



PRÉFET
DE LA RÉGION
GRAND EST

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS



Édition du 10 février 2023



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Direction Générale

ARRETE ARS Grand Est n°2023-0797 du 07/02/2023

Modifiant l'arrêté ARS Grand Est n°2019/2778 du 9 octobre 2019 relatif à l'expérimentation innovante en santé intitulée « Polyclinique Mobile TokTokDoc »

**La Directrice Générale
de l'Agence Régionale de Santé Grand Est**

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 3 septembre 2020 portant cessation de fonctions et nomination de la directrice générale de l'agence régionale de santé Grand Est – Mme CAYRE Virginie ;

VU le décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale ;

VU la circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 ;

VU l'arrêté ARS Grand Est n°2019/2778 du 9 octobre 2019 modifié portant autorisation de l'expérimentation innovante en santé intitulée « Polyclinique Mobile TokTokDoc » ;

VU le cahier des charges modifié du projet d'expérimentation innovante en santé intitulée « Polyclinique Mobile TokTokDoc » ;

VU l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 31 janvier 2023 ;

ARRETE

Article 1 :

L'article 2 de l'arrêté ARS Grand Est n°2019/2778 du 9 octobre 2019 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 2 - La durée d'expérimentation est fixée à 45 mois dont une phase opérationnelle de 34 mois, comprenant une phase pilote de mise en œuvre dans 8 EHPAD du département du Bas-Rhin, et une phase d'extension pouvant aller jusqu'à 10 EHPAD supplémentaires de la région Grand Est soit un total maximum de 18 EHPAD. L'expérimentation telle que définie dans le cahier des charges modifié visé ci-dessus est autorisée jusqu'au 31 juillet 2023 dans les conditions précisées par l'avis CTIS du 31 janvier 2023. »

Article 2 :

L'annexe de l'arrêté n°2019/2778 du 9 octobre 2019 est remplacée par le cahier des charges modifié susvisé de l'expérimentation innovante en santé intitulée « Polyclinique Mobile TokTokDoc », annexé au présent arrêté.

Article 3 :

Le Directeur de la Qualité, de la Performance et de l'Innovation est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera notifiée à l'intéressé 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 devant le Tribunal Administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification. La juridiction peut notamment être saisie via une requête remise ou envoyée au greffe du Tribunal Administratif ou aussi par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr.

P/ La Directrice Générale,
Le Directeur de la Qualité, de la Performance
et de l'Innovation

Laurent DAL MAS





Salle d'attente virtuelle
Traitement de l'urgence



Visioconsultation
de qualité



Partage de
documents



Dispositifs médicaux
connectés



Ordonnance
Feuille de soin



POLICLINIQUE MOBILE

- NOTE DE SYNTHÈSE
- PHASAGE ET LIVRABLES ATTENDUS
- CAHIER DES CHARGES ET PRÉVISIONNEL FINANCIER

DESTINATAIRES
COMITÉ TECHNIQUE
ARTICLE 51

NATIONAL ET RÉGIONAL
ARS GRAND EST, CPAM 67

DISPOSITIF
« EXPÉRIMENTER ET INNOVER
POUR MIEUX SOIGNER »

EXPÉRIMENTATIONS DÉROGATOIRES -
ARTICLE 51, LFSS 2018

PROMOTEUR
NEMO HEALTH S.A.S.

62, RUE DU FAUBOURG NATIONAL
F-67000 STRASBOURG

SIRET : 809 914 369 00016
APE : 6201Z

JANVIER 2023



POLICLINIQUE MOBILE TOKTOKDOC

UNE ORGANISATION INNOVANTE ET IMPACTANTE EN MÉDICO-SOCIAL



« **EXPÉRIMENTER ET INNOVER POUR MIEUX SOIGNER** »
EXPÉRIMENTATIONS DÉROGATOIRES - ARTICLE 51, LFSS 2018

Ministère des solidarités et de la santé, CNAM Caisse nationale
d'assurance maladie (CPAM), ARS Agence régionale de santé du Grand
Est

Note de synthèse

Tous les éléments de cette note de synthèse sont explicités et détaillés dans le dossier ci-après.

Bénéficiaires



La **Policlinique mobile TokTokDoc** est une innovation organisationnelle et financière en télémédecine. Elle est **dédiée aux patients en secteurs médico-sociaux**, dans un premier temps en gériatrie.

Fondement



Les établissements médico-sociaux représentent aujourd'hui des zones enclavées et fragilisées en termes d'accès aux soins, notamment spécialisés. Leurs populations sont généralement dépendantes, polypathologiques, difficilement déplaçables. Les professionnels de santé spécialisés, en sous-démographie, ne se déplacent généralement pas au chevet de ces patients.

Initiative



La Policlinique mobile TokTokDoc est **une offre complète et unifiée de soins en télémédecine**. Cette innovation organisationnelle reprend le concept d'**établissement de santé "hors les murs"**, articulé sur la modalité technologique de la télémédecine. Cela constitue un parcours de soins, confié à un acteur qui fédère et coordonne l'équipe autour du patient, y compris son médecin traitant et ses médecins spécialistes habituels.

Caractères innovants

Innovation organisationnelle



Il ne s'agit absolument pas de proposer un produit technologique, mais **une prise en charge télémédicale "de bout en bout"** : depuis les soignants TokTokDoc au chevet des patients au sein même des ESMS, jusqu'aux experts (para-)médicaux TokTokDoc par télémédecine, en passant par les équipes TokTokDoc d'intermédiation et de coordination de la prise en charge.

Innovation financière



La finalité ultime est, pour l'Assurance maladie, l'efficacité des soins. Il s'agit ici d'introduire **un financement ingénieux**, forfaitaire au parcours et non plus à l'acte, **et vertueux**, basé sur un intéressement collectif lié à la performance et aux économies effectivement constatées. En outre, il est **dérogatoire car plus exhaustif**

que le droit commun de la télémédecine, puisqu'il couvre aussi les auxiliaires requérants auprès des patients (aussi appelés "effecteurs").

Dérogations au modèle actuel



La Policlinique mobile a impérativement besoin de l'Article 51 pour se concrétiser. Le droit commun actuel et à venir ("Ma santé 2022") ne couvrira pas 100% des rémunérations des parties prenantes :

- Les activités de coordination et d'intermédiation entre requis à distance, requérants et effecteurs ;
- La rétrocession à la performance (partage des économies générées) pour l'ensemble des acteurs contributifs, et notamment pour les établissements médico-sociaux et les médecins traitants.

Bénéfices attendus



La Policlinique mobile TokTokDoc souhaite contribuer massivement à :

- **Améliorer significativement l'accès aux soins en secteur médico-social ;**
- Compléter la prise en charge présentielle et **diffuser l'acculturation à la télémédecine ;**
- Soutenir le recours à la prévention et au dépistage proactif, en complément du curatif ;
- Favoriser l'émergence d'une **télémédecine utile, utilisée et efficiente ;**
- Engendrer des **économies substantielles pour notre système de santé ;**
- Éprouver des modèles économiques alternatifs en santé, incitatifs à la performance ;
- Étendre le leadership français à l'étranger dans l'e-santé, par une innovation exportable.

Apport médical majeur



Cette prise en charge télé-médicale unifiée, par la maîtrise totale par TokTokDoc de toute la chaîne organisationnelle et technologique, garantit les plus hauts standards de qualité, de sécurité et de fluidité de la prise en charge. Les patients des établissements médico-sociaux retrouveront **une plus grande équité d'accès aux soins avec le reste de la population, y compris pour les besoins non programmés.**

Expérimentation Article 51



Après avoir été instruite au niveau national puis régional, l'expérimentation a été conçue pour amorcer et évaluer la Policlinique mobile TokTokDoc, avant un potentiel essaimage. Possible grâce à l'Article 51, elle s'établit sur **34 mois opérationnels après la première inclusion avec une vingtaine d'établissements expérimentateurs en Grand-Est.**

Orientation macro-planning



- 2019** **Initiés dès mi-2018**, l'ensemble des travaux préparatoires se déroule notamment sur 2019 ;
- 2020** L'année opérationnelle 1 est consacrée à la phase pilote de l'expérimentation ("Preuve de concept"), avec une 1ère vague de 8 établissements médico-sociaux autour de Strasbourg ;
- 2021/22** Les années 2 et 3 (pour moitié) sont dédiées à l'extension et à la phase opérationnelle (18 mois), avec une 2nde vague de 8-10 établissements expérimentateurs supplémentaires.

Approche macro-budgétaire (prévision en date d'avril 2019)

	2019	2020	2021/2022	Assurance M.	Policlinique M.
DIMENSIONS					
	Nombre total d'ESMS pilotes	8	18		
	Nombre total de patients	614	1 374		
DÉPENSES	Ressources humaines	106 000 €	1 076 175 €	3 461 971 €	-
	Achats et charges	12 000 €	198 000 €	583 000 €	-
	Crédits d'amorçage FIR	158 000 €			-
RECETTES	Forfaits à l'admission		30 700 €	38 000 €	- 68 700 €
	Forfaits mensuels		808 080 €	3 106 480 €	- 3 914 560 €
	Forfaits complémentaires		124 320 €	477 920 €	- 602 240 €
RÉCONCILIATION ANNUELLE (HYPOTHÈSE)	Hypothèse d'économies brutes pour l'A.M.		2 540 790 €	9 767 490 €	+ 12 308 280 €
	Économies reversées		726 685 €	2 833 585 €	- 3 560 270 €
	Partage des rétrocessions		78 758 €	312 768 €	-
					- 391 526 €



Phasage de projet, calendrier prévisionnel et livrables attendus

Policlinique mobile TokTokDoc - Expérimentations dérogatoires - Article 51, LFSS 2018

Cahier des charges - Annexe partagée avec le Comité technique nationale Article 51 et le Comité technique Grand Est



X
Cf. Livrables numérotés ci-dessous

Calendrier

Objectifs

Nombre d'établissements

i Les livrables ci-après assurent le réemploi ultérieur et la reproductibilité du concept

Livrables

Année 0 (préliminaire)

- Sélection des ESMS pilotes
- Ingénierie de projet
- Organisation opérationnelle et logistique
- Protocolisation médicale
- Recrutement
- Juridique
- Programme de formations
- Communication
- Pilotage et coordination
- R&D technologique

Mois M1 à M6

Année 1 (opérationnelle)

- Inclusion des ESMS pilotes
- Déploiement des dispositifs organisationnels et technologiques

Mois M7 à M12

Année 1 (opérationnelle)

- Démarrage et accompagnement des premiers usages terrain

Mois M13 à M18

Années 2 (opérationnelle)

- **Décision du nombre d'ESMS supplémentaires avec et par ARS Grand Est / CPAM 67**
- Sélection et inclusion de nouveaux ESMS expérimentateurs
- Nouveaux recrutements
- 2nde phase de déploiements organisationnels et technologiques

Mois

Année

- Mois
- Pas
- org
- Suiv
- con
- éco

8 ESMS pilotes

Environ 2 ESMS/mois

Maquette pilote

Preuve du concept sur les 8 premiers ESMS

8-10 ESMS supplémentaires

2 ESMS/mois durant 4-6 mois

Expé

Au m
d'usag
expér
pilote

1. Liste des ESMS pilotes
2. Lettre engagement ESMS
3. Convention modèle ARS-AM-Policlinique-ESMS
4. Structuration juridique
5. Réévaluation du phasage

6. Mise en place et partage d'un Dashboard commun de supervision du projet
7. Rapport - Guidelines d'inclusion et de lancement d'un ESMS

8. Rapport intermédiaire de la phase pilote à 3 mois, avec extractions commentées du Dashboard
9. Rapport de fin de phase pilote, dont Guidelines IT, orga., médicales, formations

10. Premier jalon concernant la rétrocession (état statistique initial)
11. Liste des ESMS supp.
12. Mise-à-jour du rapport Guidelines d'inclusion et de lancement d'un ESMS

13. Rap
14. Rap
15. Gui
16. Sec
- rétr
- ave
- méc

1. Objet et finalité du projet d'expérimentation / Enjeu de l'expérimentation

Notre initiative : la Policlinique mobile

Mots-clés : *télémédecine, secteur médico-social, innovation organisationnelle et financière, établissement de santé hors-les-murs, chaîne de valeur complète, parcours de soins dédié*

Pour quitter son état expérimental et le modèle subventionniste, l'offre de télémédecine actuelle doit muter pour se constituer en véritable offre de soins, holistique, structurée et coordonnée à distance. Nous appelons cette vision d'une offre organisationnelle innovante : **la Policlinique¹ mobile**. Il s'agit de notre projet d'expérimentation.

La télémédecine est particulièrement intéressante pour les patients fragilisés et peu mobilisables, notamment les personnes âgées dépendantes et/ou en situation de handicap. Aussi, l'enjeu de cette expérimentation est de **cibler prioritairement la population des patients en milieu médico-social**, isolés et polyopathologiques.

Le succès de la télémédecine est un enjeu majeur de santé publique et nous pensons que les expérimentations dérogatoires visées par l'Article 51 de la LFSS 2018 représentent une formidable opportunité pour matérialiser notre projet d'expérimentation originale, dans **une perspective d'intérêt collectif le plus large**. Il s'agira aussi d'implémenter un intéressement économique collectif vertueux, incitatif à la performance pour tous.



