

DiVa en 10 points (Dijon Vascular Project)

Suivi réinventé des AVC et des IDM.(Art 51.2018)

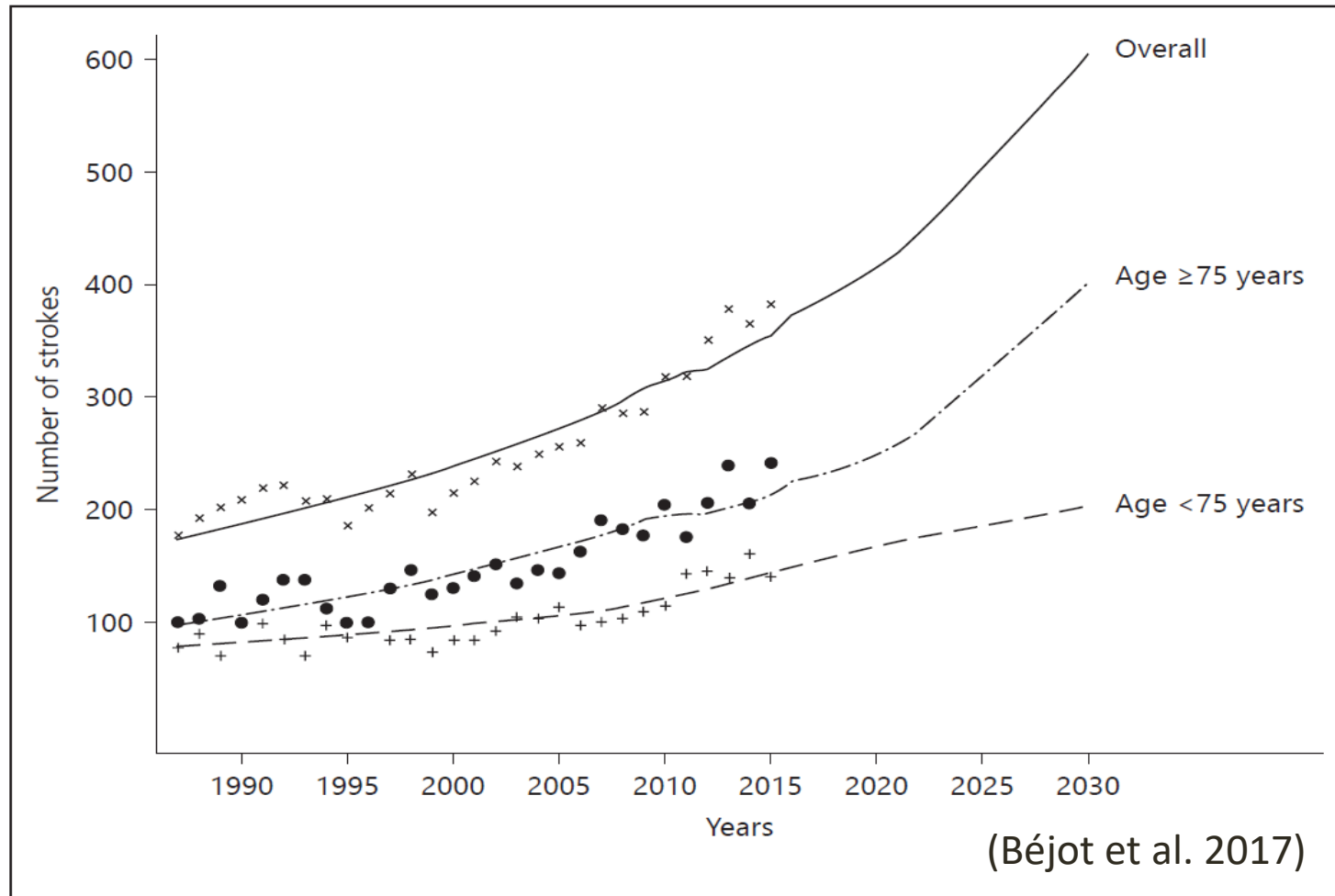


1) Pourquoi ce projet ?

