



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



PROJET REGIONAL DE SANTE

Comite de suivi PRS – Comite IRC

Dr Miranda Marie-Françoise- Me Chopinet-Dijoux Stelly
SEANCE DU 8 MARS 2021

ARS La Réunion

COMITES DE SUIVI PRS

ORDRE DU JOUR DU COMITE DE SUIVI

- Présentation de l'état d'avancement de la mise en œuvre des actions de la feuille de route en 2020

Contexte 2020

- Année 2020 : Deuxième année d'application du Projet Régional de Santé
- Une année marquée par une forte mobilisation des partenaires et des acteurs dans la lutte contre l'épidémie COVID

Faits marquants sur la thématique

- Clusters en dialyse (COVID)
- Arrêt expérimentation parcours
- Mise en place du forfait

- Feuille de route 2021

PRESENTATION DE DONNEES EPIDEMIOLOGIQUE 2020
DR Guiserix José (REIN)



**Réseau
Epidémiologie et
Information en
Néphrologie**

Comité de pilotage régional du REIN Région Réunion-Mayotte

Jeudi 04 mars 2021 à 14h30

(AURAR SAINT-GILLES)

Coordination régionale :

Médecin coordinateur : Dr José GUISERIX,

CIC-EC – relai régional : Violaine Schmitt, ARC réseau

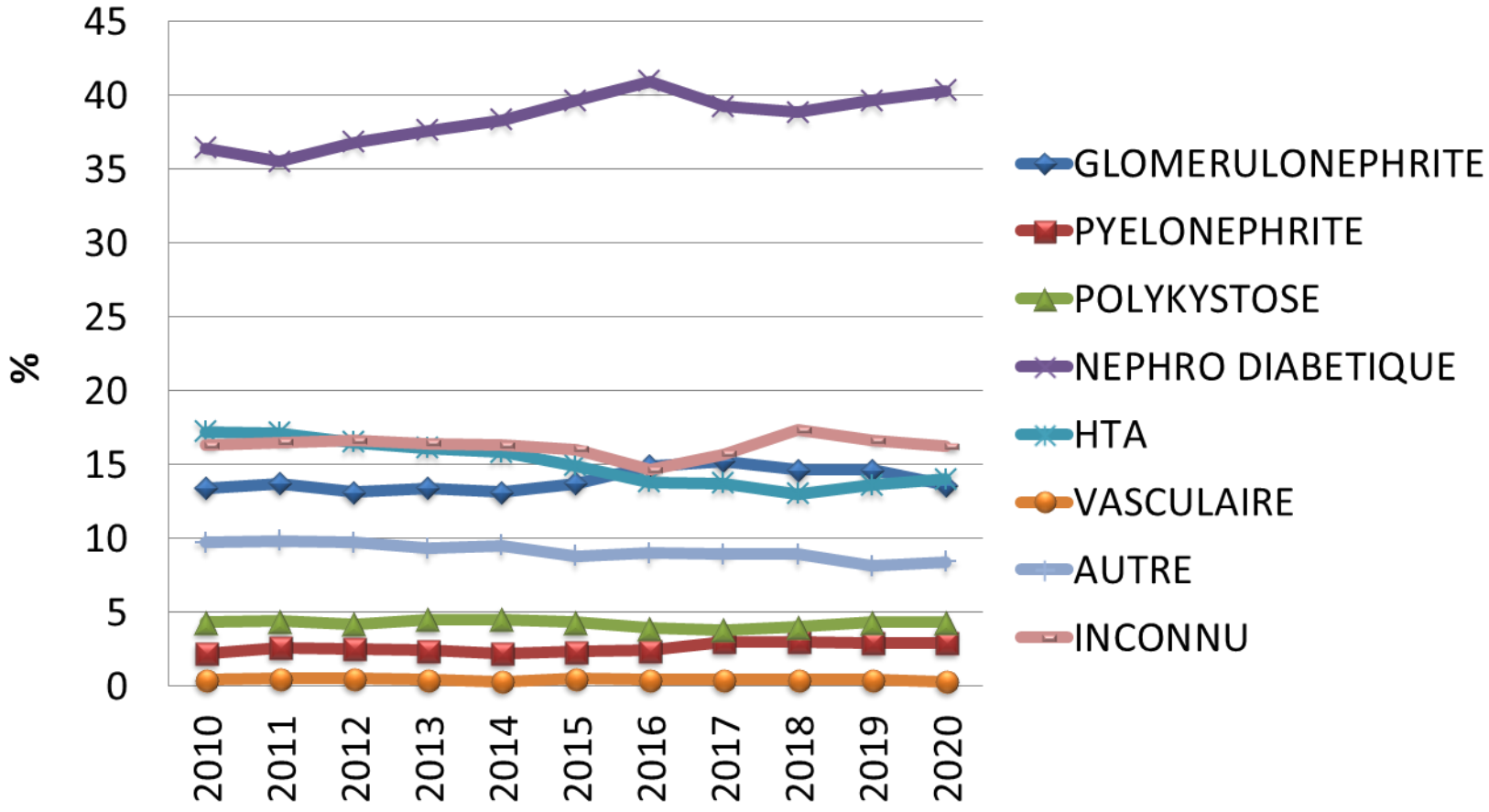
Nombre et Taux brut des patients Incidents en IRCT et patients diabétiques en IRCT par territoire de résidence en 2020 [Pays\(2018\)](#)

	population	Nb patients en IRCT	Taux brut des patients en IRCT (pour100,000Hb)	Nb de patients diabétiques en IRCT	Taux brut des patients diabétiques (pour100,000Hb)
Micro-région Est	126.567	36	284,4	24	189,6
Micro-région Nord	202.993	57	280	36	177,3
Micro-région Ouest	214.795	74	344,5	44	204,9
Micro-région Sud	306.372	88	287	60	196
Réunion	850.727	255	299,8	164	192,7
Pays (données 2018)	64.664.860	11.343	175	2.442	378

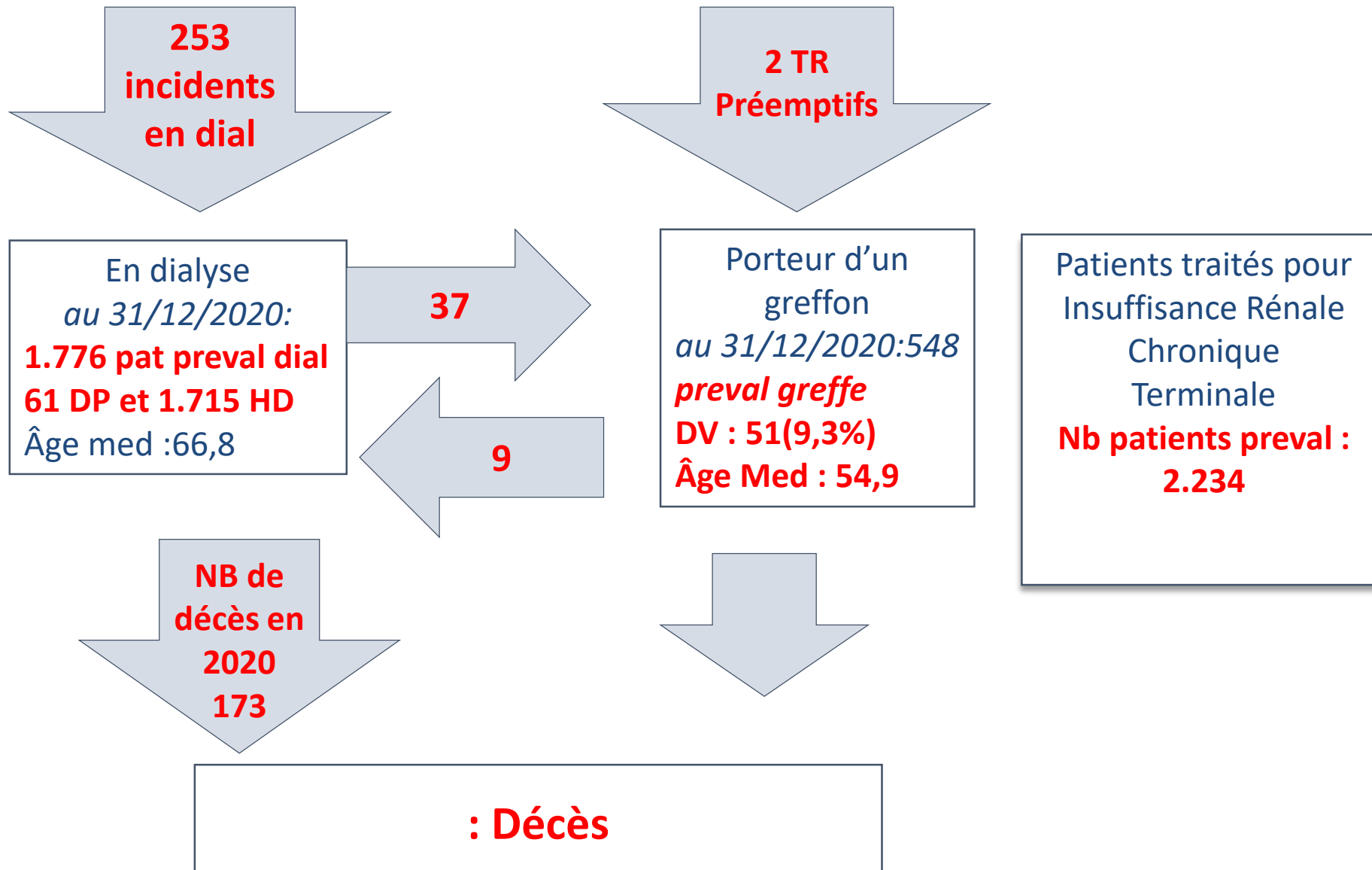
Effectifs incidents et taux selon la maladie rénale par département (2020) vs **Pays(2018)**

	REUNION		MAYOTTE		PAYS (2018)	
Maladie rénale initiale	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Glomérulonéphrite	17	6,7			1,169	10,3
Pyélonéphrite	5	2			552	4,9
Polykystose	10	3,9			621	5,5
Diabète	130	51	15	31,3	2,442	21,5
Hypertension	27	14,5	10	20,8	2,85	25,1
Vasculaire	2	0,8			89	0,8
Autre	15	5,9	1	2,1	1,699	15
Inconnu	39	15,3	22	45,8	1,924	17
Données manquantes					4	
PBR	38		1			20

Evolution du pourcentage de patients prévalents en dialyse selon la néphropathie entre 2010 et 2020 Réunion



Insuffisance rénale chronique terminale Réunion



Propositions du COPIL REIN

- Regarder ce qui se passe dans l'Est pour les patients diabétiques dialysés, plus jeunes que dans les autres territoires
- Examiner ces 6 « reprises de diurèse » dont le nombre paraît élevé, etnotamment:
- Rappeler que les indications de débuter la dialyse selon les recommandations nationales (Pr Brunet) sont quand des signes cliniques apparaissent. A ne pas confondre avec « mise en dialyse en urgence »

Autres actions menées en 2020

- Valorisation des actions menées en 2020 (hors actions de la feuille de route)

Actions	Bilan 2020	Perspectives 2021
- Groupe de travail Covid: « organisation de la prise en charge des cas Covid »	Suivi des clusters Prise en charge et suivi des cas Covid	Campagne de vaccination Prise en charge et suivi des cas Covid et des éventuels clusters

PRESENTATION DU BILAN COVID IRC 2020
Pr Vacher Coponat Henri

COVID-19 et DIALYSE

Epidémiologie à la Réunion

04/03/2021

CENTRALISATION DES CAS DE COVID-19 AU CHU

PENDANT UNE DUREE DE 21 JOURS

APRES APPARITION DES SYMPTOMES OU PCR SI ASYMPTOMATIQUE

Entre le 06/05/2020 et le 01/03/2021

- **90 Patients Dialysés COVID+ pris en charge au CHU**
 - 14 au CHU Sud
 - 76 patients au CHU Nord

CENTRALISATION DES CAS DE COVID-19 AU CHU

PENDANT UNE DUREE DE 21 JOURS

APRES APPARITION DES SYMPTOMES OU PCR SI ASYMPTOMATIQUE

76 patients au CHU Nord

38 femmes (50%)

Age médian = 65 ans

Prise en charge en Dialyse

- Pour tous :
 - Contrôle Température a l'entrée systématique
 - Prévenir en cas de symptôme
 - Dialyse avec masque
 - Pas de collation pendant la séance, (collation après)
 - Alerte des transporteurs sur les règles de protection

- Pour les Cas COVID+ :
 - Isolement dans un secteur
 - Équipe soignante attitrée (IDE et AS)
 - Mesure de protection des personnels (masque, blouse)
 - Mesure de la saturation avant branchement
 - Évaluation par un médecin a chaque séance

Prise en charge hospitalière

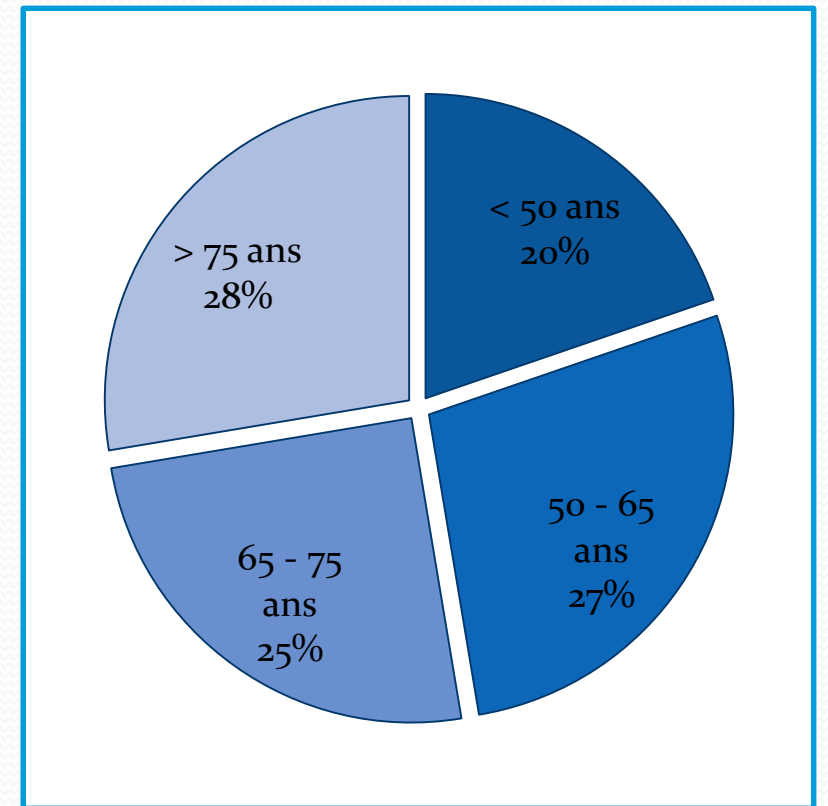
Hospitalisation

- systématique des cas même asymptomatiques jusqu'en septembre,
 - Depuis 1^{er} octobre selon clinique et facteurs de risque
-
- 59 patients sur 76
 - 33 patients sur 43 à partir du 1^{er} octobre 2020.
- Soit 75% des patients dialysés COVID nécessitent une hospitalisation**

Durée médiane d'hospitalisation : 7 jours

Caractéristiques des patients

- 100% sont IRC dialysés
- 45 sur 76 sont diabétiques = 60%
- 21 sont obèses = 27%
- 25 ont une cardiopathie = 33%
- 6 ont une insuffisance respiratoire ou un asthme sévère = 8%



20 patients admis en réanimation (> 25%)

- 15 sont diabétiques soit 75%
- 11 sont obèses (IMC > 30) soit > 50%
- 11 ont une cardiopathie connue ou une insuffisance cardiaque > 50%
- 2 ont une insuffisance respiratoire ou asthme sévère connu 10%

Parmi eux :

- 10 sont diabétiques + obèses + IRCd (50%)
- 7 sont diabétiques + obèses + insuffisant cardiaque + IRCd (30%)

Prise en charge en réanimation

- Moyenne d'âge 65 ans
- Concerne 20 patients sur 76
 - *Soit > 25% des patients dialysés COVID passent en réanimation*
 - *1 patient hospitalisé sur 3 ira en réanimation*
- Durée de séjour moyenne en réa (hors patients décédés) = 7 jours

12 décès (16%) sur toute la période

- 7 Femmes et 5 Hommes
- 11 patients > 65 ans et 1 patiente à 53 ans
- Age médian : 73 ans

- Délais médian diagnostic - décès : 13 jours
 - 5 décès avant J8
 - 2 décès à J12 et J14
 - 5 décès après J21

12 décès

7 décès en réanimation :

- 2 à J1-réa et J5 des symptômes
- 3 entre J15 et J22 de la réa (surinfection)
- 1 à J9 sur choc septique à point de départ cutané
- 1 mort accidentelle

Entrée directe en réanimation
pour 4 des 7 patients

4 décès en hospitalisation :

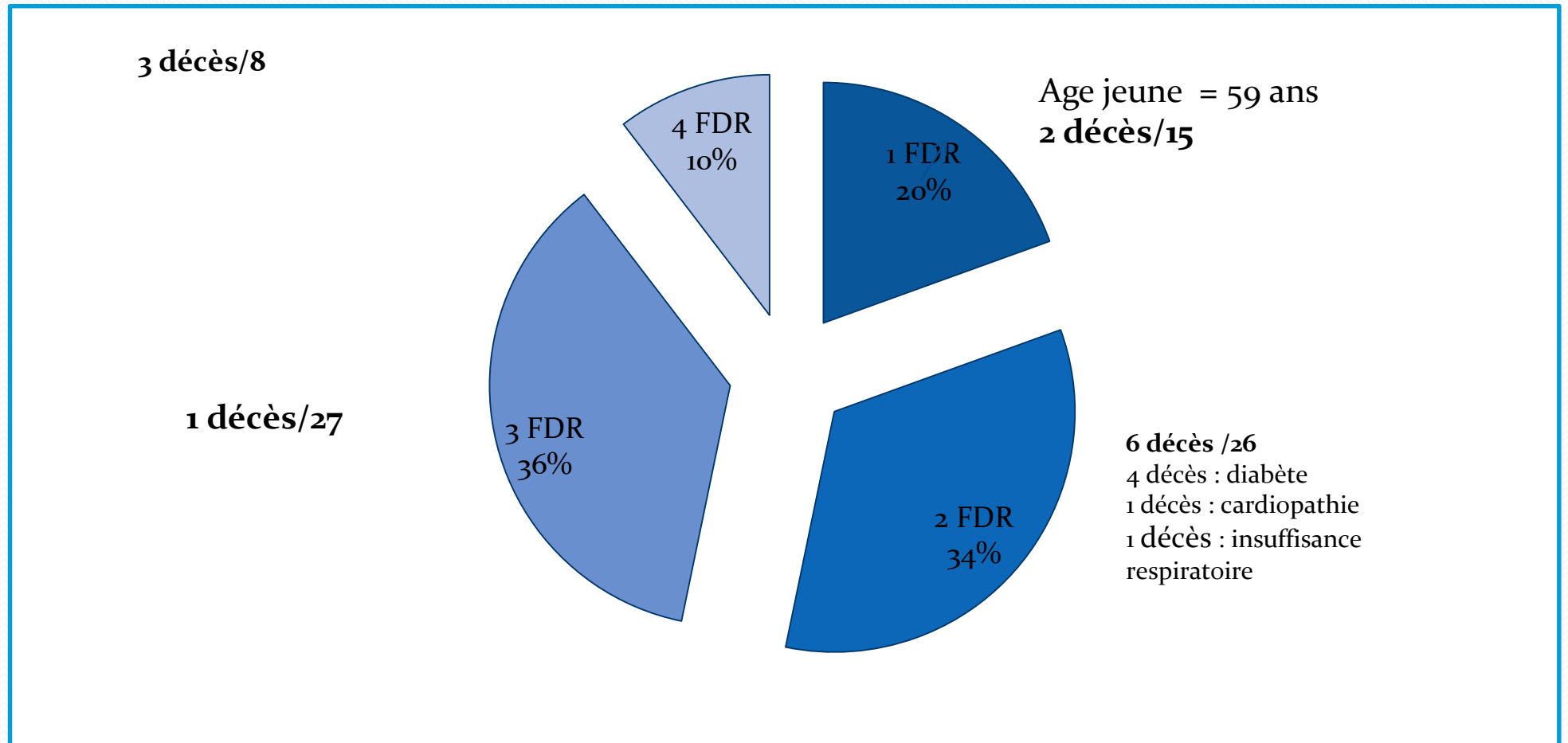
- 1 à J14 sur SDRA réfractaire et LATA
- 1 à J5 sur hémorragie cérébrale (pauci symptomatique du COVID)
- 1 à J20 sur ACR hypoxique (inhalation)
- 1 à J20 sur coma inexplicé

Causes de décès variées et imprévisibles :

- 3 décès pour infection primitive du COVID
- 3 infections secondaires
- 4 décès inexplicés
- 2 décès sans rapport avec le COVID

1 décès ambulatoire à J21 de la PCR chez un patient pauci-symptomatique : ACR en dialyse

Répartition des patients selon le nombre de FDR



COVID-19 et déplétion hydro-sodée

Patients symptomatiques

Une perte de poids rapide

- Anorexie
- Agueusie
- Diarrhées
- Oxygénothérapie
- Nourriture de l'hôpital

Une tolérance hémodynamique faible

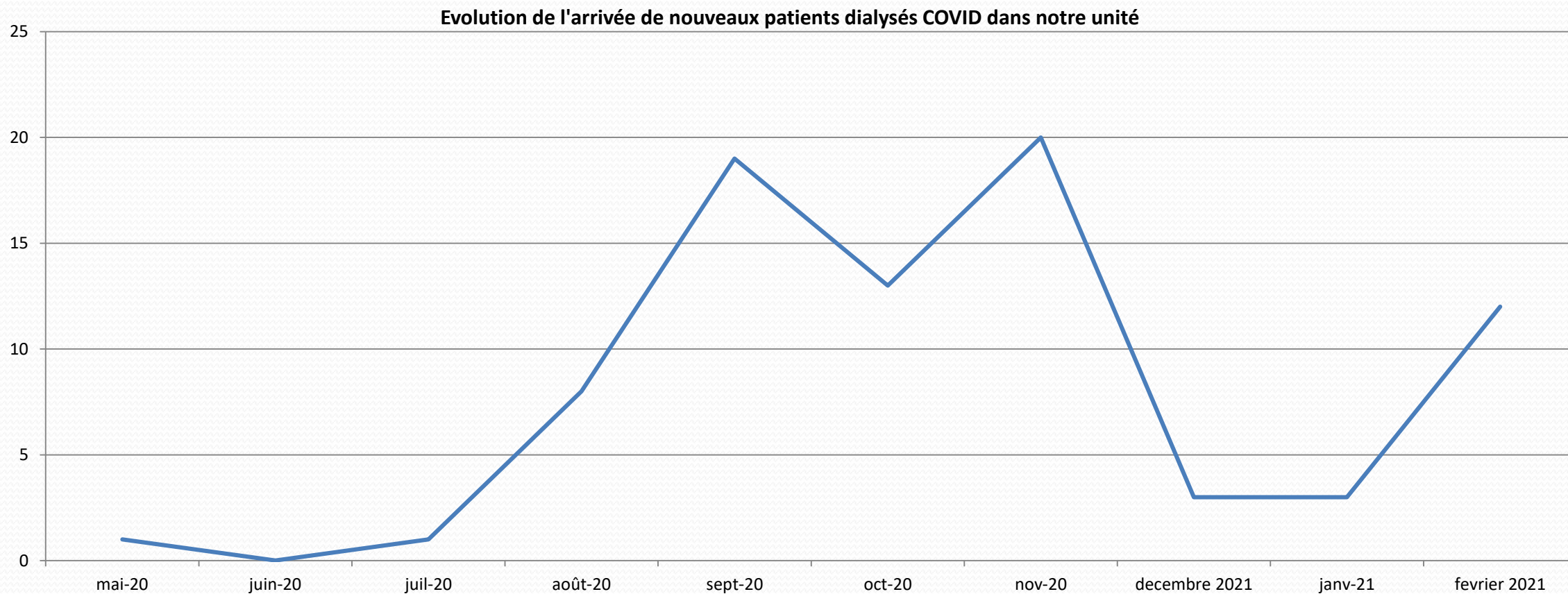
- Sepsis
- Ajout de médicaments anti HTA
- Anémie inflammatoire

→ Augmentation du risque d'OAP (Au moins 8 patients de la cohorte)



CONTAMINATION - PROTECTION

Un pic en septembre un pic en novembre



LA DIALYSE = 1^{ère} cause de COVID chez les dialysés

1^{er} cluster : CHU FG

Entre le 24/08 et le 09/09 : **4 cas**

→ 1 patient hospitalisé 30 jours en réanimation. Pas de décès.

