

## **Avis du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet d'expérimentation AUTO-NOM (Neuro-Orthopédie Mobile)**

**décembre 2022**

Le comité technique de l'innovation a été saisi pour avis le 24 juin 2022 sur le projet de cahier des charges relatif à l'expérimentation AUTO-NOM (Neuro-Orthopédie Mobile) proposée par la Croix Rouge Française.

Après un premier dépôt initial de la lettre d'intention le 11 juillet 2019, le projet a bénéficié d'une séance dans l'accélérateur 51 le 4 décembre 2019. Après examen du cahier des charges lors des séances du comité technique des 24 septembre 2019, 6 mars 2020 et 17 mai 2022, des séances de travail avec le porteur et de nombreuses itérations sur l'analyse de la question de l'utilisation de la toxine botulique par une unité mobile d'un établissement hospitalier et l'élaboration de son protocole, le comité technique a rendu son avis le 2 décembre 2022, sur la version finalisée du cahier des charges.

Selon l'enquête de la DRESS en 2017, il y a, à ce jour, en France, environ 728 000 résidents en EHPAD<sup>1</sup>, et selon une étude publiée en 2018, 22 %<sup>2</sup> des résidents en EHPAD souffrent d'au moins une HDA (Hypertonie Déformante Acquisée). Cette étude a été menée dans 29 EHPAD et 10 USLD ; pour 3 145 patients observés, 692 présentent une forme d'HDA. Elle confirme donc l'importance de la prévalence de l'HDA parmi la population vieillissante en institution ainsi que les conséquences sur l'autonomie des personnes.

Par ailleurs, 26%<sup>3</sup> des résidents de Maisons ou de Foyers d'Accueils Spécialisés (MAS et FAM) souffriraient de lésions cérébrales dont les répercussions sont des rétractions musculaires. L'absence de prise de conscience de cette pathologie en institution ne permet pas de disposer d'indications récentes précises de la prévalence des HDA en établissement médico-social.

Les conséquences des HDA sur la dépendance, la qualité de vie, les douleurs, la consommation de soins et la survie sont majeures.

Différents moyens préventifs et curatifs de prise en charge de l'HDA existent, pour maintenir les capacités fonctionnelles, impactant également les capacités cognitives majeures, mais sont encore trop méconnus. L'accès à ces traitements pour ces personnes très fragilisées est complexe car il nécessite que soit organisé un déplacement dans un site hospitalier. Il est très souvent douloureux et accroît les risques particuliers liés à l'hospitalisation.

De plus, la méconnaissance des possibilités thérapeutiques pour la gestion de ces déformations, tant des équipes soignantes que des aidants, et le cloisonnement des secteurs sanitaires et médico-sociaux constituent les obstacles à une prise en charge optimale de l'HDA. En effet, l'élaboration des objectifs thérapeutiques (PEC de la douleur, aide à l'installation, amélioration des soins d'hygiène, dignité...) nécessite un échange important avec les soignants prenant en charge au quotidien ces patients dans leur lieu de vie.

### **Objet de l'expérimentation**

L'expérimentation a pour objet de mettre en place dans un établissement sanitaire, une unité mobile (UM) pluridisciplinaire afin d'accompagner les équipes des établissements médico-sociaux (ESMS) dans la prise en charge de l'Hypertonie Déformante Acquisée (HDA) des personnes en institution. L'objectif poursuivi est de répondre à un besoin médico-social non

---

<sup>1</sup> Enquête EHPA, Drees, 2017

<sup>2</sup> Dehail P, Gaudreault N, Zhou H, Cressot V, Martineau A, Kirouac-Laplante J, Trudel G. Ann Phys Rehabil Med. 2018 Dec 8. pii: S1877-0657(18)31482-9

<sup>3</sup> Calcul établi à partir des chiffres de la Drees et de la CNSA

couvert en accompagnant la prise de conscience autour de la nécessité de la prise en charge précoce des HDA dans les établissements médico-sociaux (ESMS), dans une démarche de prévention et de soins pour le maintien de l'autonomie des résidents.

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

#### Finalité organisationnelle

Le projet soumis est recevable en ce qu'il vise à améliorer la prise en charge de l'hypertonie déformante acquise des personnes en institution en optimisant par une démarche de prévention, un meilleur accompagnement et une prise en charge précoce pour favoriser le maintien de l'autonomie des résidents.

