



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



PROJET REGIONAL DE SANTE

Comite de suivi du PRS sur les accidents vasculaires cérébraux

Dr Pierre Antoine FOUGEROUSE
24 février 2021
ARS La Réunion

ORDRE DU JOUR DU COMITE DE SUIVI

- Introduction : contexte et épidémiologie des AVC
- Présentation de la structuration de la feuille de route
- Le comité territorial sur l'AVC
- Etat d'avancement de la mise en œuvre des actions de la feuille de route et programmation 2021 des actions
- Information sur la stratégie régionale de prévention et de promotion de la santé
- Information sur le développement de l'exercice coordonné

Introduction

Contexte 2020

- Année 2020 : Deuxième année d'application du Projet Régional de Santé
- Une année marquée par la pandémie COVID

Epidémiologie de l'AVC

- 2457 séjours pour AVC en 2019
- 17% AIT, 83% d'AVC constitués
- 287 séjours/100 000 hab à la Réunion versus 281 séjours/100 000hab en Métropole

Eléments de contexte

Nombre de séjours avec un diagnostic principal d'AVC par établissement géographique, en 2019

	970400024 - CHU SITE FELIX GUYON (SAINT DENIS)	970400057 - CHU SITE SUD (SAINT PIERRE)	970400081 - CHU SITE SUD (SAINT LOUIS)	970400099 - CHU SITE SUD (CILAOS)	970400180 - CHU SITE SUD (SAINT JOSEPH)	970400065 - CH OUEST REUNION	970400073 - GHER (SAINT- BENOIT)	970462107 - CLINIQUE STE- CLOTILDE	
G45-ACCID. ISCHEM. CEREB. TRANSIT. ET SYND. APPARENTES	128	106	3		9	92	89	2	
I60-HEMORR. /S-ARACHN.	36	64	1		2	13	14		
I61-HEMORR. INTRACEREB.	82	131			1	46	20	1	
I62-HEMORR. INTRACRAN. NON TRAUMA., NCA	9	75	1		2	16	7	1	
I63-INFARCTUS CEREB.	463	577	13	1	12	244	165	3	
I64-ACCID. VASC. CEREB., NON PREC. COMME ETANT HEMORR. OU PAR INFARCTUS	8	7				9	4		
Total général	726	960	18	1	26	420	299	7	2 457

Éléments de contexte

Pourcentage de séjours d'AVC passés en UNV ou en USINV, La Réunion et France, en 2019

	La Réunion		France	
	Nb séjours	% séjours	Nb séjours	% séjours
UNV + USINV	1 081	44%	83 250	44%

Nombre de séjours d'AVC avec administration d'un thrombolytique et recours pour 100 000 habitants, La Réunion et France, en 2019

Étiquettes de lignes	La Réunion		France	
	Nb séjours	Nb séjours/100 000	Nb séjours	Nb séjours/100 000
10 - médicaments Thrombolytiques	104	12,1	6 817	10,2

Nombre de séjour avec une thrombectomie et recours pour 100 000 habitants, La Réunion et France, en 2019

	La Réunion		France	
	Nb séjours	Nb séjours/100 000	Nb séjours	Nb séjours/100 000
EAJF341 - ÉVACUATION THROMBUS ARTÈRE INTRACRÂNIENNE PAR VOIE ARTÉRIELLE TRANSCUTANÉE	73	8,5	7 315	10,9

Structuration de la feuille de route

- Une feuille de route structurée autour des 6 axes suivants :
 1. Prévention et dépistage des maladies neuro-cardiovasculaires
 2. Information sur les signes d'alerte de l'AVC
 3. Orientation systématique des AVC à la phase aiguë vers une UNV
 4. Rapprochement géographique des patients après passage en UNV
 5. Coordination de tous les intervenants médicaux et médico-sociaux pour l'amélioration de la prise en charge à domicile après la phase initiale hospitalière
 6. Accompagnement à domicile des patients et de leurs familles
- Déclinée en 23 actions et leviers

Structuration de la feuille de route

1. Prévention et dépistage des maladies neuro-cardiovasculaires :

- a. Prévention des facteurs de risque des maladies neuro-cardiovasculaires via la promotion d'habitudes de vie favorables à la santé
- b. Repérage par auto-évaluation sur le portail « OIS ma santé » des personnes à haut risque
- c. Mise en œuvre d'évaluations des personnes à haut risque par le médecin traitant

2. Information sur les signes d'alerte de l'AVC (plaquettes, numérique, campagnes TV et radio, journées nationales et mondiales)