1) AVC et IDM : deux pathologies comparables et un défi de Santé Publique

- complication de l'athérome
- Mêmes facteurs de risques vasculaires: HTA, Tabac, Diabète, Cholesterol, SAS...
- même traitements en phase aigue: fibrinolyse et Thrombectomie
- mêmes traitements préventifs: Anticoagulants, anti-plaquettaires, hypocholesterolémiants, stents
- interaction réciproque : AVC \leftrightarrow IDM (30%)
- Séquelles lourdes et coûteuses dans 60 % des cas: 1^{er} poste de dépenses de l'AM (Pr C. Colin. CNISP. 09.10.2021)

2) Augmentation du nombre d'AVC et d'IDM quel que soit le taux d'incidence



3) Augmentation du nombre d'AVC et d'IDM : 4 causes

1) Vieillessement de la population



2) Arrivée de baby-boomers des années 1950 dans les tranches d'âges à risque d'AVC et d'IDM



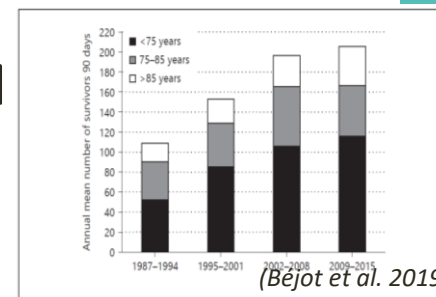
3) Doublement des taux d'incidence d'AVC chez les jeunes ≤ 55 ans en 20 ans

Table 2 IRR of stroke by age groups

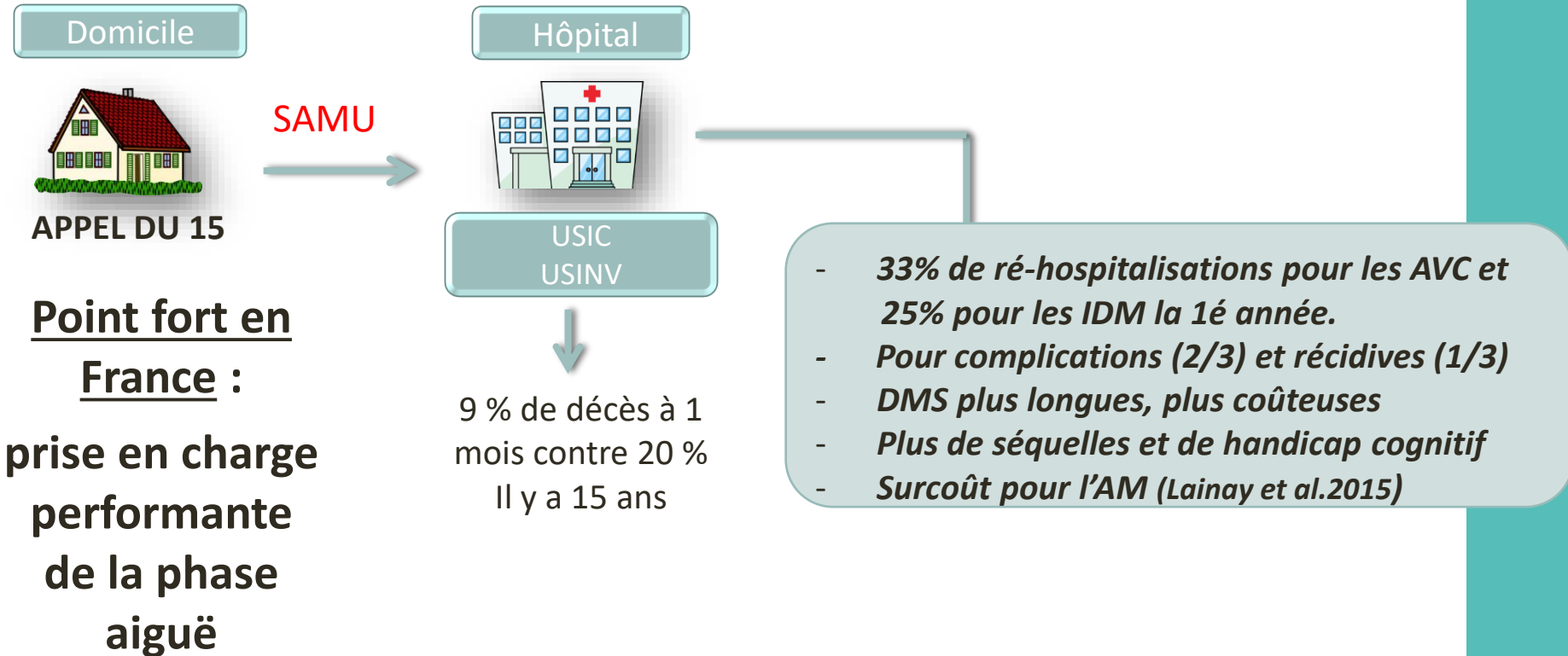
Age groups	1994-2002 vs 1985-1993		2003-2011 vs 1994-2002		2003-2011 vs 1985-1993	
	IRR (95% CI)	p Value	IRR (95% CI)	p Value	IRR (95% CI)	p Value
<55 years	1.091 (0.851 to 1.401)	0.491	1.597 (1.282 to 1.980)	<0.001	1.743 (1.389 to 2.188)	<0.001
55-64 years	1.276 (1.014 to 1.605)	0.037	0.893 (0.713 to 1.095)	0.252	1.126 (0.900 to 1.408)	0.298
65-74 years	1.099 (0.937 to 1.289)	0.245	1.039 (0.888 to 1.214)	0.634	1.141 (0.972 to 1.340)	0.107
75-84 years	0.947 (0.837 to 1.071)	0.386	1.106 (0.963 to 1.244)	0.094	1.047 (0.951 to 1.177)	0.441
85+ years	1.033 (0.879 to 1.213)	0.696	1.067 (0.927 to 1.229)	0.363	1.102 (0.944 to 1.287)	0.219

