

Avis du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet d'expérimentation « Traumatisme Crânio-Cérébral Léger : Filières oubliées des SSR»

Juillet 2022

Le comité technique de l'innovation a été saisi par l'ARS Ile de France pour avis le 30 mars 2022 sur le projet de cahier des charges relatif à l'expérimentation « Traumatisme Crânio-Cérébral Léger : Filières oubliées des SSR » proposé par le Centre Ressources Francilien du Traumatisme Crânien.

La première version de la lettre d'intention a été transmise aux équipes nationales en janvier 2020. Après cinq séances de travail en cycle collaboratif entre octobre 2020 et octobre 2021, le cahier des charges a été présenté, examiné en comité technique le 14 décembre 2021 puis fait l'objet de différents échanges pour sa finalisation. Le comité technique a émis un avis favorable le 22 juillet 2022.

Les traumatisés crâniens dits légers, qui constituent la majorité des traumatisés crâniens vont présenter dans 20 % des cas des difficultés persistantes, cognitives et /ou psychologiques. Ces troubles cognitifs et comportementaux sont persistants, sporadiques. Dans 15% des cas, la reprise de l'activité professionnelle n'a pu avoir lieu un an après l'accident.

La prise en charge sanitaire et l'accompagnement médico-social et social de ces séquelles présentent encore des insuffisances qualitatives, quantitatives en raison de la méconnaissance et la sous-évaluation tant des séquelles que du handicap cognitif.

Objet de l'expérimentation

Le projet vise à proposer, après identification du risque de troubles cognitifs ou comportementaux, une prise en charge adaptée afin d'éviter les pertes de chance, les errances médicales, la chronicisation des symptômes, la désinsertion sociale et favoriser le retour rapide à l'emploi dans de bonnes conditions. La structuration du parcours des patients Traumatisés Crânio-Cérébraux Légers à risque prévoit une rééducation spécifique brève par une équipe pluridisciplinaire. Cette rééducation brève inspiré du modèle néerlandais comprend une dizaine de séances de rééducation cognitive, thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles anxieux, les troubles du sommeil et la fatigue, et éventuellement selon les besoins, les douleurs, les troubles de l'équilibre.... Cette prise en charge pourra se mettre en œuvre soit dans le cadre hospitalier, soit via une prise en charge en ville (médecin traitant et/ou psychologue et/ou orthophoniste). La prise en charge pourra être réalisée en individuel ou en groupe (maximum 3 à 5 personnes) en fonction des besoins des patients. Le suivi ultérieur est fait en lien avec le secteur libéral (rééducation cognitive par les orthophonistes, suivi psychiatrique, et/ou par le médecin traitant) voire médico-social (Unités d'évaluation de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS)). Cette rééducation concerne 8% des traumatisés crânio cérébraux légers.

Recevabilité du projet au titre de l'article 51

Finalité organisationnelle

Le projet soumis est recevable en ce qu'il repose sur un mode organisationnel de la prise en charge des patients Traumatisés Crânio-Cérébraux Légers permettant une prise en charge coordonnée en ville et à l'hôpital par une équipe de professionnels formés.

Dérogation

Le projet soumis est recevable en ce qu'il modifie les règles de financement d'activités financées à l'acte ou à l'activité par un financement forfaitaire substitutif et complémentaire. A ce titre, il déroge aux articles il déroge aux articles L.162-1-5, L.162-1-7, L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-26 et L. 4113-5 du code de la sécurité sociale et de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Détermination de la portée de l'expérimentation proposée

Le champ d'application de l'expérimentation proposée est de portée régionale. Il s'applique à la région Ile de France, dans les départements de Hauts de Seine, Seine et Marne et Val de Marne

Modalités de financement du projet

La phase d'identification des patients « à risque de parcours défavorable » se déroule en 3 temps, screening, évaluation et orientation. Il est proposé 3 niveaux de forfaits pour prendre en compte le temps passé pour chaque patient en fonction du niveau de risque par l'IDE et le médecin spécialiste.