3. Orientation systématique des AVC (AVC constitués, AIT) à la phase aiguë vers une UNV :

- a. Organisation de la filière pré hospitalière de prise en charge des patients AVC, incluant l'accès à la thrombolyse et à la thrombectomie
- b. Poursuite de la structuration des filières de prise en charge des AVC et des AIT
- c. Accès à l'IRM H24
- d. Renforcement des capacités d'accueil des 2 UNV du CHU
- e. Développement du Télé-AVC
- f. Développement de la télémédecine
- g. Optimisation des temps de transferts inter-hospitaliers vers les UNV (Héli-SMUR, TIIH, ambulances privées etc.)
- h. Identification du CHU site Sud comme Centre de Recours Régional AVC

Structuration de la feuille de route

4. Rapprochement géographique des patients après passage en UNV :

a. Organisation de la continuité des prises en charge entre d'une part les UNV du Nord et du Sud, et d'autre part le GHER et le CHGM

b. Pour chaque établissement de proximité ne disposant pas d'une UNV (GHER, CHGM) :

- accès à des professionnels de la rééducation
- mise en place d'une équipe pluridisciplinaire formée
- recours H24 à une expertise neuro-vasculaire mobile ou par télé-expertise

5. Coordination de tous les intervenants médicaux et médico-sociaux pour l'amélioration de la prise en charge à domicile après la phase initiale hospitalière :

a. Réalisation de la consultation post AVC pour 100% des patients

b. Promotion du programme d'aide de retour à domicile PRADO AVC

c. Mobilisation de la PTA OIIS Appui pour les cas complexes

d. Promotion de la rééducation post-AVC précoce et intense sur les plateaux techniques en établissement SSR ou en ville

e. Identification de masseurs kinésithérapeutes référents pour l'AVC venant en soutien méthodologique de leurs confrères

f. Mobilisation des orthophonistes pour la rééducation cognitive et du langage

6. Accompagnement à domicile des patients et de leurs familles :

a. Diffusion d'un guide d'aide à l'orientation à destination des professionnels de santé portant sur les conséquences sociales, professionnelles et familiales de la maladie

b. Développement des programmes d'ETP post AVC

c. Formation des aidants professionnels, familiaux et amicaux

d. Expérimentation d'un dispositif d'équipe mobile pluridisciplinaire d'accompagnement des personnes en situation complexe

Le comité territorial AVC

- Jeudi 4 février 2021
 - Publication à venir d'un poste de coordinateur régional.
- Création d'un annuaire des référents AVC dans chaque établissement (Réalisée si accord et validation des directions d'établissement) :
 - 4 spécialités
 - Etre l'interlocuteur privilégié de l'établissement pour la filière
 - S'assurer que les protocoles locaux soient respectés
 - Porter la dynamique d'un travail coordonné dans la prise en charge des AVC
- Orientations reprises dans le PRS
 - Création d'un groupe de travail sur la prise en charge de l'AVC en phase aigu afin d'établir un consensus sur les conduites à tenir.
 - Création d'un groupe de travail sur la filière d'aval, en discussion.
 - Etude en cours par TESIS sur un changement d'outil de télémédecine

Bilan 2020 des actions de la feuille de route

Axe : 3. Orientation systématique des AVC (AVC constitués, AIT) à la phase aiguë vers une UNV

Actions PRS	Bilan 2019/2020	Perspectives 2021
Organisation de la filière pré hospitalière de prise en charge des patients AVC, incluant l'accès à la thrombolyse et à la thrombectomie	Notifié dans le CPOM des établissements MCO	<ul style="list-style-type: none">• Consensus sur les conduites à tenir• Annuaire des référents AVC
Poursuite de la structuration des filières de prise en charge des AVC et des AIT	Notifié dans le CPOM des établissements MCO	<ul style="list-style-type: none">• Consensus sur les conduites à tenir• Annuaire des référents AVC
Optimisation des temps de transferts inter-hospitaliers vers les UNV (Héli-SMUR, TIIH, ambulances privées etc.)		<ul style="list-style-type: none">• Consensus sur les conduites à tenir• Annuaire des référents AVC

Bilan 2020 des actions de la feuille de route

Axe : 3. Orientation systématique des AVC (AVC constitués, AIT) à la phase aiguë vers une UNV

Actions PRS	Bilan 2019/2020	Perspectives 2021
Développement du Télé-AVC	Utilisation faible de l'outil	Changement d'outil? Continuer la protocolisation de l'usage