IRR: incidence rate ratio. (Bejot Y et al. 2014)

4) Allongement de la survie des AVC et des IDM

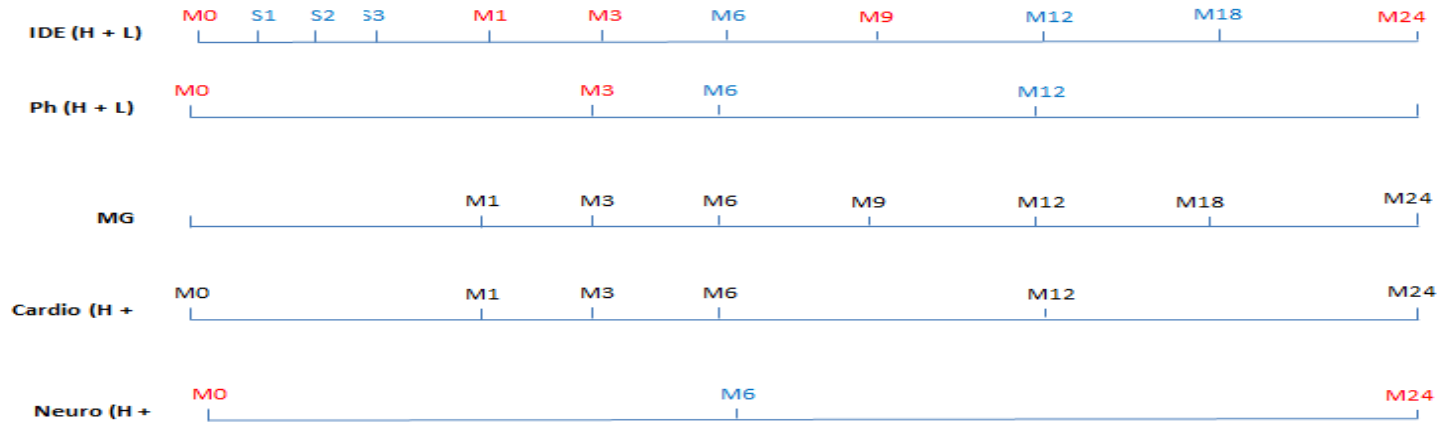


② Un constat : leur suivi pose problème. Un objectif ambitieux : diminuer le taux de ré-hospitalisation non -programmée

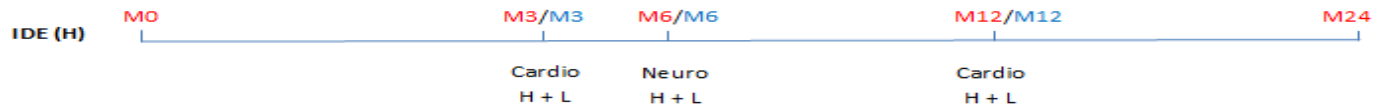


3 Un parcours pluridisciplinaire et décloisonné. Un panier de soins homogène : (Innovation)

Suivi intensif AVC/IDM



Suivi habituel



H : Hospitalier(ère) : en rouge
Ph : Pharmacien

L : Libéral(e) : en bleu
MG : médecin généraliste

H : Hospitalier(ère)
Ph : Pharmacien

L : Libéral(e)
MG : Médecin Généraliste

Autres professionnels

- Rééducation Neurologique et Cardiaque
- Neuropsychologue
- Psychologue
- Ergothérapeute
- Diabétologue
- Endocrinologue
- Pneumologue

4 Transfert de compétence Médecin → Infirmières

- Un contenu élargi
- Un des rares PS à se rendre à domicile
- Mission de prévention Primaire et Secondaire des complications et des récives

