodialyse en centre	2	4	4	**0**
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	5	6	6	**0**
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	4	5	5	**0**
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	5	5	5	**0**

ANNEXE III A L'ARRETE N° 2025-DOS-108

MEDECINE NUCLEAIRE							
SRS 2023-2028 - OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE							
ZONE D'IMPLANTATION	Attendu à l'issue du SRS (2023-2028) MENTION A		Attendu à l'issue du SRS (2023-2028) MENTION B		Bilan de l'existant	Autorisations disponibles max.	
	Min	Max	Min	Max		MENTION A	MENTION B
Cher (18)	2	2	0	0	0	**2**	**0**
Eure-et-Loir (28)	2	2	0	0	0	**2**	**0**
Indre (36)	1	1	0	0	0	**1**	**0**
Indre-et-Loire (37)	2	2	2	2	0	**2**	**2**
Loir-et-Cher (41)	1	1	0	0	0	**1**	**0**
Loiret (45)	4	5	0	1	0	**5**	**1**

Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

R24-2025-04-14-00004

ARRETE 2025-DSTRAT-015 portant modification de l'arrêté n°2024-dstrat-0013 relatif à l'expérimentation VIGIE AGE

AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE VAL-DE-LOIRE
DIRECTION DE LA STRATEGIE

ARRETE
Portant modification de l'arrêté n°2024-DSTRAT-0013 relatif à l'expérimentation « VIGIE-AGE - Création et évaluation d'une Filière de soins gériatriques (aiguë et chronique) connectée à domicile » en Région Centre-Val de Loire.

La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire,

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 7 juin 2023 portant nomination de Madame Clara de BORT, directrice générale de l'agence régionale de santé Centre-Val de Loire, à compter du 12 juin 2023 ;

VU la décision n° 2023-DG-DS-0006 du 29 novembre 2023 portant délégation de signature ;

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 n°2024-DSTRAT-0013 relatif à l'expérimentation « VIGIE-AGE - Création et évaluation d'une Filière de soins gériatriques (aiguë et chronique) connectée à domicile en Région Centre-Val de Loire», publié au RAA le 25 février 2025 ;

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 Centre-Val de Loire, annexé au présent arrêté ;

VU l'avis modificatif du Comité technique de l'innovation en santé du 10 avril 2025 sur le projet d'expérimentation sur l'expérimentation Vigie Age – Centre-Val de Loire;

ARRETE

ARTICLE 1 : Le cahier des charges 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° n°2024-DSTRAT-0013 du 25 février 2025.

ARTICLE 2 : Les dispositions relatives au calcul de la part conditionnelle prévues par l'arrêté n°2024-DSTRAT-0013 du 25 février 2025 sont modifiées dans le présent cahier des charges annexé.

ARTICLE 3 : La Directrice générale de l'ARS Centre-Val de Loire 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 A ORLEANS, le 14 avril 2025
La directrice générale de l'Agence
Régionale de Santé Centre-Val de Loire,
Signé : Clara de BORT

ARRETE N°2025-DSTRAT-015

Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

R24-2025-04-10-00003

AVIS DE CONSULTATION RELATIF A LA REVISION DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE 2023-2028 DU PROJET REGIONAL DE SANTE DE LA REGION CENTRE-VAL DE LOIRE

AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE VAL-DE-LOIRE
DIRECTION DE LA STRATEGIE

AVIS DE CONSULTATION RELATIF A LA REVISION DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE 2023-2028 DU PROJET REGIONAL DE SANTE DE LA REGION CENTRE-VAL DE LOIRE

La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

VU le Code de la santé publique, notamment les articles L1434-1 à L1434-3, et R1434-1,

VU la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,

VU le Décret n°2016-1024 du 26 juillet 2016 relatif au Projet régional de santé,

VU le Décret du 7 juin 2023 portant nomination de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé de Centre-Val de Loire à Clara de BORT,

VU la décision n° 2023-DG-DS-0006 du 29 novembre 2023 portant délégation de signature,

VU l'Arrêté du 26 octobre 2023, portant adoption du Projet régional de santé 2023-2028 de l'ARS Centre-Val de Loire,

VU le Décret n°2021-708 du 3 juin 2021 relatif à la procédure de révision du Projet régional de santé,

I. Emetteur de l'avis de consultation

Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire
Cité administrative Coligny
131 rue du Faubourg Bannier - BP 74409
45044 Orléans Cedex 1
Pris en la personne de sa Directrice générale, Madame Clara de BORT.

II. Objet de la consultation

La consultation porte sur la révision du Schéma régional de santé (2023-2028) du projet régional de santé de la région Centre-Val de Loire conformément à l'article R1434-1 du Code de la santé publique.
Il s'agit d'une révision partielle portant exclusivement sur la présentation de certains Objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) pour les activités soumises à autorisation du Schéma régional de santé (2023-2028) et l'actualisation de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES).

III. Nature du document publié

Le document de révision ciblée des OQOS et de la PDSES du Schéma régional de santé (2023-2028) du Projet régional de santé de la région Centre-Val de Loire est déposé sur le site internet de l'ARS au lien ci-dessous, avec une note d'accompagnement explicative.