2^{ème} cluster : Clinique Ste Clotilde

Entre le 11 et le 25/09/2020 : **9 cas**

→ **4 décès.**

3^{ème} cluster : ASDR Ste Clotilde :

Entre le 28/10 et le 14/11 : **15 cas**

→ **1 décès**

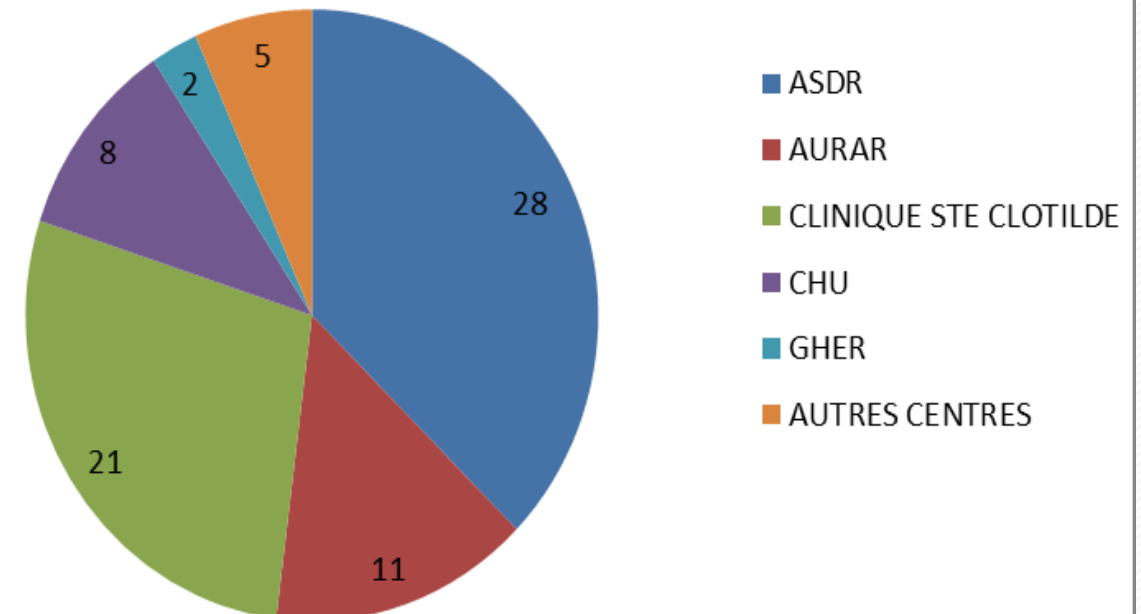
4^{ème} cluster : ASDR St André

Entre le 30 décembre et le 04/01 : **5 cas**

→ **1 décès.**

> 33
patients

6 décès

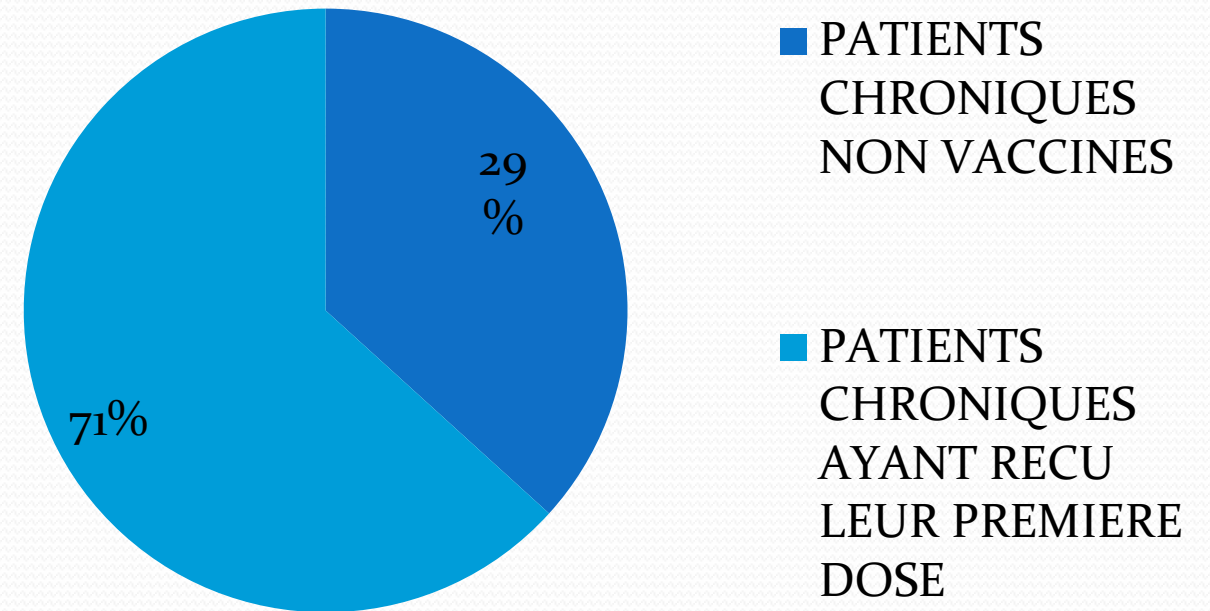


La vaccination a débuté

TAUX DE PATIENTS VACCINES DANS NOTRE UNITE

Au 4 mars, sur les 49 patients du centre :

- 28 patients ont reçu les deux doses.
- 7 patients ont reçu une dose.
 - 4 en attente de la 2^{ème} dose
 - 2 refus
 - 1 patient COVID +. 2^{ème} dose reporté.



CONCLUSION

Cohorte de patients âgés et co-morbides.

75% des patients hospitalisés

25% des patients passent en réanimation

16% des patients décèdent

45% des patients se contaminent en dialyse

Bilan 2020 des actions de la feuille de route

Une feuille de route structurée autour d'un objectif opérationnel suivant :

- - Le parcours de santé « maladie rénale chronique »

Et d'actions:

- La prévention de l'entrée dans la maladie rénale chronique
- Renforcer l'autonomie et améliorer la qualité de vie du patient au stade de suppléance

Bilan 2020 des actions de la feuille de route

Action : Prévention de l'entrée dans la maladie rénale chronique

Actions PRS	Bilan 2020	Perspectives 2021
-Promotion des habitudes de vie favorable à la santé	Abandonnée	PRND 2020-2023

**PRESENTATION DU PROGRAMME REUNIONNAIS NUTRITION ET DE
LUTTE CONTRE LE DIABETE
Mme CHOPINET DIJOUX Stelly**



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



**Politique régionale en
matière de nutrition-santé à
La Réunion**

**Recherche de cohérence entre les
différentes politiques publiques :
PNNS 4, Stratégie nationale sport santé, Programme
national de l'alimentation...**

**DEMARCHE
PARTENARIALE**



**APPROCHE INTERSECTORIELLE
ET INTERMINISTERIELLE**



**ACTIONS DE SANTE
NUTRITIONNELLE
TERRITORIALISEES ET BASEES
SUR UNE APPROCHE SYSTEMIQUE**



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



12 PARTENAIRES
ENGAGÉS



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



Un programme d'actions
pour 3 ans
avec 4 volets

PREVENTION NUTRITIONNELLE

**DEPISTAGE ET PARCOURS DE SOINS DES
PATIENTS DIABETIQUES**

OBSERVATION DU DIABETE

COMMUNICATION

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



PRESENTATION PROJET ASDR-MSS Sakisoigne
Sport sur ordonnance et dialyse
Mr CADERBY Grégory et Mme ROPERO cécile

Bilan 2020 des actions de la feuille de route

Action : Prévention de l'entrée dans la maladie rénale chronique

Actions PRS	Bilan 2020	Perspectives 2021
-Repérage des personnes à risques de maladie rénale chronique: Auto évaluation par un questionnaire de repérage sur le site ma santé.re - Evaluation par les PS	Action de communication par URMLOI Indicateurs ROSP: fait Actions de sensibilisation des MT via les DAM pour augmenter les examens Evaluation des besoins des MG	CPTS Terminée Abandonnée CPTS

Bilan 2020 des actions de la feuille de route

Action : Prévention de l'entrée dans la maladie rénale chronique

Actions PRS	Bilan 2020	Perspectives 2021
- Dépistage précoce de la MRC par les PS du 1 ^{er} et 2 nd recours: Dépistage systématique de la MRC chez les patients hypertendus et diabétiques	abandonnée	CPTS
- Outil de coordination entre MT, néphrologues et biologistes	Déploiement de OIIS 360	E-parcours: outils numériques? CPTS: lien ville-hôpital Forfait: équipe pluri professionnelle

L'EXERCICE COORDONNE DES PS
DR MIRANDA Marie-Françoise

Qu'est ce que l'exercice coordonné?

Un cadre attractif d'exercice pour les Professionnels de Santé et pour une 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.

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.

- ❑ **Des MSP** créées par une équipe de PS libéraux (au moins 2 médecins généralistes et 1 paramédical)
- ❑ **Des CDS** créés par un gestionnaire et des PS 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.
- ❑ Des actions décrites dans un **projet de santé** validé par la DGARS.



Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Responsabilité populationnelle

Dispositif d'exercice coordonné structurant l'offre de proximité sur un territoire, à l'initiative d'un collectif de professionnels de santé, en réponse à ses besoins et autour **d'un projet de santé** (validé par la DGARS) 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, le suivi et la prise en charge du patient, en lien avec les thématiques prioritaires du PRS (diabète, IRC...)
- ✓ **Développer les actions territoriales de prévention**

Partenariat **avec les acteurs** de santé du territoire du sanitaire, médico-social et social ainsi que les CLS, collectivités.

1 CPTS créée
2 CPTS en projet

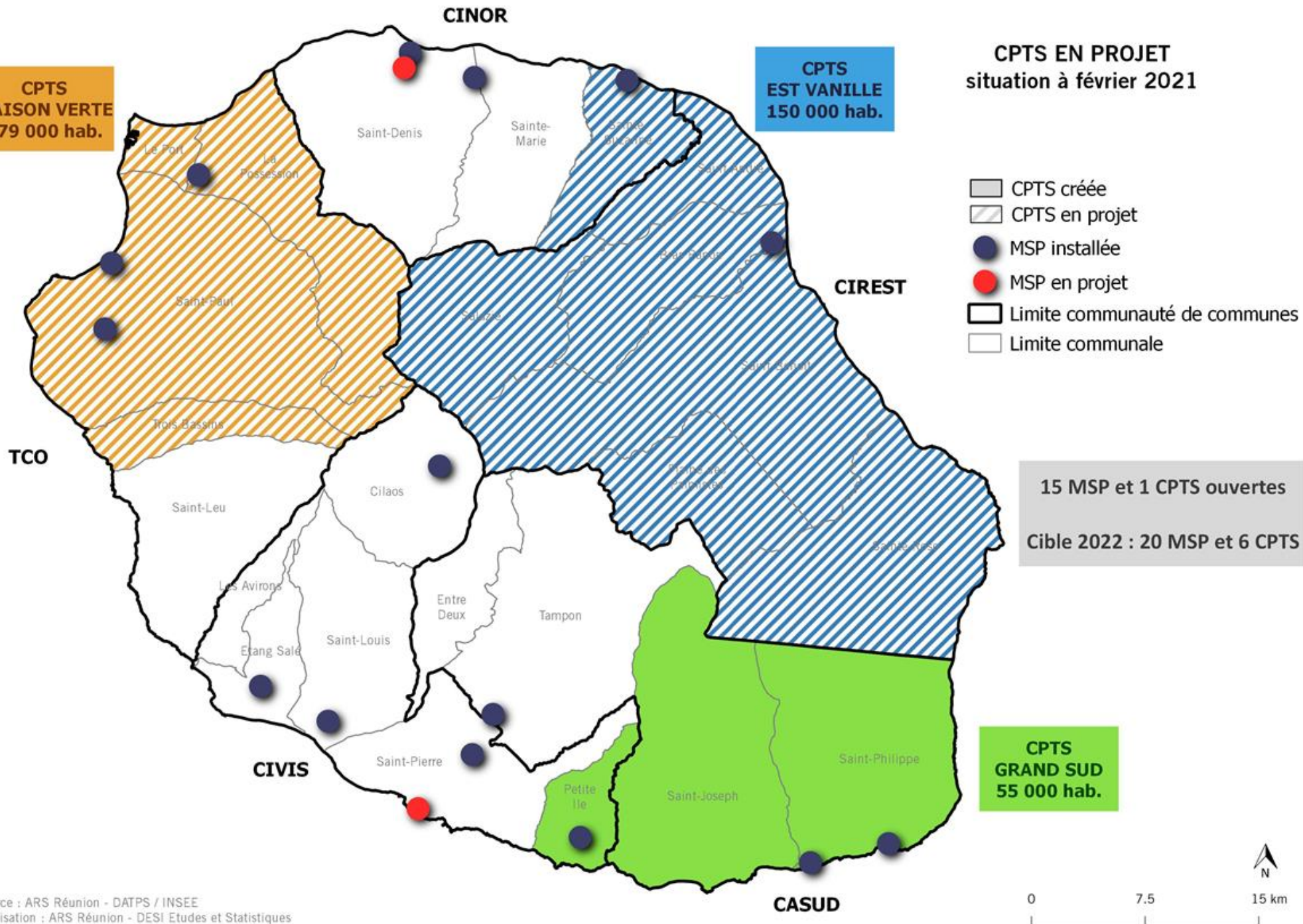


Cible 2022:
6 CPTS (maillage du
territoire)

CPTS
MAISON VERTE
179 000 hab.

CPTS
EST VANILLE
150 000 hab.

CPTS EN PROJET
situation à février 2021



OUTIL DE COORDINATION DES PARCOURS
Lien ville-hôpital
Présentation par LERAT Antoine (Tesis)

QUI SOMMES-NOUS ?







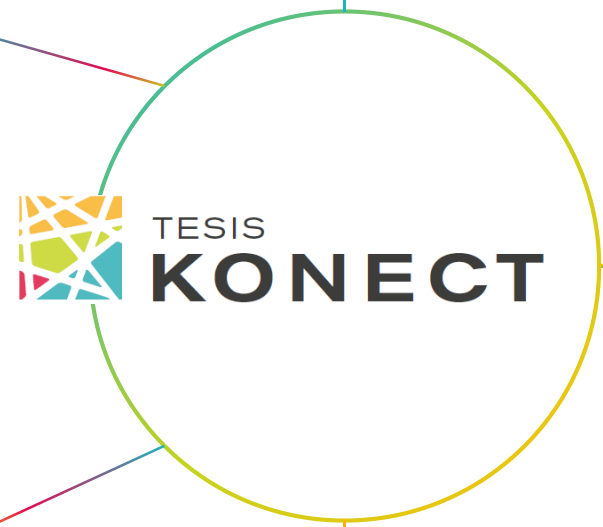
- Organisation à but non lucratif détenue et gouvernée par les acteurs de la santé
- Permet la mutualisation et la co-construction dans les projets numériques en santé
- Porte la stratégie numérique en santé à l'échelle du territoire en lien étroit et avec le soutien financier de l'ARS La Réunion
- GRADeS océan Indien

CLINIQUES & ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS







GHT

-  GHER
-  CHU
-  CHOR

-  HORUS
-  CLINIFUTUR 2021
-  TAMARINS
-  ASFA HE 2021



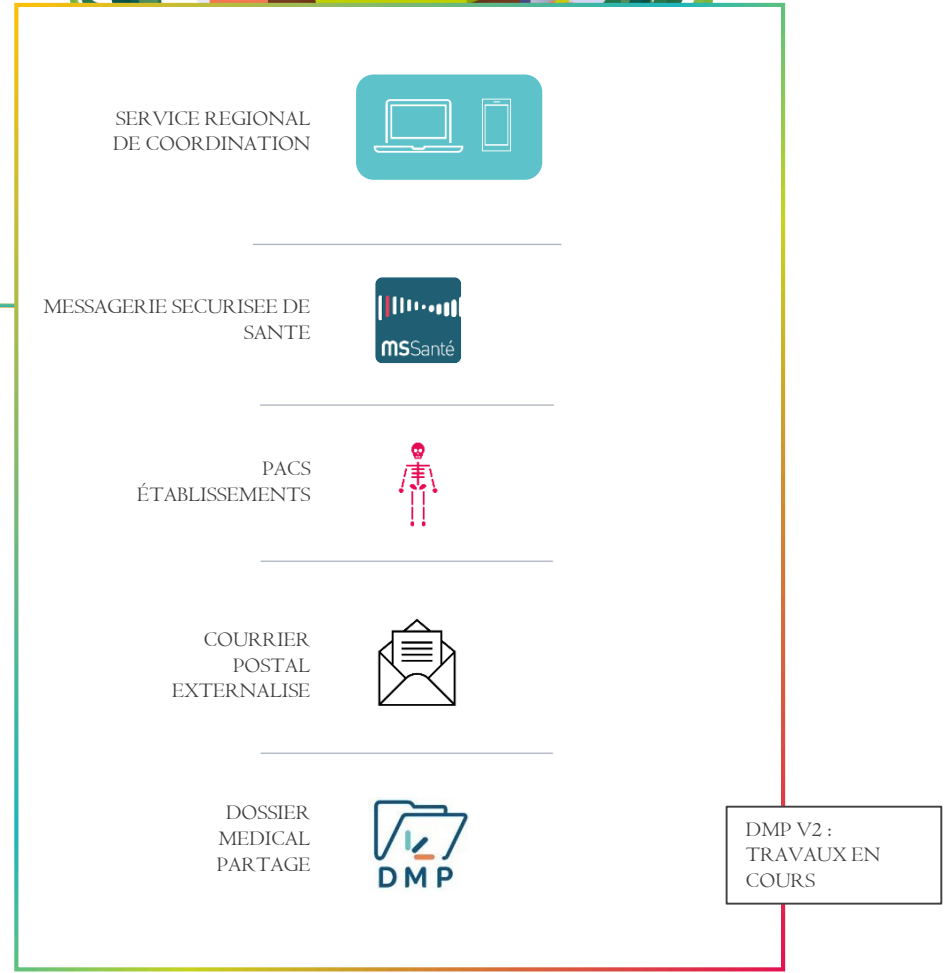
Centres d'Imagerie Médicale

-  CAPRICORNE
-  LES ALIZES
-  SAVANNAH
-  GIMO
-  ST BENOIT 2021
-  GIE RUN IMAGES 2021

- IRM Scanner Sud
- SELARL CIM
- Dauphins
- KIBAHO

-  CRCDC
-  RCP Cancéro
-  PTA
- RéuCare
- MAIA
- Run Appui
- RP 974

AUTRES ÉMETTEURS





TESIS
KONECT



SERVICE REGIONAL DE
COORDINATION



UNE SOLUTION NUMÉRIQUE DE COORDINATION DES SOINS À LA RÉUNION



Documents du patient

Accéder aux documents

Ajouter des documents



Messagerie instantanée

Entre professionnels

Autour d'un patient

Echange sécurisé de documents



Je propose des fonctionnalités d'aide à la coordination des soins.

En fonction des besoins et des professionnels, j'adapte les fonctionnalités que je propose.

J'offre donc à chacun une interface personnalisée, mais permet à tout le monde de partager la même information !