Note explicative concernant "POLICLINIQUE MOBILE" pour nom du projet d'expérimentation :

- Le nom **POLICLINIQUE** fait référence à un établissement de santé réalisant exclusivement des consultations spécialisées sans hospitalisation des patients. Il se différencie ainsi de son homonyme "polyclinique". Son radical "clinique" porte le sens premier du terme, c'est-à-dire "prendre soin du malade" (et non celui commun d'établissement de soins privé) ;
- L'adjectif **MOBILE** évoque les équipes mobiles, qui se déplacent à proximité ou au chevet du patient, ainsi que le caractère technologique du projet.

¹ Policlinique : Dispensaire de soin, ou service de consultation externe, non prévu pour l'hospitalisation des patients.

Se constituer en établissement de santé "hors-les-murs"

Cette innovation organisationnelle prend corps dans le concept d'établissement de santé "**hors-les-murs**", avec un fonctionnement équivalent à une Policlinique traditionnelle où les distances sont abrogées par le numérique et au sein de laquelle coexistent trois ensembles d'**acteurs salariés** (ou assimilés) :

1. Les **experts médicaux et paramédicaux distants**, issus du territoire et rompus à la télémédecine, qui exercent physiquement sur un site dédié et au sein d'une même unité fonctionnelle coordonnée ;
2. Des **soignants spécialisés en télémédecine** (effecteurs), clés de voûte du système organisationnel, qui sont envoyés sur le terrain, au sein même des établissements médico-sociaux pour y assurer une permanence et être mobilisables "à la volée" pour les résidents locaux ;
3. Une **équipe dédiée au global success**, assurant la coordination des activités télémédicales, la maintenance de la solution technologique et les services d'intermédiation et de support pour leurs collègues soignants.

Principes d'intervention

CF. LOGIGRAMME "COORDINATION DES PARTIES PRENANTES" EN ANNEXE

Les patients sont "admis" au sein de la Policlinique mobile une fois leur consentement éclairé recueilli. Dès lors, les patients sont intégrés au "parcours" Policlinique mobile et peuvent bénéficier au besoin de ses services. Leur prise en charge est adaptée à leur Programme Personnalisé de Soins (PPS). Si le PPS n'existe pas en amont, il est alors co-construit par le coordonnateur du PPS, le patient et l'effecteur PM. Les besoins ponctuels sont également traités, le déclencheur étant la participation aux réunions de Transmissions, en concertation avec les soignants de l'Ehpad ayant identifié le besoin ciblé.

L'effecteur PM sollicite ensuite le médecin traitant du patient afin qu'il qualifie la pertinence de la modalité télémédicale, la criticité de prise en charge et l'adressage au spécialiste adéquat. En cas d'indisponibilité du médecin traitant, cette qualification est réalisée par le service de débordement de la Policlinique mobile qui assure une permanence gériatrique par télémédecine. Les objectifs de ce service de débordement sont :

- D'assurer une continuité de prise en charge en cas d'indisponibilité du médecin traitant ;
- Suppléer au médecin traitant s'il n'est pas déclaré par le patient.

Ce service de débordement ne gère pas les urgences vitales. Son fonctionnement sera défini avec les tutelles lors de la phase de montage de la Policlinique mobile.

En parallèle de l'admission de résidents, la Policlinique mobile propose aux spécialistes habituels d'intégrer le "format" PM en tant que requis. Ce "format" signifie :

- Le financement au parcours et non à l'acte ;
- Le respect des pré-requis techniques et organisationnels ;
- Le respect des critères d'éligibilité qui seront définis dans la phase de montage de la Policlinique mobile.

Ainsi, lorsque le besoin médical et la qualification du médecin traitant le révèlent nécessaire, le recours au spécialiste affilié à la Policlinique mobile, est coordonné de façon fluide par la Policlinique mobile. Si l'acte est réalisé par le spécialiste habituel du patient dans le cadre du format Policlinique mobile, il est inclus dans le financement au parcours de la PM. En cas d'impossibilité de réaliser l'acte de télémédecine avec le spécialiste habituel, la Policlinique mobile sollicite un médecin de son réseau, également dans le cadre de son "format". Ce spécialiste est issu du territoire et sa disponibilité est compatible avec l'état de santé du patient qualifié par le médecin traitant.

La téléconsultation ou téléexpertise est ensuite organisée par la Policlinique mobile, préparée et réalisée par l'effecteur PM au chevet du résident et le requis à distance.

À la suite de l'acte de télémédecine, les prescriptions et compte-rendu sont transmis au médecin traitant par l'effecteur PM, l'exécution du plan de soins et de la stratégie thérapeutiques, ainsi que l'actualisation éventuelle du PPS, étant assurés par les soignants de l'Ehpad.

Exemples de prise en charge par spécialité

Cibles	Spécialités requises
BPCO	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumologie
Chute	<ul style="list-style-type: none"> • Médecine physique et de réadaptation • Masseur-Kinésithérapeute • Ergothérapeute
Comportements (troubles cognitifs)	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrie • Neurologie • Neuro-psychiatrie • Orthophoniste • Psychologue
Conciliation médicamenteuse	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacien
Diabète	<ul style="list-style-type: none"> • Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition
Douleur	<ul style="list-style-type: none"> • Oncologie, option Médicale
Élimination	<ul style="list-style-type: none"> • Gastro-entérologie et Hépatologie • Néphrologie • Chirurgie urologique
État cutané	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatologie et Vénérologie
HTA	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiologie et Maladies vasculaires
Hygiène	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmier spécialisé

Cibles	Spécialités requises
ICC	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiologie et Maladies vasculaires
IR	<ul style="list-style-type: none"> • Néphrologie
Mobilisation	<ul style="list-style-type: none"> • Médecine physique et de réadaptation • Neurologie • Masseur-Kinésithérapeute • Ergothérapeute
Nutrition / Hydratation	<ul style="list-style-type: none"> • Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition • Endocrinologie et Métabolisme • Gastro-entérologie et Hépatologie • Diététicien
Oncologie	<ul style="list-style-type: none"> • Oncologie, option Médicale • Oncologie, option Onco-hématologie • Oncologie, option Radiothérapie
Péri-opératoire	<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie-Réanimation • Chirurgie orthopédique et Traumatologie
Plaie complexe	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie vasculaire • Chirurgie maxillo-faciale • Infirmier spécialisé
Problématiques médicales	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiologie et Maladies vasculaires • Pneumologie • Gynécologie médicale
Troubles cardiaques	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiologie et Maladies vasculaires
Troubles respiratoires	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumologie

Service de débordement

Si la situation clinique du patient l'exige et en l'absence de son médecin traitant (indisponible ou non déclaré par le patient), la Policlinique mobile dispose d'une réponse gériatrique par télémedecine, sollicitable par l'effecteur PM et à défaut directement par l'équipe soignante locale.

Composé de professionnels de santé vacataires, spécialistes du sujet âgé, ce service de débordement se charge de suppléer le médecin absent, pour qualifier, orienter et préparer la prise en charge à venir nécessaire pour le patient en situation non programmée, c'est-à-dire en contexte d'urgence non vitale. Ce service est assuré par la Policlinique dans le cadre normal de son forfait économique.

Mode d'exercice des experts médicaux et paramédicaux distants

L'organisation prévoit de fédérer des professionnels de santé libéraux exerçant **une activité principale en cabinet et une activité complémentaire salariée de télémedecine au sein de la Policlinique mobile.**

Les experts distants exerceront ainsi **une activité mixte**, libérale en ville et, au sein de la Policlinique mobile, salariée (ou assimilée) en télémedecine. Un modèle avec réservation de créneaux type vacation sera mis en place, rendant encore plus **structurante la mission organisationnelle et de coordination** pour faire coïncider les aspects sanitaires (besoins et offres de soins) et logistiques (horaires des patients, vacations des requis et "tournées" des effecteurs).

Mode de rémunération des professionnels de santé

Professionnel de santé	Modèle économique
PS spécialistes vacataires de la Policlinique mobile, y compris service de débordement	Vacations / créneaux horaires réservés sur forfait de la Policlinique mobile
Médecins traitants	Tarifs conventionnels de l'Assurance maladie, dont Avenant 6 de la Convention médicale 2016 en cas d'actes de télémedecine
PS spécialistes non vacataires	Tarifs conventionnels de l'Assurance maladie dont Avenant 6 de la Convention médicale 2016 en cas d'actes de télémedecine

Le principe économique de base de la Policlinique mobile est un forfait tout compris, c'est-à-dire tous les actes entrant dans le champ d'activités proposé et explicité dans ce cahier des charges, y compris celui du service de débordement (permanence gériatrique par télémedecine).

Un acte réalisé par un médecin traitant (hors périmètre d'intervention de la Policlinique mobile), que celui-ci soit en distanciel ou en présentiel, n'est pas inclus dans le forfait économique de la Policlinique mobile. De fait, c'est la nomenclature habituelle définie par l'Assurance maladie qui s'applique, dont l'Avenant 6 de la Convention médicale 2016 en cas d'actes de télémedecine.

Pour le PS spécialiste vacataire affilié et adhérent au format, la Policlinique mobile prend en charge économiquement 100% des actes distanciels pour les patients inclus. Les actes présentiels réalisés par un PS spécialiste vacataire ne sont pas pris en charge par la Policlinique mobile. Ainsi, c'est les tarifs conventionnels de l'Assurance maladie qui s'appliquent. Il s'agit des actes techniques et des consultations complexes non réalisables à distance.

Un contrat est signé entre le Professionnel de santé spécialiste qui se libère des créneaux horaires, et la Policlinique mobile qui s'engage en contrepartie à lui verser le montant convenu en indemnisation de la réservation de créneaux horaires passés et dédiés à la pratique télé-médicale exclusivement avec la Policlinique mobile.

Un acte réalisé par un PS spécialiste non vacataire, hors parcours de la Policlinique mobile, que celui-ci soit en distanciel ou en présentiel, n'est pas inclus au forfait économique de la Policlinique mobile. De fait, c'est la nomenclature habituelle définie par l'Assurance maladie qui s'applique, dont l'Avenant 6 de la Convention médicale 2016 en cas d'actes de télé-médecine.

La Policlinique mobile met tout en oeuvre pour que le recours distanciel aux PS spécialistes non vacataires reste exceptionnel. Ainsi, ce recours s'applique uniquement en cas de :

- Refus exceptionnel du PS spécialiste à s'affilier à la Policlinique mobile (refus à motiver) ;
- Refus du patient à avoir recours au travers de la Policlinique mobile à un autre PS sur son territoire et de même spécialité que son interlocuteur habituel (respect du libre choix du patient).

De plus, tous les moyens possibles et nécessaires seront mis en oeuvre par la Policlinique mobile pour faire adhérer les PS spécialistes non vacataires à la Policlinique mobile.

Respect de la contrainte territoriale

La Policlinique mobile est construite dans la perspective de favoriser les acteurs de soins habituels autour des patients et ainsi respecter le principe de territorialité. Ainsi, dès lors qu'un besoin est identifié, c'est le médecin traitant du patient qui est systématiquement consulté afin de qualifier la pertinence de la modalité télé-médicale, les délais de prise en charge et l'orientation au spécialiste adéquat.

Dans le cadre de la Policlinique mobile, l'acte de télé-médecine est réalisé par le spécialiste traitant (habituel) du patient, si celui-ci est disponible, ou à défaut par un téléconsultant de même spécialité au sein de la Policlinique mobile. Ce spécialiste est issu du territoire du patient et sa disponibilité est compatible avec l'état de santé du patient qualifié par son médecin traitant. Ainsi, dans les deux cas, le principe de proximité est garanti.

Préserver et renforcer le rôle pivot du médecin traitant

La Policlinique mobile a pour vocation à s'inscrire dans le suivi médical coordonné par le médecin traitant du patient et le parcours de prévention personnalisé qu'il aura établi pour lui. Ainsi, c'est avec son accord et en interaction avec lui que la prise en charge télé médicale est réalisée, facilitée par l'effecteur soignant spécialisé en télé médecine à son chevet.

Le médecin traitant reste toujours le coordonnateur du parcours de soins du patient, y compris lors de sa prise en charge au sein de la Policlinique mobile. L'effecteur PM joue notamment un rôle de médiation entre les différents acteurs de santé autour du patient, en amont et en aval de chaque acte de télé médecine. Ainsi, le médecin traitant du patient est systématiquement :

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

Fonder un centre spécialisé de formations et d'excellence en télé médecine

Pour soutenir la Policlinique mobile, il faut pouvoir s'appuyer sur une formation solide et continue des professionnels requérants et requis. Pour ce faire, un centre dédié est édifié, capable de former des soignants et experts sur les versants organisationnels, éthiques et technologiques de la télé médecine.

Des objectifs ambitieux de qualité, de performance et d'efficience

Pour relever les défis de la modernisation de notre système de santé, nous devons fixer des objectifs ambitieux et organiser la télé médecine de la manière la plus intelligente pour atteindre ses objectifs :

1. **Qualité** : viser l'impact le plus positif au plan médical et sur le bien-être de la personne ;
2. **Performance** : viser l'efficacité organisationnelle et l'excellence technologique ;
3. **Économie** : viser un modèle économique viable et pérenne pour tous les acteurs, comprenant l'Assurance Maladie, la Policlinique mobile, les établissements médico-sociaux et les médecins traitants.

2. En adéquation avec les objectifs fixés ci-dessus, quels sont les impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation ?