Révision du PRS 2023-2028 - Juin 2025 | Agence régionale de santé Centre-Val de Loire

IV. Autorités consultées

Conformément à l'article R. 1434-1 du code de la santé publique, les autorités concernées par la présente consultation sont :

- La Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)
- Les Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA),
- Le Conseil d'administration de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire.

V. Délai de consultation

En application de l'article R 1434-1 du code de la santé publique, à compter de la publication du présent avis au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Centre-Val de Loire, les autorités consultées disposent d'un délai de deux mois pour transmettre leur avis à l'Agence Régionale de Santé selon tout moyen permettant d'établir une date certaine.

VI. Procédure de transmission des avis

Les autorités consultées transmettent leur avis à l'Agence Régionale de Santé selon deux modalités :

Sous forme électronique (version signée au format pdf), à l'adresse suivante :
ars-cvl-prs3@ars.sante.fr

Par courrier, à l'adresse suivante :

Madame la Directrice générale
Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire
Direction de la stratégie
Cité administrative Coligny
131 rue du Faubourg Bannier - BP 74409
45044 Orléans Cedex 1

FAIT A ORLEANS, le 10 avril 2025
La Directrice générale de l'Agence
régionale de Santé Centre-Val de Loire,
Signé : Clara de BORT

Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

R24-2025-04-14-00005

CDC VIGIE AGE - ANNEXE ARRETE 2025-DSTRAT-015

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

Socle commun du cahier des charges

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 aigües 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 gestionnaires 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 (CHRDS), 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: 19/09/2023
V2 : 26/09/2023
V3: 28/09/2023
V4: 07/11/2023
V5: 09/11/2023
V6 : 19/01/2024
V7 : 12/02/2024
V8 : 13/02/2024
V9 : 14/02 :2024
V10 : 08/01/2025
V11 : 09/04/2025

SOMMAIRE

1. Présentation Vigie Age 9

1.1 La société EPOCA 9

1.2 Territoire Chartres 9

1.2.1 Le Centre Hospitalier de CHARTRES 9

1.2.2 La filière gériatrique du Centre Hospitalier de CHARTRES 10

1.2.3 Le reste du territoire du 28 10

2 Contexte et constats 11

2.1 Augmentation des ruptures de parcours avec l'avancée en âge 11

2.2 Problématiques du parcours actuel 11

2.3 Une alternative : le modèle nordique ? 12

3 Objet de l'expérimentation (résumé) 13

3.1 Objectifs de Vigie-Age 13

3.1.1 Objectifs stratégiques 13

3.2 Description du projet 14

3.2.1 Le concept Vigie-Age 14

3.2.2 Les 3 parcours Vigie-Age 15

3.2.3 GAD : gériatrie aigüe à domicile 15

3.2.4 AMAD 1 et 2 : accompagnement médicalisé à domicile 15

3.2.5 Complémentarité des 3 parcours 16

3.3 Population cible 17

3.3.1 Critères d'admission en GAD 17

3.3.2 Critères d'admission en AMAD 1 ou 2 19

3.4 Effectifs de patients concernés par l'expérimentation 19

4 Acteurs de Vigie-Age 20

4.1 L'expertise gériatrique fournie par l'hôpital 20

4.2 Des renforts de soins à domicile 20

4.3 Une société de télésurveillance et de coordination qui fournit : 20

4.4 Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation 22

4.5 Terrains d'expérimentation 23

4.6 Durée de l'expérimentation 23

4.7 Gouvernance et suivi de la mise en œuvre 23

5 Description des parcours 23

5.1 Le parcours de soins GAD 23

5.1.1 Le parcours GAD étape par étape 24

5.1.2 L'admission en GAD 24

5.1.3 Le suivi GAD au quotidien 25
5.1.4 Fin du parcours GAD 26
5.2 Le parcours AMAD 26
5.2.1 Le parcours AMAD étape par étape 26
5.2.2 Le suivi AMAD 1 ou 2 au quotidien 26
5.2.3 Fin du parcours AMAD 1 ou AMAD 2 27
5.3 L'appui de la télémédecine pour les parcours GAD/AMAD 28
5.4 Articulation avec l'existant 29
6 Financement de l'expérimentation 31
6.1 Modèle de financement 31
6.2 Modalité de financement de la prise en charge proposée 33
7 Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation 34
7.1 Aux règles de financements de droit commun 34
7.2 Aux règles d'organisation de l'offre de soins 34
8 Impacts attendus 34
8.1 Impact en termes de service rendu aux patients 34
8.2 Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services 34
8.3 Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé 35
9 Modalités d'évaluation proposées de l'expérimentation 35
9.1 Objectifs opérationnels de l'expérimentation et démarche évaluative associée 35
9.1.1 Améliorer la qualité de vie du patient 35
9.1.2 Améliorer la qualité de vie des aidants 35
9.1.3 Améliorer l'exercice des médecins traitants et des soignants à domicile 35
9.1.4 Réduire les hospitalisations et les passages aux urgences 36
9.1.5 Limiter ou retarder les entrées en EHPAD ou en USLD 36
9.1.6 Améliorer la « performance » de l'expertise médicale 36
9.1.7 Economies pour la collectivité 36
9.2 Indicateurs proposés 37
10 Obligations règlementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel 38
11 Liens d'intérêts 40
12 Projet régional de la région CVL 41
12.1 Effectifs de patients concernés par l'expérimentation 41
12.2 Modalités de financement de l'expérimentation 41
12.2.1 Financement FIR 41