- Utilisation de COVOTEM Télé AVC
 - 995 dossiers créés depuis le début
 - 2020 : 28 utilisateurs actifs (au moins 1 connexion à l'outil en 2020)
- Utilisation d'ITIS
 - 10 645 dossiers créés de puis le début
 - 2 264 utilisateurs actifs
- Etude approfondie autour des possibilités d'intégration du workflow AVC phase aiguë dans ITIS

Bilan 2020 des actions de la feuille de route

Axe : 3. Orientation systématique des AVC (AVC constitués, AIT) à la phase aiguë vers une UNV

Actions PRS	Bilan 2019/2020	Perspectives 2021
Identification du CHU site Sud comme Centre de Recours Régional AVC	Réalisé	
Accès à l'IRM H24	Réalisé <ul style="list-style-type: none">• Pour le CHU Nord, ces astreintes sont en partie assurées par l'EML Les Alizés (formalisation par le biais d'une convention)• Pour le CHOR et le GHER, également réalisé par des EML privés	Réalisation d'une étude sur le nombre d'AVC bénéficiant d'une IRM en 1 ^{ère} intention

Bilan 2020 des actions de la feuille de route

Axe : 3. Orientation systématique des AVC (AVC constitués, AIT) à la phase aiguë vers une UNV

Actions PRS	Bilan 2019/2020	Perspectives 2021
Renforcement des capacités d'accueil des 2 UNV du CHU	Réalisé sur le site SUD : <ul style="list-style-type: none">• UNV 11 lits oct 2020 (19 possible mais manque de neurologues)• USINV 8 à 10 lits jan 2020 NORD : <ul style="list-style-type: none">• UNV 11 lits• USINV 6 lits	Ré-évaluation des besoins en lits d'UNV et moyens correspondants

Bilan 2020 des actions de la feuille de route

Axe : 2. Information sur les signes d'alerte de l'AVC

Actions PRS	Bilan 2019/2020	Perspectives 2021
Création de supports de communication	Vidéos réalisées par l'association France AVC	Accompagnement de la diffusion

Bilan 2020 des actions de la feuille de route

Axe : 4. Rapprochement géographique des patients après passage en UNV

Actions PRS	Bilan 2019/2020	Perspectives 2021
Organisation de la continuité des prises en charge entre d'une part les UNV du Nord et du Sud, et d'autre part le GHER et le CHGM	<ul style="list-style-type: none">• Notifié dans le CPOM des établissements concernés• Réalisé lorsque cela est possible	
Pour chaque établissement de proximité ne disposant pas d'une UNV (GHER, CHGM) : <ul style="list-style-type: none">- accès à des professionnels de la rééducation- mise en place d'une équipe pluridisciplinaire formée- recours H24 à une expertise neuro-vasculaire mobile ou par télé-expertise	Notifié dans le CPOM des établissements concernés L'accès aux professionnels de la rééducation se fait parfois avec des SSR privés sous forme de partenariat. Dans ce cas, cet objectif figure sous forme d'effet miroir dans les SSR concernés.	A optimiser (en prenant en compte les difficultés de recrutement concernant les neurologues)

Bilan 2020 des actions de la feuille de route

Axe : 5. Coordination de tous les intervenants médicaux et médico-sociaux pour l'amélioration de la prise en charge à domicile après la phase initiale hospitalière

Actions PRS	Bilan 2019/2020	Perspectives 2021
Réalisation de la consultation post AVC pour 100% des patients	6 sites identifiés : <ul style="list-style-type: none">• UNV nord et sud• MPR CHU nord et sud• SSR les tamarins• SSR Ylang Ylang	Développement des consultations post AVC dans le service MPR CHU nord

- CHU sud 360 cslt en 2018
- SSR CHU sud 372 cslt en 2018
- Tamarins 184 cslt en 2018

Bilan 2020 des actions de la feuille de route

Axe : 5. Coordination de tous les intervenants médicaux et médico-sociaux pour l'amélioration de la prise en charge à domicile après la phase initiale hospitalière

Actions PRS	Bilan 2019/2020	Perspectives 2021
Promotion du programme d'aide de retour à domicile PRADO AVC	Non déployé en 2020 à la Réunion	
Promotion de la rééducation post-AVC précoce et intense sur les plateaux techniques en établissement SSR ou en ville		Action à mener avec le GT en discussion

Bilan 2020 des actions de la feuille de route

Axe : 5. Coordination de tous les intervenants médicaux et médico-sociaux pour l'amélioration de la prise en charge à domicile après la phase initiale hospitalière

Actions PRS	Bilan 2019/2020	Perspectives 2021
Mobilisation de la PTA OIIS Appui pour les cas complexes	Cœur de métier de la PTA.	