D'un produit e-santé vers une offre de soins à distance

La Policlinique mobile est une proposition nouvelle qui vise la maîtrise de l'ensemble de la **chaîne de valeur** de la télémédecine en secteur médico-social, dans l'objectif d'être le plus impactant et de créer un parcours de soins dédié :

- Maximiser l'implication des acteurs concourant à cette activité ;
- Garantir la meilleure formation des requis et requérants ;
- Favoriser un suivi optimal des patients polyopathologiques et peu mobiles ;
- Mettre en place l'organisation optimale, la plus fluide et immédiatement réactive ;
- Assurer des hauts standards de qualité, de sécurité et d'homogénéité dans la prise en charge ;
- Soutenir la collégialité et la réciprocité entre acteurs, en logistique et en communication ;
- Permettre un accès continu à la télémédecine, adapté tant au soin programmé que non programmé → **À mesure que l'urgence s'accroît, les impacts médico-économiques s'amplifient et le besoin d'une organisation robuste devient prégnant.**

Viser le meilleur impact médico-économique

Avec la Policlinique mobile, nous voulons contribuer à améliorer le bien-être et la prise en charge médicale des patients, tout en impactant positivement et massivement l'efficacité du secteur médico-social au sein duquel la télémédecine produira des bénéfices médico-économiques considérables – Exemple de l'Ehpad² :

- Limiter le nombre d'hospitalisations évitables ou inappropriées
Dépenses : **9,350 milliards/an** ;
- Limiter le recours aux urgences sans hospitalisation consécutive
Dépenses : **30 millions/an** ;
- Réduire la durée moyenne de séjour hospitalier
Économie potentielle : **5 milliards/an** ;
- Permettre une qualification accrue de l'urgence en régulation médicale ;
- Limiter le nombre de réhospitalisations ;
- Agir sur la prévalence des poly-médications et sur la iatrogénie associée ;
- Éviter certains transports de patients ou déplacements de médecins ;
- Développer les actions de prévention en Ehpad en complément du curatif.

² SIMON Pierre. Le formidable enjeu du développement de la télémédecine en EHPAD.
www.telemedaction.org Novembre 2017

Favoriser l'acculturation la plus large à la télémédecine et à la e-santé

La mise en oeuvre de la Policlinique mobile au sein des établissements médico-sociaux expérimentateurs, et le déploiement d'activités de télémédecine coordonnées avec l'ensemble des équipes médicales et des correspondants libéraux **entraîneront une acculturation massive à cette nouvelle forme de pratique à distance :**

- Les équipes médicales et soignantes intégreront cette modalité à leurs pratiques professionnelles ;
- Les médecins traitants seront encouragés et plus facilement enclins à y recourir dans le cadre usuel de suivi de leur patientèle ;
- Les spécialistes habituels de l'établissement pourront rejoindre, s'ils le souhaitent et adhèrent au format, le réseau d'experts requis de la Policlinique mobile ;
- Les patients et les familles se familiariseront avec cette nouvelle prise en charge complémentaire aux soins présentiels.

Le recours systématique aux dispositifs e-santé sera également promu, notamment l'utilisation de la MSSanté et du DMP.

Faire de la France un leader en télémédecine

Notre grande vocation est de fiabiliser et d'éprouver un modèle organisationnel innovant en télémédecine, de capitaliser sur cette expérimentation pour en faire un schéma duplicable et réutilisable par tous, tant au plan national où ce modèle sera potentiellement répliquable avec des policliniques mobiles régionales (dans le cadre de nouveaux accords avec le comité technique), qu'au plan européen et international →

Les enjeux en secteur médico-sociaux sont sensiblement superposables et les principes de notre réponse, reproductibles et exportables.

3. Durée de l'expérimentation envisagée (maximum 5 ans)

CF. PHASAGE DE PROJET

Passée la phase préparatoire de 11 mois dès la validation du cahier des charges par le Comité technique de l'innovation en santé, l'expérimentation clinique sera conduite sur **une période opérationnelle de 34 mois après la première inclusion (Années opérationnelles 1, 2 et 3).**

Aussi, voici le **planning prévisionnel** pour la mise en œuvre de la Policlinique mobile :

Calendrier	Principales phases
Année 0	<p><u>Phase préparatoire</u> Cette phase préliminaire est dédiée à l'ingénierie de projet innovant, pour établir les futures bases opérationnelles de l'expérimentation dérogatoire sur les plans :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisationnel : sélection des Ehpad pilotes avec les tutelles, selon les critères médico-économiques pertinents pour maximiser les impacts de l'expérimentation ; • Méthodologique : modèle d'inclusion d'un Ehpad pilote ; • Juridique : rédaction des conventions multipartites entre parties prenantes - Policlinique, AM, ARS, ESMS, Médecins ; • Administratif : circuit pour les flux financiers utiles ; • Opérationnel : définition du fonctionnement du service de débordement (permanence gériatrique), de la base de calcul de la rétrocession ; • Ressources humaines : recrutement d'un-e chef-fe de projet, recrutement des Ehpad pilotes, intégration des professionnels de santé requis et effecteurs ; • Communication : supports d'informations utiles.
Année 1 Mois M1 à M6	<p><u>Phase de mise en production 1</u> DÉBUT INCLUSION DES PATIENTS Il s'agit de la phase de démarrage effectif de l'opérationnel, et des expérimentations d'usages auprès des patients au sein des ESMS pilotes. Cette phase permettra notamment le déploiement des premiers Ehpad pilotes, la mise en place des moyens humains et matériels sur chaque site, les essais organisationnels et technologiques, et l'appropriation du dispositif par toutes les parties prenantes.</p>
Année 1 Mois M7 à M12	<p><u>Phase de mise en production 1 - Phase pilote</u> Il s'agit d'une maquette organisationnelle et fonctionnelle du dispositif expérimental, sur les premiers sites pilotes, dans le but de démontrer les capacités d'exécution opérationnelle et le passage en routine des usages télémedicaux. Des économies sont déjà générées et évaluées.</p>

Calendrier	Principales phases
Année 2 Mois M13 à M18	Phase de mise en production 2 EXTENSION Cette phase d'extension, en parallèle à la poursuite des usages amorcés en phase pilote au sein des sites équipés, est dédiée à l'élaboration avec les tutelles d'un cadre élargi d'expérimentation : sélection des Ehpad pilotes additionnels, ajustements organisationnels et administratifs, etc. Les nouveaux Ehpad ainsi sélectionnés sont également inclus et progressivement déployés.
Années 2 et 3 Mois M19 à M34	Phase de mise en production 2 - Phase opérationnelle Il s'agit de la phase effective d'expérimentation, qui dure 12 mois calendaires à compter de la date d'inclusion et de démarrage du dernier Ehpad expérimentateur.

Tableau prévisionnel du nombre de résidents inclus dans l'expérimentation (prévision en date d'avril 2019)

PHASAGE			INCLUSION ESMS ET RÉSIDENTS			
Dates	Phases du projet	Sous-phase	# ESMS Nouveaux	# ESMS Total	# Résidents Nouveaux	# Résidents Total
09/2019 - 12/2019	Phase préparatoire	M1-M4	0	0	0	0
01/2020 - 06/2020	Phase de mise en production 1	M5	2	2	196	196
		M6	0	2	0	196
		M7	2	4	210	406
		M8	2	6	100	506
		M9	2	8	108	614
		M10	0	8	0	614
07/2020 - 12/2020		Phase pilote	0	8	0	614
12/2020	DÉCISION D'EXTENSION		DÉCISION D'EXTENSION			
01/2021 - 06/2021	Phase de mise en production 2 (extension)	M17	3	11	228	842
		M18	3	14	228	1 070
		M19	4	18	304	1 374
07/2021 - 06/2022		Phase "opérationnelle"	0	18	0	1 374
TOTAL			18			1 374

Des livrables tout au long de l'expérimentation, qui garantissent le caractère reproductible et répliquation du modèle innovant

L'objectif final est d'évaluer un modèle organisationnel en télémédecine innovant, élaboré par TokTokDoc mais duplicable le plus largement possible dans une perspective d'intérêt général. Aussi, le projet est jalonné de livrables qui restituent à la collectivité les savoirs, pratiques et technologiques utiles et capitalisés lors de cette expérimentation dérogatoire :

1. Liste des ESMS pilotes
2. Lettre d'engagement d'un ESMS expérimentateur
3. Convention modèle quadripartite AM-ARS-Policlinique-ESMS
4. Phasage du projet actualisé
5. Structure juridique
6. Dashboard commun de supervision du projet
7. Rapport "Recommandations à l'inclusion d'un ESMS à la Policlinique"
8. Rapport intermédiaire en milieu de Phase pilote (M13), avec extraction commentée du Dashboard (indicateurs)
9. Rapport de fin de Phase pilote (M16/M17), avec Guidelines :
 1. "Recommandations technologiques", avec partages technologiques
 2. "Recommandations organisationnelles"
 3. "Recommandations médicales et éthiques"
 4. "Recommandations pédagogiques"
10. Premier jalon pour la rétrocession (premier état statistique)
11. Liste des ESMS expérimentateurs additionnels
12. Rapport actualisé "Recommandations à l'inclusion d'un ESMS à la Policlinique" (7)
13. Rapport intermédiaire/semestriel en Phase opérationnelle (M28/M39)
14. Rapport final d'expérimentation, en fin de Phase opérationnelle (M34)
15. Rapport final, avec Guidelines actualisées (8), dont notamment :
 1. "Recommandations technologiques", avec nouveaux partages technologiques clés
16. Second jalon concernant la rétrocession (et état statistique de fin d'expérimentation)

17. Champ d'application territorial proposé :

a- Eléments de diagnostic

De nos expériences sur le terrain en secteur médico-social, force est de constater que la télémédecine peine à s'enraciner dans la pratique usuelle des professionnels de santé :

1. La formation des utilisateurs est complexifiée par **un turnover important** en milieu médico-social, alors qu'il s'agit du premier facteur de qualité et de sécurité des télé-actes ;
2. Les **volumes irréguliers d'activités** par professionnel ne garantissent pas un niveau satisfaisant de fluidité et d'aisance dans la pratique télémédicale ;
3. Si les soins programmés sont relativement gérés en télémédecine, ceux **non programmés** sont très nettement moins bien couverts par les organisations actuelles ;
4. La **logistique est problématique** avec une conciliation souvent acrobatique des agendas et des disponibilités du patient, de l'effecteur et de(s) requis ;
5. L'accès aux praticiens hospitaliers est très contraint par **l'écosystème fermé de l'Hôpital**, son organisation étant focalisée sur la prise en charge sur site des patients hospitalisés ;
6. La culture issue du numérique n'est pas spontanément assimilable à celle des professionnels de santé, qui peuvent montrer des réticences voire **des résistances à ces changements** ;
7. Le "solutionnisme technologique" reste une grille d'analyse trop répandue en télémédecine ;
8. Le modèle économique de tout l'écosystème en télémédecine n'est pas encore élucidé, avec des **leviers incitatifs et vertueux à trouver** en s'inspirant des schémas étrangers éprouvés³.

Une expérimentation dans un cadre régional, potentiellement duplicable

Notre terrain d'expérimentation pour la Policlinique mobile est le **secteur médico-social**, au sein des établissements et services pour personnes âgées dépendantes et/ou en situation de handicap.

Notre couverture géographique sera **régionale (Grand Est)**. Sous réserve d'accords ultérieurs avec le Comité technique, une réplique du modèle pourra être réalisée sur d'autres régions. Le cas échéant et pour chaque région, une organisation similaire à la Policlinique mobile devra alors être mise en place.

³ Cf. Avera Health. Avera eCARE, Intensive Care Management in Skilled Nursing Facility Alternative Model. Août 2017 #### Cf. Call9 Emergency Medical. Tech-enabled emergency & acute medicine at SNF bedside to reduce unplanned hospital admissions - Alternative Payment Model (APM). Janvier 2018

Ces choix territoriaux tiennent notamment des atouts et faits suivants :

- De notre implantation géographique historique : Strasbourg, Bas-Rhin (67) ;
- De notre réseau déjà actif d'ESMS déployés et utilisateurs réguliers du service TokTokDoc (cf. carte ci-dessous) ;
- De la **fragilité du secteur médico-social et des nombreuses ruptures dans le parcours de soins des résidents** du fait de leur dépendance, de leur état de fragilité qui les rend peu mobilisables, de la rareté de la ressource médicale, des contraintes d'accès aux soins notamment spécialisés, etc. ;
- De son adéquation avec l'expérimentation d'une organisation innovante, qui tirera profit d'**une certaine proximité géographique pour s'amorcer/s'éprouver** avant de potentiellement se déployer plus largement.