12.2.2 Financement FISS 42
12.2.3 Synthèse financement FIR + FISS 43
13 ANNEXES 44

NOM DU PORTEUR :

- Centre Hospitalier de Chartres

NOM des PARTENAIRES :

- Société EPOCA

PERSONNES / CONTACTS :

- **Mme Emmanuelle Fouju** (Directeur Adjoint chargé du pôle de gérontologie, de la qualité-gestion des risques, des secteurs logistiques et biomédical)
  - efouju@ch-chartres.fr - 02 37 30 38 29
- **M. Christophe LAURE** (Directeur adjoint en charge de la recherche clinique et de l'innovation)
  - claure@ch-chartres.fr - 02 37 33 42 95
- **Dr Elise CABANES** (Présidente EPOCA)
  - elise@epoca.health - 06 10 84 88 12

1. Présentation Vigie Age

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 médicotechnique, 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 Territoire Chartres

1.2.1 Le Centre Hospitalier de CHARTRES

L'Hôpital de CHARTRES compte 1 020 lits et 190 places (dont 449 lits d'hébergement pour les personnes âgées). Le secteur MCO, situé sur le site de l'Hôpital Louis Pasteur au COUDRAY, comporte un secteur de Médecine (cardiologie, diabétologie-endocrinologie, gastro-entérologie, neurologie, oncologie, rhumatologie, pneumologie, gérontologie, néphrologie, réanimation...) et un secteur de chirurgie (chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie dentaire, chirurgie urologique, chirurgie vasculaire, chirurgie gynécologique, chirurgie viscérale...) ; le laboratoire de biologie médicale, le service d'imagerie médicale, le plateau de consultations.

1.2.2 La filière gériatrique du Centre Hospitalier de CHARTRES

Le Pôle de Gérontologie du Centre Hospitalier de CHARTRES organise la filière gériatrique grâce à plusieurs dispositifs et structures :

- L'Unité Gérontologique d'Orientation et de Soins (UGOS) avec une capacité de 2 lits d'hôpital de jour. L'UGOS réalise des bilans, des évaluations et des diagnostics lors des consultations.
- L'Equipe Gérontologique d'Appui et de Liaison (EGAL) intervient dans les différents services du Centre Hospitalier sur demande des médecins et, en premier lieu, au SAU, où elle conseille les équipes sur l'orientation des patients fragilisés.
- Les deux unités de médecine gériatrique de cours séjour (G1 et G2) situées sur Louis Pasteur : elles accueillent respectivement 28 et 25 patients. A sein de la Médecine G, il existe une unité péri opératoire de 9 lits (UPOG). L'accès à ces services se fait principalement à partir des urgences ou sur admission directe après appel du médecin traitant pour les patients en EHPAD ou à domicile.
- Le service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) gériatrique : avec une capacité de 80 lits, il est situé sur le site de l'Hôtel-Dieu. Il accueille les personnes âgées poly-pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance.
- L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) réparti sur 2 sites dans 3 Résidences : Hôtel-Dieu-Bâtiment central, Philippe Desportes et Résidence du Val de l'Eure. IL compte 449 lits dont une UHR de 12 lits.

1.2.3 Le reste du territoire du 28

Le territoire d'Eure-et-Loir présente la particularité de bénéficier de 2 établissements de référence (CHARTRES et DREUX) avec les mêmes autorisations et qui assurent des missions d'hôpital de recours.
Les Centres Hospitaliers de CHATEAUDUN, NOGENT LE ROTROU et de LA LOUPE assurent des missions de proximité.
Le Centre Hospitalier Henri Ey assure, quant à lui, des missions dévolues aux établissements de santé mentale sur le territoire.
Sont attachés à l'ensemble de ces établissements, des EHPAD : DREUX (271 lits), CHATEAUDUN (275 lits), Henri Ey BONNEVAL (175 lits), NOGENT LE ROTROU (160 lits) et LA LOUPE (129 lits).

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 aigües, 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'ATIH[1], 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'accélèrent 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

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

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.

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 entraine 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 nordique[4] 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.

---

[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

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.

Elle permet le décloisonnement 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 maitrisé.

3.1 Objectifs de Vigie-Age

3.1.1 Objectifs stratégiques

Tout en permettant des gains d'efficience 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'effecteur 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 aigüe 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 :