- Antécédents
- Facteurs de risque cardio-neuro-vasculaire
- Poids
- Taille
- FC
- NIH
- Rankin
- Barthel
- MMS
- IQ-Code
- Mini DGS (dépression)
- Score VALIANT (risque d'IC)
- STOP-BANG (SAS)
- Score MNA (nutrition)
- Score Fatigue (FFS)
- Score d'observance traitement de Girerd
- Riskometer (risque récurrences AVC)
- Wilson (risque récurrences IDM)
- Qualité de vie (EQ-5D-5L)
- Score de comorbidité de Charlson
- ECG
- Traitement
- Complications
- Education en soins
- Commission du permis de conduire
- ETP



- Saisie de la synthèse
- Transfert de l'information

- Les Pharmaciens : des acteurs incontournables pour réduire les risques iatrogéniques et s'assurer de la bonne observance aux traitements :

Les Pharmaciens hospitaliers et libéraux, par leur expertise et leurs interventions complémentaires, jouent un rôle clé pour sécuriser et optimiser la prise en charge médicamenteuse des patients.

Les enjeux de leurs interventions sont multiples :

Suivre et favoriser l'observance :

- Education patient
- ↕
- Adhésion thérapeutique

Prévenir la iatrogénie :

- Liste exhaustive des médicaments
- ↕
- Détection d'interactions médicamenteuses

Aider à l'optimisation thérapeutique :

- Lutter contre l'inertie thérapeutique
- ↕
- Favoriser la prise en charge des effets indésirables