Cartographie : Présence territoriale actuelle du réseau d'ESMS équipés de TokTokDoc (en date du 30/10/2018) - Le territoire d'expérimentation régional est encadré en rouge.

b- Champ d'application territorial

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial Et observations éventuelles
Local	OUI	Bassin de santé de Strasbourg pour la Phase pilote
Régional	OUI	Grand Est
Interrégional		Grand Est + territoires limitrophes dans le cadre de nouveaux accords avec le comité technique
National		En cas de réussite de l'expérimentation et de décision de réplifications du modèle (soumis à de nouveaux accords avec le comité technique)

Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation (ou groupe d'acteurs)

Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Nature du partenariat ou de la participation au projet
Porteur :	
<p>Policlinique mobile TokTokDoc – <i>Groupement de fait</i> <u>Format et objet</u> : Conventionnement multipartite entre acteurs de santé et destiné au partage du modèle de financement (forfaits à l'activité + répartition des rétrocessions des économies générées) <u>Parties prenantes</u> : Policlinique mobile TokTokDoc, Assurance maladie, ARS Grand Est, ESMS expérimentateurs et médecins traitants adhérents</p> <p>Policlinique mobile TokTokDoc 41 rue de la Course 67000 Strasbourg</p>	<p>M. Dan Grünstein, Porteur de projet Directeur, TokTokDoc dan@toktokdoc.com 06 95 66 08 15</p> <p>Dr. Laurent Schmoll Directeur médical, TokTokDoc laurent@toktokdoc.com</p> <p>M. Aurélien Michot Directeur qualité, TokTokDoc aurelien@toktokdoc.com</p> <p>Mme. Dalhia Adjedj Directrice opérationnelle, TokTokDoc dalhia@toktokdoc.com</p> <p>M. Ali Kenan Directeur technique, TokTokDoc ali@toktokdoc.com</p> <p>Mme. Emmeline Erouart Responsable, Policlinique mobile TokTokDoc emmeline@toktokdoc.com</p>
Partenaire(s) du projet d'expérimentation :	
<p>Liste des Ehpad pilotes et expérimentateurs, en première intention :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ehpad "Kirchberg", La Petite Pierre (n° FINESS : 670796341) ; ● Fondation Vincent de Paul : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ehpad "Saint Charles", Schiltigheim (n° FINESS : 670780246) ; ○ Ehpad "Saint Joseph", Strasbourg (n° FINESS : 670787787) ; ○ Ehpad "Saint Gothard", Strasbourg (n° FINESS : 670795277) ; ● Emmaüs-Diaconesses : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ehpad "Koenigshoffen", Strasbourg (n° FINESS : 670787894) ; ○ Ehpad "4 vents", Vendenheim (n° FINESS : 670008598) ; ● +2 établissements en cours de sélection. 	

Confirmation de la Phase de mise en production 2 (extension) avec les tutelles du Grand Est

Lors de la phase de mise en production 2 (à partir de M17), il est prévu une inclusion d'une seconde vague d'ESMS expérimentateurs. L'accord pour démarrer cette phase d'extension sera donné par l'ARS Grand Est et la CPAM 67, le nombre d'établissements supplémentaires (une dizaine) sera également déterminé avec ces tutelles à cette étape de l'expérimentation.

L'ensemble des ESMS expérimentateurs est sélectionné conjointement avec les tutelles. Lors de cette phase de mise en production 2, il pourra également être étudié collégalement l'opportunité/la pertinence d'inclure des ESMS du secteur handicap à l'expérimentation.

Objet et gouvernance du groupement

L'objet du Groupement est de favoriser la coopération entre les différents acteurs du Programme et de permettre le partage des financements résultant de son activité. Ses missions sont les suivantes :

- Fédérer les acteurs de santé impliqués : Policlinique mobile , ESMS, médecins traitants ;
- Animer le réseau de télémédecine : comité scientifique, club utilisateurs, etc. ;
- Pilotage opérationnel et stratégique : analyse des données de l'équipe-projet nationale, en perspective des objectifs de l'expérimentation ;
- Suivre les indicateurs de qualité et de performance du modèle de financement ;
- Élaborer, relayer, promouvoir et diffuser les bonnes pratiques en télémédecine ;
- Superviser le programme académique du centre de formations spécialisées ;
- De façon générale, assurer le rayonnement de l'activité sur le territoire national.

Le groupement des acteurs qui participeront à la Policlinique mobile s'organisera en tant que Groupement de fait fondé sur une base conventionnelle multipartite. Ces membres seront potentiellement répartis en collèges, en fonction de leur nature :

- La Policlinique mobile, avec ses moyens propres, qui portera et coordonnera les organisations « hors-les-murs » de prise en charge télé-médicale des patients ;
- Les établissements médico-sociaux (ESMS) expérimentateurs, qui participent au Programme au bénéfice de leurs résidents (les patients bénéficiaires) ;
- Les médecins traitants des patients bénéficiaires inclus dans l'expérimentation. À ce jour, 140 professionnels médicaux sont actifs dans le réseau de télémédecine TokTokDoc, dont 85 médecins traitants des résidents ;
- Les institutionnels (ARS, CPAM, URPS, etc.) ;
- Les établissements de santé « pivots » de second recours (type : MCO), le cas échéant.

TokTokDoc, le service de télémédecine "socle" à la Policlinique mobile

La télémédecine, si elle est une forme de pratique médicale en maturation, doit être considérée comme **une innovation organisationnelle et non pas uniquement comme un produit high-tech** issu d'une fascination technologique.

C'est ainsi qu'a été élaborée et est déployée sur le terrain la solution TokTokDoc : accompagner les professionnels de santé dans la conduite du changement pour garantir l'adoption, en y associant un dispositif technologique essentiel, performant et accessible.

» Chiffres-clés concernant le service de télémédecine TokTokDoc :

- **150+** établissements médico-sociaux connectés au service de télémédecine ;
- **200+** professionnels médicaux actifs dans le réseau, dont 85 médecins traitants ;
- **10 000+** patients bénéficiaires d'une couverture télé-médicale grâce à TokTokDoc ;
- **1000+** téléconsultations impactantes en 15 mois, bénéfice médical significatif.

Le Groupement de la Policlinique mobile s'inscrit en prolongement des travaux conduits par TokTokDoc depuis début 2017 pour constituer un réseau actif de télémédecine. Ce réseau s'étoffe continuellement et inclut des établissements répartis sur 11 départements français (33, 54, 55, 57, 67, 68, 78, 85, 91, 92, 95), couvrant une population significative de patients.

Les principales forces du service socle sont les suivantes :

- TokTokDoc dispose d'une expérience notable en télémédecine et d'un réseau opérationnel de professionnels de santé et d'ESMS engagés ;
- TokTokDoc appréhende la télémédecine par son versant organisationnel ;
- Les effectifs internes actuels se composent de professionnels expérimentés et à hauts niveaux de qualification : chercheurs, ingénieurs, managers, consultants, formateurs,...

Autres partenaires associés et engagés dans le projet

» Soutiens et partenaires institutionnels :

- Conseil régional du Grand Est et de son Président Monsieur Jean Rottner
- Madame Martine Wonner, Vice-Président de la Commission des Affaires Sociales à l'Assemblée Nationale
- Madame Trautmann, Ancienne Ministre
- Eurométropole
- Assurance maladie : CPAM Bas-Rhin
- Agence Régionale de Santé du Grand Est
- Terr-e-santé du GCS-SESAN d'Ile-de-France
- SOS Médecins du Bas-Rhin
- FrenchTech
- Cluster BioValley
- CHRU Hôpitaux universitaires de Strasbourg

» Financeurs :

- Mérieux Développement
- BPI France

» Fournisseurs et partenaires :

- Syntec Numérique
- OVH Healthcare
- Apple France
- Clarifai
- Econocom
- Eko Telemedicine Solutions
- IRCAD
- KARL STORZ Endoskope
- BCB-Dexther
- Teranga

18. Catégories d'expérimentations

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)	Cocher
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	X
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	X
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité 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 projet d'expérimentation d'expérimentations	X
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	X

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher
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
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	X

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°) ⁴ :	Cocher
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	
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	
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.	

⁴ 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)

19. Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation

I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites du financement actuel	<p>CF. NOTE DE SYNTHÈSE</p> <p>Le modèle économique de la télémédecine ne couvre que partiellement l'ensemble des acteurs et les différents services associés à cette nouvelle forme de prise en charge des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le modèle actuel repose principalement sur un modèle de rémunération à l'acte ; • Pas d'intéressement économique pour les professionnels de santé salariés et pour les établissements à porter l'innovation dans leurs pratiques ; • Les services d'intermédiation et de support technique ne sont pas couverts.
<p><u>Dérogations de financement envisagées (article L162-31-1-II-1° et 3°) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Facturation,</i> • <i>Tarification,</i> • <i>Remboursement,</i> • <i>Paiement direct des honoraires par le malade,</i> • <i>Frais couverts par l'assurance maladie</i> • <i>Participation de l'assuré</i> • <i>Prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un montant unique à l'admission, par patient bénéficiaire : <u>50,00 € /admission</u> ; 2. Un montant forfaitaire mensuel en post-admission, par patient inclus : <u>130,00 € /mois</u> ; 3. Un intéressement collectif lié à la performance, qui vise à inciter l'ensemble des acteurs (Policlinique mobile, établissements médico-sociaux et médecins traitants) à maximiser les impacts médicaux et économiques. Établi annuellement et sur la base d'une rétrocession des économies effectivement relevées par l'Assurance Maladie⁵, il est alors partagé selon une clé de répartition déduite de l'engagement respectif des acteurs : <u>50,00 % des économies générées</u>, avec un versement minimum de 20,00 € /patient inclus/mois à défaut d'économies à la Policlinique mobile. <p>Les modalités de facturation seront définies dans la convention de financement conclue entre le porteur et la Caisse nationale d'Assurance maladie.</p> <p>→ Pour les prochaines phases du projet et sur la base des premières évaluations associées, l'intervention des complémentaires santé sera prise en compte au titre du reste à charge des patients inclus.</p>

⁵ La base du calcul des économies générées au niveau de l'Assurance maladie sera approfondie et modélisée conjointement avec les tutelles au moment de la phase de montage de la Policlinique mobile (ex. : sur la base du "panier patient" moyen ou encore sur le taux de réduction des hospitalisations, ante-/post-Policlinique mobile).

II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites des règles d'organisation actuelles	Cf. 4.a
<p><u>Dérogations organisationnelles</u> envisagées (article L162-31-1-II-2°):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Partage d'honoraires entre professionnels de santé</i> • <i>Prestations d'hébergement non médicalisé</i> • <i>Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements</i> • <i>Dispensation à domicile des dialysats</i> 	<p>Cf. 1 Chapitre Se constituer en établissement de santé "hors-les-murs"</p>

20. Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement :

Montée en charge opérationnelle

Le modèle économique et l'équilibre du modèle de financement se basent sur la montée en charge du déploiement des établissements expérimentateurs prévue dans le Tableau A ci-dessous (cf. colonne "Mois de déploiement") :

ÉTABLISSEMENTS EXPÉRIMENTATEURS (LISTE VALIDÉE AVEC LES TUTELLES)				
ESMS	Tarifcation	Commune	Capacité autorisée en HP	Mois de déploiement
Ehpad "Koenigshoffen"	Globale	Strasbourg	147	M5
Ehpad "Saint Gothard"	Partielle	Strasbourg	97	M5
Ehpad "Saint Charles"	Partielle	Schiltigheim	135	M7
Ehpad "Saint Joseph"	Partielle	Strasbourg	127	M7
Ehpad K1	Partielle	Strasbourg	65	M8
Ehpad "Les 4 vents"	Partielle	Vendenheim	60	M8
Ehpad K2	Partielle	Saverne	75	M9
Ehpad "Kirchberg"	Partielle	La Petite Pierre	60	M9
Ehpad-type "Standard"	N/A	N/A	95	Pour les mois suivants

Tableau A : Pour l'Ehpad-type "Standard", le nombre moyen de résidents se base sur la moyenne des 8 premiers Ehpad sélectionnés. L'Ehpad-type "Standard" sert de base de calcul pour les phases ultérieures de déploiement (Phase de mise en production 2). La colonne "Capacité autorisée en HP" correspond à la capacité maximale de l'établissement concerné en hébergement permanent (HP).

Bases du modèle économique

Les montants des forfaits d'admission, mensuels et complémentaires ainsi que les taux de rétrocession des économies nettes générées et de répartition permettant de modéliser le prévisionnel des flux financiers sont présentés dans le Tableau B qui suit.

MODÈLE ÉCONOMIQUE ⁶		
Paramètre	Valeur	Code
Taux d'inclusion (sur la base de la capacité autorisée en HP)	80,00%	TINC
Forfait à l'admission	50,00 €	FAD
Forfait mensuel (post-admission)	130,00 €	FMENS
Forfait mensuel complémentaire (versement minimum à défaut d'économies)	20,00 €	FCOMP
Taux de rétrocessions des économies nettes générées	50,00%	TAUX
Taux de répartition pour la Policlinique mobile	75,00%	REPART

Tableau B : Le taux de répartition pour la Policlinique mobile (REPART) correspond à la part des rétrocessions conservée par la structure au titre de l'expérimentation. Le delta, c'est-à-dire 25 % des économies nettes générées, est reversé aux autres acteurs de l'expérimentation (ESMS expérimentateurs et médecins traitants). Se référer également au chapitre 19.

⁶ Les modalités de facturation seront définies dans la convention de financement conclue entre le porteur et la Caisse nationale d'Assurance maladie.

Déboursement minimum du système de santé

Le nombre de résidents inclus se calcule sur la base d'un taux d'inclusion dans la Policlinique mobile de 80% de la capacité autorisée en hébergement permanent (HP) et d'une hypothèse de déploiement progressif (décrite dans le Tableau A).