Les professionnels de santé, du social ou du médicosocial peuvent solliciter la PTA pour toute situation ou pour tout patient pour lesquels ils se considèrent en difficultés (complexité ressentie).

- Soit ils demandent une info ou un appui pour orienter leur patient ou des patients concernés ;
- Soit ils demandent un appui au parcours du patient

Bilan 2020 des actions de la feuille de route

Axe : 5. Coordination de tous les intervenants médicaux et médico-sociaux pour l'amélioration de la prise en charge à domicile après la phase initiale hospitalière

Actions PRS	Bilan 2019/2020	Perspectives 2021
Identification de masseurs kinésithérapeutes référents pour l'AVC venant en soutien méthodologique de leurs confrères		Sollicitation de l'URPS
Mobilisation des orthophonistes pour la rééducation cognitive et du langage		Sollicitation de l'URPS

Bilan 2020 des actions de la feuille de route

Axe : 6. Accompagnement à domicile des patients et de leurs familles

Actions PRS	Bilan 2019/2020	Perspectives 2021
Diffusion d'un guide d'aide à l'orientation à destination des professionnels de santé portant sur les conséquences sociales, professionnelles et familiales de la maladie	Pas de guide spécifique créé à notre connaissance. Orientations faites par la PTA sur sollicitation des professionnels de santé, vers les ressources territoriales de soins, d'ETP, du social, d'aides à la personne, d'associations ou de dispositifs de soutien aux patients.	Evaluation de la priorisation de cette action

Bilan 2020 des actions de la feuille de route

Axe : 6. Accompagnement à domicile des patients et de leurs familles

Actions PRS	Bilan 2019/2020	Perspectives 2021
Développement des programmes d'ETP post AVC	1 ETP réalisé par l'association France AVC	
Formation des aidants professionnels, familiaux et amicaux		Evaluation de la priorisation de cette action
Expérimentation d'un dispositif d'équipe mobile pluridisciplinaire d'accompagnement des personnes en situation complexe		Evaluation de la priorisation de cette action

Bilan 2020 des actions de la feuille de route

Axe : 1. Prévention et dépistage des maladies neuro-cardiovasculaires

Actions PRS	Bilan 2019/2020	Perspectives 2021
Repérage par auto-évaluation sur le portail « OIS ma santé » des personnes à haut risque	Réalisé	
Mise en œuvre d'évaluations des personnes à haut risque par le médecin traitant		Evaluation de la priorisation de cette action

Bilan 2020 des actions de la feuille de route

Axe : 1. Prévention et dépistage des maladies neuro-cardiovasculaires

Actions PRS	Bilan 2019/2020	Perspectives 2021
Prévention des facteurs de risque des maladies neuro-cardiovasculaires via la promotion d'habitudes de vie favorables à la santé	En cours: <ul style="list-style-type: none">• cf. Orientation stratégique Santé nutritionnelle• cf. Orientation stratégique prévention et promotion de la santé	

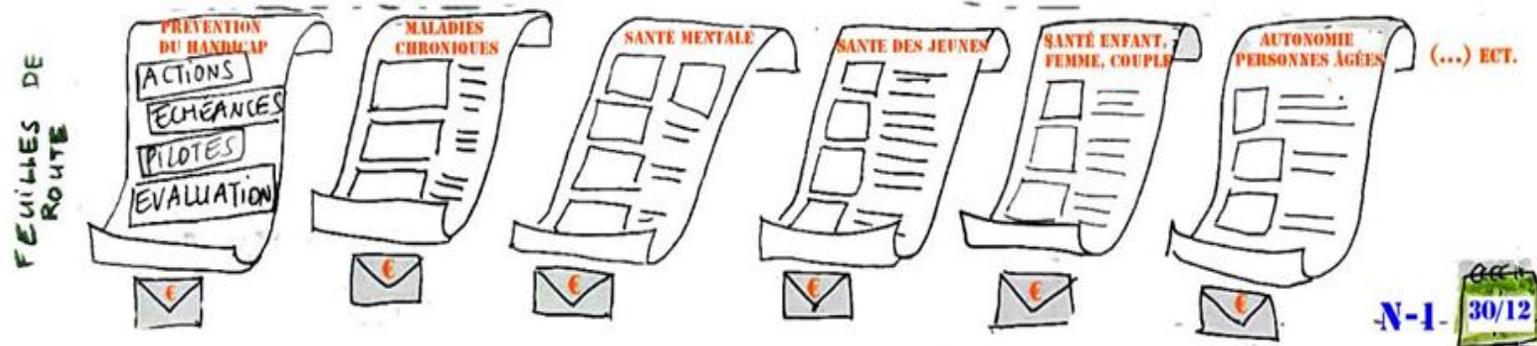
Stratégie régionale de Prévention et de promotion de la santé

Comités de suivi du PRS - Février 2021

Quelle stratégie régionale 2020 - 2022 en Prévention – Promotion de la santé ?