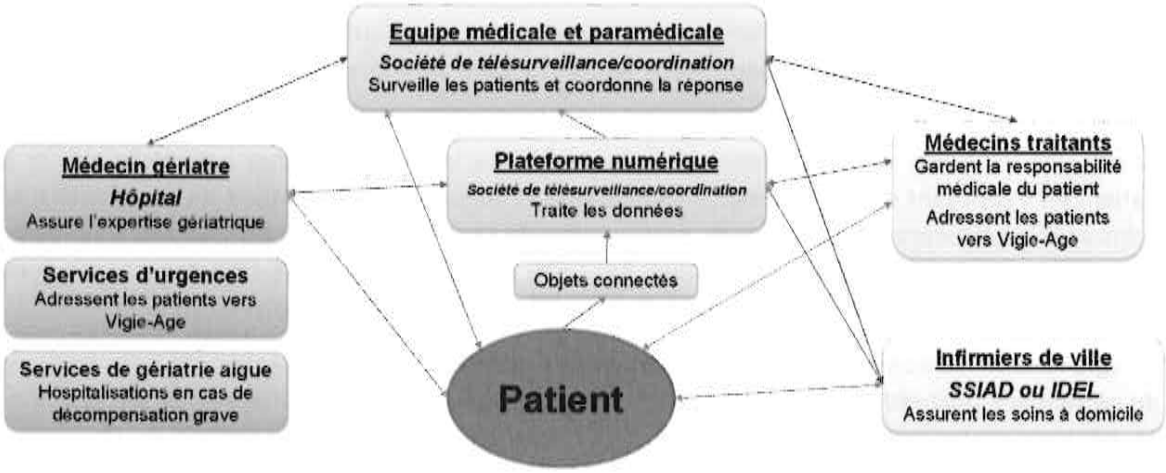
- L'acculturation digitale des professionnels de santé de façon intégrée et recentrée sur la prise en charge ambulatoire du patient (amélioration des interventions en termes de pertinence, qualité et quantité) ;
- l'évolution des habitudes de travail et la rupture de l'isolement des personnels soignants (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

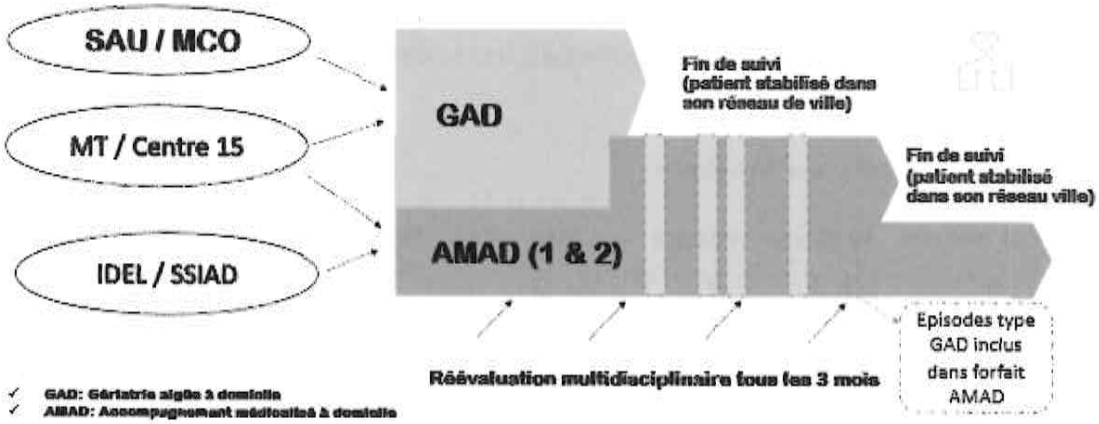
L'innovation Vigie-Age repose sur le suivi permanent des constantes du patient grâce à des objets connectés, une plateforme de télé surveillance analysant les données remontées et créant des alertes et une équipe médicale et paramédicale pour confirmer les alertes et coordonner les interventions au domicile. 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 aigüe 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 aigüe 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 CCMU[5] 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 aigüe (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.

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

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 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.

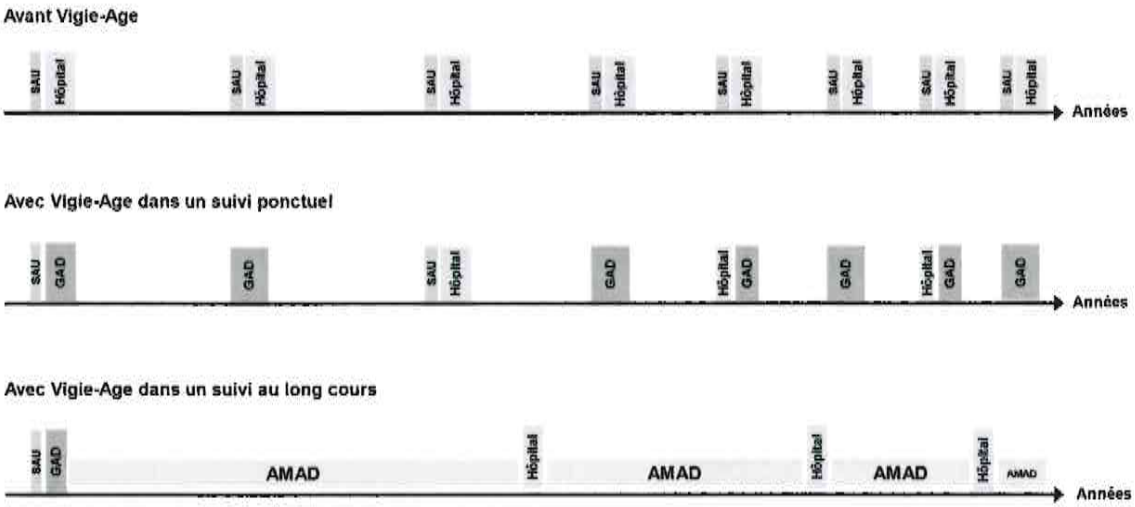
La différence entre AMAD 1 et AMAD 2 est liée à l'intensité des interventions.