Cette montée en charge opérationnelle permet de dégager le prévisionnel des flux financiers et le déboursement minimal du système de santé (hors rétrocessions) [1] :

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Durée (mois)	Dates prévisionnelles	PHASAGE			INCLUSION		FLUX FINANCIERS [1]				Déboursement minimum - système de santé =(8)+(9)+(10)+(11)
		Mois (à partir de l'autorisation de l'expérimentation)	Phases du projet	Sous-découpage temporel	Nombre d'ESMS inclus au total	Nombre de résidents inclus au total [2]	Versement - forfaits d'inclusion [3] =FAD*(# nouvelles inclusions)	Versements - forfaits mensuels =(1)*(7)*FMENS	Versements - forfaits complémentaires [4] =(1)*(7)*FCOMP	Crédit d'amorçage - FIR [5]	
	09/2019	AUTORISATION			AUTORISATION		AUTORISATION				
4	09/2019 - 12/2019	M1-M4	Phase préparatoire		0	0	0 €	0 €	0 €	158 000 €	158 000 €
1	01/2020 - 06/2020	M5-M10	Phase de mise en production 1	M5	2	196	9 800 €	25 480 €	3 920 €	0 €	39 200 €
1				M6	2	196	0 €	25 480 €	3 920 €	0 €	29 400 €
1				M7	4	406	10 500 €	52 780 €	8 120 €	0 €	71 400 €
1				M8	6	506	5 000 €	65 780 €	10 120 €	0 €	80 900 €
1				M9	8	614	5 400 €	79 820 €	12 280 €	0 €	97 500 €
1				M10	8	614	0 €	79 820 €	12 280 €	0 €	92 100 €
6	07/2020 - 12/2020	M11-M16	Phase pilote		8	614	0 €	478 920 €	73 680 €	0 €	552 600 €
	12/2020	DÉCISION D'EXTENSION			DÉCISION D'EXTENSION		DÉCISION D'EXTENSION				
1	01/2021 - 06/2021	M17-M20	Phase de mise en production 2 (extension)	M17	11	842	11 400 €	109 460 €	16 840 €	0 €	137 700 €
1				M18	14	1 070	11 400 €	139 100 €	21 400 €	0 €	171 900 €
1				M19	18	1 374	15 200 €	178 620 €	27 480 €	0 €	221 300 €
1				M20	18	1 374	0 €	178 620 €	27 480 €	0 €	206 100 €
14	07/2021 - 06/2022	M21-M34	Phase opérationnelle		18	1 374	0 €	2 500 680 €	384 720 €	0 €	2 885 400 €
34		TOTAL			18	1 374	68 700 €	3 914 560 €	602 240 €	158 000 €	4 743 500 €

Tableau C : [1] Les modalités administratives et délais de versements des forfaits ne sont pas encore arrêtés et seront travaillés durant la phase préparatoire ; [2] Sur la base du nombre de résidents des ESMS expérimentateurs, d'un taux d'inclusion dans la policlinique mobile de 80%, d'une hypothèse de montée en charge progressive (Tableau A) ; [3] Hors renouvellement des admissions à la policlinique mobile (lié au "turnover" des résidents de l'EHPAD) ; [4] Versements minimum réalisés au cas où le projet n'aurait pas généré d'économies nettes = (économies estimées)-(forfaits FAD et FMENS) ; [5] Montant indiqué dans le compte-rendu de la séance d'accélérateur Article 51 (le 02/07/2019).

Le déboursement minimum du système de santé [colonne (12) du Tableau C] correspond aux montants qui seront versés au porteur du projet, avant calcul des économies effectivement constatées et rétrocessions potentielles. Ce déboursement minimum correspond aux forfaits (mensuels, d'inclusion et complémentaires) ainsi qu'au crédit d'amorçage initial.

Estimation des rétrocessions de l'efficience potentielle - 2 méthodes

Deux méthodes d'estimation des rétrocessions des économies générées sont envisagées :

- La méthode 1 se base sur une réduction du nombre total d'hospitalisations (hypothèse retenue : -45%) et du volume total des déplacements (hypothèse retenue : -30%) et donc des coûts associés :
 - 21 000 € par hospitalisation, avec une moyenne de 50% des résidents en Ehpad hospitalisés chaque année ;
 - 300 € par déplacement A+R, avec une moyenne de 2 transferts par patient par an² ;
- La méthode 2 se base sur une réduction du panier de soins de -15%⁷ et tient compte d'une approche globale des impacts médico-économiques de la Policlinique mobile (réduction des consommations en médicaments, en dispositifs, en hospitalisations, en soins infirmiers, en consultations médicales,...).

Les paramètres liés à ces deux méthodes sont résumés dans le Tableau D.

MÉTHODE 1 - HOSPITALISATIONS ET DÉPLACEMENTS		
Paramètre	Valeur	Code
Prévalence de bénéficiaires hospitalisés par an	50,00%	M1RATIO
Coût complet d'une hospitalisation	21 000,00 €	M1COUT1
Taux de réduction des hospitalisations	45,00%	M1TX1
Nombre de transferts par bénéficiaire par an	2	M1TRANS
Coût d'un transfert A+R	300,00 €	M1COUT2
Taux de réduction des transferts	30,00%	M1TX2
MÉTHODE 2 - PANIER ANNUEL DE SOINS		
Paramètre	Valeur	Code
Panier de soins anté-programme (moyenne mensuelle)	1 842,00 €	M2COUT
Taux d'économies	15,00%	M2TX

Tableau D : Paramètres de calcul des économies potentielles selon les deux méthodes envisagées

Les délais de versements de l'intéressement à la performance médico-économique ne sont pas encore arrêtés et seront travaillés durant la phase préparatoire de l'expérimentation.

⁷ Cf. Avera Health. Avera eCARE, Intensive Care Management in Skilled Nursing Facility Alternative Model. Août 2017 #### Cf. Call9 Emergency Medical. Tech-enabled emergency & acute medicine at SNF bedside to reduce unplanned hospital admissions - Alternative Payment Model (APM). Janvier 2018

Déboursement total du système de santé - Méthode 1

Le Tableau E représente le tableau prévisionnel de l'ensemble des versements en se basant sur la méthode 1.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
Durée (mois)	Dates prévisionnelles	Mois (à partir de l'autorisation de l'expérimentation)	Phases du projet	Sous-découpage temporel	Nombre d'ESMS inclus au total	Nombre de résidents inclus au total	FLUX FINANCIERS					
							Déboursement minimum - système de santé	Économies brutes générées	Économies générées	Économies nettes	Économies reversées (déduction faite des FCOMP)	Déboursement total - système de santé
							Tableau C	Source : Tableau D, méthode 1	=(9)-(8)+(9) du Tableau C	=(10)*TAUX	=(11)-(10) du Tableau C	=(8)-(12)
AUTORISATION												
4	09/2019 - 12/2019	M1-M4	Phase préparatoire		0	0	158 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	158 000 €
1	01/2020 - 06/2020	M5-M10	Phase de mise en production 1	M5	2	196	39 200 €	80 715 €	44 835 €	22 418 €	18 498 €	57 698 €
1				M6	2	196	29 400 €	80 715 €	54 635 €	27 318 €	23 398 €	52 798 €
1				M7	4	406	71 400 €	165 953 €	102 673 €	51 336 €	43 216 €	114 616 €
1				M8	6	506	80 900 €	206 828 €	136 048 €	68 024 €	57 904 €	138 804 €
1				M9	8	614	97 500 €	250 973 €	165 753 €	82 876 €	70 596 €	168 096 €
1				M10	8	614	92 100 €	250 973 €	171 153 €	85 576 €	73 296 €	165 396 €
6	07/2020 - 12/2020	M11-M16	Phase pilote		8	614	552 600 €	1 505 835 €	1 026 915 €	513 458 €	439 778 €	992 378 €
DECISION D'EXTENSION												
1	01/2021 - 06/2021	M17-M20	Phase de mise en production 2 (extension)	M17	11	842	137 700 €	344 168 €	223 308 €	111 654 €	-94 814 €	232 514 €
1				M18	14	1 070	171 900 €	437 363 €	286 863 €	143 431 €	122 031 €	293 931 €
1				M19	18	1 374	221 300 €	561 623 €	367 803 €	183 901 €	156 421 €	377 721 €
1				M20	18	1 374	206 100 €	561 623 €	383 003 €	191 501 €	164 021 €	370 121 €
14	07/2021 - 06/2022	M21-M34	Phase opérationnelle		18	1 374	2 885 400 €	7 862 715 €	5 362 035 €	2 681 018 €	2 296 298 €	5 181 898 €
34	TOTAL				18	1 374	4 743 500 €	12 308 280 €	8 325 020 €	4 162 510 €	3 560 270 €	8 303 770 €

Tableau E : Méthode 1 / Les économies brutes générées [colonne (9)] sont calculées sur la base d'une réduction du nombre d'hospitalisations et de déplacements ; la formule utilisée multiplie chaque mois le nombre de résidents inclus par (M1RATIO*M1COUT1*M1TX1/12+M1TRANS*M1COUT2*M1TX2/12). Les économies générées [colonne (10)] sont calculées sur la base des économies brutes générées après déduction des versements des forfaits à l'admission et mensuels (post-admission). La colonne (11) permet de faire ressortir les économies nettes générées en multipliant les économies générées par le taux de rétrocession. Enfin, les économies reversées [colonne (12)] correspondent à la différence entre les économies générées d'une part, et les forfaits mensuels et d'inclusion d'autre part, multipliée par le taux de rétrocession des économies (50%) et minorée des versements complémentaires (considérés alors comme une avance sur les rétrocessions finales) [colonne (10) du Tableau C].

Déboursement par année civile - Méthode 1

Le Tableau F présente l'ensemble des versements cumulés par année civile, selon la méthode 1 d'estimation des économies générées et des rétrocessions associées.

Durée (mois)	Années	Versement - forfaits d'inclusion	Versements - forfaits mensuels	Versements - forfaits complémentaires	Crédit d'amortage - FIR	Déboursement minimum - système de santé	Économies brutes générées	Économies générées	Économies nettes	Économies reversées (déduction faite des FCOMP)	Déboursement total - système de santé
4	2019	0 €	0 €	0 €	158 000 €	158 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	158 000 €
12	2020	30 700 €	808 080 €	124 320 €	0 €	963 100 €	2 540 790 €	1 702 010 €	851 005 €	726 685 €	1 689 785 €
12	2021	38 000 €	2 034 760 €	313 040 €	0 €	2 385 800 €	6 397 755 €	4 324 995 €	2 162 498 €	1 849 458 €	4 235 258 €
6	2022	0 €	1 071 720 €	164 880 €	0 €	1 236 600 €	3 369 735 €	2 298 015 €	1 149 008 €	984 128 €	2 220 728 €
34	Total	68 700 €	3 914 560 €	602 240 €	158 000 €	4 743 500 €	12 308 280 €	8 325 020 €	4 162 510 €	3 560 270 €	8 303 770 €

Tableau F : Déboursement total du système de santé par année civile selon la Méthode 1 (représentation annualisée du Tableau E)

Déboursement total du système de santé - Méthode 2

Le Tableau F représente le tableau prévisionnel de l'ensemble des versements en se basant sur la méthode 2.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
Durée (mois)	Dates prévisionnelles	Mois (à partir de l'autorisation de l'expérimentation)	Phases du projet	Sous-découpage temporel	INCLUSION		FLUX FINANCIERS					
					Nombre d'ESMS inclus au total	Nombre de résidents inclus au total	Déboursement minimum - système de santé Tableau C	Économies brutes générées Source : Tableau D, méthode 2	Économies générées =(9)-(8)+(9) du Tableau C]	Économies nettes =(10)*TAUX	Économies reversées (déduction faite des FCOMP) =(11)-(10) du Tableau C]	Déboursement total - système de santé =(8)+(12)
09/2019												
AUTORISATION												
4	09/2019 - 12/2019	M1-M4	Phase préparatoire		0	0	158 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	158 000 €
1	01/2020 - 06/2020	M5-M10	Phase de mise en production 1	M5	2	196	39 200 €	54 155 €	18 875 €	9 437 €	5 517 €	44 717 €
1				M6	2	196	29 800 €	54 155 €	28 675 €	14 337 €	10 417 €	39 817 €
1				M7	4	406	71 400 €	112 178 €	48 898 €	24 449 €	16 329 €	87 729 €
1				M8	6	506	80 900 €	139 808 €	69 038 €	34 514 €	24 394 €	105 294 €
1				M9	8	614	97 500 €	169 648 €	84 428 €	42 214 €	29 934 €	127 434 €
1				M10	8	614	92 100 €	169 648 €	89 828 €	44 914 €	32 634 €	124 734 €
6	07/2020 - 12/2020	M11-M16	Phase pilote		8	614	352 600 €	1 017 889 €	538 969 €	269 485 €	195 805 €	748 405 €
12/2020												
DECISION D'EXTENSION												
1	01/2021 - 06/2021	M17-M20	Phase de mise en production 2 (extension)	M17	11	842	137 700 €	232 645 €	111 785 €	55 892 €	39 052 €	176 752 €
1				M18	14	1 070	171 900 €	295 641 €	145 141 €	72 571 €	51 171 €	223 071 €
1				M19	18	1 374	221 300 €	379 636 €	185 816 €	92 908 €	65 428 €	286 728 €
1				M20	18	1 374	206 100 €	379 636 €	201 016 €	100 508 €	73 028 €	279 128 €
14	07/2021 - 06/2022	M21-M34	Phase opérationnelle		18	1 374	2 885 400 €	5 314 907 €	2 814 227 €	1 407 113 €	1 022 393 €	3 907 793 €
34	TOTAL				18	1 374	-4 743 500 €	8 319 946 €	-4 336 686 €	2 168 343 €	1 566 103 €	6 209 603 €

Tableau G : Méthode 2 / Les économies générées [colonne (9)] sont calculées sur la base d'une réduction du panier de soins de 15% et tiennent compte d'une approche plus globale de l'impact médico-économique de la Policlinique mobile ; la formule utilisée multiplie chaque mois le nombre de résidents inclus par M2COUT*M2TX. Les économies générées [colonne (10)] sont calculées sur la base des économies brutes générées après déduction des versements des forfaits à l'admission et mensuels (post-admission). La colonne (11) permet de faire ressortir les économies nettes générées en multipliant les économies générées par le taux de rétrocession. Enfin, les économies reversées [colonne (12)] correspondent à la différence entre les économies générées d'une part, et les forfaits mensuels et d'inclusion d'autre part, multipliée par le taux de rétrocession des économies (50%) et minorée des versements complémentaires (considérés alors comme une avance sur les rétrocessions finales) [colonne (10) du Tableau C].