- Forfait de prise en charge 1 (repérage et identification des patients à risque): 38€
- Forfait de prise en charge 2 (suivi à distance, évaluation et détection des patients à risque) : 62€
- Forfait de prise en charge 3 (réassurance, conseil, information et orientation) : 164€

La rééducation brève d'une durée maximale de 6 semaines mobilise une équipe pluriprofessionnelle de neuropsychologues, orthophonistes, IDE, ergothérapeutes en institution et / ou en activité libérale. Elle comprend une dizaine de séances de rééducation cognitive, thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles anxieux, les troubles du sommeil et la fatigue, et éventuellement selon les besoins, les douleurs, les troubles de l'équilibre.... Cette rééducation est financée par un forfait dont le montant est calculé à partir des taux horaires des professions concernées.

Le forfait est de 590€.

Tableau récapitulatif des forfaits

Forfaits	Montant par patient	Durée de la prise en charge ou couverte par le forfait
Forfait 1^{ère} étape		
Forfait de prise en charge 1 (repérage et identification des patients à risque)	38€	Moins de 24h
Forfait de prise en charge 2 (suivi à distance, évaluation et détection des patients à risque)	62€	De 2 à 4 semaines
Forfait de prise en charge 3 (réassurance, conseil, information et orientation)	164€	2 semaines
Forfait 2^{nde} étape		
Forfait patient	590€	6 semaines

Le besoin total de financement au titre de la prise en charge par le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) et par le FIR est de 2 033 120€ pour la durée de l'expérimentation. Pour une file active de 9 800 patients, les prestations dérogatoires directement liées aux soins s'élèvent à 1 601 320€, les coûts d'amorçage et d'ingénierie sont évalués à 431 800€ (gouvernance et pilotage du projet, formation, adaptation des SI et communication).

La répartition annuelle prévisionnelle est prévue comme suit :

	% inclusion et forfait	N1	N2	N3	N4	Total
ETAPE 1 (ex en N1 : 1400 ont le forfait PEC 1 soit 100% des patients, 60% des 1400 ont le forfait PEC 2, soit 840, 25% des 1400 ont le forfait PEC 3, soit 350)						
Nb de patients inclus en groupe 1	100%	1 400	2 800	2 800	2 800	9 800
Nb de patients inclus en groupe 2	60%	840	1 680	1 680	1 680	5 880
Nb de patients inclus en groupe 3	25%	350	700	700	700	2 450
Forfait prise en charge 1 - Détection et coordination - <i>« repérage et identification des patients à risque »</i>	38 €	53 200 €	106 400 €	106 400 €	106 400 €	372 400 €
Forfait prise en charge 2 <i>« suivi à distance, évaluation et détection des patients à risque »</i>	62 €	52 080 €	104 160 €	104 160 €	104 160 €	364 560 €
Forfait prise en charge 3 <i>« réassurance, conseil, information et orientation »</i>	164 €	57 400 €	114 800 €	114 800 €	114 800 €	401 800 €
ETAPE 2 (ex en N1 : 8% des 1 400 patients de la cohorte initiale ont l'étape 2 soit 112 patients)						
Nb de patients inclus en 2ème étape	8%	112	224	224	224	784
Forfait patient - 2ème étape –Psycho éducation et suivi -	590 €	66 080 €	132 160 €	132 160 €	132 160 €	462 560 €
Total prestations dérogatoires (FISS)		228 760 €	457 520 €	457 520 €	457 520 €	1 601 320 €
Total CAI (FIR)		190 000 €	81 800 €	80 000 €	80 000 €	431 800 €
TOTAL expérimentation (FISS+FIR)		425 260 €	539 320 €	537 520 €	537 520 €	2 033 120 €

Durée de l'expérimentation

La durée de l'expérimentation est de 48 mois.

Modalités d'évaluation

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

Le nombre prévu de patients (9800 patients répartis sur la durée de l'expérimentation) comme la durée de l'expérimentation, prévue sur 4 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'évaluation cherchera à observer la capacité du dispositif de mettre en place une organisation innovante permettant l'identification et le repérage précoce des patients concernés par un traumatisme crânien cérébral léger (TCCL) et une prise en charge adaptée en mode « parcours » au moyen d'une cellule de coordination, d'une plateforme pluriprofessionnelle et de l'implication d'acteurs libéraux.