Gestion de parcours

Créer le dossier de coordination

Accéder à l'équipe soignante

Gérer l'équipe soignante

Observations

Gérer le PPS

Agenda partagé

Visualiser les tâches du PPS

Évaluations

Réunion de concertation

Télésuivi

Constantes



Documents du patient

Accéder aux documents

Ajouter des documents



Messagerie instantanée

Entre professionnels

Autour d'un patient

Echange sécurisé de documents



Gestion de parcours

Créer le dossier de coordination

Accéder à l'équipe soignante

Gérer l'équipe soignante

Gérer le PPS

Observations

Visualiser les tâches du PPS

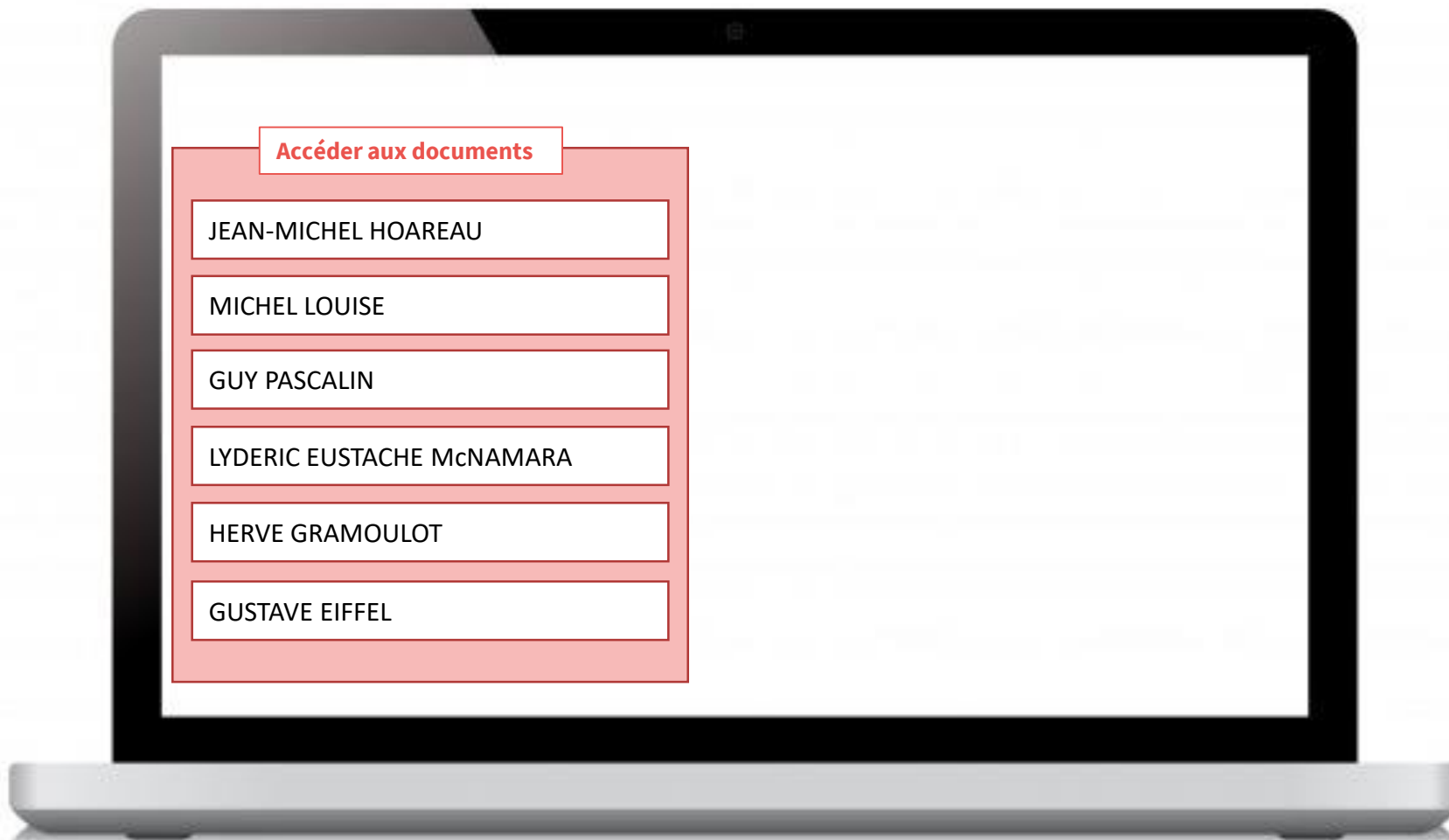
Évaluations

Agenda partagé

Télésuivi

Constantes

Réunion de concertation



Accéder aux documents

JEAN-MICHEL HOAREAU

MICHEL LOUISE

GUY PASCALIN

LYDERIC EUSTACHE McNAMARA

HERVE GRAMOULOT

GUSTAVE EIFFEL



Documents du patient

Ajouter des documents



Messagerie instantanée

Entre professionnels

Autour d'un patient

Echange sécurisé de documents



Gestion de parcours

Créer le dossier de coordination

Accéder à l'équipe soignante

Gérer l'équipe soignante

Gérer le PPS

Observations

Visualiser les tâches du PPS

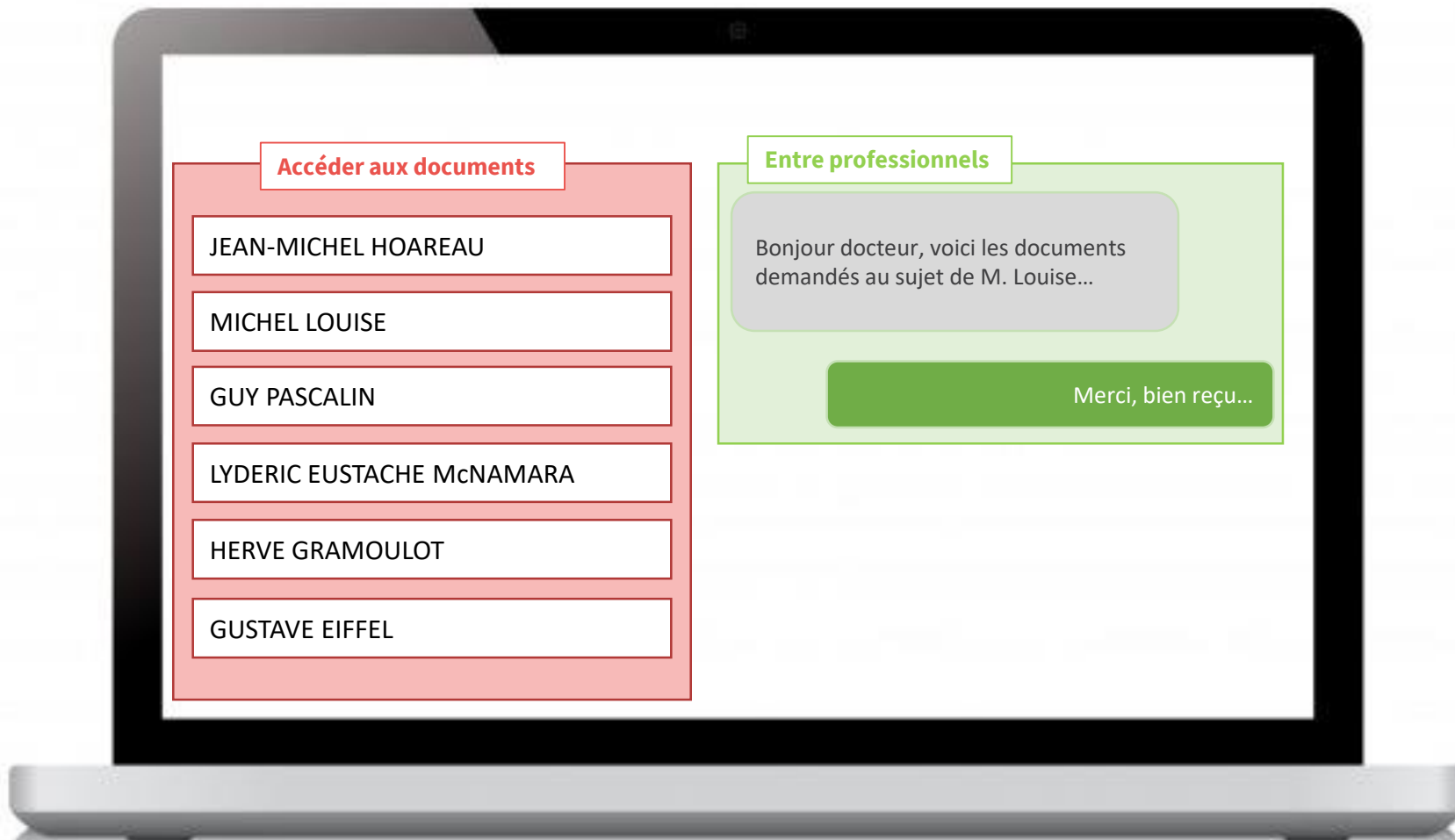
Évaluations

Agenda partagé

Télésuivi

Constantes

Réunion de concertation



Accéder aux documents

JEAN-MICHEL HOAREAU

MICHEL LOUISE

GUY PASCALIN

LYDERIC EUSTACHE McNAMARA

HERVE GRAMOULOT

GUSTAVE EIFFEL

Entre professionnels

Bonjour docteur, voici les documents demandés au sujet de M. Louise...

Merci, bien reçu...



Documents du patient

Ajouter des documents

Messagerie instantanée



Autour d'un patient

Echange sécurisé de documents



Gestion de parcours

Créer le dossier de coordination

Accéder à l'équipe soignante

Gérer l'équipe soignante

Gérer le PPS

Observations

Visualiser les tâches du PPS

Évaluations

Agenda partagé

Télésuivi

Constantes

Réunion de concertation



Accéder aux documents

JEAN-MICHEL HOAREAU

MICHEL LOUISE

GUY PASCALIN

LYDERIC EUSTACHE McNAMARA

HERVE GRAMOULOT

GUSTAVE EIFFEL

Entre professionnels

Bonjour docteur, voici les documents demandés au sujet de M. Louise...

Merci, bien reçu...

Visualiser les tâches du PPS



Documents du patient

Ajouter des documents

Messagerie instantanée



Autour d'un patient

Echange sécurisé de documents



Gestion de parcours

Créer le dossier de coordination

Accéder à l'équipe soignante

Gérer l'équipe soignante

Gérer le PPS

Observations

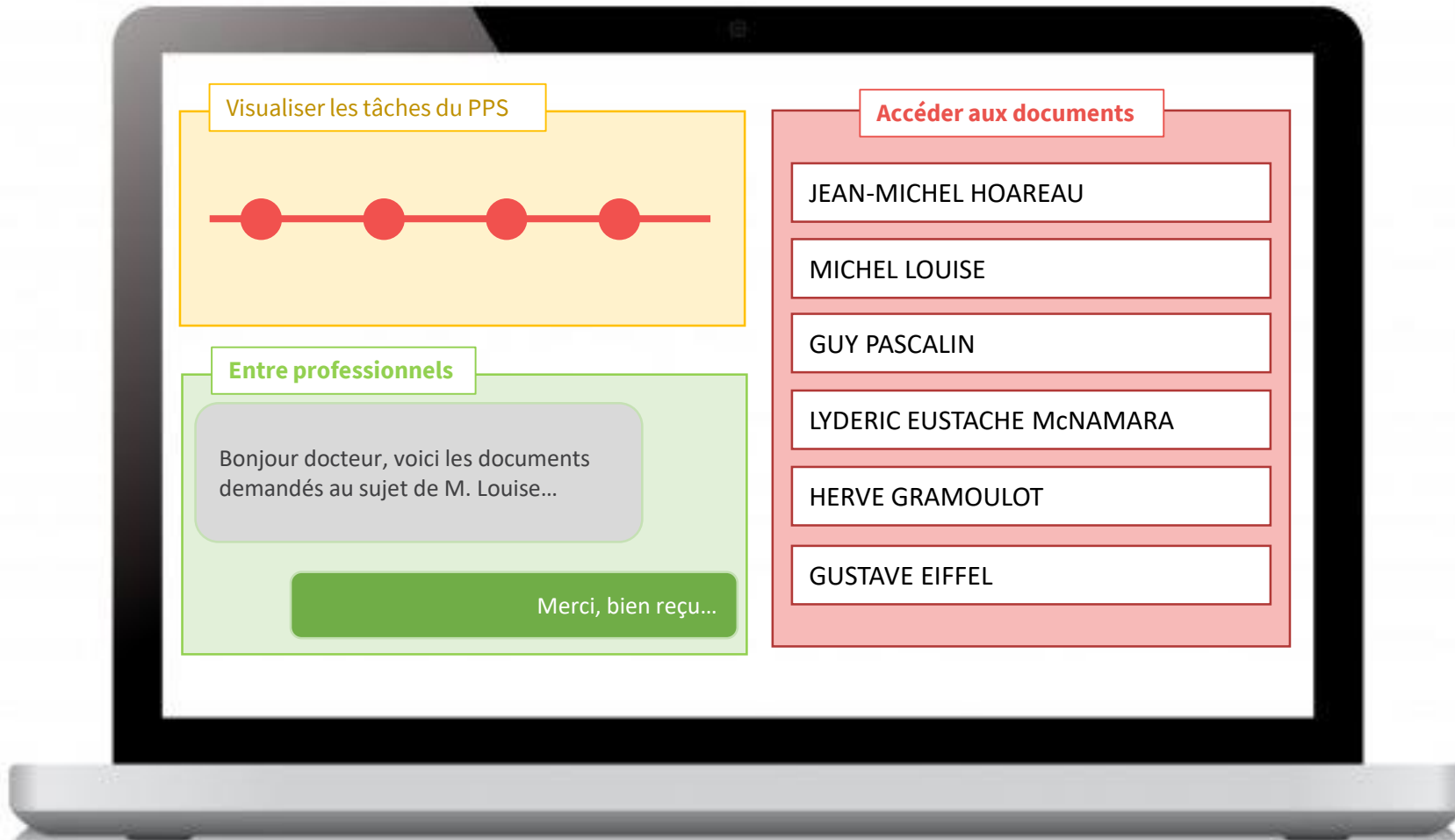
Évaluations

Agenda partagé

Télésuivi

Constantes

Réunion de concertation



Visualiser les tâches du PPS



Entre professionnels

Bonjour docteur, voici les documents demandés au sujet de M. Louise...

Merci, bien reçu...

Accéder aux documents

JEAN-MICHEL HOAREAU

MICHEL LOUISE

GUY PASCALIN

LYDERIC EUSTACHE McNAMARA

HERVE GRAMOULOT

GUSTAVE EIFFEL

Documents du patient



Ajouter des documents

Messagerie instantanée



Autour d'un patient

Echange sécurisé de documents

Gestion de parcours



Créer le dossier de coordination

Accéder à l'équipe soignante

Gérer l'équipe soignante

Gérer le PPS

Observations

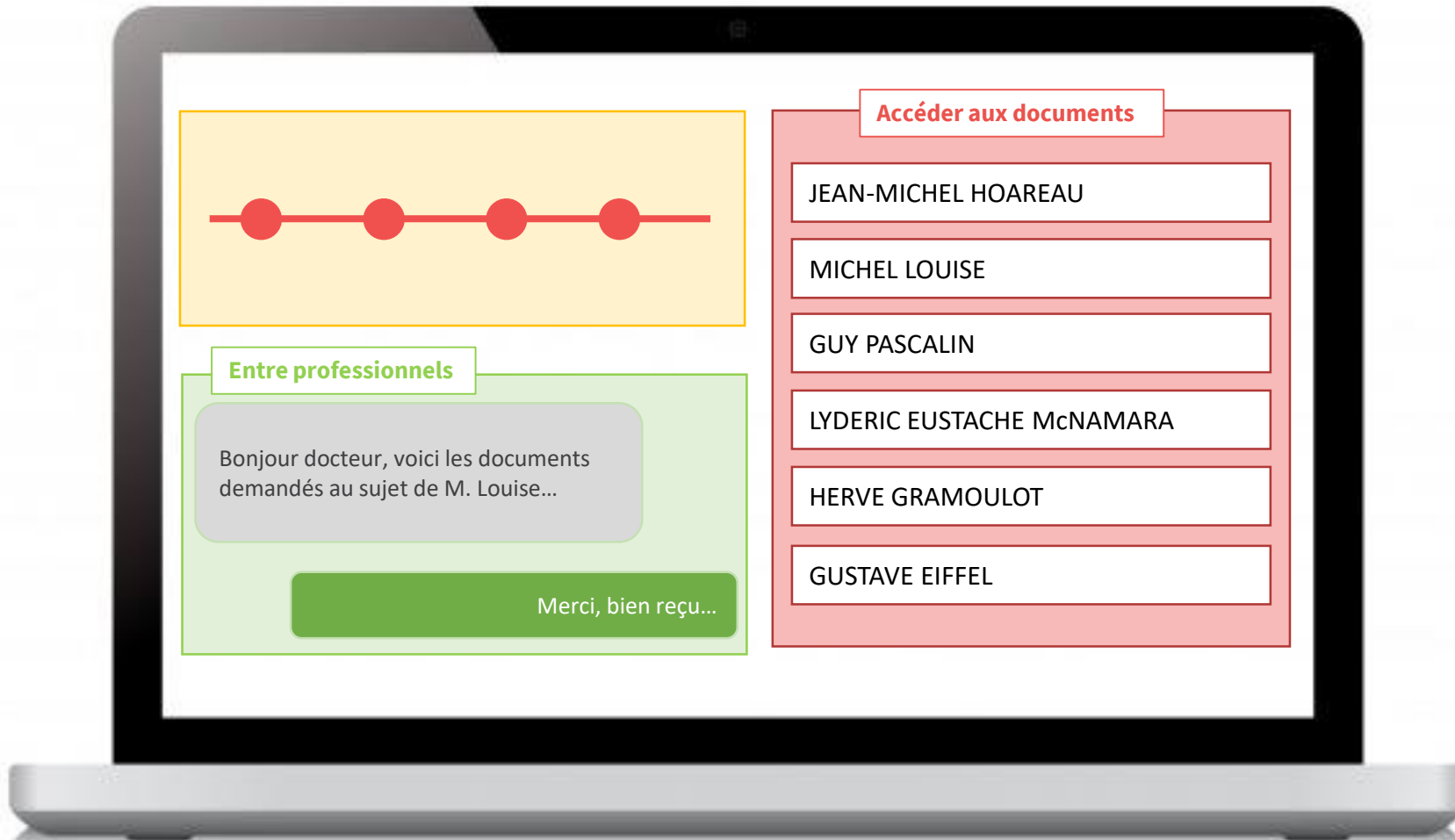
Évaluations

Agenda partagé

Télésuivi

Constantes

Réunion de concertation



Documents du patient



Ajouter des documents

Messagerie instantanée



Autour d'un patient

Echange sécurisé de documents

Gestion de parcours



Créer le dossier de coordination

Accéder à l'équipe soignante

Gérer l'équipe soignante

Gérer le PPS

Observations

Visualiser les tâches du PPS

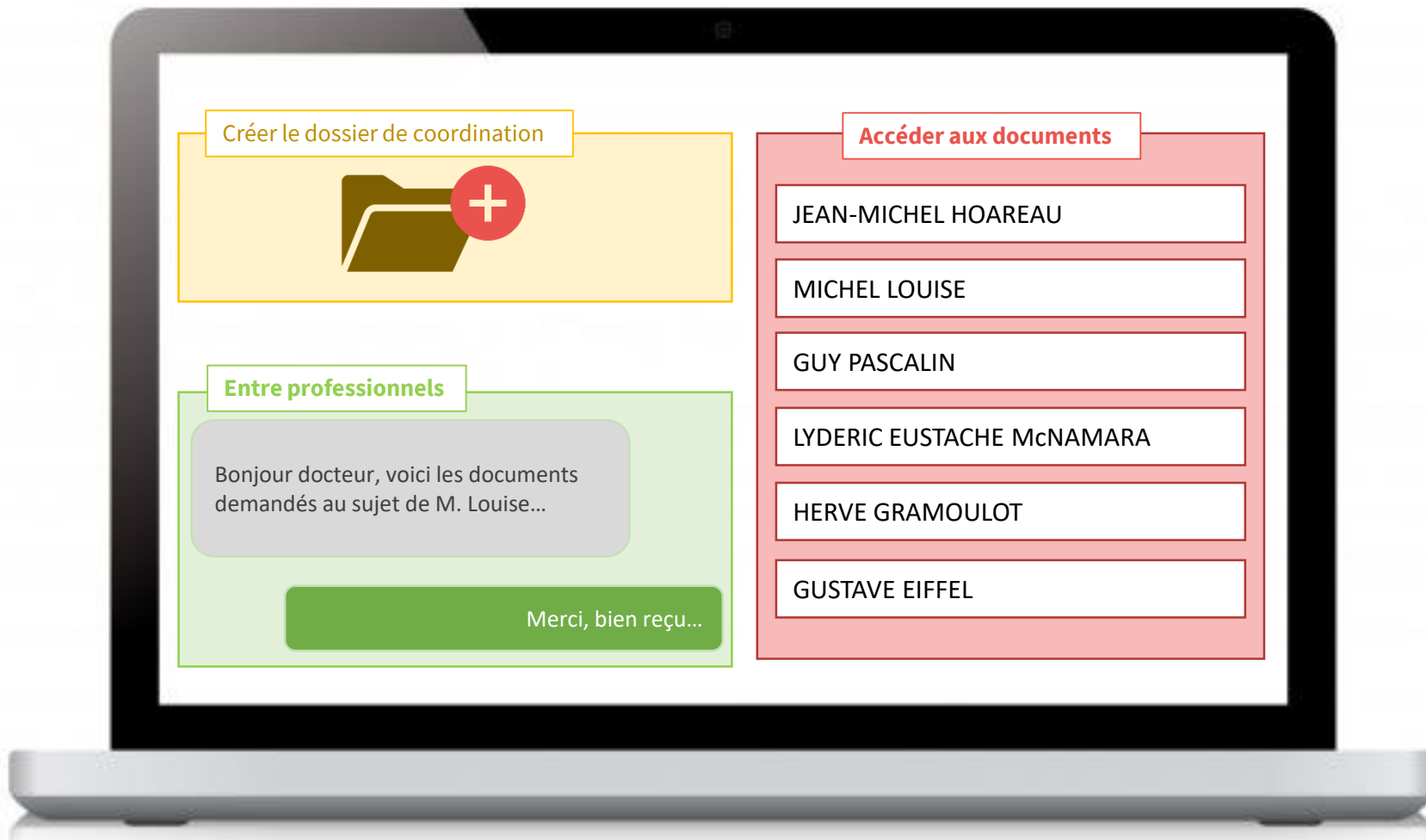
Évaluations

Agenda partagé

Télésuivi

Constantes

Réunion de concertation



Créer le dossier de coordination



Entre professionnels

Bonjour docteur, voici les documents demandés au sujet de M. Louise...

Merci, bien reçu...

Accéder aux documents

JEAN-MICHEL HOAREAU

MICHEL LOUISE

GUY PASCALIN

LYDERIC EUSTACHE McNAMARA

HERVE GRAMOULOT

GUSTAVE EIFFEL



Documents du patient

Ajouter des documents

Messagerie instantanée



Autour d'un patient

Echange sécurisé de documents



Gestion de parcours

Accéder à l'équipe soignante

Gérer l'équipe soignante

Gérer le PPS

Observations

Visualiser les tâches du PPS

Évaluations

Agenda partagé

Télésuivi

Constantes

Réunion de concertation

**SERVICE NUMÉRIQUE DE
COORDINATION DES SOINS**

LIEN

Coordination courante pour les professionnels qui souhaitent surtout accéder à l'information – notamment les médecins généralistes.

OIIS 360

LIEN L'APP

**SERVICE NUMÉRIQUE DE
COORDINATION DES SOINS**

LIEN

OIIS 360
BIENTÔT :
LIEN COORDO

Gestion personnalisée des parcours
de soin pour les acteurs de la
coordination.

LIEN L'APP



OIIS 360

LA GESTION PERSONNALISÉE DES PARCOURS DE SOINS

Créer le dossier de coordination

Accéder à l'équipe soignante

Gérer l'équipe soignante

Gérer le PPS

Observations

Visualiser les tâches du PPS

Évaluations

Agenda partagé

Télésuivi

Constantes

Réunion de concertation

Accéder aux documents

Ajouter des documents

Entre professionnels

Autour d'un patient

Echange sécurisé de documents



LA GESTION PERSONNALISÉE DES PARCOURS DE SOINS

Créer le dossier de coordination

Accéder à l'équipe soignante

Gérer l'équipe soignante

Gérer le PPS

Observations

Visualiser les tâches du PPS

Évaluations

Agenda partagé

Télésuivi

Constantes

Réunion de concertation

Accéder aux documents

Ajouter des documents

Entre professionnels

Autour d'un patient

Echange sécurisé de documents



1

COMPRENDRE LES
PROCESS ET
RECUEILLIR LES
BESOINS

2

PERSONNALISER
L'OUTIL POUR
L'ADAPTER AUX
USAGES ET VALIDER
LES PARAMÉTRAGES

3

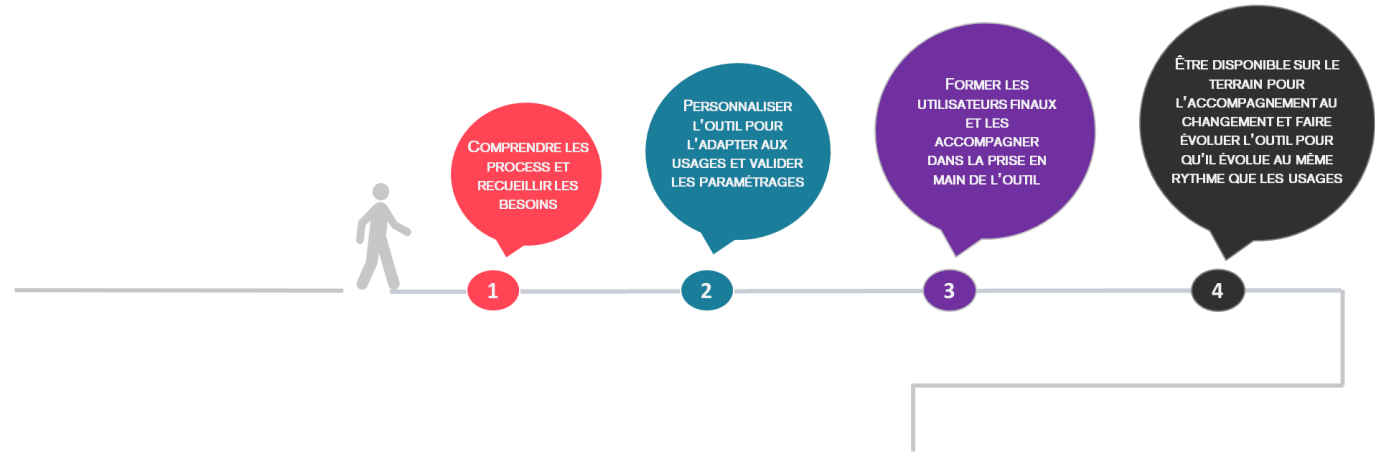
FORMER LES
UTILISATEURS FINAUX
ET LES
ACCOMPAGNER
DANS LA PRISE EN
MAIN DE L'OUTIL

4

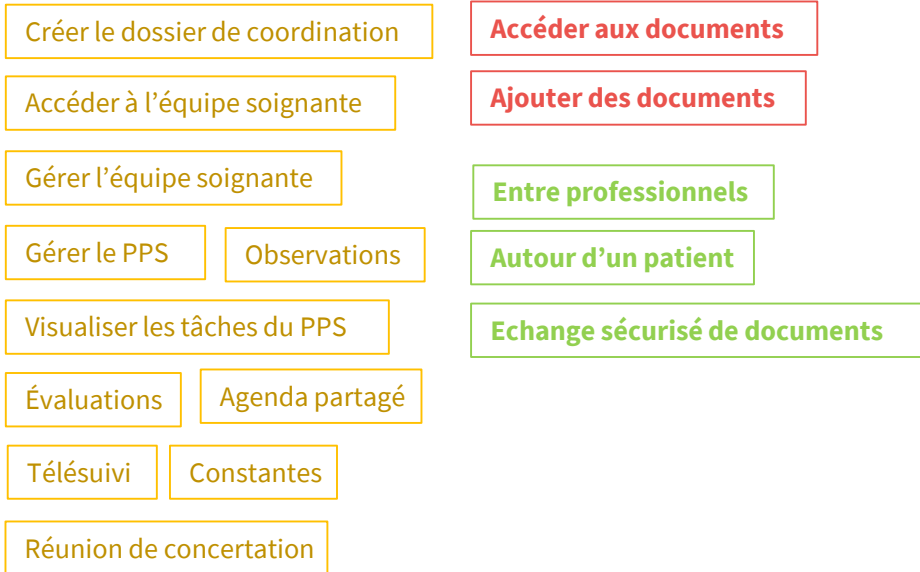
ÊTRE DISPONIBLE SUR LE
TERRAIN POUR
L'ACCOMPAGNEMENT AU
CHANGEMENT ET FAIRE
ÉVOLUER L'OUTIL POUR
QU'IL ÉVOLUE AU MÊME
RYTHME QUE LES USAGES



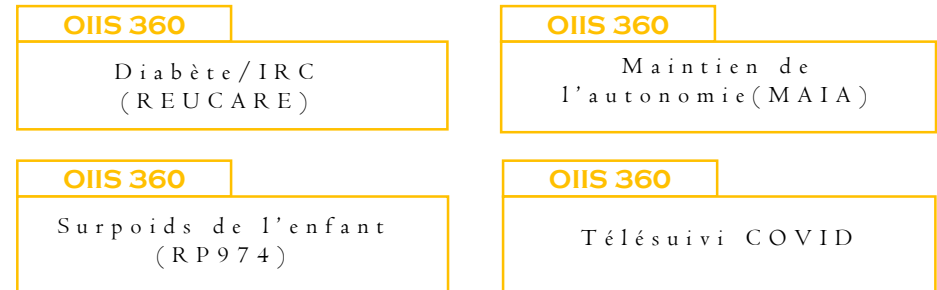
OIIS 360



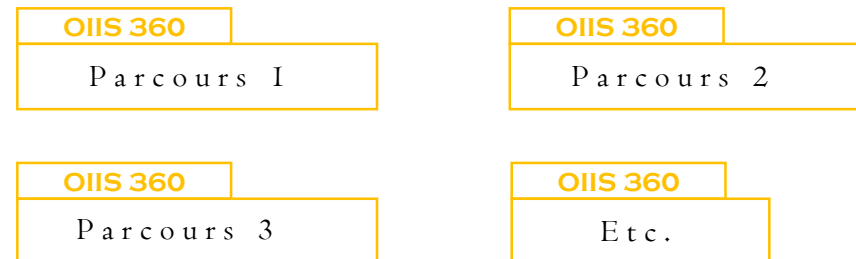
LA GESTION PERSONNALISÉE DES PARCOURS DE SOINS



AUJOURD'HUI



ET DEMAIN AVEC LE PROGRAMME E-PARCOURS...