I. Respecter les orientations du PRS 2018 -2028 et la stratégie nationale de santé 2018 – 2022

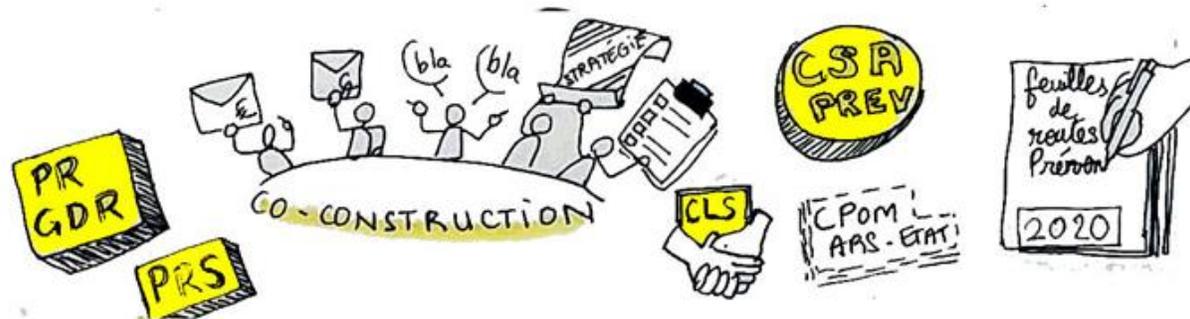
Les projets de Prévention – Promotion de la santé s'inscriront dans le cadre des **objectifs généraux du Projet Régional de Santé 2018 – 2028** dont la mise en œuvre opérationnelle repose sur des feuilles de routes thématiques.



Quelle stratégie régionale 2020 - 2022 en Prévention – Promotion de la santé ?

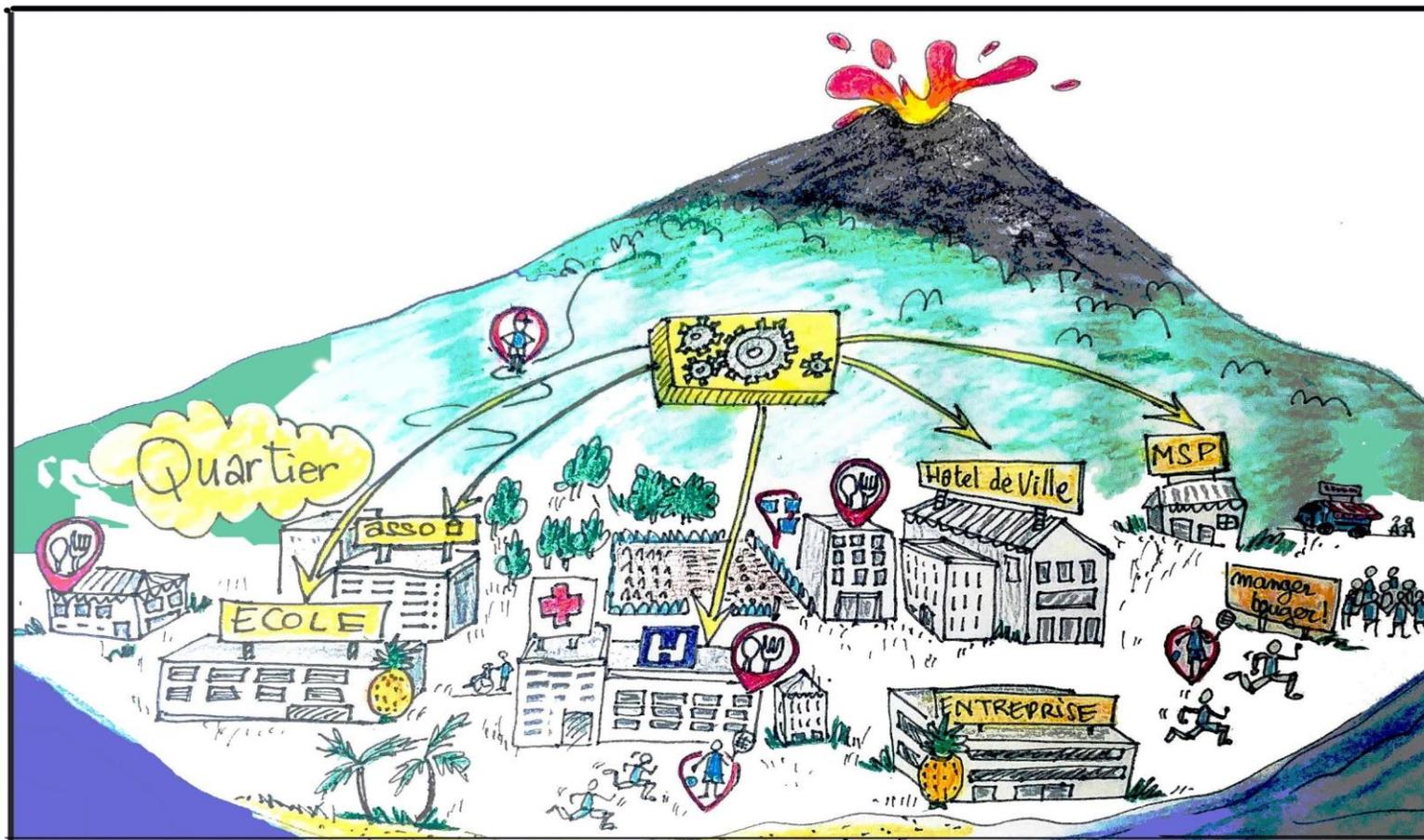
I. Respecter les orientations du PRS 2018 -2028 et la stratégie nationale de santé 2018 – 2022