Déboursement par année civile - Méthode 2

Le Tableau H présente l'ensemble des versements cumulés par année civile, selon la méthode 2 d'estimation des économies générées et des rétrocessions associées.

Durée (mois)	Années	Versement - forfaits d'inclusion	Versements - forfaits mensuels	Versements - forfaits complémentaires	Crédit d'amorçage - FIR	Déboursement minimum - système de santé	Économies brutes générées	Économies générées	Économies nettes	Économies reversées (déduction faite des FCOMP)	Déboursement total - système de santé
4	2019	0 €	0 €	0 €	158 000 €	158 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	158 000 €
12	2020	30 700 €	808 080 €	124 320 €	0 €	963 100 €	1 717 481 €	878 701 €	439 350 €	315 030 €	1 278 130 €
12	2021	38 000 €	2 034 760 €	313 040 €	0 €	2 385 800 €	4 324 648 €	2 251 888 €	1 125 944 €	812 904 €	3 198 704 €
6	2022	0 €	1 071 720 €	164 880 €	0 €	1 236 600 €	2 277 817 €	1 206 097 €	603 049 €	438 169 €	1 674 769 €
34	Total	68 700 €	3 914 560 €	602 240 €	158 000 €	4 743 500 €	8 319 946 €	4 336 686 €	2 168 343 €	1 566 103 €	6 309 603 €

Tableau H : Déboursement total du système de santé par année civile selon la Méthode 2 (représentation annualisée du Tableau G)

Recettes prévisionnelles de la Policlinique mobile, en fonction des 2 méthodes d'estimation des économies générées

Dans le format de l'expérimentation, la Policlinique mobile n'a pas d'autres sources de recettes que les différents versements du système de santé pour être viable économiquement. Cela inclut :

- FIR : Le crédit initial d'amorçage, par le biais du FIR ;
- FAD : Les forfaits à l'admission (ou "forfait d'inclusion"), à l'inclusion d'un résident ;
- FMENS : Les forfaits mensuels post-admission par résident ;
- FCOMP : Les forfaits mensuels complémentaires par résident ;
- Les rétrocessions (ou "économies recettées"), correspondant à 50,00% des économies générées et effectivement constatées après déduction des avances FCOMP et de la quotité finale (25,00%) reversée aux autres acteurs de l'expérimentation (ESMS et médecins traitants).

Le Tableau I ci-dessous présente les recettes prévisionnelles de la Policlinique mobile sur l'ensemble de ces postes. De fait, il est tout à fait superposable aux tableaux E, F, G et H (et tient compte, en déduction, de la quotité finale reversée aux acteurs tiers).

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(10')	(11')	(12')
Durée (mois)	Dates prévisionnelles	Mois (à partir de l'autorisation de l'expérimentation)	Phases du projet	Sous-découpage temporel	Crédit d'amorçage - FIR	Versement - forfaits d'inclusion	Versements - forfaits mensuels	Versements - forfaits complémentaires	RECETTES					
									Économies reversées (déduction faite des FCOMP)	Économies recettées ~ (10)*REPART	Recettes totales	Économies reversées (déduction faite des FCOMP)	Économies recettées ~ (10)*REPART	Recettes totales
									Méthode 1			Méthode 2		
AUTORISATION														
4	09/2019 - 12/2019	M1-M4	Phase préparatoire		158 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	158 000 €	0 €	0 €	158 000 €
1				M5	0 €	9 800 €	25 480 €	3 920 €	18 498 €	13 873 €	33 073 €	5 517 €	4 138 €	43 338 €
1				M6	0 €	0 €	25 480 €	3 920 €	23 398 €	17 548 €	46 948 €	10 417 €	7 813 €	37 213 €
1				M7	0 €	10 500 €	52 780 €	8 120 €	43 216 €	32 412 €	103 812 €	18 329 €	12 247 €	83 847 €
1	01/2020 - 06/2020	M5-M10	Phase de mise en production 1	M8	0 €	5 000 €	65 780 €	10 120 €	57 904 €	43 428 €	124 328 €	24 394 €	18 295 €	99 195 €
1				M9	0 €	5 400 €	79 820 €	12 280 €	70 596 €	52 947 €	150 447 €	29 934 €	22 451 €	119 951 €
1				M10	0 €	0 €	79 820 €	12 280 €	73 296 €	54 972 €	147 072 €	32 634 €	24 476 €	116 576 €
6	07/2020 - 12/2020	M11-M16	Phase pilote		0 €	0 €	478 920 €	73 680 €	439 778 €	329 833 €	882 433 €	195 805 €	146 853 €	699 453 €
DECISION D'EXTENSION														
1				M17	0 €	11 400 €	109 480 €	16 840 €	94 814 €	71 110 €	208 810 €	39 052 €	29 289 €	166 989 €
1				M18	0 €	11 400 €	139 100 €	21 400 €	122 031 €	91 523 €	263 423 €	51 171 €	38 378 €	210 278 €
1	01/2021 - 06/2021	M17-M20	Phase de mise en production 2 (extension)	M19	0 €	15 200 €	178 620 €	27 480 €	156 421 €	117 316 €	338 616 €	65 428 €	49 071 €	276 371 €
1				M20	0 €	0 €	178 620 €	27 480 €	164 021 €	123 016 €	329 116 €	73 028 €	54 771 €	240 871 €
14	07/2021 - 06/2022	M21-M34	Phase opérationnelle		0 €	0 €	2 500 680 €	384 720 €	2 296 298 €	1 722 223 €	4 607 623 €	1 022 393 €	786 795 €	3 632 195 €
34			TOTAL		158 000 €	88 700 €	3 914 560 €	602 240 €	3 560 270 €	2 670 203 €	7 413 703 €	1 366 103 €	1 174 577 €	5 918 077 €

Tableau I : Les colonnes (10), (11) et (12) correspondent aux recettes estimées avec la méthode 1. Les colonnes (10'), (11') et (12') correspondent quant à elles aux recettes estimées avec la méthode 2. Les deux méthodes de calcul sont explicitées et détaillées plus haut.

On constate que le montant des recettes prévisionnelles est impacté significativement par le choix de la méthode d'estimation des économies générées (+25,27% avec la méthode 1 par rapport à la méthode 2, sur la base des hypothèses présentées plus haut dans la partie "Estimation des rétrocessions de l'efficience potentielle - 2 méthodes" du présent chapitre.

Dépenses prévisionnelles de la Policlinique mobile

La part principale des dépenses prévisionnelles de la Policlinique mobile se concentre sur le versant des ressources humaines expertes, qui est au centre de la réponse et de la valeur ajoutée de l'expérimentation. Ces ressources et leurs coûts associés, présentés dans le tableau J ci-dessous, peuvent être répartis sur quatre pôles :

- Les professionnels de santé (PS) requis, maintenant une activité libérale en ville et rémunérés pour leur pratique télé-médicale sur un format de vacations horaires en fonction de leur qualification professionnelle et/ou de leur spécialité ;
- Les PS effecteurs, auxiliaires médicaux salariés de la Policlinique mobile, mutualisés sur plusieurs ESMS expérimentateurs (colonne "Facteur de mutualisation") et disposant d'un temps de présence opérationnel amputé par les déplacements interstitiels (colonne "Taux de présence") ;
- Les équipes dédiées au "Global success", c'est-à-dire aux fonctions support des activités soignantes, également salariées de la Policlinique mobile et dont les effectifs sont proportionnels au nombre d'ESMS expérimentateurs (colonne "# ESMS / profil") ;
- Les personnels de pilotage de la Policlinique mobile, dont l'effectif est estimé par avance par thématiques opérationnelles (colonne "Headcount").

RESSOURCES HUMAINES			
PS REQUIS	# Actes / patient / mois	Durée / acte	# Actes max / mois
Médecine générale	1,00	12,00	240,00
Autres spécialités médicales	0,25	15,00	240,00
Paramédicaux	1,00	17,00	240,00
Service de débordement	0,10	15,00	240,00
PS EFFECTEURS	Taux de présence	Facteur de mutualisation	
Horaires de journée (8h-20h)	80,00%	3,00	
Horaires de nuit (20h-8h)	80,00%	4,00	
GLOBAL SUCCESS	# ESMS / profil		
Coordonnateurs	80		
Support technique	8		
Secrétaire médicale	8		
PILOTAGE	Headcount		
Chefferie de projet	1		
Ingénierie	2		
Supervision	1		

Tableau J : Structure des coûts prévisionnels de la Policlinique mobile sur le versant "Ressources humaines".

Le Tableau K ci-dessous reporte par phase de l'expérimentation les coûts prévisionnels en ressources humaines pour la Policlinique mobile sur ces quatre pôles. Une évaluation des postes de dépenses ("Achats et charges externes") est également présentée.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
Durée (mois)	Dates prévisionnelles	Mois (à partir de l'autorisation de l'expérimentation)	Phases du projet	Sous-découpage temporel	DÉPENSES					Total des dépenses
					Personnel				Achats et charges externes Moyens et frais généraux + Moyens et frais des déploiements	
					PS Requis	PS Effecteurs	Global success	Pilotage		
AUTORISATION					AUTORISATION					
4	09/2019 - 12/2019	M1-M4	Phase préparatoire		0 €	0 €	0 €	106 000 €	12 000 €	118 000 €
1				M5	10 747 €	8 326 €	2 375 €	26 500 €	12 000 €	59 948 €
1				M6	10 747 €	8 326 €	2 375 €	26 500 €	12 000 €	59 948 €
1				M7	22 262 €	16 652 €	4 750 €	26 500 €	14 000 €	84 164 €
1	01/2020 - 06/2020	M5-M10	Phase de mise en production 1	M8	27 746 €	24 977 €	7 125 €	26 500 €	16 000 €	102 348 €
1				M9	33 668 €	33 303 €	9 500 €	26 500 €	18 000 €	120 971 €
1				M10	33 668 €	33 303 €	9 500 €	26 500 €	18 000 €	120 971 €
6	07/2020 - 12/2020	M11-M16	Phase pilote		202 006 €	199 819 €	57 000 €	159 000 €	108 000 €	725 825 €
DECISION D'EXTENSION					DECISION D'EXTENSION					
1	12/2020			M17	46 170 €	45 792 €	13 063 €	26 500 €	26 000 €	157 524 €
1				M18	58 672 €	58 281 €	16 625 €	26 500 €	29 000 €	189 077 €
1	01/2021 - 06/2021	M17-M20	Phase de mise en production 2 (extension)	M19	75 341 €	74 932 €	21 375 €	26 500 €	33 000 €	231 148 €
1				M20	75 341 €	74 932 €	21 375 €	26 500 €	33 000 €	231 148 €
14	07/2021 - 06/2022	M21-M34	Phase opérationnelle		1 054 774 €	1 049 050 €	299 250 €	371 000 €	462 000 €	3 236 074 €
34			TOTAL		1 651 141 €	1 627 692 €	464 313 €	901 000 €	793 000 €	5 437 146 €

Tableau K : La colonne (10) présente également une estimation mensuelle des coûts sur le versant "Achats et charges", liés aux frais et aux moyens généraux relatifs au déploiement et au bon fonctionnement de l'activité. Ils sont également fonctions de la montée en charge opérationnelle et des inclusions croissantes (en nombre d'ESMS expérimentateurs et de résidents bénéficiaires).

Résultats prévisionnels de la Policlinique mobile

Le Tableau L présente les résultats économiques prévisionnels de l'expérimentation pour la Policlinique mobile. Il se base sur les éléments prévisionnels en recettes et dépenses détaillés plus haut.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Durée (mois)	Dates prévisionnelles	Mois (à partir de l'autorisation de l'expérimentation)	Phases du projet	Sous-découpage temporel	RESULTATS		
					Sans économie	Méthode 1	Méthode 2
AUTORISATION					AUTORISATION		
4	09/2019 - 12/2019	M1-M4	Phase préparatoire		40 000 €	40 000 €	40 000 €
1				M5	-20 748 €	-6 875 €	-16 610 €
1				M6	-30 548 €	-13 000 €	-22 735 €
1				M7	-12 764 €	19 648 €	-517 €
1	01/2020 - 06/2020	M5-M10	Phase de mise en production 1	M8	-21 448 €	21 980 €	-3 153 €
1				M9	-23 471 €	29 476 €	-1 020 €
1				M10	-28 871 €	26 101 €	-4 395 €
6	07/2020 - 12/2020	M11-M16	Phase pilote		-173 225 €	156 608 €	-26 372 €
DECISION D'EXTENSION					DECISION D'EXTENSION		
1	12/2020			M17	-19 824 €	51 286 €	9 465 €
1				M18	-17 177 €	74 346 €	21 201 €
1	01/2021 - 06/2021	M17-M20	Phase de mise en production 2 (extension)	M19	-9 848 €	107 468 €	39 223 €
1				M20	-25 048 €	97 968 €	29 723 €
14	07/2021 - 06/2022	M21-M34	Phase opérationnelle		-350 674 €	1 371 549 €	416 121 €
34			TOTAL		-693 646 €	1 976 556 €	480 931 €

Tableau L : La colonne (6) correspond au scénario pessimiste, c'est-à-dire sans économie générée. Les colonnes (7) et (8) correspondent aux résultats économiques prévisionnels pour la PM estimés selon les deux méthodes d'estimation des économies générées (cf. partie "Estimation des rétrocessions de l'efficacité potentielle - 2 méthodes" du présent chapitre)

Résultats prévisionnels de la Policlinique mobile par année civile

Le Tableau M reporte par année civile ces mêmes résultats économiques prévisionnels pour la Policlinique mobile.