- 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.



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 ≥ 70 ans GIR 1 à 6
- Accord du patient ou de son représentant légal
- ISAR ≥ 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 >=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)

<table>
<tr><td colspan="3">Patient âgé de 70 ans ou plus, consentant (patient/tuteur) et habitant en zone de couverture Vigie Age</td></tr>
<tr><td>oui</td><td colspan="2">non</td></tr>
<tr><td colspan="3">Absence de critères d'exclusion
(R. suicidaire / R. fugue / suivi HAD en place / Patient S.D.F)</td></tr>
<tr><td>oui</td><td colspan="2">non</td></tr>
<tr><td colspan="3">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, Paralysie ou impotence d'apparition BRUTALE</td></tr>
<tr><td>oui</td><td colspan="2">non</td></tr>
<tr><td colspan="3">Ex. complémentaires nécessaires = disponibles en ville, en HDJ ou délai > 36h OK</td></tr>
<tr><td>oui</td><td colspan="2">non</td></tr>
<tr><td colspan="3">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 02ttt, aides diverses en sus de la surveillance)</td></tr>
<tr><td>oui</td><td colspan="2">non</td></tr>
<tr><td colspan="3">En l'absence du dispositif, le patient serait-il hospitalisé ou gardé en surveillance ?</td></tr>
<tr><td>oui</td><td colspan="2">Non</td></tr>
<tr><td rowspan="2">OK demande d'admission GAD</td><td colspan="2">Le patient est-il à risque de ré hospitalisation précoce (J7/M1) ou de rupture de parcours ?</td></tr>
<tr><td>OK demande d'admission GAD</td><td>Pas de demande d'admission GAD</td></tr>
</table>

18

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 :
    - patient suivi HAD ou EHPAD hors les murs ou indication à prise en charge HAD/EHPAD hors les murs
    - 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 ≥ 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
Chartres	10	50	50
Nombre total de places	**10**	**50**	**50**

Nombre total de patients suivis

	Année 1
Objectif cible total :	**600**
Dont en GAD	**540**
Dont en AMAD 1	**30**
Dont en AMAD 2	**30**

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

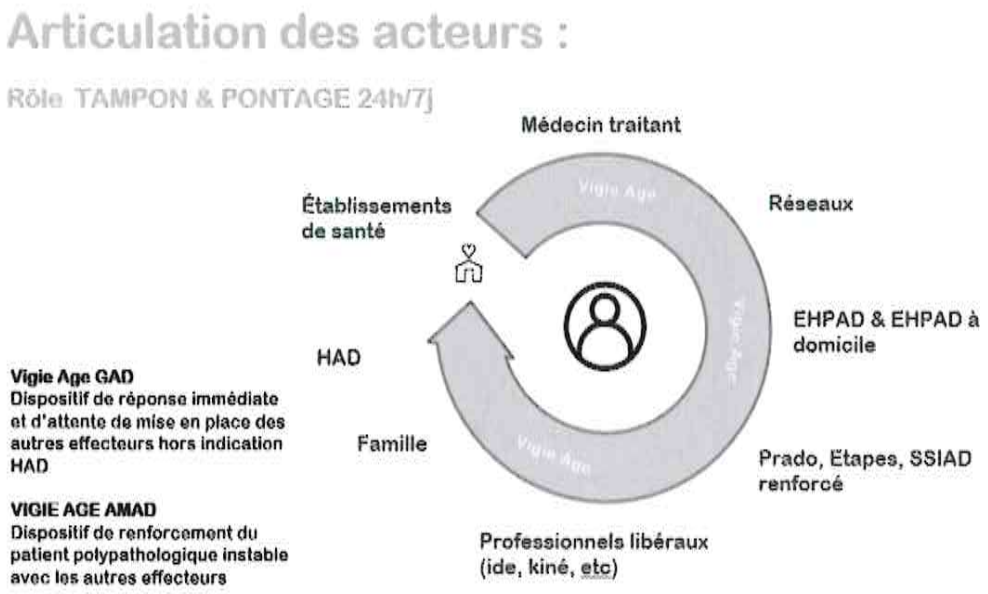
<u>Les moyens humains sont adaptés aux besoins</u>

	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

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 :



4.5 Terrains d'expérimentation

- Département 28 (Eure-et-Loir)

4.6 Durée de l'expérimentation

L'expérimentation est autorisée pour une durée de 14 mois à compter de la date d'inclusion du 1er patient compte tenu de la mise œuvre de l'expérimentation Vigie Age en Ile de France depuis février 2022.

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 Gérondif et PUPH à l'APHP ;
    - La Professeure Nathalie Salles, Présidente de la société française de télémédecine, 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.