MELI Vienne (103 ans)
Né(e) le: 20/03/1917
Téléphone: 0692781435

CELESTE Au... | MEDECIN Li...

25/05/2020
Covid-19 - covid-19

COVID_risque 4
Température 38.8 °C

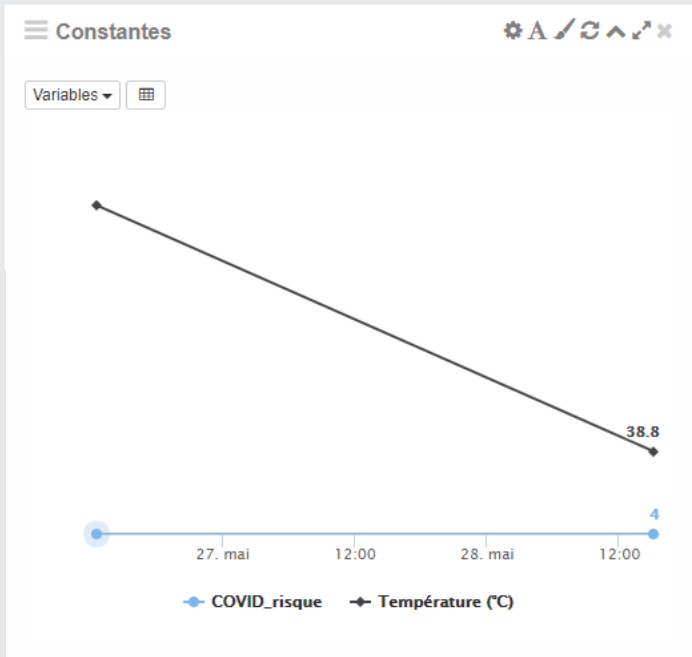
LIEN
0 Non lus

- Vue 360
- Dossier Administratif
- Antécédents & environnement
- Relevé de constantes
- Observations
- Renvoyer questionnaire COVID au patient
- Clôturer le dossier

Equipe de prise en charge

Professionnels

- CELESTE Aurelie Médecin PPS
- MEDECIN Liberal Médecin PPS



Evènements

- Jeudi 28 mai 2020
 - MEDECIN Liberal
- Lundi 25 mai 2020
 - Covid-19: covid-19
 - Ajout du formulaire
 - Parcours** : Etat Inclus le 25/05/2020, Type COVID-19, Zone géographique Sud
 - Données sociales** : ALD Non, APA Non, Directives anticipées Non, Recherche d'hébergement en cours Non
 - CELESTE Aurelie

Objectif du PPS

Aucun objectif défini pour ce patient

Tâches du PPS

Aucune tâche à afficher



**SERVICE NUMÉRIQUE DE
COORDINATION DES SOINS**

LIEN

OIIS 360

LIEN L'APP

Messagerie instantanée dédiée aux soignants, et l'essentiel de la coordination en mobilité !

NOUVEAU !



Documents du patient

Accéder aux documents

Ajouter des documents



Messagerie instantanée

Entre professionnels

Autour d'un patient

Echange sécurisé de documents



Gestion de parcours

Créer le dossier de coordination

Accéder à l'équipe soignante

Gérer l'équipe soignante

Gérer le PPS

Observations

Visualiser les tâches du PPS

Évaluations

Agenda partagé

Télésuivi

Constantes

Réunion de concertation

NOUVEAU !



Documents du patient



Messagerie instantanée



Gestion de parcours

Créer le dossier de coordination

Gérer l'équipe soignante

Gérer le PPS Observations

Visualiser les tâches du PPS

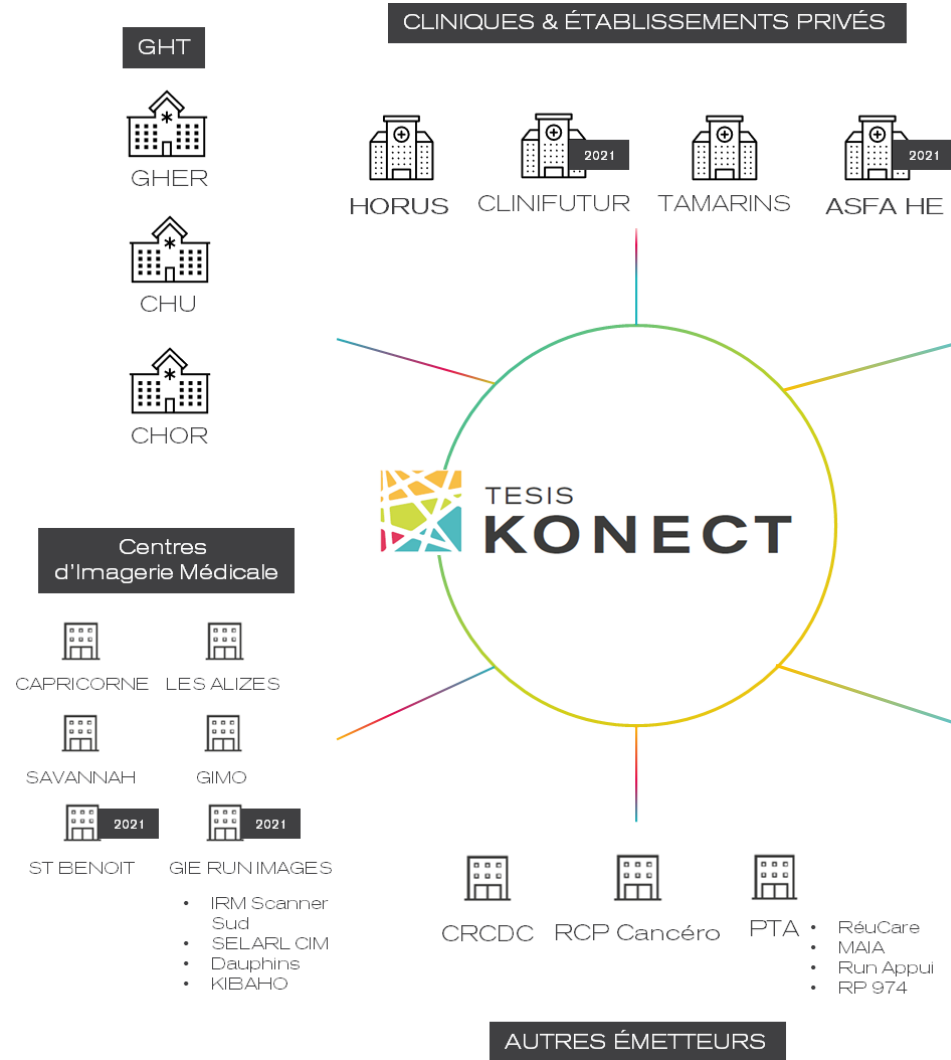
Évaluations Agenda partagé

Télésuivi Constantes

Réunion de concertation

L'ESSENTIEL DE LA COORDINATION EN MOBILITÉ





COORDINATION		LIEN	360	L'App
		Coordination courante	Coordination avancée	L'essentiel en mobilité
Documents du patient	Accès aux documents KONECT	✓	✓	✓
	Ajouter un document	✓	✓	✓
Gestion de parcours	Équipe soignante	Consulter	Consulter Modifier	Consulter
	Évaluations	✗	✓	✗
	PPS	Consulter	Gestion	✗
	Télesuivi COVID+	✗	✓	✗
	Agenda Partagé	✗	✓	✗
	Réunions de Staff	✗	✓	✗
	Constantes	✓	✓	✗
	Entre professionnels	✗	✓	✓
	Autour du patient	✓	✓	✓
	Échange sécurisé de documents	✓	✓	✓
Messagerie instantanée				

MSSANTÉ

MSS OI

Messagerie sécurisée, individuelle ou partagée

Individuelle

Échanger des données de santé en toute sécurité

Recevoir automatiquement ses CR dématérialisés, ne plus recevoir de courrier papier.

Orga

Partager l'information au sein d'un cabinet partagé, d'une MSP, d'un service ou d'un établissement.

TÉLÉCONSULTATION

VISIO

La téléconsultation disponible en deux versions

Basic

Lancer rapidement une visioconférence sécurisée avec un patient.

Pro

Fonctionnalités complémentaires :

- Planification des rendez-vous
- Échanger des documents avec le patient
- Historique des documents échangés durant 30 jours

Accessibles en ligne sans installation depuis pro.oiis.re



Ces services sont financés par l'Agence de Santé de La Réunion





Un contact unique pour toutes les demandes :

0800 123 974

Du lundi au vendredi

De 8h à 17h

Appel gratuit

contact@oiis.re

ANNEXES

VOUS ÊTES PROFESSIONNEL DE SANTÉ À LA RÉUNION ?

Accédez à une gamme d'outils numériques sécurisés pour simplifier votre travail au quotidien.

[Demander une démo](#)

Des services portés par  TESIS



[PAS ENCORE INSCRIT ?](#)

→ [Inscrivez-vous, c'est gratuit !](#)

[J'AI DÉJÀ UN COMPTE](#)

→ [Connectez-vous ici.](#)

“

« Je n'étais pas toujours d'accord avec ce que vous proposiez, mais là je dois reconnaître que vous répondez à mon besoin. Recevoir les documents sur ma Mailiz et ne plus avoir la version papier, c'est ce que je voulais. J'ai même arrêté mon outil de téléconsultation pour VISIO que je trouve très bien fait ! BRAVO ! »

Docteur Yvan Gilli, médecin généraliste Saint Benoît

”



MENU




L'annuaire



SE CONNECTER

 **Code à usage unique**

 **Authentification CPS**



Identifiant

Mot de passe

Pour une sécurité optimale, vous allez recevoir un code à usage unique.

Comment voulez-vous recevoir votre code ?

Par e-mail Par SMS

▶ [Mot de passe oublié ?](#)

▶ [Identifiant oublié ?](#)

RECEVOIR MON CODE

ACCÈS AUX SERVICES

Favoris Toutes Gérer les applications

 GÉRER MON COMPTE Mes informations personnelles	 TÉLÉ CONSULTATION VISIO	 MESSAGERIE SÉCURISÉE MSS-OIIS
 COMPTES RENDUS LIEN	 DOSSIER DE COORDINATION OIIS 360	

Bienvenue sur votre Espace Numérique Régional de Santé !
Pour prendre en main vos services, retrouvez l'ensemble des tutoriels dans l'aide en ligne :

[Aide en ligne](#)

Contactez nous !

N° DU GUICHET OIIS
0800 123 974 (Ouvert du Lundi au Vendredi de 8h à 17h)
contact@ois.re

MSS OIIS : MESSAGES NON LUS

Read-Receipt: Absence titre des notifications dans LIEN
LAMBERT PAULINE - 22/10/2020 à 14:18
Le mail envoyé le 8 juin 2020 15:13:29 GMT+04:00 au destinataire pauline.lambert@oi.mssante.fr avec l'objet "Absence titre des notifications dans ..."

Bilan 2020 des actions de la feuille de route

Objectif : Prévention de l'entrée dans la maladie rénale chronique

Actions PRS	Bilan 2020	Perspectives 2021
<p>-Prévention de la dégradation de la fonction rénale: Sensibilisation et formation des PS à la néphroprotection</p> <p>Facilitation de l'entrée précoce dans le parcours de santé</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Annonce du diagnostic➤ Coordination de la prise en charge➤ ETP <p>Généralisation de l'utilisation du PPS</p>	<p>Arrêt anticipé de l'expérimentation tendant à améliorer le parcours de soins des patients IRC (stade 3b-4 et 5):</p> <p>Démarrage tardif de l'expérimentation</p> <p>Arrivée du forfait en octobre 2019: rémunération forfaitaire pour l'amélioration du suivi et de l'accompagnement des patients aux stade 4 et 5 (pré-suppléance).</p>	<p>- S'appuyer sur: le retour d'expérience de l'expérimentation</p> <p>Le travail de l'ARC (recrutement en cours)</p> <p>Les CPTS</p> <p>- Programme ETP pré-suppléance régionale?</p>

**RETOUR D EXPERIENCE DE L'EXPERIMENTATION
« amélioration du parcours IRC»
et du programme ETP pré-suppléance
mme RODDIER Muriel - REUCARE**



PARCOURS DE SOINS DES REINS
LA RÉUNION

**BILAN de l'Expérimentation
parcours IRC
portée par RéuCARE**

Décalage du lancement

- Décret N°2015-881 du 17 juillet 2015
- Arrêté du 17 mai 2016 fixant la liste des 6 régions concernées
- **Engagements pro en décembre 2016 par RéuCARE et AURAR**
- Appel à candidatures le 24 avril 2017
- **Changement d'opérateurs décidés fin 2018**
- 1eres inclusions pour l'Expérimentation en février 2019
- Lancement officiel ARS en avril 2019

1A - FINALITÉ EXPERIMENTATION : préserver la fonction rénale



- **Repérage par Médecin traitant, autre spécialiste ou biologiste** Outil d'aide au repérage et au Parcours de Soins selon HAS
- **Inclusion avec obligatoirement accord patient** (et le cas échéant information systématique du médecin traitant)

Création d'un dossier partagé de coordination avec outils régionaux sécurisés par médecin ou RéuCARE

ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT

CAS SIMPLE

Suivi MT + néphro

- Aide IDE parcours pour faciliter l'inclusion (Fiche de consentement patient et MT)
- RV et rappel de RV néphrologue
- Recueil des données nécessaires pour cs néphro (Fiche de liaison: lettre, résultats biologiques et radiologiques)
- Retour/Partage consultation néphrologique avec MT

CAS COMPLEXE (PPS par MT et patient)

Suivi MT + néphro
+ autre (s)
(diet, psycho,
ass.sociale,
méd. spé, kiné, IDE,
etc.)

- **Prise de RV/ rappels/ suivi cs autres spécialistes demandés par le MT**
- **Coordination vers partenaires**
 - pour l'activité physique (adaptée ou non)
 - vers diététicien libéral (4 consultations gratuites /an)
 - vers psychologue libéral (4 consultations gratuites/an)
 - Education thérapeutique
 - *orientation vers partenaires pour diabète, obésité, insuffisance cardiaque, AVK
 - *coordination du programme RéuCARE « prévention rénale et cardiovasculaire », dont diabète, personnalisé, en proximité, animé par professionnels de santé libéraux

COOPERATION EQUIPE PRISE EN CHARGE

Evaluation Nationale,
par intervenant extérieur
(type INSERM)
sur données anonymisées

- Retours systématiques des actions entreprises et de leurs résultats/ partage informatique
- Aide pour collaboration entre les intervenants de la prise en charge (limiter risque de rupture parcours)
- Entretien motivationnel en collaboration avec les intervenants de la prise en charge
- Mise à disposition d'outils

1B - FINALITÉ EXPERIMENTATION : préparer la suppléance



- Proposition par Médecin traitant, autre spécialiste ou biologiste
- Inclusion avec obligatoirement accord patient (et le cas échéant information systématique du médecin traitant)

Création/usage du dossier partagé de coordination avec outils régionaux sécurisés par médecin ou RéuCARE

Appui de l'IDE parcours pour faciliter l'inclusion et/ou le suivi

- Organisation de la consultation d'annonce de besoin de suppléance
- Accompagnement du patient et évaluation de ses besoins
- Organisation de la concertation pluridisciplinaire
- Organisation de la consultation de présentation du choix et décision de suppléance
- Soutien pour la compréhension du patient et l'expression de son choix de suppléance possible
- Soutien pour l'initiation de la suppléance
- Coordination vers partenaires
 - pour l'activité physique (adaptée ou non)
 - vers diététicien libéral (4 consultations gratuites /an)
 - vers psychologue libéral (4 consultations gratuites/an)
 - pour l'éducation thérapeutique
- * orientation vers programmes de pré-suppléance (publique ou privé)
- +/- *orientation vers partenaires pour diabète, obésité, insuffisance cardiaque, AVK ou coordination du programme RéuCARE « prévention rénale et cardiovasculaire », dont diabète, HTA, personnalisé, en proximité, animé par professionnels de santé libéraux

CAS COMPLEXE
(PPS par IDE parcours en lien avec néphro)

Suivi néphro + MT
+ autre (s)
(diet, psycho, ass.sociale, méd.spé, kiné, IDE...)

COOPERATION EQUIPE PRISE EN CHARGE

Evaluation Nationale, par intervenant extérieur (type INSERM) sur données anonymisées

- Retours systématiques des actions entreprises et de leurs résultats/ partage informatique
- Aide pour collaboration entre les intervenants de la prise en charge (limiter risque de rupture parcours)
- Entretien motivationnel en collaboration avec les intervenants de la prise en charge
- Mise à disposition d'outils



RAPPEL DES ACTIONS 2018 d'ingénierie menées par l'équipe projet

(ARS, AURAR, RéuCARE)

- Janv** : revue des **outils d'appui** aux médecins (RéuCARE),
réunions d'échanges avec le TESIS pour les **outils numériques** (PTA974) et demande de coopération
des chargées de mission déploiement (TESIS)
- Février**: demande de la **coopération des DAM** (CGSS) : travail sur les éléments de langage
- Mars** : questionnaire sur le « coordinateur de projet » prévu dans le cahier des charges (ARS?)
- Avril**: questionnaire sur les outils numériques (**spécifications**)
et programmation d'une **formation** à OIIS 360
- Mai** : présentation au **CRIRC** de l'expérimentation parcours IRC et des avancées
- Juin** : appel à **candidatures IDE pour recrutements**
- Juillet**: travail sur les outils de **communication** (affichette et flyer)
- Août**: document de **consentement du patient** et rétroplanning des interventions TESIS
- Sept** : travail sur **outils parcours pré-suppléance et indicateurs**
- Oct.** : **finalisation des outils de communication** (en attente de validation ARS)
projet de soirées d'information des MG, animées par des néphrologues
- Nov.** : travail sur les éléments de langage (communication vers les professionnels) et les indicateurs
- Déc.**: création d'un **logo** expérimentation, repositionnement de l'opérateur unique (RéuCARE)
Copil : **présentation** des actions 2018 et calendrier 2019

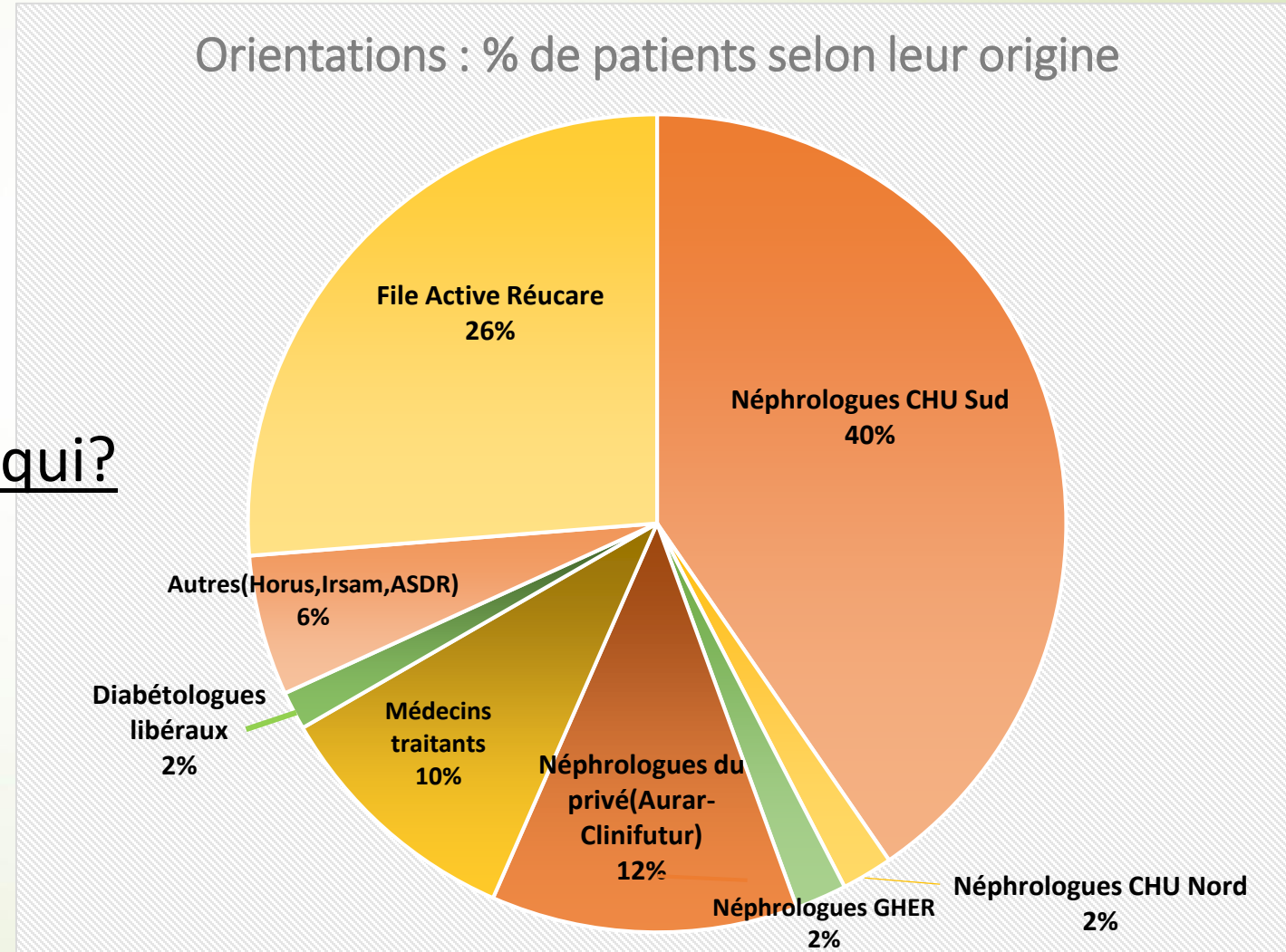
LES ORIENTATIONS

➤ 134 orientations du **01/02/2019 au 01/07/2020** (17 mois):

➤ Où?

- 53% dans le SUD
- 22% dans l'OUEST
- 25% dans le NORD/EST

➤ Par qui?