#### Dérogation

Le projet soumis est recevable en ce qu'il modifie les règles de financement des établissements de santé. A ce titre, il déroge aux articles L.162-22-6 et L.162-26 du code de la sécurité sociale.

### Détermination de la portée de l'expérimentation proposée

Le champ d'application de l'expérimentation proposée est de portée nationale et concerne les régions Auvergne Rhône-Alpes (Centre Médico Chirurgical Les massues Croix-Rouge française), Bretagne (Pôle Saint Hélier), Ile de France (APHP Hôpital Raymond Poincaré, Hôpitaux de Saint-Maurice et Centre Hospitalier Simone Veil) et Nouvelle Aquitaine (Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers et Centre de Réadaptation Richelieu Croix-Rouge française). Les huit établissements sanitaires expérimentateurs couvriront environ au total une centaine d'établissements médico-sociaux.

### Durée de l'expérimentation

L'expérimentation est prévue pour une durée de 30 mois incluant une phase de préparation de 6 mois, et une phase d'intervention de 24 mois décomptée à partir du premier patient inclus tout établissement confondu.

### Modalités de financement du projet

L'expérimentation prévoit la mise en place de deux forfaits permettant de prendre en charge la démarche de prévention, les soins et les suivis pour une prise en charge d'environ 7 000 résidents en ESMS sur la durée de l'expérimentation.

Les deux forfaits, substitutifs et partiellement complémentaires au droit commun, sont :

- un forfait annuel, populationnel, versé à l'établissement sanitaire porteur pour chaque résident destiné à couvrir l'accompagnement réalisé par l'UM (prévention, dépistage, soins, suivi) de 251 €,
- un forfait pour financer la toxine botulique avec protocole d'utilisation validé par l'ANSM de 224 €.

Le besoin de financement au titre de la prise en charge par le fonds pour l'innovation du système de santé s'élève à 3 105 908 euros maximum pour la durée de l'expérimentation. Des coûts d'amorçage et d'ingénierie de projet (CAI) sont évalués à 551 668 euros maximum, à financer par le fonds pour l'innovation du système de santé.

La répartition annuelle prévisionnelle du besoin de financement est prévue comme suit :

	Année 1	Année 2	Année 3, sur 6 mois	Total
Nb de patients ayant bénéficié de prise en charge et/ou conseils *	2 080	4 160	2 080	8 320
<b>Total prestations dérogatoires (FISS)</b>	<b>638 560 €</b>	<b>1 277 120 €</b>	<b>638 560 €</b>	<b>2 554 240 €</b>
Crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI) porteur UM (FISS)	128 384 €	73 106 €	36 553 €	238 043 €
Crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI) perçus par CRf siège pour ESMS et portage national (FISS)	210 564 €	68 708 €	34 354 €	313 625 €
<b>Total Crédits d'ingénierie (CAI) (FISS)</b>	<b>338 948 €</b>	<b>141 814 €</b>	<b>70 907 €</b>	<b>551 668 €</b>
<b>Total expérimentation (FISS)</b>	<b>977 508 €</b>	<b>1 418 934 €</b>	<b>709 467 €</b>	<b>3 105 908 €</b>

\* certains résidents seront vus deux fois

## **Modalités d'évaluation**

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

Le nombre prévu de patients (7 000 patients), les 4 régions d'expérimentation (Île-de-France, Nouvelle Aquitaine, Bretagne et Auvergne Rhône-Alpes), comme la durée de l'expérimentation de 2,5 ans apparaissent suffisants pour observer les éventuels impacts liés aux nouvelles modalités de prise en charge mises en place dans le cadre du dispositif expérimental.

L'expérimentation repose sur un projet transversal sanitaire et médico-social qui vise à créer une unité mobile (UM) dans 4 régions afin d'accompagner les équipes d'établissements médico-sociaux dans la prise en charge de l'Hypertonie Déformante Acquisée (HDA) des personnes en institution (accueillant des personnes âgées dépendantes ou des personnes en situation de handicap).