Durée (mois)	Années	Sans économie	Méthode 1	Méthode 2
4	2019	40 000 €	40 000 €	40 000 €
12	2020	-311 075 €	233 939 €	-74 802 €
12	2021	-272 282 €	1 114 811 €	337 395 €
6	2022	-150 289 €	587 807 €	178 338 €
34	Total	-693 646 €	1 976 556 €	480 931 €

Tableau M : Résultats économiques prévisionnels pour la Policlinique mobile par année civile, tenant compte d'une année 2019 préparatoire (non opérationnelle) et d'une demi-année 2022.

On constate une prise de risque économique notable pour le porteur de l'expérimentation :

- En cas d'absence d'économie générée, avec un perte évaluée à près de 700 000,00 € ;
- En cas d'appréciation imparfaite des économies générées a posteriori, avec un impact significatif sur son résultat économique (exemple : une différence de -75,67 % pour la période 2019 à 2022 entre les méthodes 1 et 2 d'estimation de l'impact médico-économique).

Résultats prévisionnels du système de santé par année civile

En réciprocité et tenant compte de l'ensemble des éléments détaillés plus haut, le Tableau N transpose par année civile les résultats économiques prévisionnels pour le système de santé.

Durée (mois)	Années	Sans économie	Méthode 1	Méthode 2
4	2019	-158 000 €	-158 000 €	-158 000 €
12	2020	-963 100 €	851 005 €	439 350 €
12	2021	-2 385 800 €	2 162 498 €	1 125 944 €
6	2022	-1 236 600 €	1 149 008 €	603 049 €
34	Total	-4 743 500 €	4 004 510 €	2 010 343 €

Tableau N : Résultats économiques prévisionnels pour le système de santé par année civile, tenant compte d'une année 2019 d'amorçage (non opérationnelle) et d'une demi-année 2022. La colonne "Sans économie" correspond au scénario pessimiste, c'est-à-dire sans économie générée. Les colonnes suivantes correspondent aux résultats économiques prévisionnels pour le système de santé estimés selon les deux méthodes d'estimation des économies générées (cf. partie "Estimation des rétrocessions de l'efficience potentielle - 2 méthodes" du présent chapitre)

De la même manière que pour la Policlinique mobile, on constate également une prise de risque économique pour le système de santé du fait de l'innovation organisationnelle et financière induite par l'expérimentation (cf. scénario pessimiste "Sans économie"). Toutefois, ce risque est à apprécier en regard des espérances économiques significativement amplifiées en cas d'économies générées (cf colonnes "Méthode 1" et "Méthode 2").

Tableau prévisionnel des flux financiers depuis le FISS par année civile

En synthèse conclusive de ce chapitre économique, le Tableau O présente le schéma prévisionnel de financements par année civile, imputables au FIR (crédit initial d'amorçage) et au FISS (forfaits et rétrocessions).

Tableau prévisionnel des flux financiers par année civile				
Montants en euros	FISS		Hors FISS - crédit d'amorçage FIR	Pour mémoire: économies générées, borne haute
	Total FISS - borne basse	Total FISS - borne haute		
2019	0	0	158 000	0
2020	963 100	963 100	0	2 540 790
2021	2 385 800	3 112 485	0	6 397 755
2022	1 236 600	3 115 757	0	3 369 735
2023	0	954 428	0	0
Total	4 585 500	8 145 770	158 000	12 308 280

Tableau O : Flux financiers prévisionnels imputés notamment au FISS, tenant compte d'une année 2019 d'amorçage soutenu grâce au FIR (non opérationnelle) et d'une demi-année 2022. La colonne "borne basse" correspond au scénario pessimiste, sans économie générée. La colonne "borne haute" correspond au scénario le plus optimiste, avec une hypothèse d'économies générées de 4 905 euros par an et par résident inclus (sur la base d'hypothèses de réduction du taux d'hospitalisation - cf. Méthode 2).

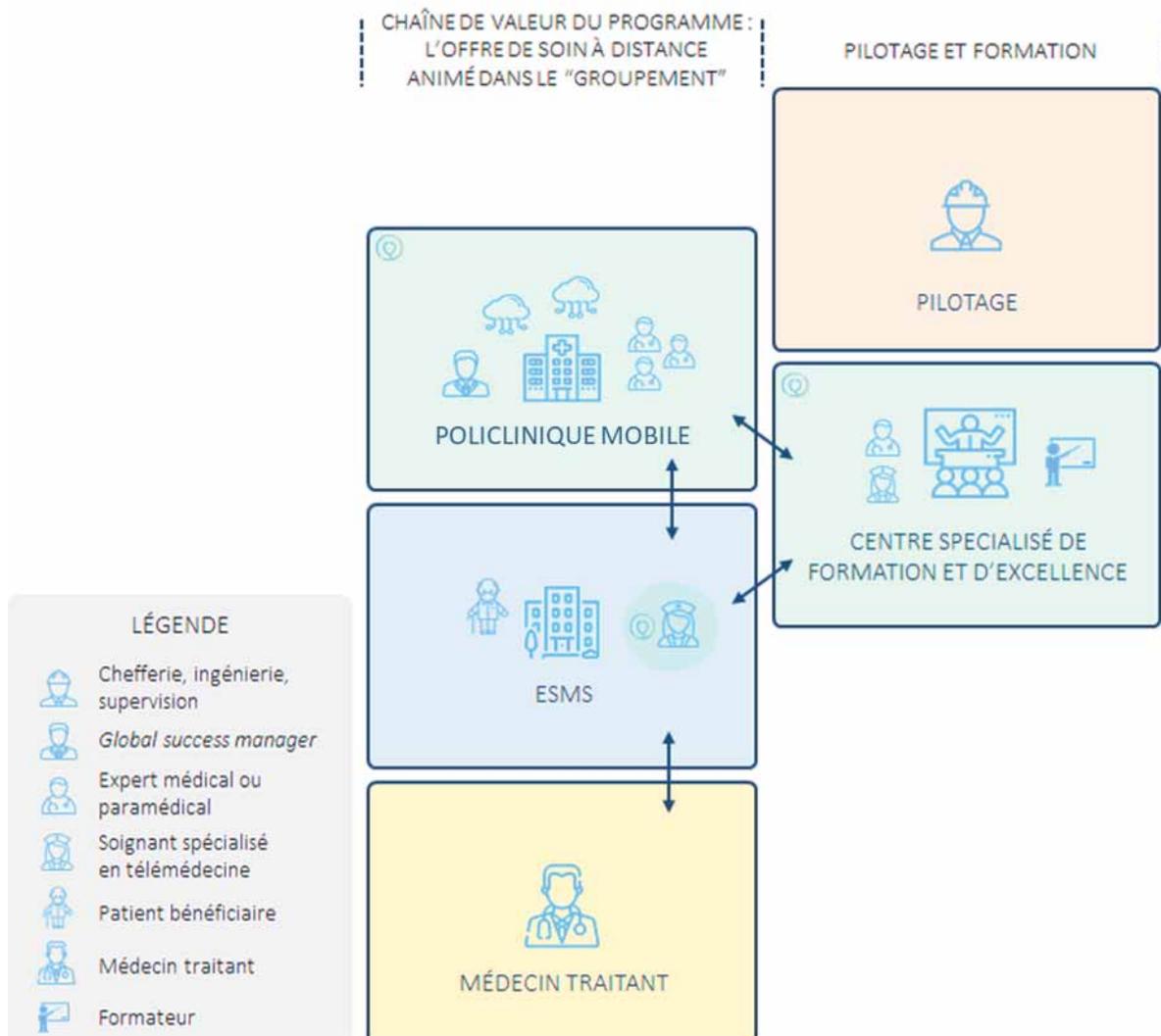
21. Modalités de financement de l'expérimentation

Besoins en ressources humaines

Sur son modèle usuel et présentiel, la Policlinique mobile organise des ressources humaines comme un établissement de santé "hors-les-murs". Le schéma ci-dessous présente les principaux blocs organisationnels permettant d'assurer une prise en charge à distance. Le patient bénéficiaire réside dans un ESMS. Il bénéficie du Programme mis en place dans le cadre du Groupement dont la Policlinique mobile est un élément essentiel.

Le soignant spécialisé en télémédecine est rattaché à la Policlinique mobile mais détaché sur site, au sein de l'ESMS, afin de fluidifier les liens avec le médecin traitant et avec les experts médicaux et paramédicaux installés dans la Policlinique mobile. Tous les acteurs du Programme sont formés au sein d'un centre spécialisé de formation et d'excellence dans le but de maximiser l'impact au bénéfice du patient et du système de santé.

BLOCS ORGANISATIONNELS DU GROUPEMENT



Présentation par bloc organisationnel et unité fonctionnelle

Blocs organisationnels	Acteurs	Fonctions	Statut
Pilotage	Chefferie de projet	Stratégie, qualité, <i>management</i>	Disponible
	Ingénierie S.I.	Maintenance, évolution, support	Disponible
	Supervision	Montage, amorçage, suivi	Disponible
Policlinique mobile	Généraliste-s	Téléconsultations et téléexpertises, soins programmés / non programmés, permanence des soins, expertises médicales et paramédicales	Maquette informelle, à développer
	Spécialiste-s		Maquette informelle, à développer
	Paramédical-aux		Maquette informelle, à développer
	Urgentiste-s		Maquette informelle, à développer
	Effecteur-s	Soignant expert en télémédecine déporté sur site et disponible "à la volée"	Maquette informelle avec le soignant de l'Ehpad, à développer
	IDEC et secrétaire-s médicale-s	Coordination administrative et secrétariat médical	En cours de recrutement
	<i>Global success manager</i>	Maintenance de la solution technologique et des services d'intermédiation, support logistique des collègues soignants	Disponible, à faire évoluer sur la base du métier existant de responsable de déploiement
ESMS	Patient bénéficiaire	Bénéficiaire du programme animé dans le "Groupement"	
Médecin traitant	Médecin traitant	Pivot et coordination du parcours de soins du patient bénéficiaire en interaction avec l'effecteur	Disponible
Centre de formation	Formateurs	Formation des professionnels requérants, des effecteurs et des requis sur les versants organisationnels, éthiques et technologiques de la télémédecine	À créer

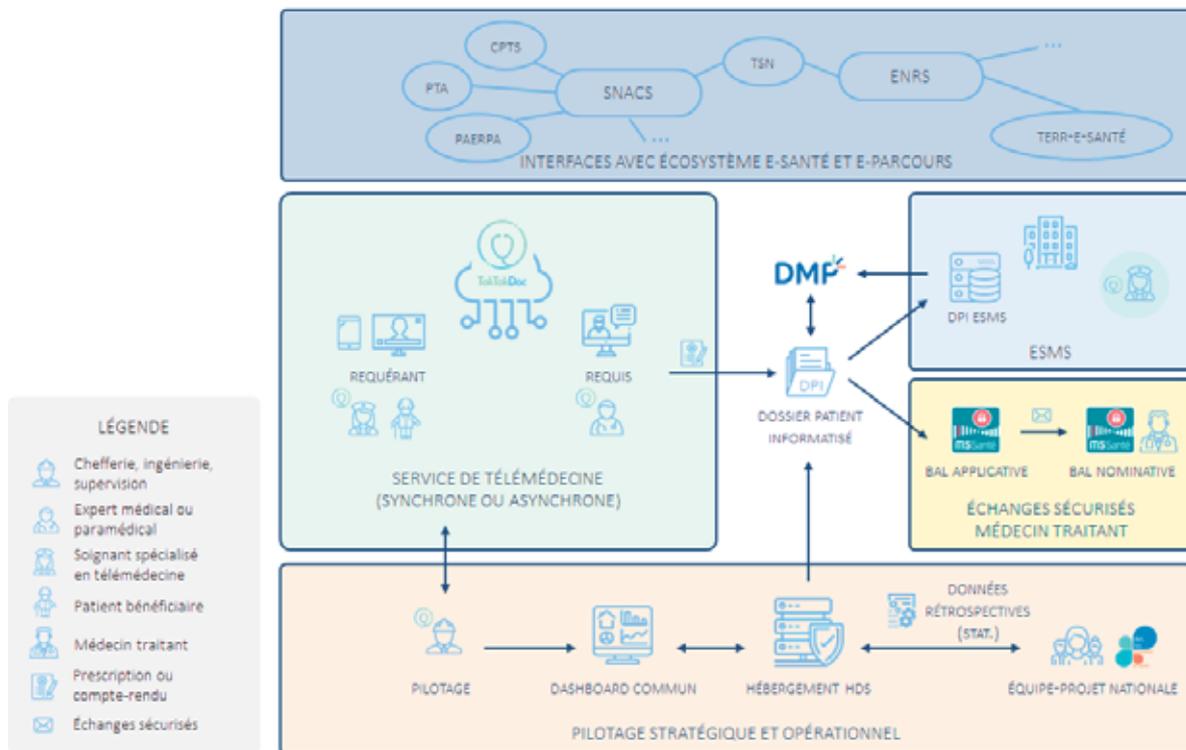
Besoins en système d'information

Pour mener à bien et réussir cette expérimentation de Policlinique mobile, un système d'information (S.I.) partagé est mis en oeuvre pour permettre de soutenir tout le parcours et le suivi individuel du patient bénéficiaire.