LES INCLUSIONS

78% de ces 134 patients ont été **réellement inclus: soit 105 patients:**

- 49% dans le SUD
- 19% dans l'OUEST
- 28% dans le NORD/EST

23% des patients n'ont pas été inclus : *Non intéressés, injoignables ou hors département*

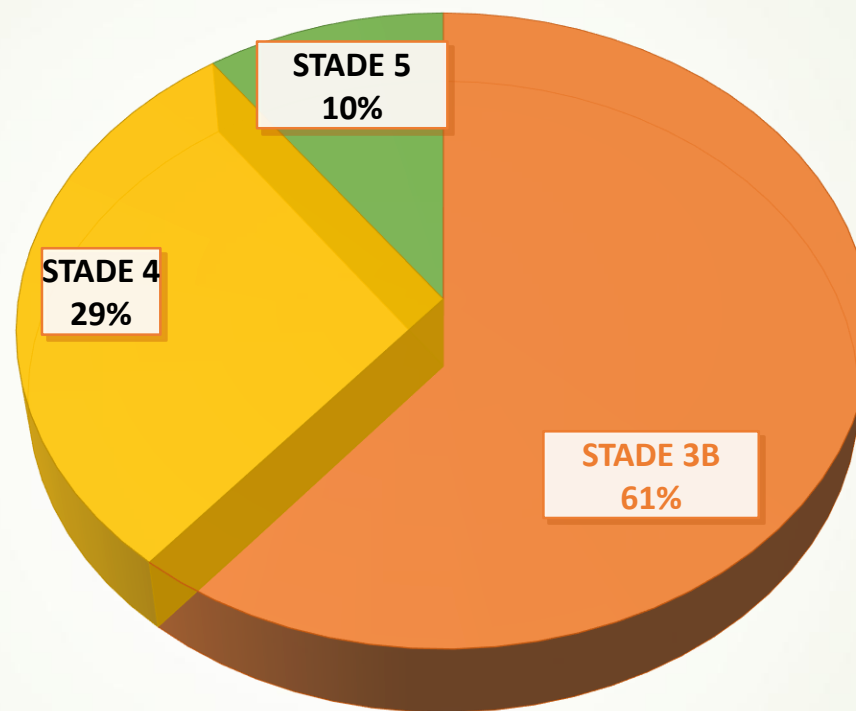
➤ Sur les 105 patients :

18% sont sortis du parcours prématurément :

- *Refus de la poursuite du suivi*
- *Patients finalement indisponibles*
- *Début de dialyse (4%) (critères d'exclusion de l'expérimentation)*
- *Décès (1%)*

A l'inclusion dans le parcours expérimental

STADES IRC



MAIS... en Octobre 2019, mise en place du forfait IRC dans des établissements de soins

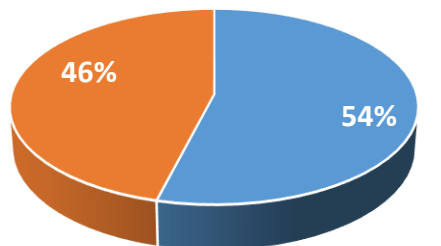
Conséquences pour l'expérimentation :

arrêt des inclusions de patients en stades 4 et 5 dans le parcours expérimental, soit 39% de notre File Active.

... de la File Active
(100 patients – 1 an d'expé.)

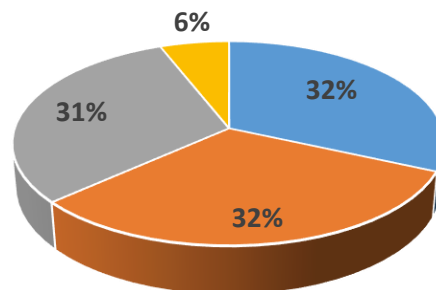
au 01/03/2020

Sexe



■ Hommes ■ Femmes

Age (37 à 89 ans)



■ <60 ans ■ 60-70 ans
■ 70-80 ans ■ >80 ans

78% des patients sont diabétiques

20% ont eu lithiases rénales

29% sont obèses + 35% sont en surpoids

10% ont HTA non équilibrée en début d'expérimentation (équilibré pour 8/10 au 01/03/20)

53% ont déjà eu complication(s) cardiovasculaire - microangiopathie

(2 ont été hospitalisés pour complication CV dans l'année)

20% se plaignent spontanément de difficultés financières (53% Sud, 20% Ouest, 27% Nord)

44% n'ont pas de soutien familial, 44% ont IDEL

19% ont un travail

10% sont en invalidité

32% sont autonomes

30% se plaignent d'avoir un mauvais moral (26% ont accepté cons psychologue)

8% se plaignent spontanément de troubles de mémoire (dont la moitié ont moins de 70 ans)

... de la File Active
(100 patients – 1 an d'expé.)
au 01/03/2020



20% des cs diététiques, de psychologie et/ou les séances d'ETP ont du être faites au domicile

80 % sont sédentaires

Amélioration AP pour 27/80 au 01/03/20
soit pour 34%

Protéinurie

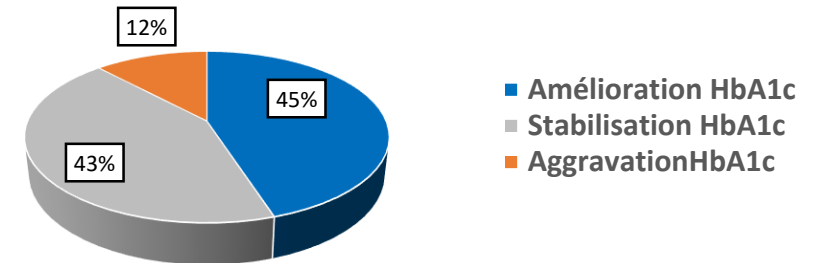
	Début prise en charge	Au 01/03/2020
Protéinurie > 0,5 g/24h ou RPC > 50 mg/mmol	44%	9%

78% des patients sont diabétiques

Au moins 28% ont rétinopathie, 17% ont neuropathie

47% diabétiques non équilibrés au début EXP (36% au 01/03/2020)

Evolution HbA1c



29% sont obèses + 35% sont en surpoids

OBESES (29/100)	Amélioration	Stabilisation	Aggravation	Evolution inconnue
Avec consultation diet	50%	40%	10%	
Sans consultation diet	0%	14%	29%	57%
Total obèses	38%	31%	14%	14%

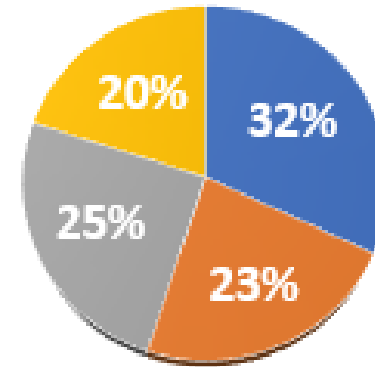
SURPOIDS (35/100)	Amélioration	Stabilisation	Aggravation	Evolution inconnue
Avec consultation diet	58%	42%	0%	
Sans consultation diet	18%	18%	9%	35%
Total surpoids	46%	34%	3%	17%

92% des patients sont hypertendus

10% ont HTA non équilibrée en début d'expérimentation (équilibré pour la majorité au 01/03/20)

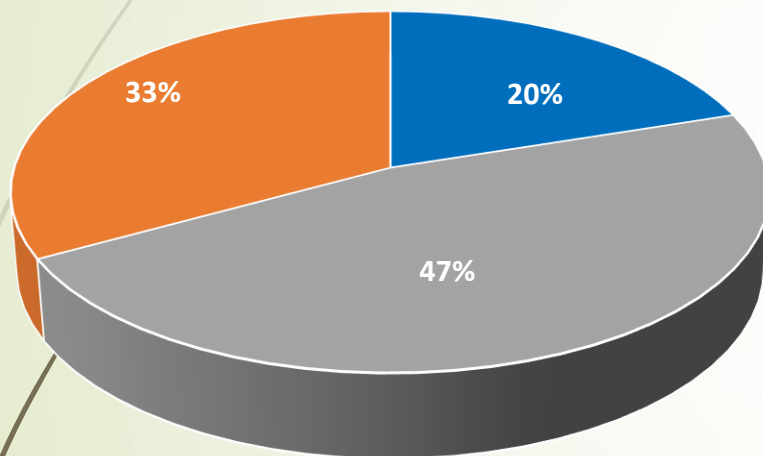
ETP coordonnée par Reucare

ETP Reucare acceptée pour 65% FA
(167 RV programmés, 102 honorés, dont 20% à domicile)



- ETP complète faite
- ETP en cours
- ETP partielle (sortis ou arrêt II)
- ETP en attente

Evolution DFG



- Amélioration
- Stabilisation
- Aggravation

FA totale (100 patients)	Stade 3A	Stade 3B	Stade 4	Stade 5
Début EXP	0	57	35	8
au 01/03/2020	11	35	38	16

FA DIABETIQUES (78 % FA)	Stade 3A	Stade 3B	Stade 4	Stade 5
Début EXP	0	43	29	6
au 01/03/2020	8	27	31	12

Observations sur **17 mois** de suivi coordonné...

➤ Actions concernant les STADES 3B : (63 patients)

- ✓ 77% ont bénéficié d'un **suivi diététique**
- ✓ 5% ont été orientés par l'infirmière de parcours vers 1 **première consultation** néphrologique
(soit orientation prématurée, soit déjà pris en charge néphro)

➤ Actions concernant les STADES 4 et 5 : (40 patients)

- ✓ 53 % ont bénéficié d'une **information** et/ou de séance **ETP - pré suppléance** (partenaires)
- ✓ 7 patients ont débuté un bilan **pré-greffe rénale** (CHU)
- ✓ 2 patients sont **inscrits sur la liste de greffes rénales**
- ✓ 6 patients ont débuté la **dialyse** *(et sont sortis de l'expérimentation)*

constats

Différence de situation pour les patients du nord et du sud :

Au nord

- patients volontaires (déjà connus du réseau)
- patients plutôt impliqués dans leur santé, acceptent plutôt facilement la proposition du médecin
- peu d'inclusions directes des établissements de soins
- déplacements assez faciles
- peu d'offre d'ETP pré-suppléance

Au sud

- patients peu autonomes (transports en commun moins accessibles, public âgé)
- certains acceptent la proposition du médecin mais refusent ensuite le suivi parcours
- inclusions directes des néphro du CHU
- déplacements difficiles / nécessités d'intervention à domicile
- offre d'ETP pré-suppléance seulement au CHU (partenariat AURAR)

Les +

1/ Analyse continue du contexte : public ; PS ; système de santé

sensibilisation des acteurs sur les besoins en ETP ; Programme ETP Néphro-protection et pré suppléance

partenariats Réunilab et Cerballiance facilitant le **suivi biologique** au nord; participation ponctuelle au CHU à la **réunion pré-greffe** mensuelle (segment IB)

2/ Plus de la moitié des patients stades 4 et 5 ont eu une **information sur l'ensemble des méthodes** de suppléance (incluant la greffe)

3/ La plupart des patients stades 4 et 5 ont déjà un **parcours optimal** par rapport à leur IRC

4/ DFG stable pour 74% des stades 4.

Importance des recommandations de néphro protection à ce stade, diffusées par exemple lors de consultations diététiques ou de séances d'ETP

5/ **Inclusions de patients du Sud** ont permis de repérer des **particularités** : population plus fragile, plus âgée, moins autonome, plus sédentaire, etc.

Et forte disparité aussi pour les **besoins d'accompagnement** (ex: Visite A Domicile selon le territoire avec 60% de VAD dans le Sud, 18% dans l'Ouest et 15% dans le Nord-Est)

6/ **Dossier de coordination numérique (OIS 360)** : partage avec les PS des informations concernant leurs patients via LIEN (respect du cahier des charges de 2016)

Les – ou neutres

2. Stop du travail d'information pour les stades 4 et 5 depuis Octobre 2019

3. Biais de recrutement ?

4. **Offre en ETP** encore hétérogène sur l'île.

Pas de prise en charge des **frais de déplacements** des intervenants lorsque l'intervention à domicile est nécessaire.

Question du "bon moment " de l'**info pré-suppléance**.

5. **Sédentarité des patients** et actions à domicile chronophages

Pas d'adaptation des moyens aux besoins d'accompagnements spécifiques des patients
Parcours très complexes au sud (polypathologies + précarité socio-économique, inobservance, etc.)

6. Seule l'application " LIEN" est utilisée par les professionnels de santé.

Indicateurs de suivi traités manuellement; outil d'extraction de données en cours pour un 1^{er} usage. MSS insuffisamment utilisée



ACTIVITE 2020 GLOBALE (RÉSEAU ET EXPERIMENTATION)

Rappel des orientations stratégiques

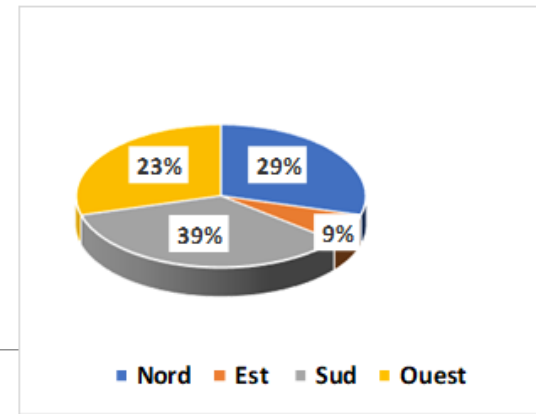
Orientation n°1 : Améliorer la prise en charge des patients MRC et IRC (stades 1 à 4) pour éviter l'aggravation de la maladie et la survenue des complications cardiovasculaires.

Orientation n°2 : Améliorer l'appui à la coordination des parcours complexes dans le cadre de la plateforme territoriale d'appui 974.

Orientation n°3 : Améliorer dans le cadre de la PTA974 l'approche territoriale dans une logique de parcours de l'équipe de soins primaires (ESP) et de communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

Activité 2020

FA : 480 patients inclus et suivis dans le réseau (hors soins)



Non MRC	71	15%
Stade 1	94	23%
Stade 2	144	35%
Stade 3A	67	16%
Stade 3B	75	18%
Stade 4	27	7%
Stade 5	2	
Total	409	100%
FA	480	

75% des patients inclus en stade précoce (avant IRC).

Réseau bien positionné en prévention aggravation rénale

Selon les données biologiques recueillies auprès du médecin traitant ou spécialiste, ou directement via les résultats transmis par le patient à l'inclusion:

85% des patients de de la file active (FA) totale sont **MRC** (dont 25% IRC soit stade 3b ou +)

62 % des patients sont **diabétiques**

73% des patients sont **hypertendus**

65% des patients sont **dyslipidémiques**

73% des patients sont en **surpoids ou obèses** et **50%** des patients sont **sédentaires**

88% des patients ont d'autres **facteurs de risque** cardiovasculaire et rénal et **55%** des

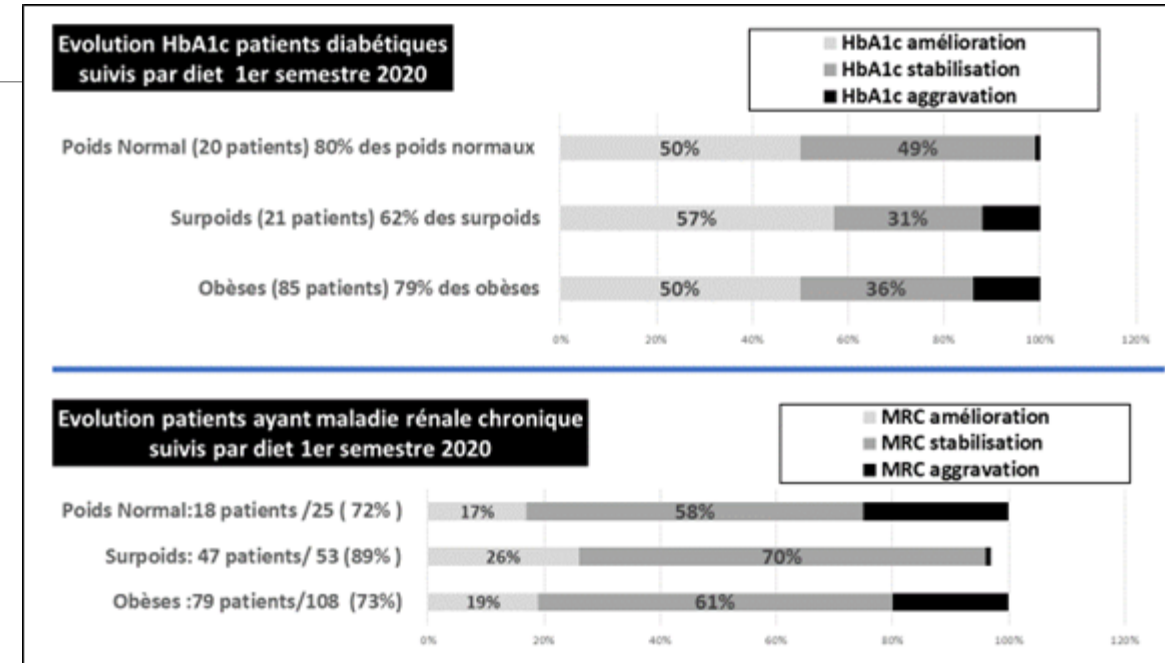
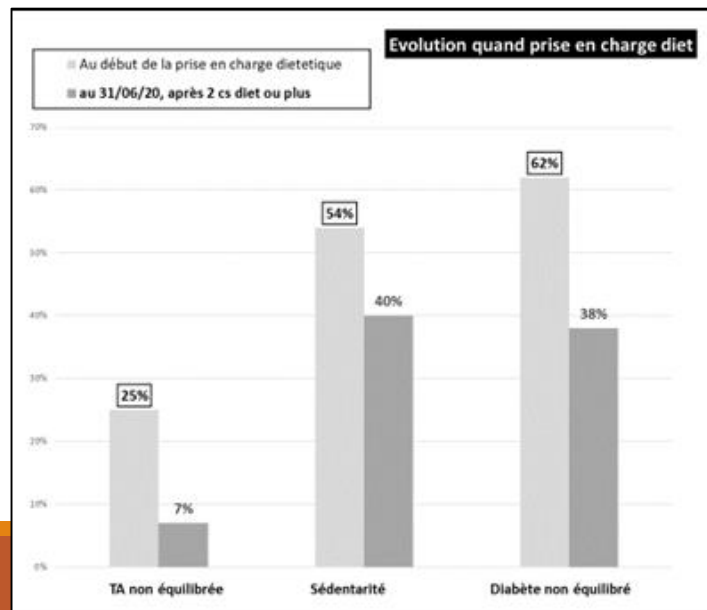
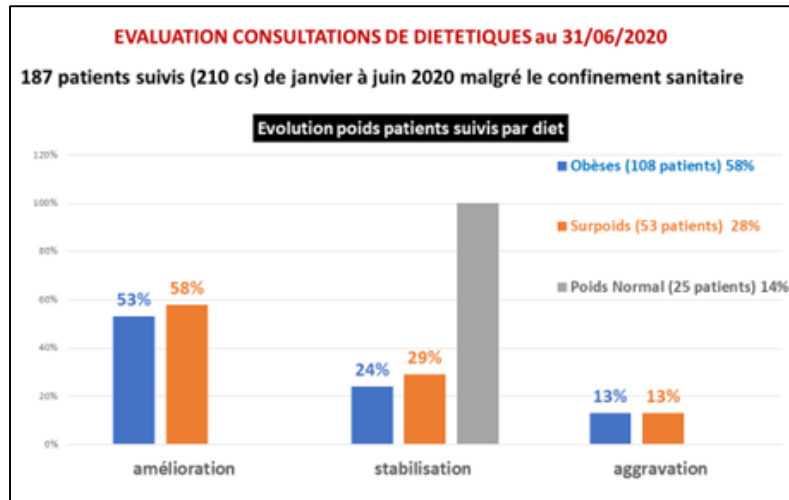
patients ont des **antécédents familiaux** identifiés

Presque tous les patients de la file active sont polypathologiques et fortement à risque d'aggravation rénale et cardiovasculaire



SERVICES RENDUS AUX PATIENTS (Plan Personnalisé de Santé)

640 consultations de diététique financées pour 282 patients et 217 consultations de psychologie financées pour 88 patients et appui à l'orientation vers des spécialistes, vers actions : l'activité physique, arrêt du tabac, programmes d'ETP, structures sociales, associations de patients, divers partenaires, etc.



Proportion de patients ayant vu un néphrologue dans l'année

(appui au patients : explication de l'enjeu, motivationnel, rappel)

Stade 1 : 7%
Stade 2 : 16%
Stade 3A : 31%

Stade 3B : 64%
Stade 4 : 81%



BILAN ETP – FILE ACTIVE GLOBALE (RÉSEAU+EXPÉ)

PROGRAMME « SANTE DES ARTERES ET DES REINS »

ETP 2020 dans le réseau

File active 2020 : **328 patients** inclus dans le programme d'ETP *(sur 480 patients du réseau)*

Nombre de séances collectives réalisées : **23 séances pour 113 patients** *(sur moins de 5 mois d'activité réelle en ETP)*

Nombre de séances individuelles réalisées : **45 séances pour 25 patients**

+ cs **diététiques et/ou psychothérapie** pour 82% des patients éduqués de la file active

Nb de patients ayant terminé leur programme complet : 96 soit 54% des patients en fin de programme

Bilan 2020 des actions de la feuille de route

Objectif : Renforcer l'autonomie et améliorer la qualité de vie du patient au stade de la suppléance

Actions PRS	Bilan 2020	Perspectives 2021
-Développement de la dialyse hors centre: Développement des prises en charge hors centre à J90 Développement de la dialyse à domicile Réduction de la dialyse en urgence Amélioration de la coordination entre néphrologues et généralistes	Report de l'action	- Embauche d'un ARC au niveau du CHU - « Ma Maladie Rénale chronique 2022 » 10 propositions pour développer la dialyse à domicile
-développement d'une offre de suppléance alliant qualité, sécurité et confort avec Systématisation du recours aux soins de support	Forfait	- Evaluation de l'arrivée du forfait

Bilan 2020 des actions de la feuille de route

Objectif : Renforcer l'autonomie et améliorer la qualité de vie du patient au stade de la suppléance

Actions PRS	Bilan 2020	Perspectives 2021
<p>-Poursuite de la greffe rénale avec un objectif de 50 par an: Sécurisation pérenne des activités de prélèvements et de greffe Diversification des greffons Augmentation de la part de greffes préemptives Augmentation du nombre de bilan pré-greffe formalisé à 15 ml de DFG en vue d'une inscription sur liste d'attente</p>	<p>Mise en place d'un coordonnateur au Nord Mise en place d'une campagne de sensibilisation Mise en place des DV</p>	<p>Propositions du comité?</p>

Bilan 2020 des actions de la feuille de route

Objectif : Renforcer l'autonomie et améliorer la qualité de vie du patient au stade de la suppléance

Actions PRS	Bilan 2020	Perspectives 2021
-Promotion de l'inscription sur liste d'attente de la greffe auprès des patients via une meilleure concertation des PS et une communication sur les résultats de greffe Amélioration du suivi post-greffe avec l'ensemble des PS		Propositions du comité?