L'évaluation cherchera à observer comment le dispositif se met en place, sa capacité à atteindre les objectifs définis dans le cahier des charges et les possibilités de son déploiement à une plus grande échelle. Elle permettra notamment d'éclairer les éléments suivants :

### **Concernant la faisabilité, l'opérationnalité du dispositif :**

- L'accès aux soins sur site à des publics fragiles résidant en institution ;
- Le renforcement de la formation des soignants pour le dépistage et la prise en charge précoce ;
- La création de réseaux de professionnels travaillant de manière coordonnée pour permettre une meilleure coopération ;
- Le transfert d'information entre les acteurs professionnels et aidants entre les personnels des établissements médico-sociaux, praticiens hospitaliers, médecins traitants, médecins coordonnateurs et familles ;
- La prise en charge globale des résidents (situation de vie, environnement) ;
- La montée en charge de l'expérimentation au travers notamment du nombre de patients bénéficiant d'un parcours AUTO-NOM.

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

- Le dépistage, la prévention, la prise en charge précoce, le traitement et le suivi des résidents souffrant d'HDA pour maintenir le plus longtemps possible leur autonomie fonctionnelle ;
- La prévention des risques psycho-sociaux des soignants et l'amélioration de la qualité de vie au travail ;
- La continuité des interventions en favorisant les collaborations et coordination entre les médecins de l'UM, médecin traitant et/ou médecin coordonnateur et les soignants (entre les établissements sanitaires et médico-sociaux) ;
- La réduction de la prise d'antalgiques des résidents ;
- La réduction des complications et surcoûts dus à la perte d'autonomie ;
- La réduction des temps des soins quotidiens ;
- Du temps dégagé pour de meilleurs soins de nursing et relationnels ;
- La coordination et réorientation en cas de besoin des résidents vers une unité hospitalière.

### **Concernant la reproductibilité du dispositif :**

- La réduction des coûts liés aux hospitalisations dues aux complications des HDA ;
- La réduction du coût liée au péri-opératoire (limitation des bons de transports) ;
- L'adéquation entre les moyens humains et financiers et l'objectif de changement des pratiques des professionnels poursuivis ;

- Les différences de mise en œuvre du dispositif dans les différentes régions et établissements de l'expérimentation ;
- L'impact budgétaire d'une généralisation du dispositif, notamment la diminution des dépenses de santé ;
- Les économies réelles réalisées par la mise en place d'AUTO-NOM et leur comparaison avec les frais engendrés par la mise en place du dispositif.

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

- *faisabilité opérationnelle* : L'expérience des établissements expérimentateurs qui ont déjà mis en œuvre des consultations pluridisciplinaires de prise en charge des HDA ou sont déjà partenaires dans ce cadre et les délais prévus pour mettre en place l'expérimentation proposée sont de nature à assurer le caractère opérationnel de l'expérimentation dans le calendrier proposé.
- *caractère efficient* : La prise en charge proposée a vocation à améliorer la prise en charge de l'HDA, de favoriser le maintien de l'autonomie fonctionnelle des résidents et faciliter la prise en charge globale du résident par une meilleure connaissance de l'HDA. Sa réalisation sur le lieu de vie évitera les déplacements à l'hôpital et leurs conséquences négatives. Ces éléments devraient produire un impact médico-économique favorable. Cette prise en charge devrait également améliorer la qualité de vie au travail des soignants par une meilleure compréhension de la maladie et de sa prise en charge. L'évaluation en fin d'expérimentation devrait permettre d'objectiver des éléments d'efficacité de la prise en charge proposée.
- *caractère innovant* : L'expérimentation permet de tester une prise en charge décloisonnée et pluridisciplinaire qui permet, via l'unité mobile sanitaire, de la réaliser sur le lieu de vie des résidents en ESMS en apportant la technicité et l'expertise pour la réalisation des gestes thérapeutiques mais aussi l'accompagnement des équipes de ces ESMS. Elle s'appuie sur un volet prévention important porté par une formation des équipes des ESMS par les unités mobiles pour mieux dépister, prévenir et accompagner l'atteinte par une HDA des résidents.
- *reproductibilité* : Le parcours et l'organisation proposés sont bien définis et protocolisés avec une description claire des ressources nécessaires, du temps et du rôle des intervenants. L'organisation proposée par le projet peut être reproduite dans d'autres régions où il existe au sein établissements sanitaires des équipes expertes pour mettre en place cette prise en charge via une unité mobile en partenariat avec les ESMS du territoire.

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique émet un avis favorable à l'autorisation, par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé de l'expérimentation dans les conditions précisées par le cahier des charges.

#### **Pour le comité technique**

Natacha Lemaire  
Rapporteuse Générale