Le S.I.-cible s'articule évidemment sur les briques fonctionnelles offertes par le DMP et la MSSanté, et s'interface avec l'écosystème e-santé (ENRS) des GRADeS/GCS.

Chaque acte de télémédecine donnera lieu à l'actualisation du DMP du patient concerné, s'il existe, et à des échanges via MSSanté entre professionnels de santé.

Système d'informations partagé de la Policlinique mobile



22. Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées

Pour la population de patients bénéficiaires inclus dans l'expérimentation, il s'agit de mesurer les indicateurs en phase ante- et post-télémédecine. Les listes suivantes sont indicatives et non exhaustives (soumis à concertation avec l'équipe-projet nationale, la DREES et le prestataire mandaté par la DREES pour l'évaluation de l'expérimentation).

Indicateurs de PROCESSUS

Thématique	Indicateur proposé
Médical	Nombre de consultations présentes par spécialité (déplacement patient ou médecin)
Médical	Nombre de téléconsultations par spécialité et cumulé
Médical	Nombre de téléexpertises par spécialité et cumulé
Opérationnel	Suivi continu des indicateurs de qualité et de performance
Opérationnel	Nombre d'ESMS inclus
Opérationnel	Nombre d'effecteurs
Opérationnel	Nombre d'experts médicaux et paramédicaux distants (requis)
Opérationnel	Nombre de médecins traitants inclus
Opérationnel	Nombre de patients bénéficiaires inclus

Indicateurs de RÉSULTATS

Thématique	Indicateur proposé
Médical	Nombre de recours aux urgences sans hospitalisation consécutive
Médical	DMS Durée moyenne des séjours hospitaliers
Médical	Nombre de déplacements des services médicaux d'urgence
Médical	Nombre d'hospitalisations évitables ou inappropriées
Médical	Nombre de réhospitalisations
Médical	Prévalence des poly-médications (plus de 5 médicaments cumulés et simultanés)
Médical	Nombre de déplacements de médecins (visites)
Médical	Délai d'obtention d'un RDV en présentiel par spécialité
Médical	Délai d'obtention d'un RDV par télé-médecine par spécialité
Médical	Nombre de renoncements aux soins avec motif associé

Thématique	Indicateur proposé
Médical	Couverture vaccinale concernant la grippe saisonnière et le pneumocoque
Médical	Incidence des patients sous médication antipsychotique
Médical	Incidence des patients sous antidépresseurs
Médical	Prévalence des patients sujets à une infection et/ou une rétention urinaire
Médical	Prévalence des plaies complexes et chroniques, dont ulcères de pression
Bien-être	Prévalence des patients avec des symptômes dépressifs
Bien-être	Prévalence des patients avec une amélioration de fonctions physiques
Bien-être	Satisfaction générale des patients bénéficiaires en capacité de l'exprimer
Bien-être	Prévalence des patients exprimant des douleurs modérées à sévères
Bien-être	Évolution du GMP GIR Moyen Pondéré
Bien-être	Nombre et gravité des chutes de patients
Bien-être	Poids moyen des patients bénéficiaires
Performance	Évolution du panier patient en soins, médicaments, prestations et consommables
Performance	Évolution des dépenses de soins par ESMS
Performance	Nombre de transports de patients, avec moyen utilisé et coûts associés
Performance	Nombre d'hospitalisations (tous motifs confondus) et coûts associés
Opérationnel	Satisfaction générale par type d'acteurs
Opérationnel	Niveau de confiance des experts requis en pratique télé médicale au sein de la Policlinique mobile

Outils de pilotage

- Dashboard commun avec l'équipe-projet nationale ;
- Asana pour la gestion de projet ;
- Sellsy pour le ticketing pour le support.

23. Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées

Le pilotage de cette activité nouvelle, au regard de ses objectifs ambitieux de qualité et de performance et de ses espérances médico-économiques, a besoin d'exploiter en temps courts les données rétrospectives fournies par l'équipe-projet nationale. En plus d'une prise en compte attentive des remontées du terrain, l'analyse des données rend possible une adaptation agile et itérative de l'organisation expérimentale.

L'organisation envisagée, s'appuie d'abord sur la mise en place d'un dispositif S.I. capable :

1. D'être interopéré directement avec le S.I. de l'équipe-projet nationale ou, à défaut, de pouvoir importer sans délai les données produites dans leur format natif ;
2. Un processus ETL (Extract, Transform, Load) d'intégration des données est mis en oeuvre, dans le but de préparer pour leur interprétation les données reçues et de les charger dans un entrepôt de données (certifié HDS si nécessaire, en fonction du caractère identifiant des informations partagées) ;
3. Un tableau de bord en ligne sera mis en ligne, interfacé directement sur l'entrepôt de données et qui se chargera de donner du sens aux informations colligées pour le pilotage de la Policlinique mobile. Ce tableau de bord sera également composé d'indicateurs et mis en commun avec l'équipe-projet nationale si elle le souhaite (moyennant une interface de connexion sécurisée).

Cette organisation rend possible un pilotage stratégique et opérationnel le plus agile et transparent, basé sur la réalité factuelle et avec une réactivité optimale par rapport à cette réalité.



CAHIER DES CHARGES

Policlinique mobile TokTokDoc - Expérimentations dérogatoires - Article 51, LFSS 2018
Destinataires : Comité technique nationale Article 51 et le Comité technique Grand Est

24. Liens d'intérêts

Néant.

25. Fournir les éléments bibliographiques et/ou exemples d'expériences étrangères

RUSH Act 2018 : étude d'une loi américaine

Le **25 juillet 2018**, un groupe bipartisan du Congrès des États-Unis a introduit un amendement au Social Security Act visant à améliorer l'accès aux soins dans les nursing homes, équivalents aux ESMS français.

Cet amendement dénommé *Reducing Unnecessary Senior Hospitalization Act (RUSH) Act of 2018*⁸, vise à réduire le nombre d'hospitalisations évitables par la mise en place d'un **mécanisme incitatif basé sur la rétrocession des économies générées** par les programmes de télémédecine mis en œuvre par des organisations innovantes dans les nursing homes.

Le législateur introduit cet amendement en soulignant le fait que les nursing homes ont souvent peu d'options pour traiter les résidents ayant besoin de soins non programmés, ce qui entraîne des transferts hospitaliers excessifs et coûteux. La loi RUSH vise à améliorer la prise en charge des bénéficiaires de Medicare dans ces établissements en permettant un meilleur accès aux soins et à moindre coût pour le contribuable, en déployant des organisations de télémédecine innovantes et animées par des professionnels de santé.

» Ce qu'en dit Adrian Smith, le membre du Congrès qui porte le projet

*The RUSH Act presents a great opportunity for government to step back and allow **innovation** to solve a problem which has restricted **access to care** at nursing homes for decades. Telehealth capacity has grown by leaps and bounds in recent years and I'm excited to see what the future holds as more burdensome regulations are lifted and the American **entrepreneurial spirit** is unleashed on the healthcare industry.*

Acteurs concernés par le RUSH Act 2018

En préambule du texte, l'amendement définit les acteurs de ce programme en qualifiant leur statut :

- Les organisations de télémédecine (*qualified group practices*) ainsi que les produits et services qui sont mis à disposition ;
- Les établissements de soins infirmiers (*qualified skilled nursing facilities*), équivalents aux établissements médico-sociaux français ;
- Les patients bénéficiaires (*patient*) du programme (*Medicare program*) de télémédecine.

⁸ Le texte complet de cet amendement est disponible ici :

<https://adriansmith.house.gov/sites/adriansmith.house.gov/files/documents/HR%205602%20RUSH%20Act.pdf>

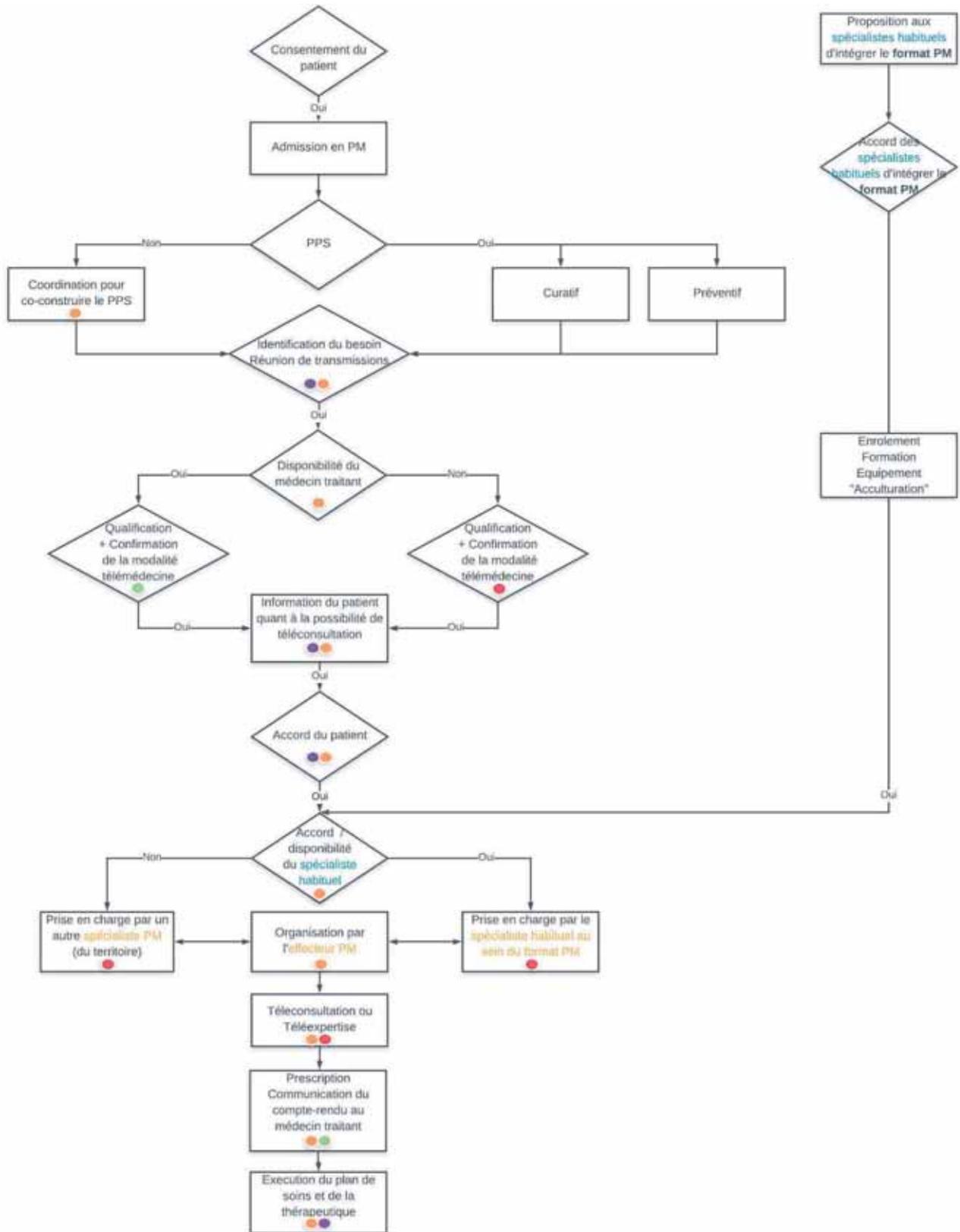
Paiement : mécanisme de rétrocession

Le modèle envisagé par la loi RUSH vise à inciter la performance médicale des services de télémédecine déployés au sein des établissements par la mise en place d'un financement vertueux basé sur la rétrocession des économies effectivement générées. Le modèle RUSH propose ainsi un paiement en 2 volets :

1. Un **paiement général** basé sur les produits et services déployés dans les établissements de soins infirmiers et dont bénéficient les résidents ;
2. Un **intéressement collectif lié à la performance** basé sur le différentiel des dépenses supportés par Medicare avant et après le déploiement des services de télémédecine dans les structures de soins infirmiers :
 - a. 37,5% des économies sont rétrocédées aux organisations de télémédecine ;
 - b. 12,5% des économies sont rétrocédées aux établissements de soins infirmiers.

Autres éléments bibliographiques issus d'expériences étrangères analogues

- **Avera Health**. Avera eCARE, Intensive Care Management in Skilled Nursing Facility Alternative Model. Août 2017 ;
- **Call9 Emergency Medical**. Tech-enabled emergency & acute medicine at SNF bedside to reduce unplanned hospital admissions - Alternative Payment Model (APM). Janvier 2018.



- Médecin traitant
- Effecteur PM
- PS Requis PM (du territoire)
- EHPAD