BILAN DE LA GREFFE RENALE
Pr Henri VACHET-COPONAT

Activité de greffe rénale 2020

Service de Néphrologie-Dialyse-Transplantation Rénale
CHU-REUNION

Equipe RD3RA

Mme Julie BARAN, Mme MAQUIHA Odette, Mme TARMALINGOM Lydia,
Mme VIRAPINMODELY Jeannine, Equipe soignante de néphrologie

Dr ASGARALI Ehshan, Dr COLIBAN Marcela, Dr DI ASCIA Ludovic, Dr GOSSET Clément,
Dr LE FLECHEUR Arnaud, Dr PARIS Eric, Dr VASSEUR Anne Sophie, Dr VIALLET Nicolas,
Pr VACHER-COPONAT Henri

Les nouveautés en 2020

- Année du COVID19
- Fermeture service de néphrologie Sud par insuffisance d'équipe médicale (juin-octobre)
- Incapacité structurelle persistante à absorber l'activité d'hospitalisation en néphrologie...
- Projet M3 toujours en cours...
- Nouveaux médecins
 - Néphrologues :
 - Départ : Dr HEBMANN Delphine
 - Arrivée : Dr PARIS Eric, Dr COLIBAN Marcela, Dr LE FLECHER Arnaud, Dr ASGARALI Ehshan

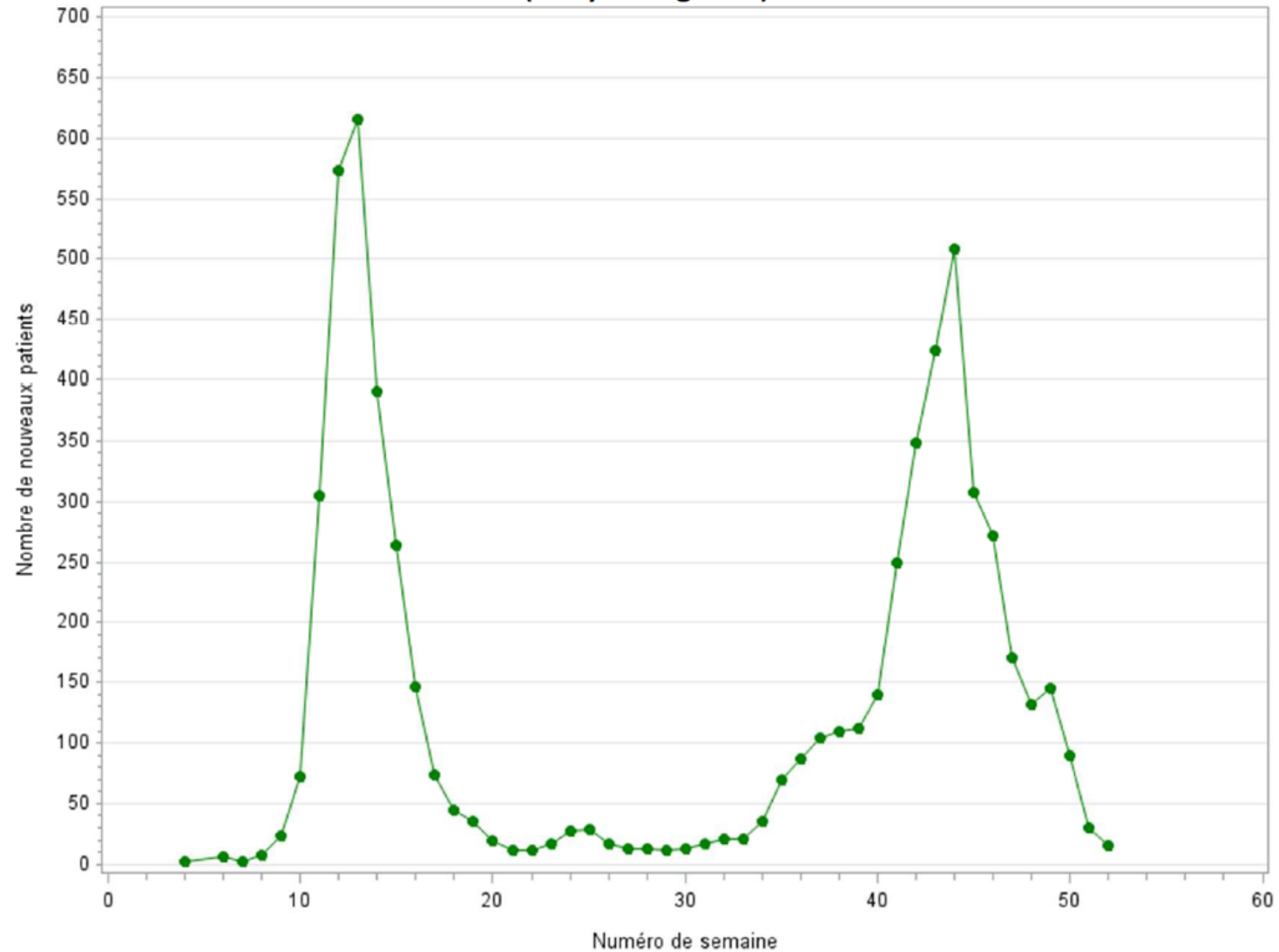
Bienvenue
À BORD

Les nouveautés en 2020

- Année du COVID19
 - 1^{er} confinement 17 mars: Arrêt national de la greffe
 - Puis 11 mai déconfinement avec reprise (insuffisante) du prélèvement et des greffes
 - impact sur le nombre de lits en réanimation (et donc de donneurs potentiels hospitalisés en Réa) et l'accès au bloc
 - Impact sur les possibilités de transport aérien
 - Létalité du COVID augmentée chez les greffés (mais proche de celle observée en Dialyse)

Données REIN et ABM au 1^{er} janvier 2021

Nombre hebdomadaire de nouveaux cas (dialyse et greffe)



COVID et greffe

- Données REIN et ABM au 1^{er} Janvier 2021

	Greffés	Dialysés
Infectés	1507	4652
% de patients infectés	3,5%	9,4%
âge médian	59,5 (48,7-68,5)	72,5 (61,9-81,4)
Ancienneté Greffe/Dialyse	6,4 ans (2,8-12,2)	3,6 ans (1,8-7,2)
DCD	226	690
Mortalité	15%	15%
âge médian	69,1, 41% < 65 ans	78,6; 37% < 75 ans
Ancienneté Greffe/Dialyse	6,6 ans (3-11,9)	4 ans (2-7,4)
% DCD selon âge		
45-64 ans	12% (90% lié au COVID)	10% (65% lié au COVID)
65 ans et +	29% (75% lié au COVID)	27% (68% lié au COVID)

COVID et greffe

- Données Réunion au 1^{er} Janvier 2021

	Greffés n=500	Dialysés n=1700
Infectés	10	75
% de patients infectés	2%	4,4%
âge médian	44	65,9
Ancienneté Greffe/Dialyse	3,3 ans	
DCD	2	12
Mortalité	20%	16%
âge médian	65,9 et 74,6 ans	69,1
Ancienneté Greffe/Dialyse	1,5 et 2,1 ans	

Infection COVID-19 et greffe Rénale à La Réunion

- **Au 1^{er} mars 2021**

- 16 patients/ (500?)(3,2%?)

- Du 5 septembre 2020 au 2 mars 2021

- 6 femmes/10 hommes

- Age moyen 58,1 (34,5-81,6) ans

- 1^{ère} greffe

- depuis 79,7 (5,6-259) mois

- 3 depuis moins d'1 an

Infection COVID-19 et greffe Rénale à La Réunion

- Asymptomatiques : 3
- Symptomatiques : 12
 - Délais symptômes-Diagnostic : 1,2(0-4) jours
 - Dyspnée 7
 - Toux : 8
 - Myalgies: 3
 - Céphalées : 1
 - Rhinite : 2
 - Diarrhée : 3
 - Anosmie : 0??

Infection COVID-19 et greffe Rénale à La Réunion

- Prise en charge :
 - 13 hospitalisés
 - Durée moyenne 23(5-86) jours
 - 7 en réa (43%)
 - 3 DCD (18,7%)
 - Age : 66,7; 72,3; et 81,6 ans
 - Ancienneté de la greffe : 15,5; 23,7 et 29,1 mois
 - Délais DC : J5, J15, J36;

Quelques chiffres d'activités liés à la greffe

	2017	2018	2019	2020
Nouvelles greffes	30 +1	73 + 1	70+1	37
Nouvelle inscription	42	55	84	74
Donneur vivant Réalisées Projets évalués CS donneurs			2 (5 pour bientôt) 14 30	
Greffés suivis au CHU au 31/12 (dernière CS < 1 an)	354 ?	408 ?	451	488
Hospitalisations UF greffe/Total	251/858	388/997	569/918	
Consultations en Néphrologie				
Cs Pré-greffe	380	425	838	752
CS Post-greffe	1270	2043	3128	3150

ACTIVITÉ PREGREFFE

Activité Pré greffe 2020

- Réunions mensuelles infos pré-greffe (7)
 - 119 patients
 - 31 accompagnants
 - 7 professionnels de santé
- Réunions de concertation pluridisciplinaire mensuelles : 9
 - 168 dossiers
 - 74 inscrits ou transferts acceptés (4 greffés dans l'année)

Cs Pré greffe 2020

- 752 rendez vous (838 en 2019) (12% des cs de la Néphro)
 - 268 non venus (35,6%)
 - 484 consultations réalisées (600 en 2019)
 - 80 premières fois
 - 89 compléments de bilan
 - 126 actualisations
 - 168 consultations chirurgicales
 - 21 Cs de candidats pour un don à un proche

Activité Pré greffe 2020

- fiches de synthèse : depuis oct 2016
- Au 31/12/2020 :
 - 270 patients sur la liste d'attente (265 en 2018)
 - 188 patients en cours d'évaluation

LISTE D'ATTENTE

AU 01/01/2021

865 507hab,

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042742102?r=sWADt35z0A>

ABM 2017

inscrits : 201,4 pmh

Age 55,1 ans

TGI> 85= 26%

Nouvelle greffe : 23%

Groupe B : 14%

CIT : 45%

DCD sur liste : 1,9%

- 270 Inscrits (311 pmh)
 - 58,3% Hommes/41,7% femmes
 - Age : Moyenne : 52,7 ans (Min 20:, Max : 78)
 - En CIT au 01/01/2021 : 42,2 % (n= 114)
 - Inscrits en préemptifs : 47 (reste 17 toujours en préemptifs)
 - Durée **dialyse** (exclusion greffe préemptive): **94,8 mois** (méd:72 Min0,7 Max 492)
 - Durée d'«**urémie**»(greffe + dialyse): **99,3 mois** (méd: 75,8, Min 0,7 Max 492)
 - Attente moyenne depuis **inscription: 54,8 mois** (médiane : 43,4)
 - Probabilité d'être greffé à 24 mois si inscrit après 2011: 16% (France 42%; Paris Tenon 13%, Marseille 63%)

Les nouveaux candidats

(inscrits en 2020, Pop 866 506 hab)

ABM 2017

Nouveaux inscrits : 78,7 pmH

Age 54,2 ans

TGI > 85 = 12,9%

Nouvelle greffe : 15,1%

Préemptif : 39,8%

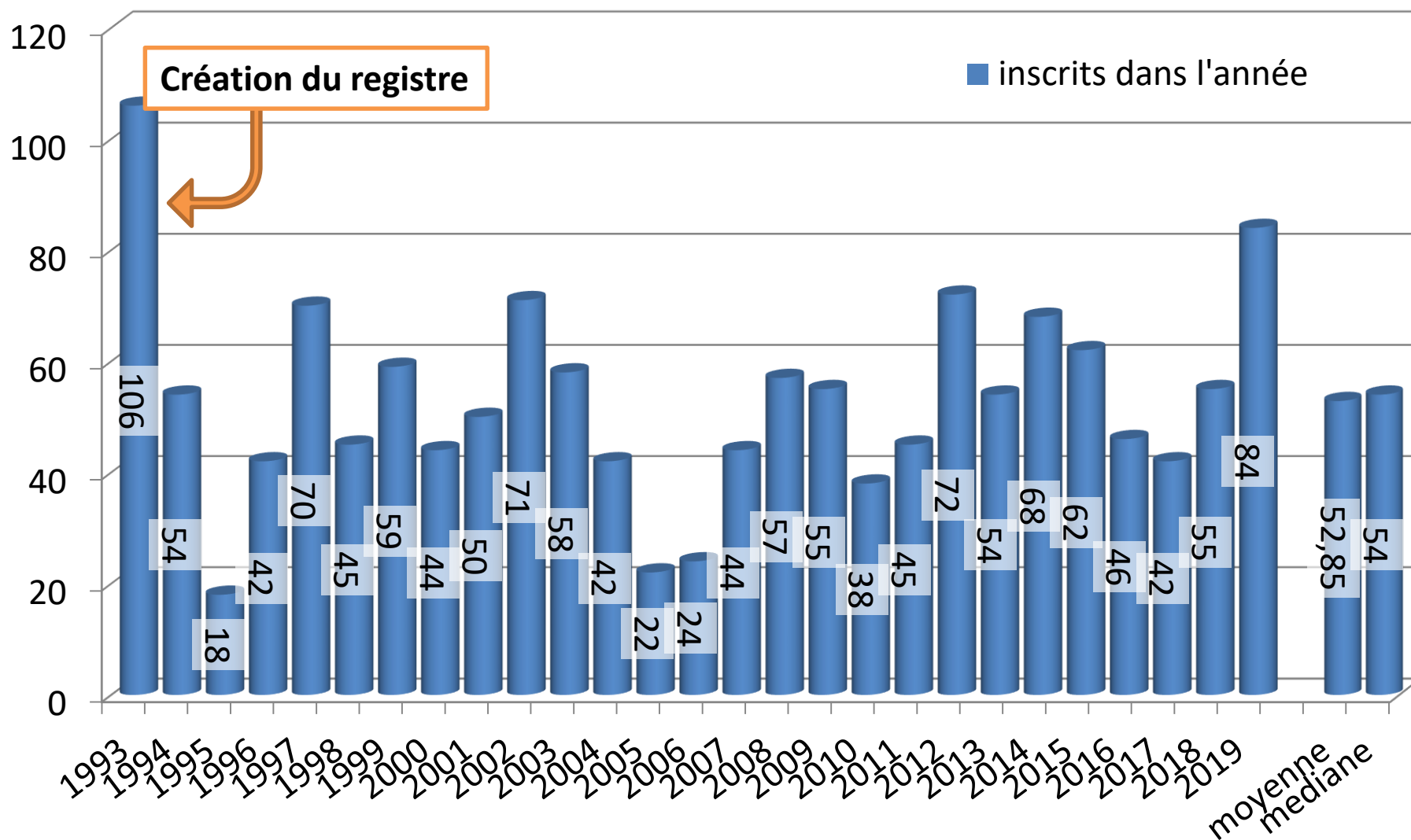
- Nb = 74 (pmh)
- Age (an; Moy, Min-Max) : 53,5 (19,7-
- Ratio H/F :
- BMI (kg/m²; Moy; Min-Max) :
- Cause IRC (nb, diabète/PKD/Glom/Vasc/Autre/inconnue) :

- Groupe ABO (nb, A/B/O/AB) :
- Hyperimmunisé (nb; TGI>85%, nb, %) :
- Nouvelle greffe (greffe >1, nb, %) :
- Préemptif (nb, %) :

Nb nouveaux inscrits par an

Inscription médicale
Création registre 1993

ABM 2017
Nouveaux inscrits : 78,7 pmH



Les flux sur la liste d'attente

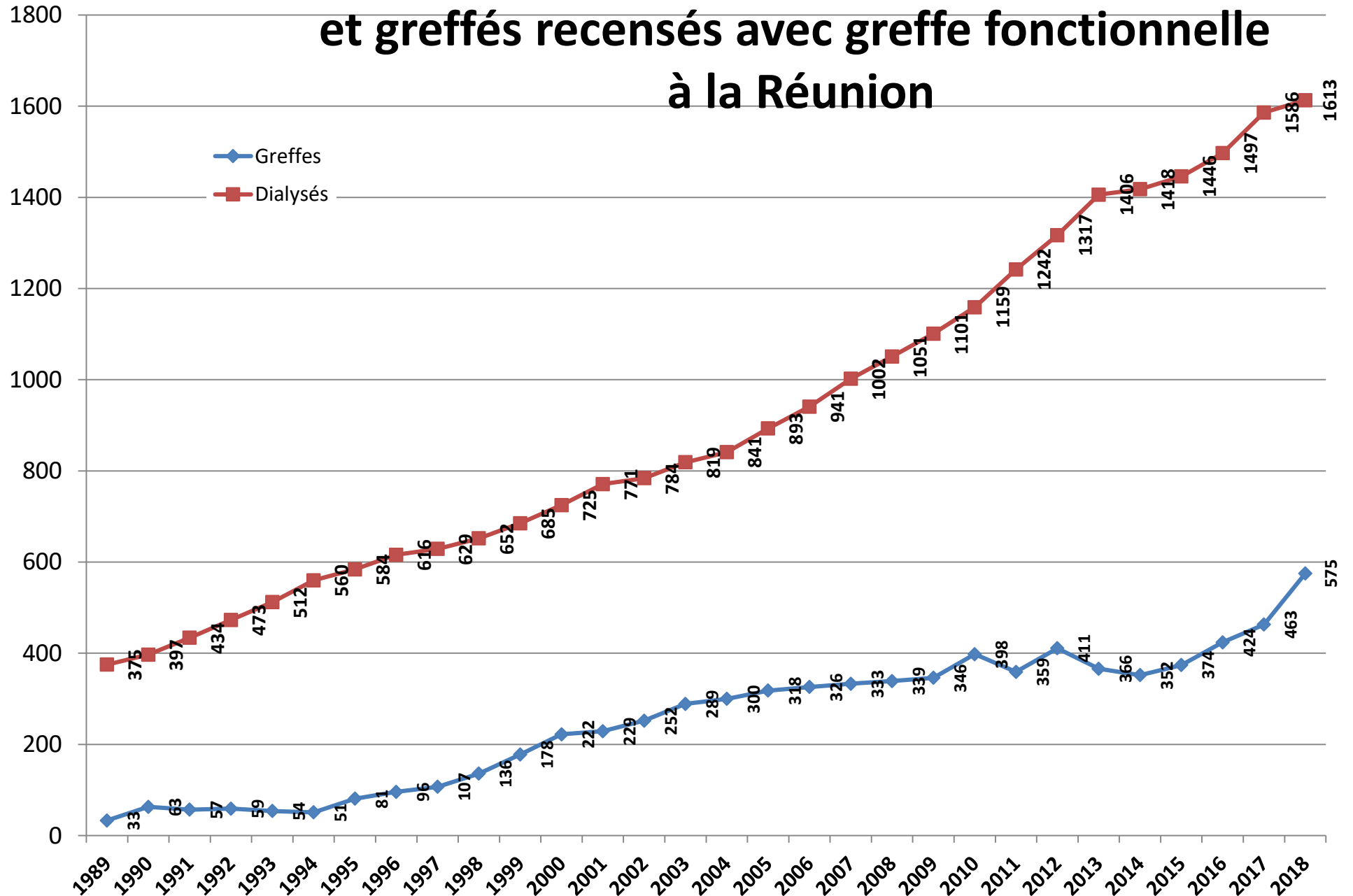
ABM 2017

DCD sur liste : 1,9%

• Inscrit sur liste au 1 ^{er} janvier 2018 :	254
– Greffés en 2018 :	- 37
(dont 9 greffés dans l'année)	
– DCD :	- 5
– Retrait pour raison médicale :	- 2
– Retrait pour convenance personnelle :	- 13
– Retrait autre cause (greffe métropole/transfert):	- 7
• Total sortis de liste :	- 99
• Nouveaux inscrits :	+70
• Nb de transferts de liste :	+ 4
• Inscrit sur liste au 1 ^{er} janvier 2019 :	270

ACTIVITÉ DE GREFFE

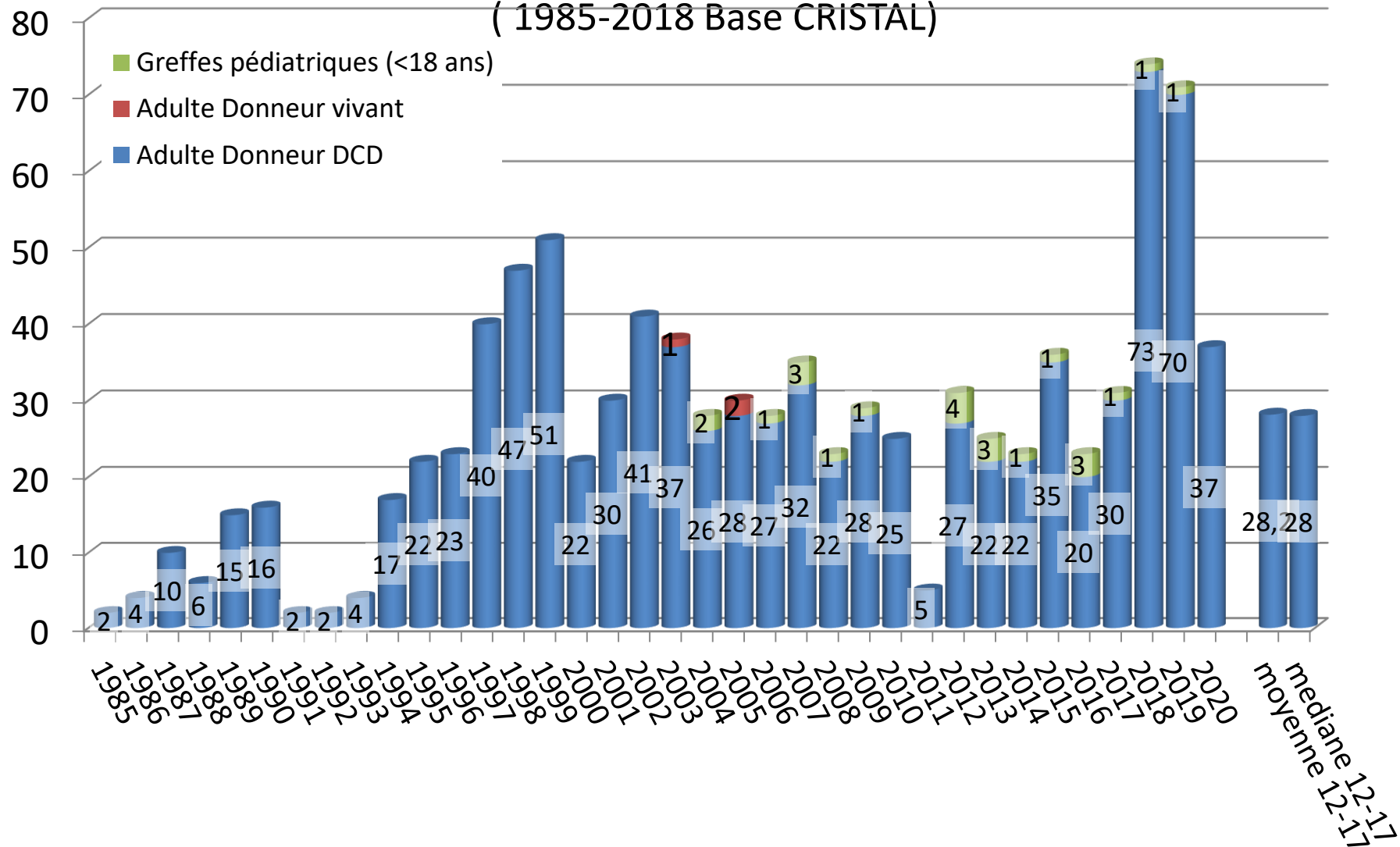
Nb de patients hémodialysés et greffés recensés avec greffe fonctionnelle à la Réunion



Activité de greffe rénale

Ile de la Réunion

(1985-2018 Base CRISTAL)



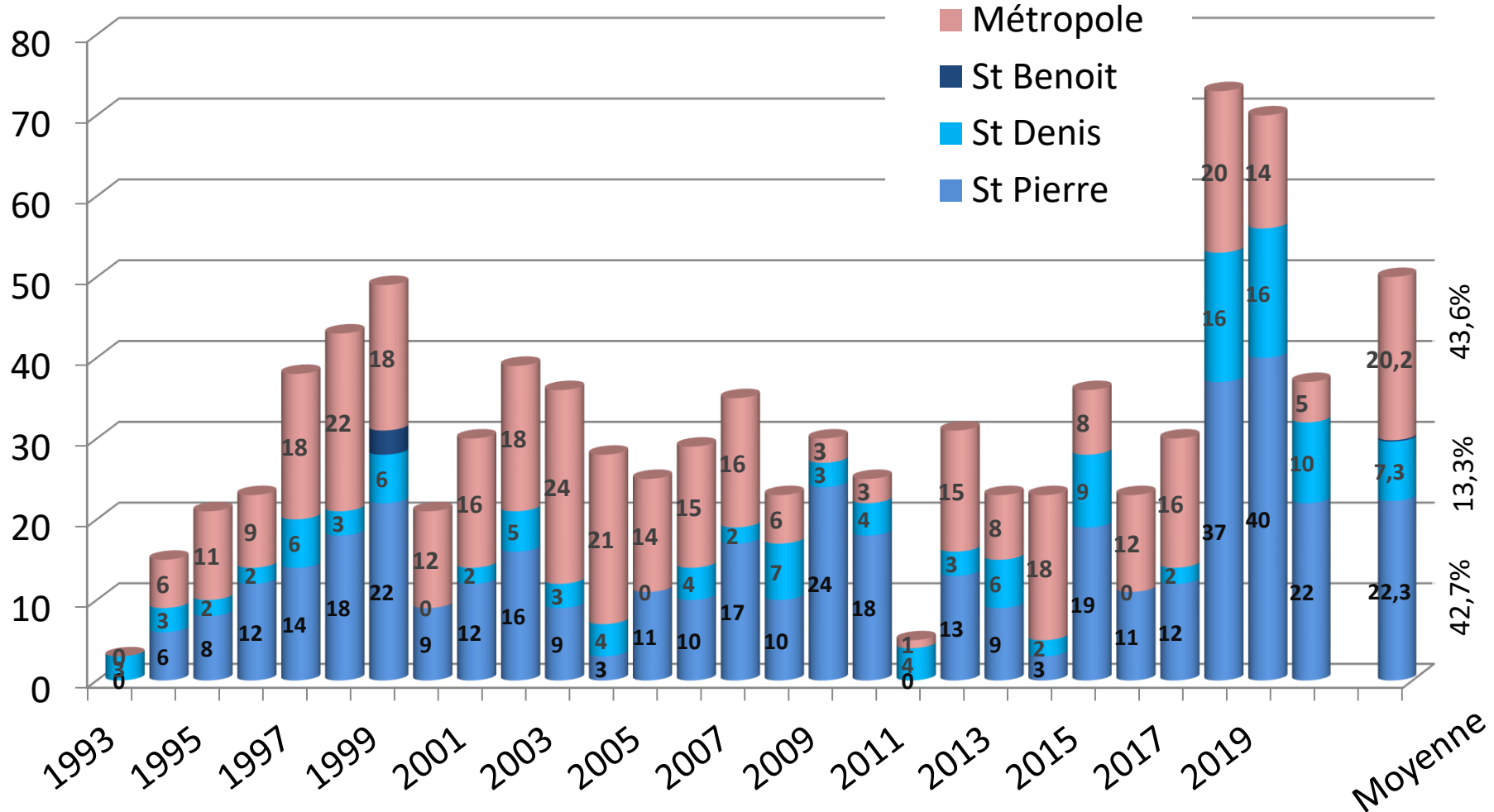
donneurs

- Origine des greffons
 - ZIPR/National
 - Local/métropole
- Mode d'attribution
- Age
- Sexe ratio
- Causes de DC
- Donneurs critères étendus
- Ischémie froide/totale