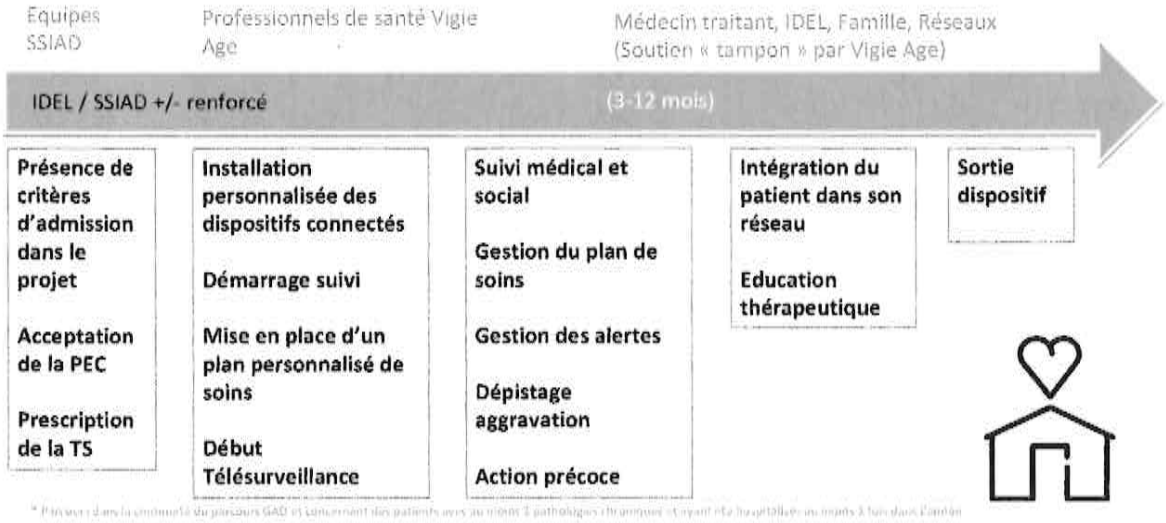
5.1.4 Fin du parcours GAD

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 différentie 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.

<u>Les suivis AMAD au quotidien :</u>

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 monitorage 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,

- 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 monitorage 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'entrainement 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 communiquée ; elle nourrit le système.

Les professionnels de santé de ville et hospitaliers ont accès aux données de la plateforme afin d'améliorer le suivi continue 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 heures[6]). 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 mono-pathologie 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 équivalent 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 aigüe 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 :

- 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.
- 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.
- 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 en fin d'expérimentation.
- 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. 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 - « coupes Pathos » - est réalisée en fin d'expérimentation par l'ARS.
- La part conditionnelle est déclenchée selon les modalités suivantes :
- Si le ratio « profil de soins T2/profil de soin T2, R2, CH, M2, S1 » est supérieur ou égal à 50%, le montant de la part conditionnelle est égal à 9% du montant total des prestations dérogatoires de l'expérimentation,
-
- Si le ratio « profil de soins T2/profil de soin T2, R2, CH, M2, S1 » est inférieur à 50%, le montant de la part conditionnelle est calculé selon la formule suivante :
-
- [« profil de soins T2/profil de soin T2, R2, CH, M2, S1 »/50%] * (9% du montant total des prestations dérogatoires de l'expérimentation).

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, discontinue 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 ;

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 :

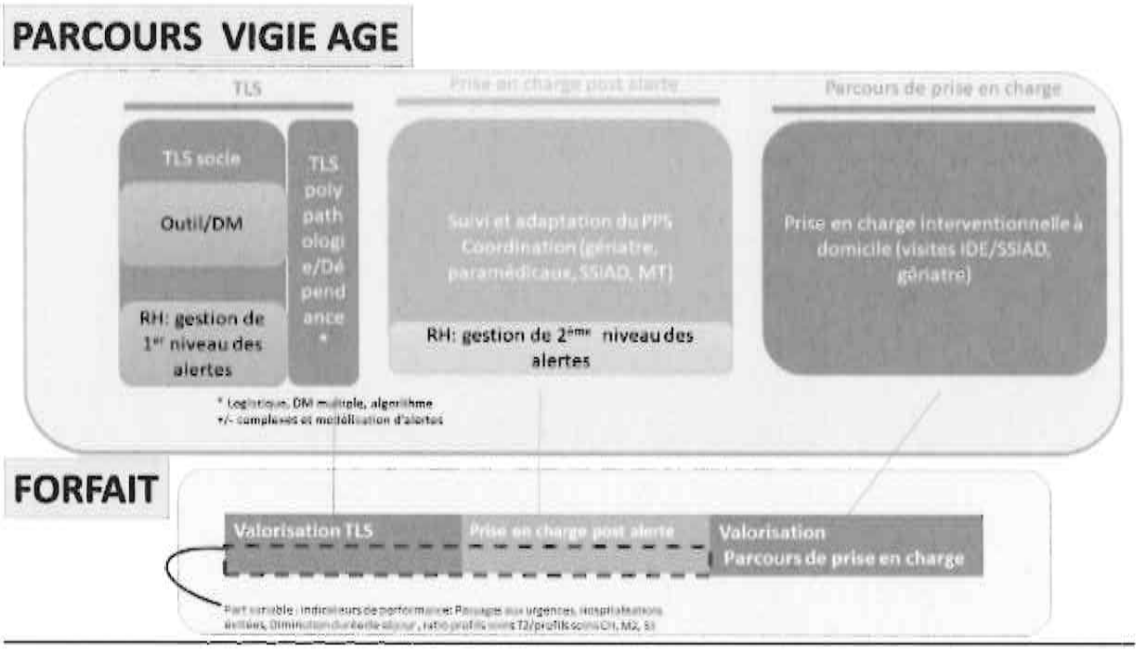


Schéma parcours et financement

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 gestionnaires 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
	Satisfaction des professionnels	
Impact sur les soigants 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 règlementaires 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.)**