Les projets proposés reposeront sur de la **co-construction** et de la concertation entre/avec les acteurs et partenaires institutionnels



Quelle stratégie régionale 2020 - 2022 en Prévention – Promotion de la santé ?

II. Inscrire chaque projet de prévention et promotion de la santé dans une approche territoriale

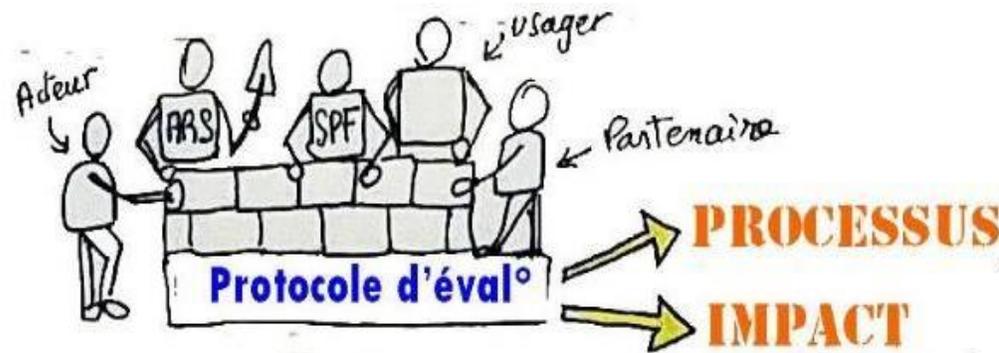


Quelle stratégie régionale 2020 - 2022 en Prévention – Promotion de la santé ?

III. S'appuyer sur les données probantes et développer l'évaluation des actions

Objectif : Prioriser les interventions dont les méthodes d'intervention ont prouvé leur efficacité, tout en préservant l'innovation locale (données probantes)

Protocole d'évaluation élaboré et décidé en amont du démarrage



Concrètement ça se passe comment pour les porteurs de projets?

Un calendrier annuel :

- Tous les projets doivent être soumis à l'ARS **avant juin 2021**
- Une commission d'instruction en juillet aout 2021

Un dossier CERFA et un dossier complémentaire

En 2021, deux appels à projets thématiques co-construits, avec une dimension territoriale forte et un lien étroit avec le « milieu scolaire » :

- Santé mentale – Addictions ;
- Nutrition

PRS - Comité de suivi AVC/ICC/IRC

*Prévention des facteurs
de risque des maladies
neuro-cardiovasculaires
via la promotion
d'habitudes de vie
favorables à la santé*



**PRND 2020-2023
Programme
Réunionnais de
Nutrition et de lutte
contre le Diabète 2020
- 2023**



PROGRAMME RÉUNIONNAIS DE NUTRITION ET DE LUTTE CONTRE LE DIABÈTE 2020 - 2023



Comment proposer un projet ?