Origine des greffons

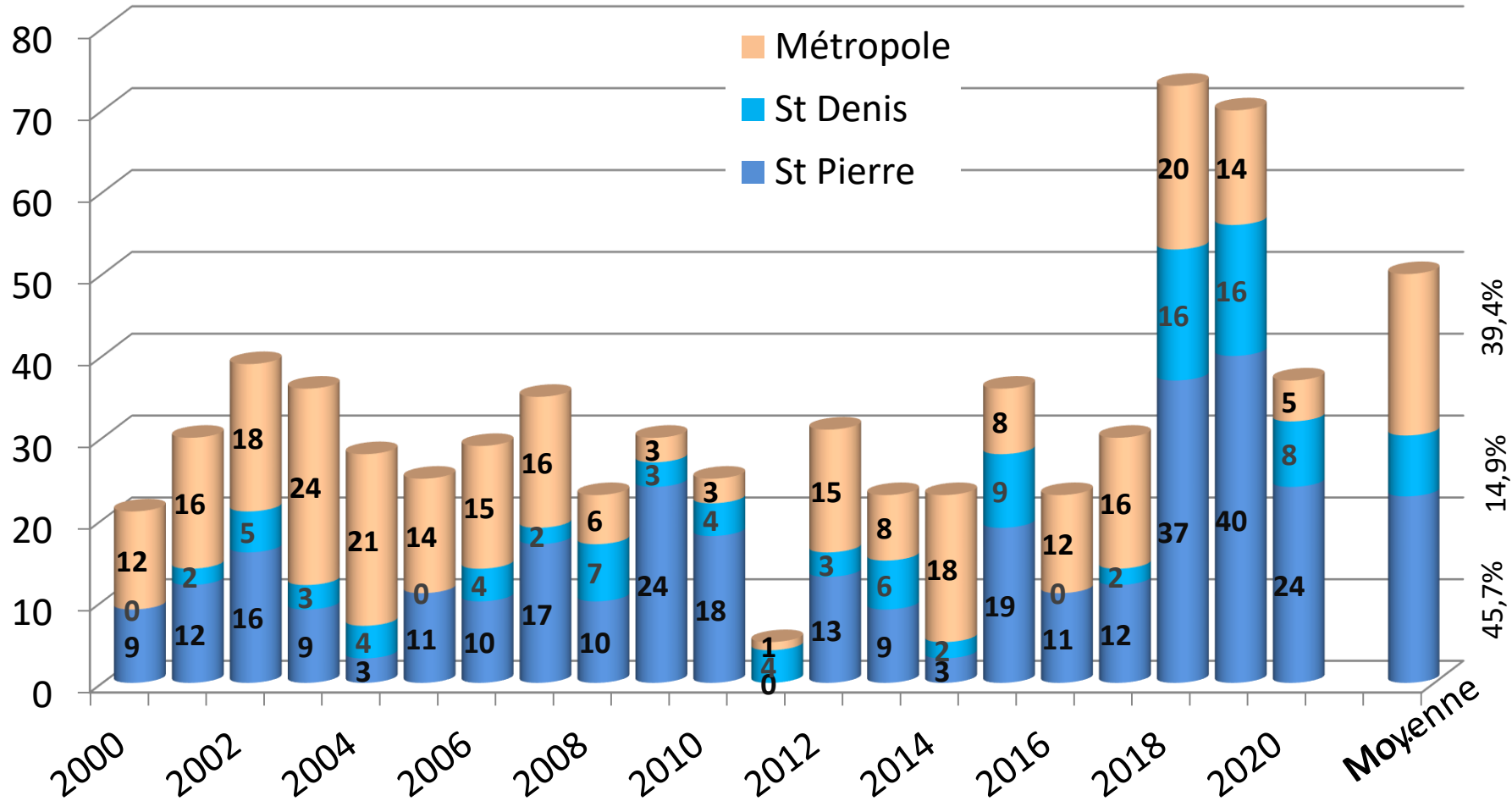
(Local, Métropole)

(CRISTAL info service)



Nombre de greffes à La Réunion et origine des greffons

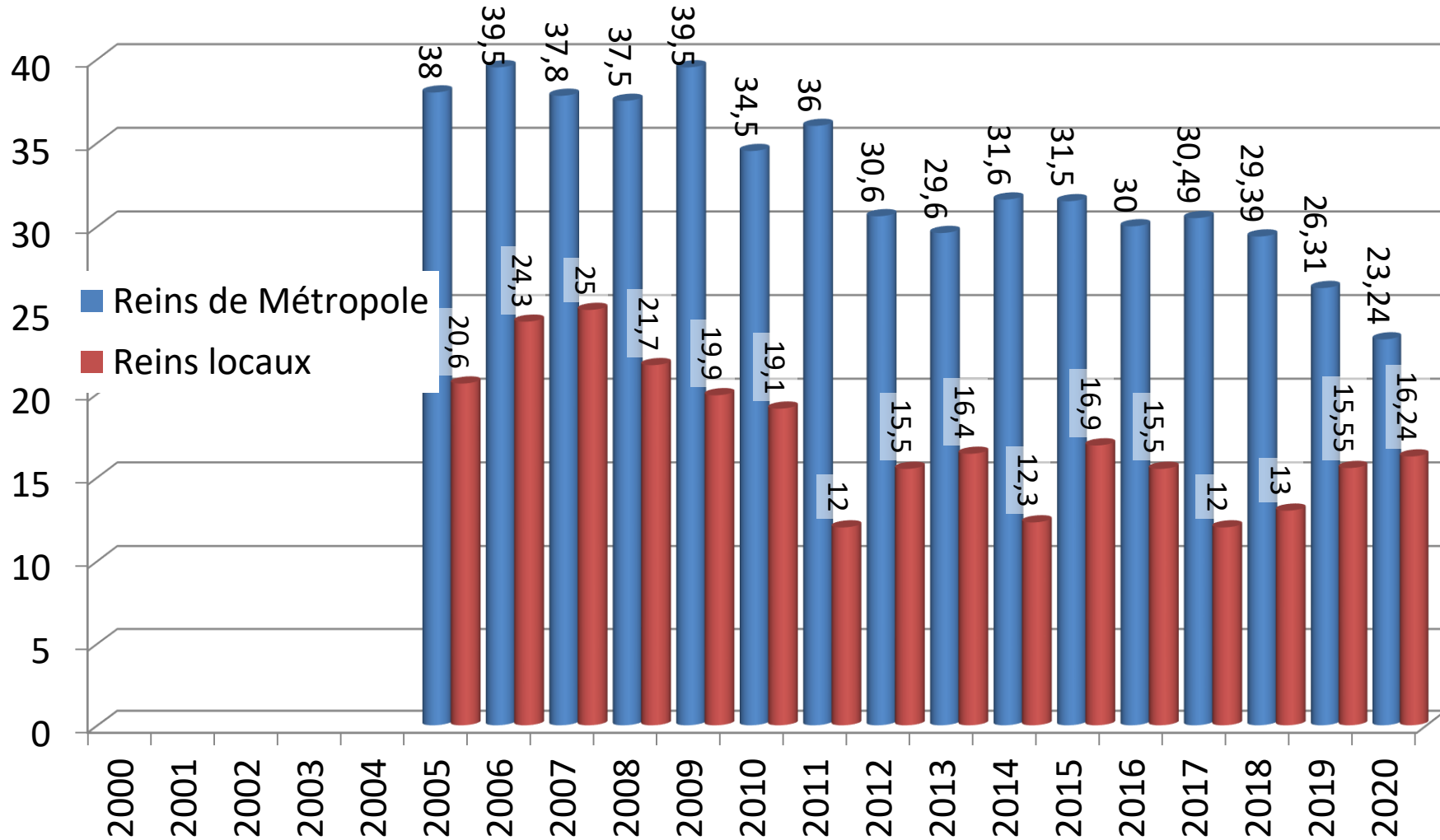
(CRISTAL info service)



RÉSULTATS DE GREFFE

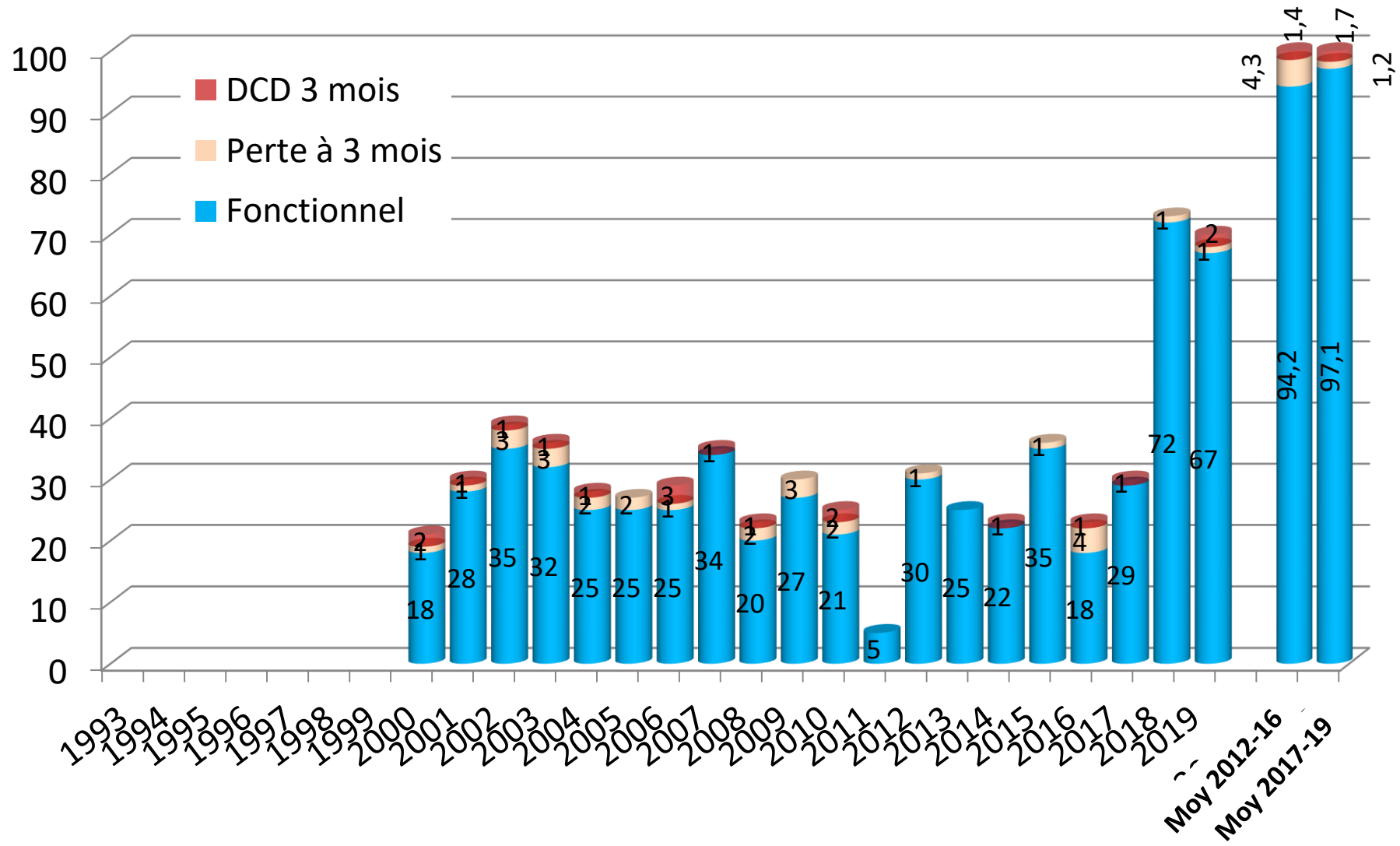
Temps d'ischémie totale

(moyenne, heures)



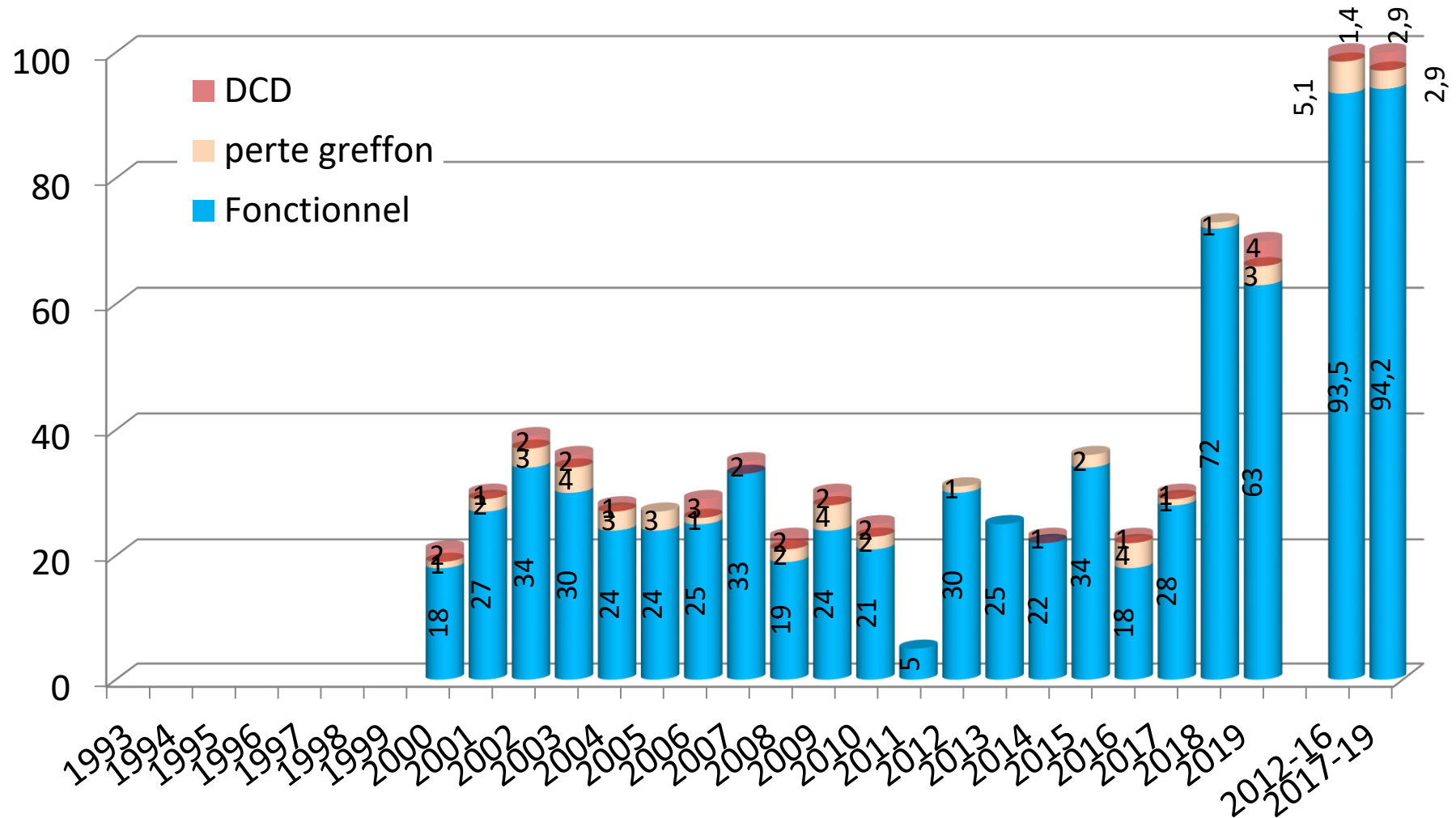
Survie greffon/patients à 3 mois

(info service)



Survie à 1 an (info service)

ABM 2017
donneurs DCD ME
Survie patients 1 an: 96,8%



Conclusions

- Impact majeur de la crise COVID sur
 - le nombre de greffes
 - les consultations preGrefe
- Hôpital sous tension avec retentissement sur la gestion des greffes
- Risque vital de l'infection COVID post-grefe : Vaccination +++ (après 3 mois?)
- Augmentation régulière du nombre de candidats
- Il faut augmenter le nombre de donneurs
 - MAASTRICH 3
 - Donneur vivant
- et améliorer les capacités d'accueils en Néphrologie

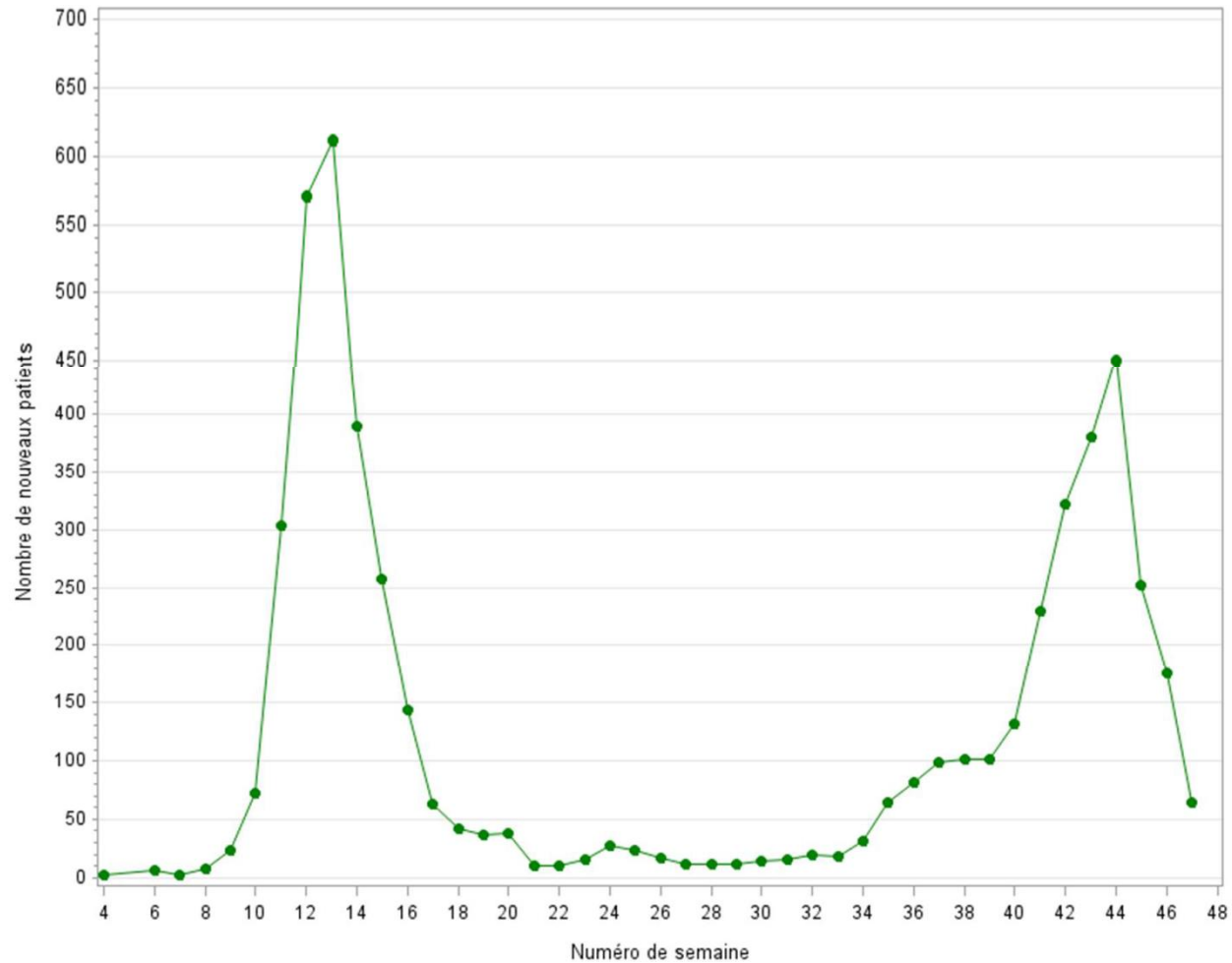
annexes

COVID et greffe

- Données REIN et ABM au 1^{er} décembre 2020

	Greffés	Dialysés
Infectés	1325	3938
% de patients infectés	3%	8%
âge médian	59 (48,9-68,1)	72,3 (61,5-81,3)
Ancienneté Greffe/Dialyse	6,4 ans (2,8-12,3)	3,6 ans (1,7-7,1)
DCD	186	591
Mortalité	14%	15%
âge médian	67,4, 41% < 65 ans	78,2; 37% < 75 ans
Ancienneté Greffe/Dialyse	7,1 ans (3-11,9)	3,9 ans (2-7,4)
% DCD selon âge		
45-64 ans	12% (90% lié au COVID)	10% (65% lié au COVID)
65 ans et +	29% (75% lié au COVID)	27% (68% lié au COVID)

Nouveaux cas COVID hebdomadaires greffe + dialyse



Bilan de l'activité de Prélèvement
Agence de la bio médecine Dr CRESTA Marie-Pierre