L'évaluation permettra notamment d'éclairer les éléments suivants :

Concernant la faisabilité / l'opérationnalité du dispositif :

- La montée en charge de l'expérimentation à travers notamment le nombre de patients suivis et leur adhésion tout au long du dispositif selon le parcours défini ;
- La capacité du dispositif à repérer et inclure les patients ciblés dans le dispositif ;
- La capacité à développer une application numérique sur mesure au cours de la phase de lancement de l'expérimentation avec toutes les garanties de sécurité et confidentialité ;
- L'appropriation par les professionnels comme par le patient ainsi que la pertinence de l'application numérique déployée spécifiquement pour cette expérimentation ;
- La collaboration avec la médecine de ville et le secteur médico-social, en particulier les structures d'accompagnement à domicile (SAMSAH, SAVS) et dans le champ socio-professionnel (UEROS) ;
- L'adéquation entre les moyens humains et financiers prévus et les besoins du dispositif ;
- L'identification des compétences et expériences adéquates pour la mobilisation des professionnels de santé notamment s'agissant de l'activité de coordination ;
- La formation préalable des professionnels libéraux pour la prise en charge de la « psycho-éducation ».

Concernant l'efficacité et l'efficience :

- L'amélioration de l'état de santé cognitif du patient ;
- L'amélioration de l'intégration sociale et professionnelle des patients ;
- L'amélioration de la qualité de vie des patients ;
- L'amélioration de la santé mentale des patients ;
- La satisfaction des professionnels de santé vis-à-vis de l'apport de l'expérimentation (amélioration du parcours, fluidité des étapes et de la communication, coordination renforcée, outils numériques adaptés) ;
- La réduction des dépenses associées à des passages aux urgences et à l'errance médicale - *sous réserve de la disponibilité de données de comparaison* ;
- La réduction du nombre d'arrêts de travail (suivi de la reprise ou non de l'activité professionnelle par les patients) - *sous réserve de la disponibilité de données de comparaison*.

Concernant la reproductibilité du dispositif :

- L'impact budgétaire d'une généralisation du dispositif ;
- L'articulation effective entre les différents soignants et parties prenantes du dispositif et sa reproductibilité dans des territoires hors d'Ile-de-France (et en dehors du portage par

L'Association Réseau Traumatisme Crânien Ile-de-France et sans historique de travail comme celui piloté par l'ARS IDF) ;

- L'identification des spécificités (forces, faiblesses) de l'expérimentation portée dans le cadre de l'Article 51 en comparaison des expérimentations déjà existantes (trois expérimentations soutenues par l'ARS IDF dont deux directement avec le Centre Ressource Francilien du Traumatisme Crânien ;
- Le développement de l'application numérique liée au suivi des patients dans le parcours et les conditions d'un élargissement à plus grande échelle.

Avis sur le projet d'expérimentation :

- **Faisabilité opérationnelle** : la phase pilote conduite sur 2 centres a démontré la pertinence du dispositif pour identifier et orienter les patients traumatisés cranio cérébraux légers à risque. Elle a permis également de former les équipes, d'ajuster l'organisation nécessaire et de communiquer sur le dispositif auprès des professionnels de santé libéraux. L'expérimentation apparaît opérationnelle dans les délais proposés.
- **Caractère efficient** : l'organisation de l'identification des patients à risque et d'une rééducation brève sont de nature à réduire les difficultés cognitives et psychologiques incapacitantes touchant 8% des traumatisés cranio-cérébraux légers. Elles sont également de nature à faciliter la reprise précoce d'une activité professionnelle et à permettre également un suivi des séquelles cognitivo-comportementales en lien avec la médecine de ville. La présente expérimentation devrait, à son terme, permettre d'évaluer l'efficacité de la modalité de cette prise en charge, sous réserve des éléments de comparaison disponibles.
- **Caractère innovant** : la prise en charge proposée vient compléter l'offre de soins des services et centres de médecine physique et de réadaptation spécialisés en proposant une rééducation brève soit en milieu hospitalier SSR/MPR, soit en médecine de ville dans le cadre d'une articulation avec les secteurs sanitaire, médico-social et les soins de ville en donnant un accès à des compétences interdisciplinaires spécialisées.
- **Reproductibilité** : l'organisation proposée peut être reproduite sur l'ensemble du territoire en s'appuyant sur les services d'urgence, les SSR/MPR spécialisés et les centres ressources du traumatisme crânien.

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique émet un avis favorable à l'autorisation de l'expérimentation par la Directrice de ARS Ile de France dans les conditions précisées par le cahier des charges.

Pour le comité technique

Natacha Lemaire
Rapporteuse Générale