Plus d'infos sur :

<https://www.lareunion.ars.sante.fr/strategie-regionale-de-prevention-2021-2022-la-reunion>



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



EXERCICE COORDONNE
Structures d'exercice coordonné
Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Dr MIRANDA- DATPS

Qu'est ce que l'exercice coordonné?

Cadre attractif d'exercice pour les PS et Amélioration des prises en charge

- Les professionnels de santé peuvent décider de se coordonner pour travailler en équipe. Ces équipes coordonnées pluri professionnelles en santé répondent à plusieurs besoins :
 - Les besoins en soins de la population, notamment en ce qui concerne les situations complexes impliquant un suivi pluri professionnel : patients diabétiques, personnes âgées vulnérables, populations en situation de précarité économique et sociale, conduites addictives, etc.
 - Les besoins liés à la démographie médicale : le travail en équipe peut favoriser l'installation de professionnels dans des zones où l'offre de soins est déficiente
 - Les besoins en matière de parcours de soins : une équipe peut plus facilement proposer une continuité des soins sur un territoire.
- L'exercice coordonné quelles que soient ses modalités (maison de santé, centre de santé, communautés professionnelles territoriales de santé) constitue un levier pour renforcer l'accès aux soins et assurer une présence soignante pérenne et continue. Les partenariats développés sont un appui essentiel à leurs actions.

Qu'est ce que l'exercice coordonné?

Avantages

- Travailler ensemble, sous forme d'équipe pluri professionnelle et non plus en exercice individuel et isolé
- Créer des partenariats, renforcer les liens entre professionnels de santé libéraux et établissements de santé et médico-sociaux, s'appuyer sur la Plate-forme territoriale d'Appui (PTA) et les CLS, se rapprocher des collectivités.
- Développer des pratiques médicales innovantes : partage d'expérience, éducation thérapeutique du patient (ETP), prévention et dépistage, dossiers médicaux informatisés et partagés, messagerie sécurisée, télémédecine...
- Améliorer la qualité de la prise en charge des patients grâce à des soins coordonnés et à des protocoles d'organisation élaborés collectivement
- Conjuguer vie personnelle et vie professionnelle plus facilement
- Attirer de jeunes professionnels médicaux
- La diversité des points de vue renforce la pertinence de la prise en charge proposée au patient.
- Mutualiser des moyens matériels et/ou humains pour se recentrer sur l'exercice professionnel

Structures d'exercice coordonné

Responsabilité de proximité, de patientèle

- Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et les centres de santé (CDS) sont des structures d'exercice coordonné de proximité.
- Les MSP sont créées par une équipe de PS libéraux (au moins 2 médecins généralistes et 1 paramédical); les CDS sont créés par un gestionnaire et les PS sont salariés (différents types: CDS médicaux, polyvalents, dentaires, infirmiers).
- ✓ Objectif: améliorer l'accès aux soins et la qualité des prises en charge des patients à travers des actions de prévention, diagnostic et soins adaptées aux besoins du territoire d'implantation (diagnostic territorial) et en lien avec le PRS.
- ✓ Ces actions sont décrites dans un projet de santé validé par la DGARS.
- ✓ 15 MSP ouvertes, 2 en projet et 3 en pré-projet/ 3 CDS ouverts: 1 ophtalmo et 2 dentaires.
- ✓ Cible 2022: 20 MSP et 5 CDS