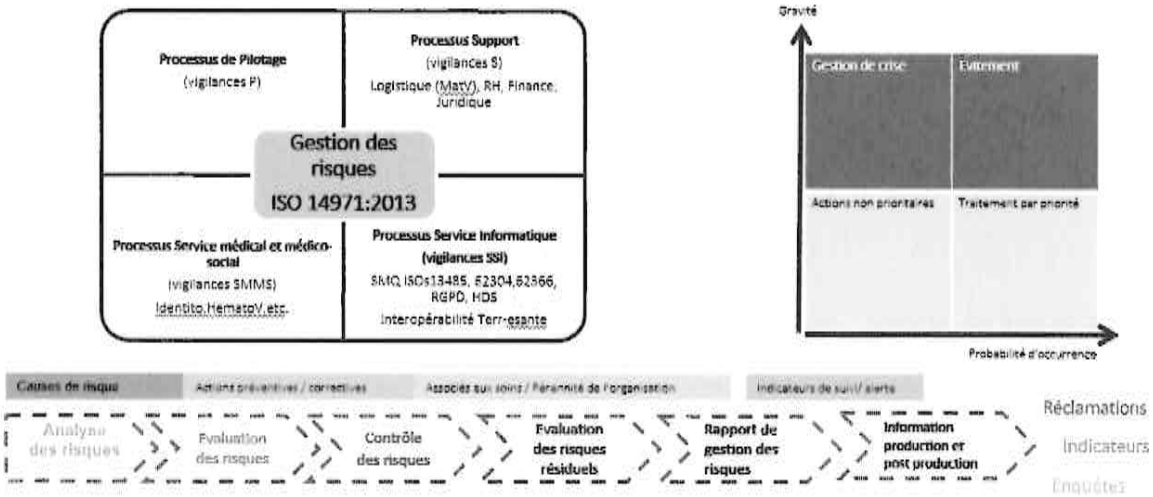
- **Le dépistage d'anomalie, la gestion d'alertes à domicile et le suivi de la réponse opérationnelle par des équipes médicalisées à distance et en mobilité au domicile**

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 compliante 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 CVL

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 CVL

	GAD	AMAD1	AMAD2
CH CHARTRES	10	50	50
Nombre total de places	**10**	**50**	**50**

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 61 460 €.

	Année 1
Formation	17 800€
Communication	19 000€
Gestion de projet	24 660€
Total CAI (FIR)	61 460€

12.2.2 Financement FISS

	Forfait	Prévisionnel Année 1 CVL
Nb de patients inclus		600
Dont en GAD		540
Dont en AMAD 1		30
Dont en AMAD 2		30
Forfait TLS socle	*132 €*	**79 200 €**
Forfait GAD	*819 €*	**442 260 €**
Forfait AMAD 1	*1 362 €*	**73 548 €**
Forfait AMAD 2	*3 298 €*	**98 940 €**
Total prestations dérogatoires (FISS) HORS part conditionnelle		**693 948 €**

Le financement au titre des prestations dérogatoires (hors part conditionnelle) sur l'ensemble de sa durée est autorisé pour un montant maximum de 693 948 euros à financer par le FISS

Le montant FISS total est de 756 403 euros. Ce montant se répartit en deux parties, non fongibles entre elles :

- Les prestations dérogatoires, pour un montant maximum de 693 948 euros
- Un part conditionnelle, pour un montant maximum de 62 455 euros.

12.2.3 Synthèse financement FIR + FISS

	Forfait	Prévisionnel Année 1 CVL
Nb de patients inclus		600
Dont en GAD		540
Dont en AMAD 1		30
Dont en AMAD 2		30
Forfait TLS socle	*132 €*	**79 200 €**
Forfait GAD	*819 €*	**442 260 €**
Forfait AMAD 1	*1 362 €*	**73 548 €**
Forfait AMAD 2	*3 298 €*	**98 940 €**
Part conditionnelle		**62 455 €**
Total prestations dérogatoires (FISS) HORS part conditionnelle		**693 948 €**
Total CAI (FIR)		**61 460 €**
Total expérimentation (FISS+FIR) HORS part conditionnelle		**755 408 €**
Total expérimentation (FISS+FIR) y compris part conditionnelle		**817 863 €**

Le financement total de l'expérimentation sur l'ensemble de sa durée est autorisé pour un montant maximum de 817 863 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 61 460 euros financés par le FIR
- Des financements des prestations dérogatoires et part conditionnelle pour un montant maximum de 756 403 euros