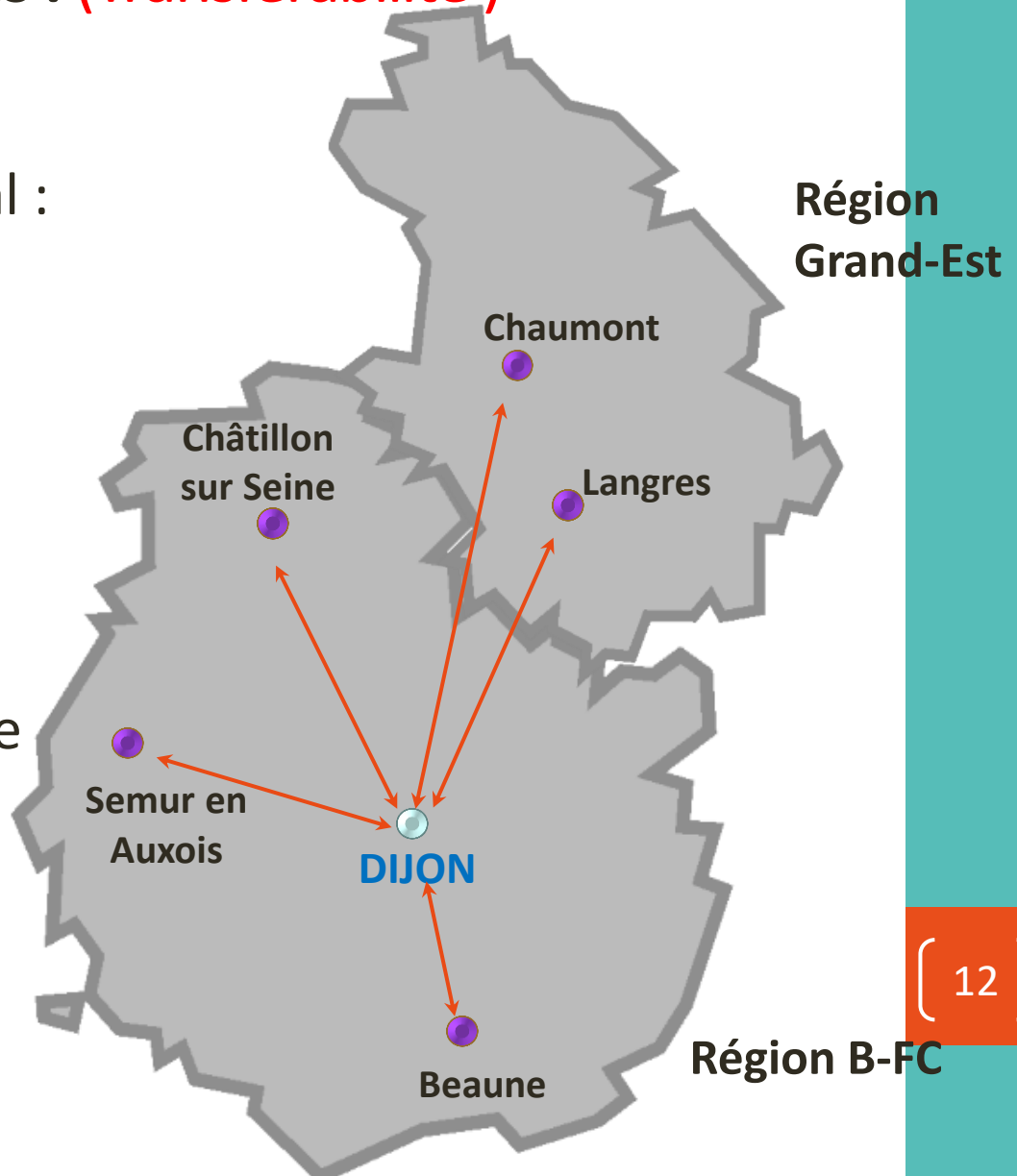
⑥ Rôle central du médecin généraliste

- Le médecin généraliste reste au cœur du système de soins : il centralise les informations au cours du parcours de soins du patient
- Il réalise les consultations de suivi et de renouvellement d'ordonnances post-IDM ou post-AVC :
- Ces consultations portent sur différentes dimensions telles : réévaluation clinique, protocole ALD, ETP, conseils, adaptation thérapeutique...

7 Une expérimentation territoriale. Une solidarité organique entre territoires : (Transférabilité)

Un territoire urbain et rural :
le GHT 21-52

- 1 500 AVC/an
- 1 600 IDM/an
- 1 CHU
- 5 CHG
- Hôpital Privé Dijon Bourgogne



8 Virage numérique par recueil et échanges des données en temps réel : (Innovation)

Via la plateforme **eTICSS** développée par l'ARS Bourgogne-Franche-Comté Partage d'information:

- CR de la CS en temps réel destiné à l'ensemble du cercle de soins
- Coordination du suivi et alertes à chaque étape du parcours
- Prévention des doublons

9 Une évaluation médico-économique : (Efficience)

Objectif principal

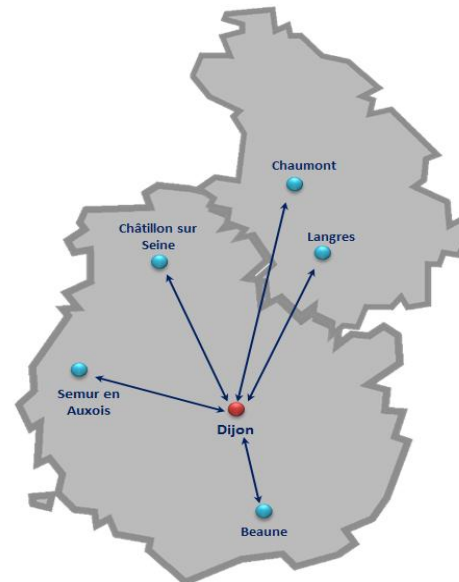
- Evaluer l'impact médico-économique du suivi ambulatoire intensif post-AVC (430 patients) comparé au dispositif de suivi habituel (430 patients)
- Idem pour les IDM: 430 X 2

10 Rémunération forfaitaire : (Innovation)

- 1) Reconnaissance de la CS de l'IDEH et de l'entretien avec le pharmacien hospitalier
- 2) Rémunération de 18 à 19 séances ou CS par l'équipe pluridisciplinaire (parcours 24 mois)
- 3) Estimation en fonction des tarifs en vigueur et des coûts de production des activités aujourd'hui non financées :
 - 891,21 euros pour le suivi post-AVC
 - 979,39 euros pour le suivi post-IDM
- 4) Les frais de transports des professionnels et des patients restent financés selon les modalités de droit commun.

Quelques résultats (*du 15/10/2020 au 31/08/2023*):

- 849 AVC et x IDM
- 541 au CHU de Dijon
- 137 au CH de Beaune
- 75 au CH de Semur en Auxois
- 57 au CH de Chaumont
- 39 au CH de Langres



Surtout

- **Dans le bras intensif:**
 - moins de ré-hospitalisations non programmées
(non significatif, manque de puissance car mi-parcours)
 - en milieu rural
 - chez la femme
 - chez les jeunes et les personnes âgées

Conclusion

DiVa :

- un projet médical reposant sur une nouvelle organisation des pratiques médicales
- soin de proximité et soin de recours
- donne du sens aux métiers anciens et nouveaux (IPA)
- favorise le décroisement Ville/Hôpital
- rôle facilitateur du GHT
- Il valide les 4 critères de l'Article 51

→ Un modèle pour le suivi des maladies chroniques

→ Prix de la FHF en 2022

DES OBJECTIFS, UN PROJET, UN TERRITOIRE