Les Communautés professionnelles territoriales de santé

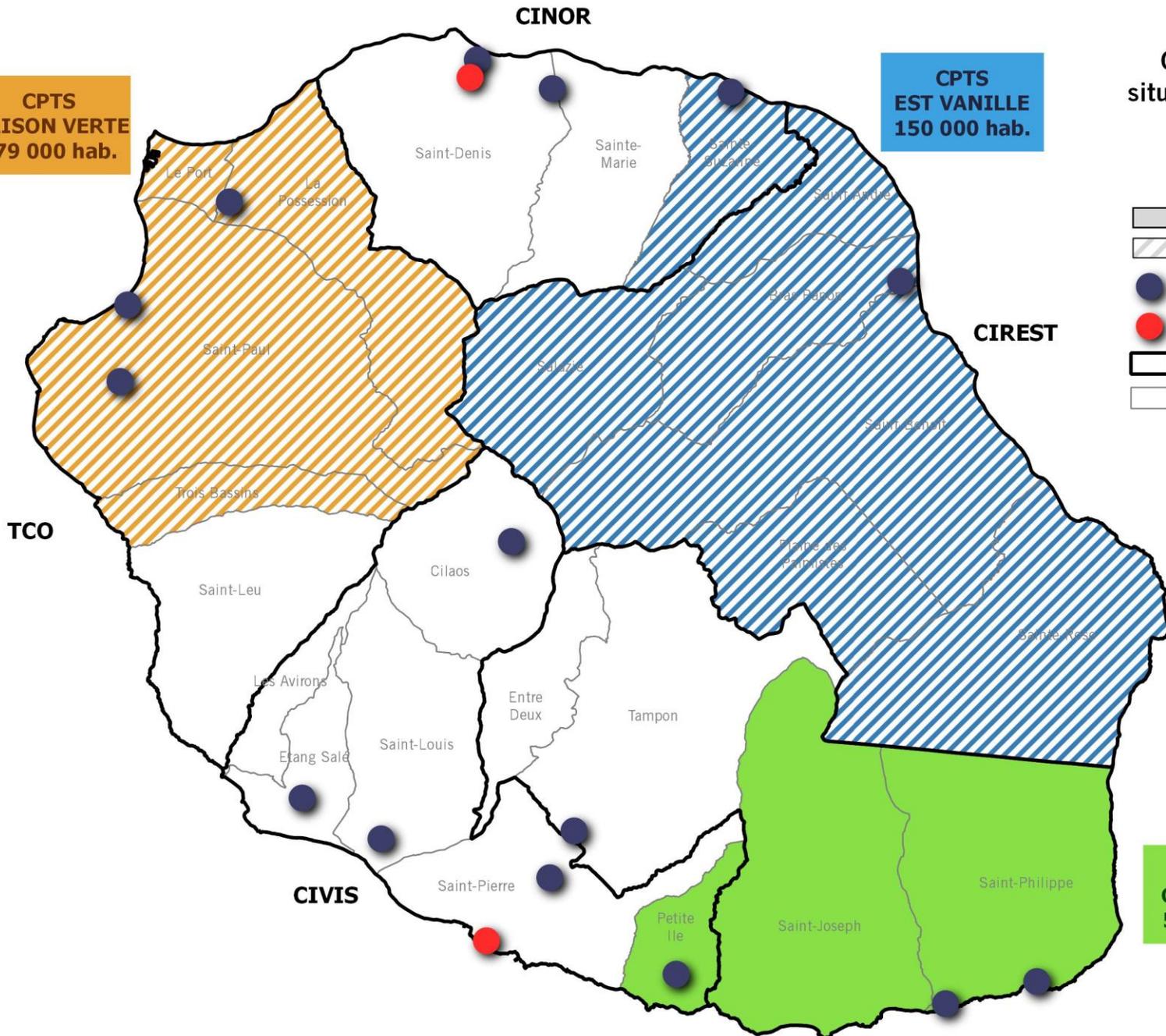
Responsabilité populationnelle

- Dispositif d'exercice coordonné structurant l'offre de proximité sur un territoire, à l'initiative d'un collectif de PS, en réponse à ses besoins et autour d'un projet de santé (validé par la DRARS) pour:
 - ✓ **Améliorer l'accès aux soins:** faciliter l'accès à un médecin traitant et proposer une organisation de soins non programmés
 - ✓ **Fluidifier les parcours:** éviter les ruptures de parcours, améliorer la continuité des soins, en lien avec les thématiques prioritaires du PRS
 - ✓ **Développer les actions territoriales de prévention**
- En partenariat avec les acteurs de santé du territoire du sanitaire, médico-social et social ainsi que les CLS et les collectivités.
 - 1 CPTS créée (Grand Sud Réunion): parcours des PA présentant des troubles cognitifs et des difficultés sociales et deux en projets à l'Est (parcours violence intra familiale et parcours des enfants présentant des difficultés de développement) et l'Ouest
 - Cible 2022: maillage du territoire (6 CPTS)

CPTS EN PROJET situation à février 2021

**CPTS
MAISON VERTE
179 000 hab.**

**CPTS
EST VANILLE
150 000 hab.**



- CPTS créée
- ▨ CPTS en projet
- MSP installée
- MSP en projet
- ▭ Limite communauté de communes
- ▭ Limite communale

15 MSP et 1 CPTS ouvertes
Cible 2022 : 20 MSP et 6 CPTS

**CPTS
GRAND SUD
55 000 hab.**

MERCI DE VOTRE ATTENTION