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	**CH CHARTRES** Les Hôpitaux de Chartres	**Emmanuelle Fouju** Directeur Adjoint chargé du pôle de gérontologie, de la qualité-gestion des risques, des secteurs logistiques et biomédical Hôpitaux de Chartres 02 37 30 38 29 efouju@ch-chartres.fr **Christophe LAURE** Directeur adjoint en charge de la recherche clinique et de l'innovation Chef de projet France PCI Centre Hospitalier de Chartres claure@ch-chartres.fr 02 37 33 42 95	
Partenaire	**EPOCA SAS** **Siège social : Parc d'activités économiques Plein Est, 2 rue Michel Girardot, 52000 Chaumont** EPOCA	**Mme Dr Cabanes Elise (Présidente EPOCA U&I)** **06 10 84 88 12** **elise@epoca.health** **M Thomas DIVISIA (Directeur général d'EPOCA)** **thomas@epoca.health - 06 46 48 40 60**	

2. Annexe 2. 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	Parcourc PEC Gériatre		272 €	354 €	860 €
SSIAD	Parcours PEC IDE		360 €	228 €	536 €
Total		132 €	819 €	1 362 €	3 298 €

3. Annexe 3. 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°)[7] :	**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.		

[7] 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)

46

4. Annexe 4. Exemples de patients suivis par le nouveau dispositif (retour d'expérience pilote avec CHRDS)

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 , Fresspiratoire, saturation, FC, TA • Aggravation J10-11: sat 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 Patiente 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°courte pour ponctions itératives • Equilibration antalgie, Education thérapeutique (gestion antalgiques opioides) • 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 proaction 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, cardiopathe rythmique sous bbloquants 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 ttt Parkinson: poso + horaire + galénique + entrainement/ETP par appels montres pour les prises et les levers progressifs (pas de recidive de chute poru l'instant, correction HTO encore en cours) • Adaptation du domicile (tapis) et cheussage • Sollicitations diverses par appels montre Mme et époux = aide ressentie++ • Appels pour selles époux necessité changement protection heure nocturne, amélioration des passages

47

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 medecin 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

5. Annexe 5. 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

ARS du Centre - Val de Loire - Délégation Départementale du Loiret

R24-2025-03-31-00033

PREFECTURE SPECIFICITE LOCALE

AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE-VAL DE LOIRE
DELEGATION DEPARTEMENTALE DU LOIRET

ARRETE n° 2025-DD45-OSMS-0004

Modifiant l'arrêté n°2024-DD45-OSMS-0005 portant nomination des membres du Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires

La Préfète du département du Loiret
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Ordre National du Mérite

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire

VU le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1435-5 et L. 6314-1, et R. 6313-1 et suivants,

VU le décret n°2015-626 du 5 juin 2015 renouvelant certaines commissions administratives à caractère consultatif relevant du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

VU le décret du 23 juillet 2023 portant nomination de Madame Clara de BORT en tant que Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire à compter du 12 juin 2023,

VU le décret du 13 juillet 2023 nommant Madame Sophie BROCAS, préfète de la région Centre-Val de Loire, préfète du Loiret,

VU le décret n° 2010-810 du 13 juillet 2010 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires,

VU le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins, notamment son article 4,

VU le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences régionales de santé,

VU le décret n° 2006-672 du 8 juin 2006 relatif à la création, à la composition et au fonctionnement des commissions administratives à caractère consultatif,

VU l'arrêté n°2024-DD45-OSMS-0005 du 07 mars 2024, portant nomination des membres du Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires, et son annexe de nomination de certains membres du sous-comité des transports sanitaires,

VU la décision n°2023-DG-DS45-0002 du 12 juin 2023, portant délégation de signature à la Directrice départementale de l'Agence Régionale de Santé du Loiret,

CONSIDERANT les candidatures proposées conformément aux dispositions de l'article R 6313-1-1 du code de la santé publique,

SUR proposition de Madame la Directrice départementale du Loiret de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire et de Monsieur le secrétaire général de la Préfecture du Loiret,

ARRETENT

ARTICLE 1er : les modifications apportées à l'arrêté n°2024-DD45-OSM-0005 portant nomination des membres du Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires du département du Loiret, sont les suivantes :

3°- Au titre des membres nommés sur proposition des organismes qu'ils représentent

- **Un représentant de chacune des associations de permanence des soins lorsqu'elles interviennent dans le dispositif de la permanence des soins au plan départemental :**

SOS Médecin :

Titulaire : Madame le Docteur PICART Barbara

Le reste sans changement.

ARTICLE 2 : Le présent arrêté peut être contesté dans un délai de deux mois, à compter de sa notification :

- Par voie de recours gracieux auprès de la Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire,
- Par voie de recours contentieux auprès du tribunal administratif d'Orléans (28 rue de la Bretonnerie – 45057 ORLEANS CEDEX 1).

Le tribunal administratif peut également être saisi par l'application informatique Télérecours, accessible par le site internet www.telerecours.fr

ARTICLE 3 : Monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Loiret et Madame la Directrice départementale du Loiret de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui fera l'objet d'une insertion au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Centre-Val de Loire. L'arrêté prendra effet à la date de la publication.

Fait à Orléans, le 31 mars 2025
Pour la Préfète de la région Centre-Val de Loire,
Préfète du Loiret
Signé : Sophie BROCAS
Pour la Directrice générale,
La Directrice départementale du Loiret
Signé : Catherine FAYET