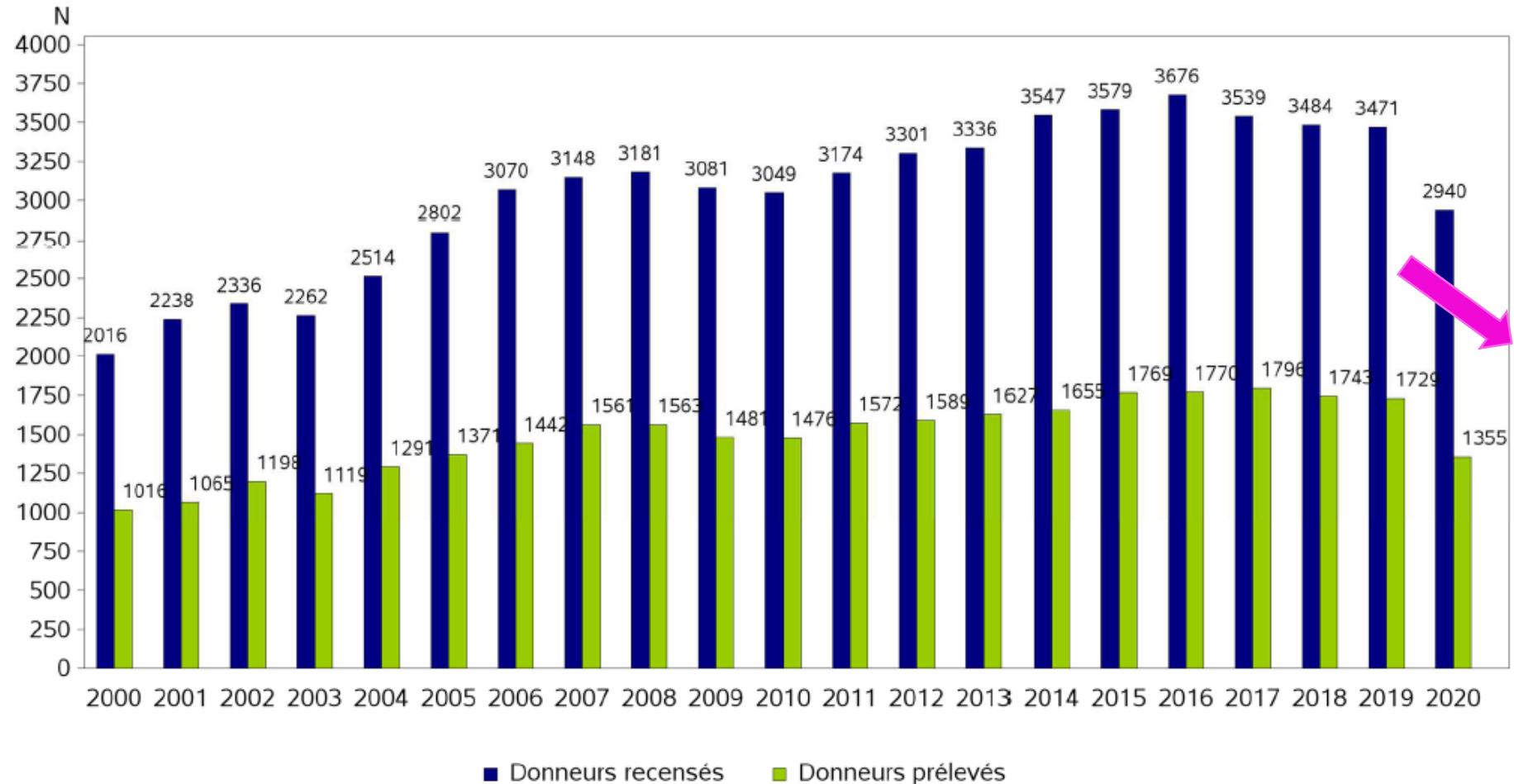
PRS « IRCT » 8 MARS 2021

**BILAN ACTIVITÉ DE PRÉLÈVEMENT
ET
COMPARAISON AVEC LE NATIONAL**

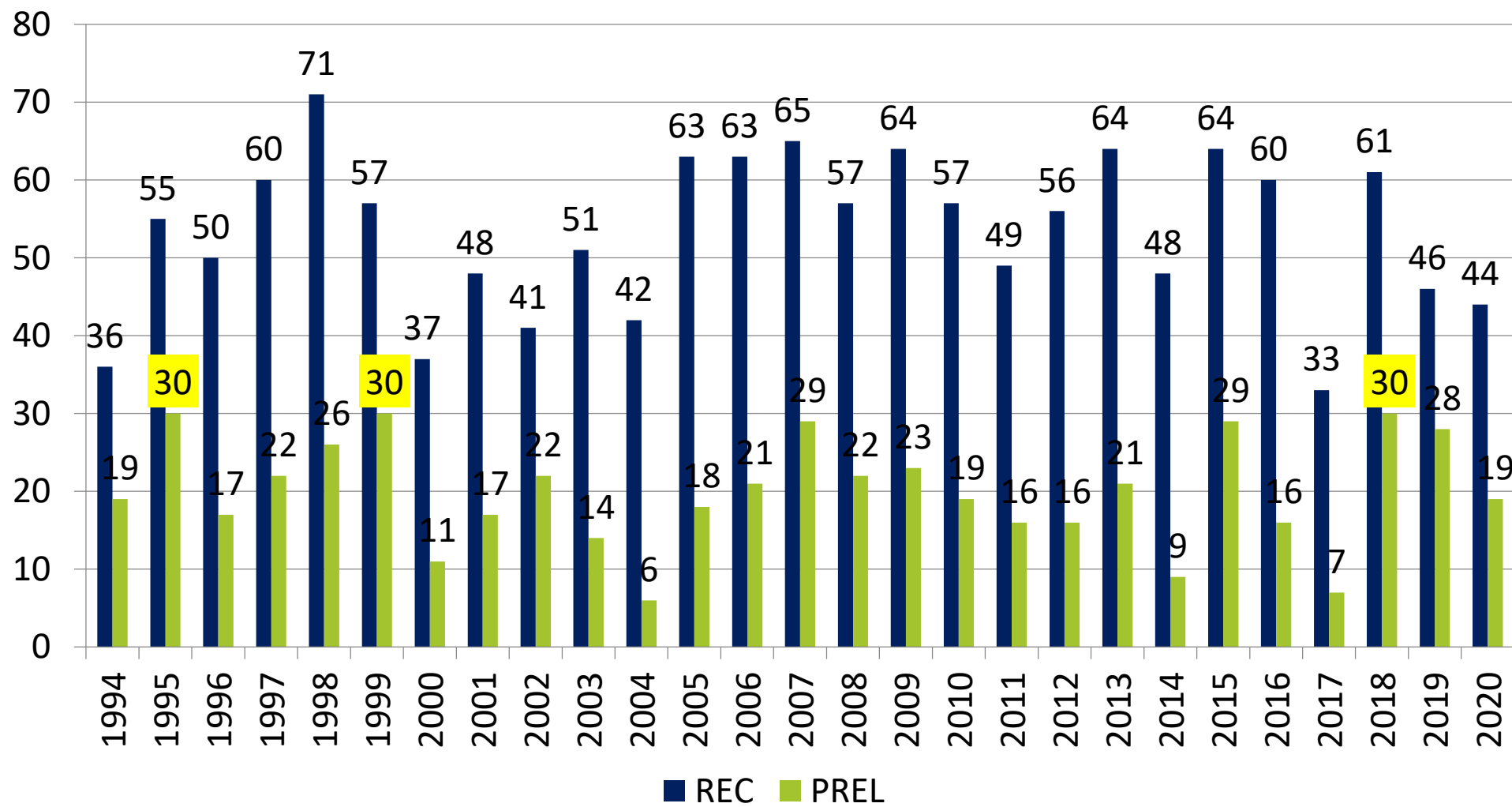
MP CRESTA

ABM- SRA Sud Est/Océan Indien-08/03/2021

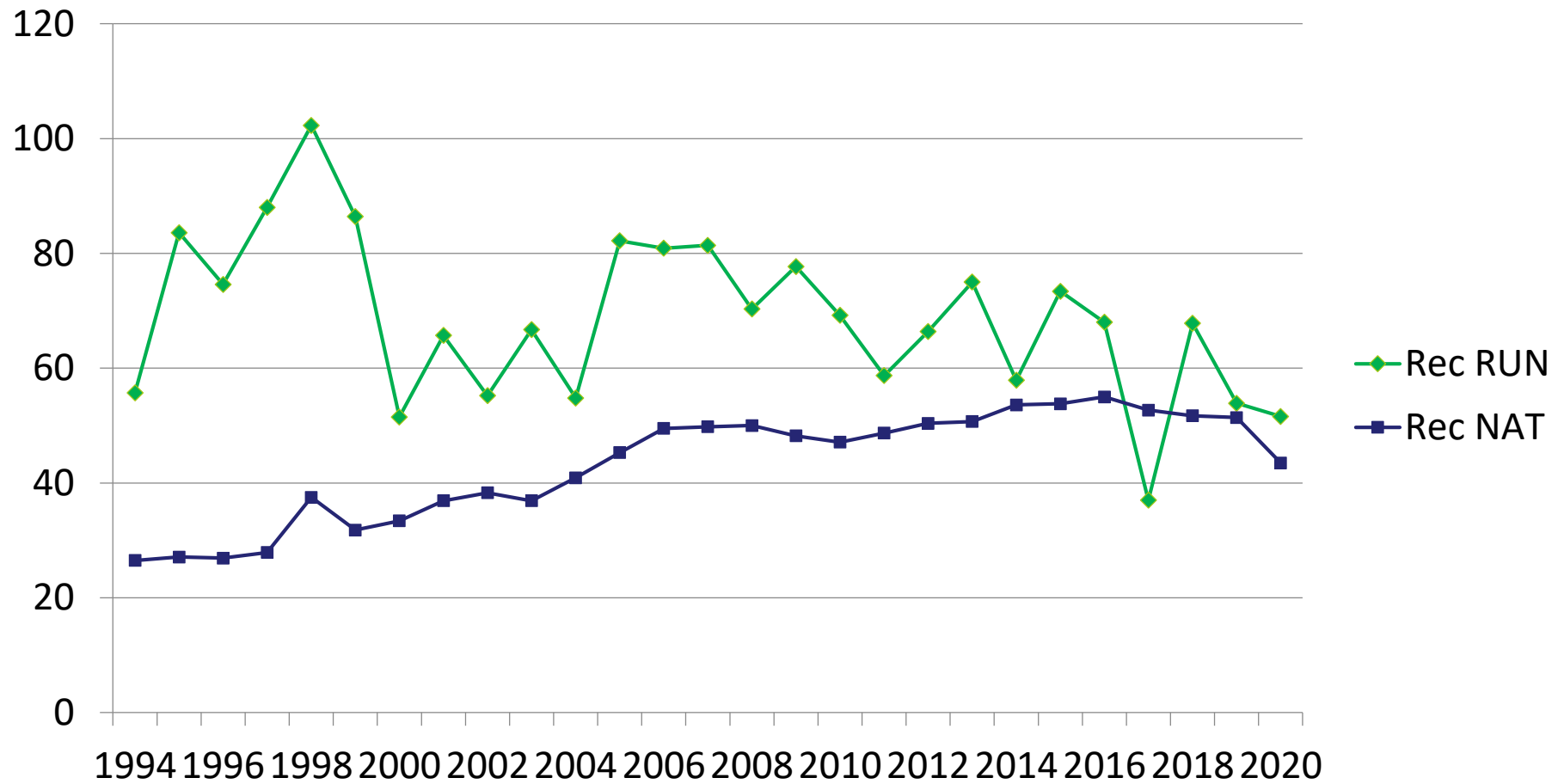
Le recensement et le prélèvement des sujets en état de mort encéphalique (SME)



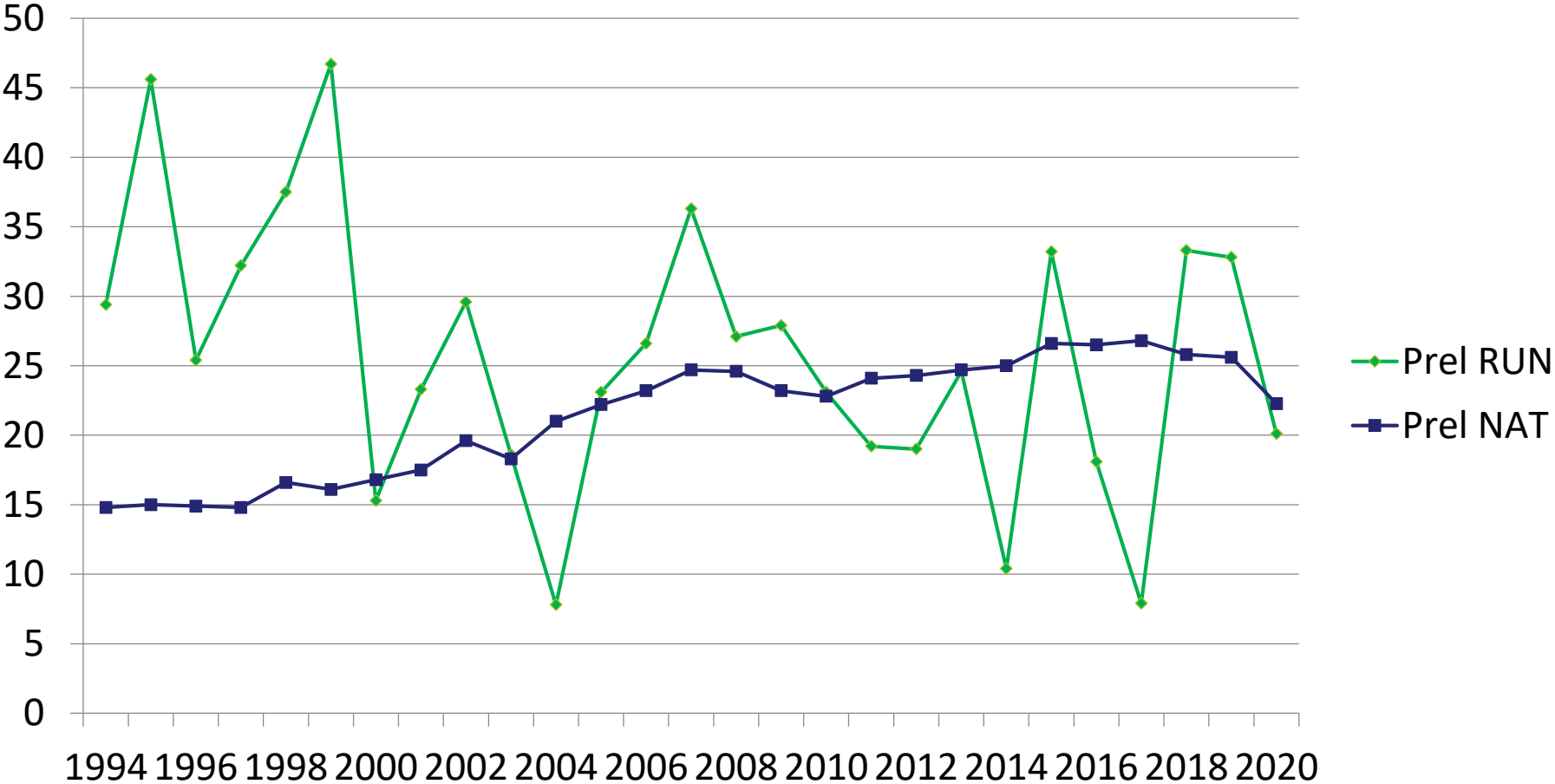
Le recensement et le prélèvement des SME



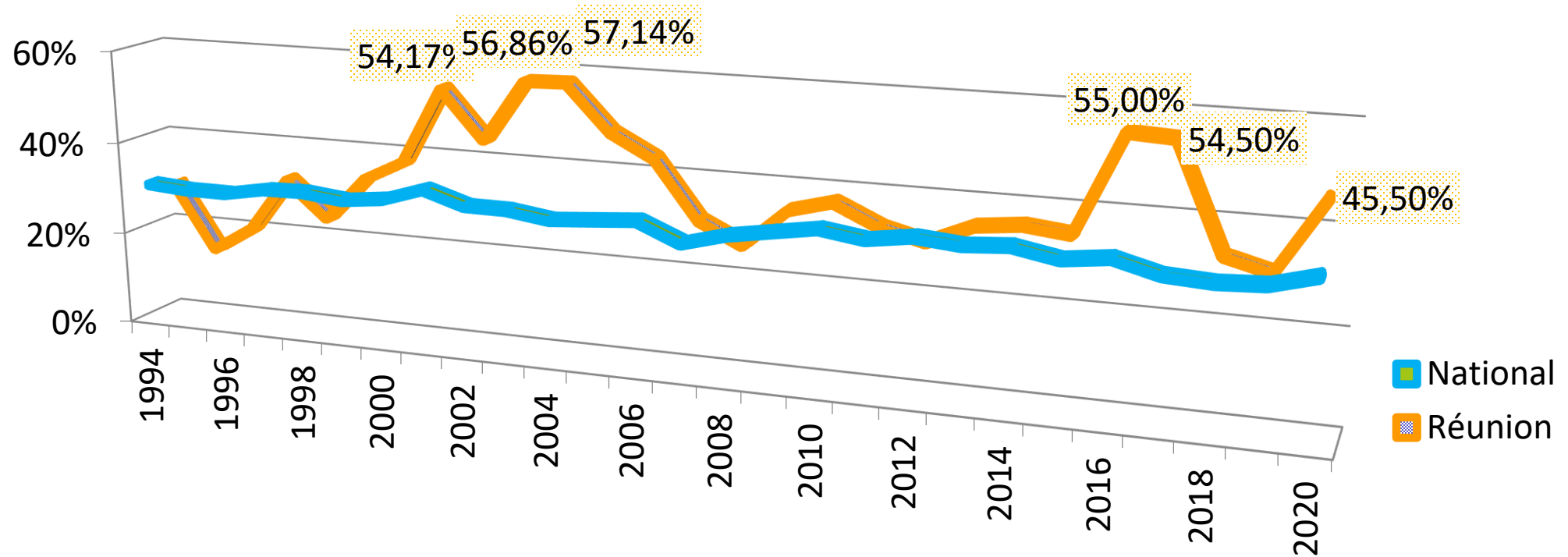
SME Recensés/M hab



SME Prélevés/M hab



Evolution du taux d'opposition



FUNNEL PLOT: QU'EST CE QUE C'EST ?

C'est le calcul des taux standardisés de recensement et de prélèvement d'un réseau fonctionnel de prélèvement et comparaison aux taux nationaux.

Méthode:

Par CRISTAL → nbre de donneurs RECENSÉS, PRÉLEVÉS

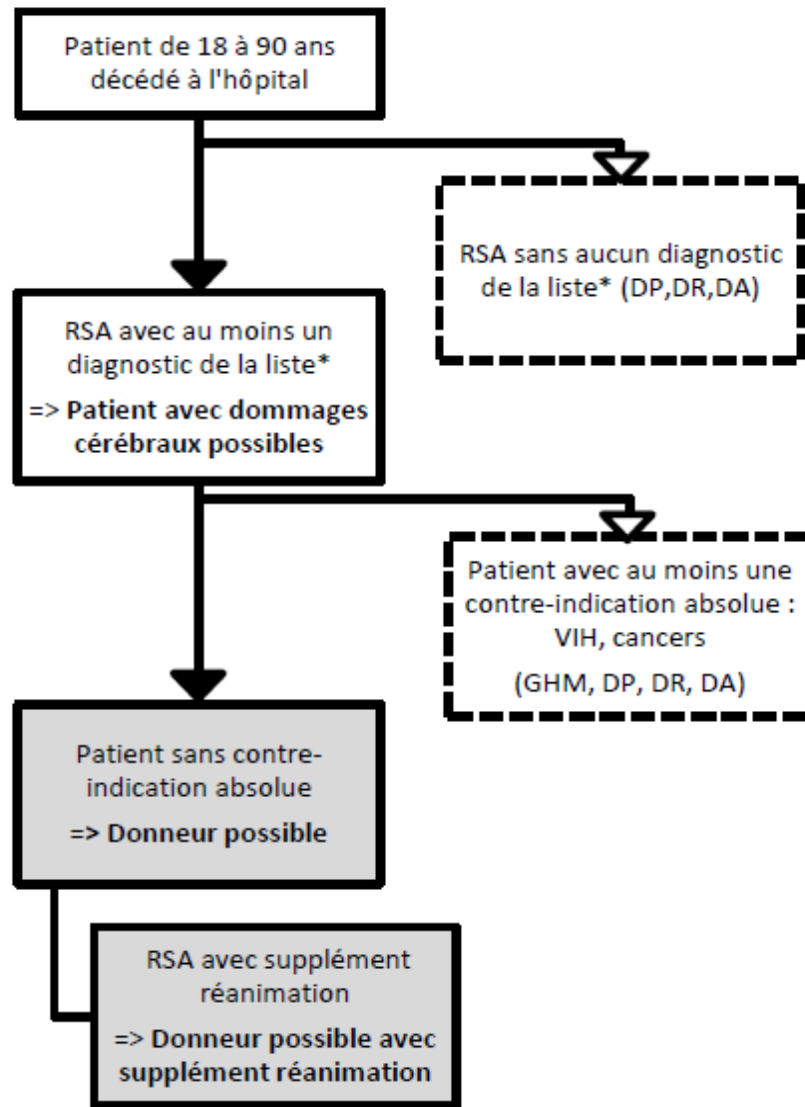
Par le PMSI → nbre de donneurs POSSIBLES, comment?

- à partir des RSA des séjours des patients DCD dans un ES Hospitalier MCO
- dont le RSA comprend un diagnostic marqueur de dommage cérébral fréquemment associé à la ME à l'exclusion ...
- dont le RSA comprend des actes marqueurs de Réa



Figure : Sélection des donneurs possibles à partir des données du PMSI :

Donneurs possibles / PMSI



RESULTATS ANNUELS

DESCRIPTION DES DECES HOSPITALIERS NATIONAUX DANS LES RESEAUX FONCTIONNELS DE PRELEVEMENT

	Total décès MCO 18-90 ans	Patients avec dommages cérébraux possibles*	Donneurs possibles*	Donneurs possibles avec supplément réanimation*
Total des établissements	236579	54199	45258	26945
Etablissements appartenant à un réseau fonctionnel de prélèvement**	184217	47946	41702	26048

* Cf. méthodes et annexe 2

** Cf. annexe 1



Nombres attendus de donneurs recensés et prélevés dans un réseau fonctionnel de prélèvement

Les taux de Rec et de Prel variant selon l'âge des patients, la taille et le type des structures de soins, ces paramètres sont pris en compte dans le calcul.

TAUX DE RECENSEMENT ET DE PRELEVEMENT NATIONAUX PAR CLASSE

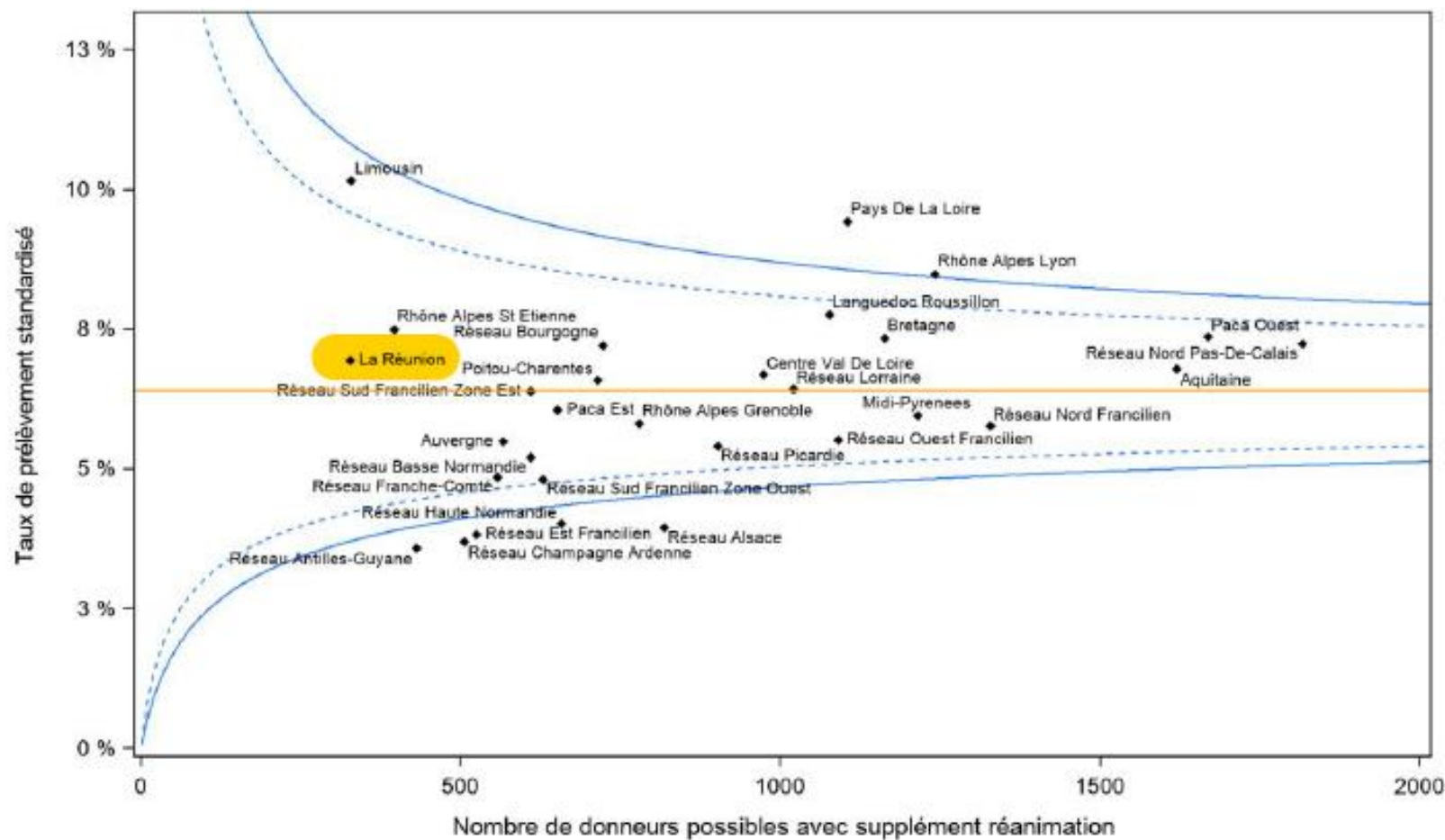
		Taux de prélèvement	Taux de prélèvement avec supplément réanimation	Taux de recensement	Taux de recensement avec supplément réanimation
Classe d'âge	18-49 ans	15.11%	17.10%	28.12%	31.83%
	50-69 ans	6.31%	7.90%	12.89%	16.15%
	70-89 ans	1.90%	3.59%	3.87%	7.30%
Taille d'établissement	<=500 décès	0.79%	1.65%	2.18%	4.57%
	>500 décès	5.09%	7.54%	9.92%	14.70%
Présence d'unité de neuro-chirurgie ou neuro-radiologie dans l'établissement	Non	2.68%	4.89%	5.35%	9.76%
	Oui	6.62%	8.53%	13.13%	16.92%
Présence d'unité neuro-vasculaire dans l'établissement	Non	2.19%	4.39%	4.38%	8.79%
	Oui	5.03%	7.23%	10.00%	14.36%

CHU Sud: 11%
 RP 2,1% RNCH
 34,3%
 CHU Nord: RP 7,8%
 0% RCTCV



FUNNEL PLOT: ACTIVITÉ DE PRÉLÈVEMENT 2019

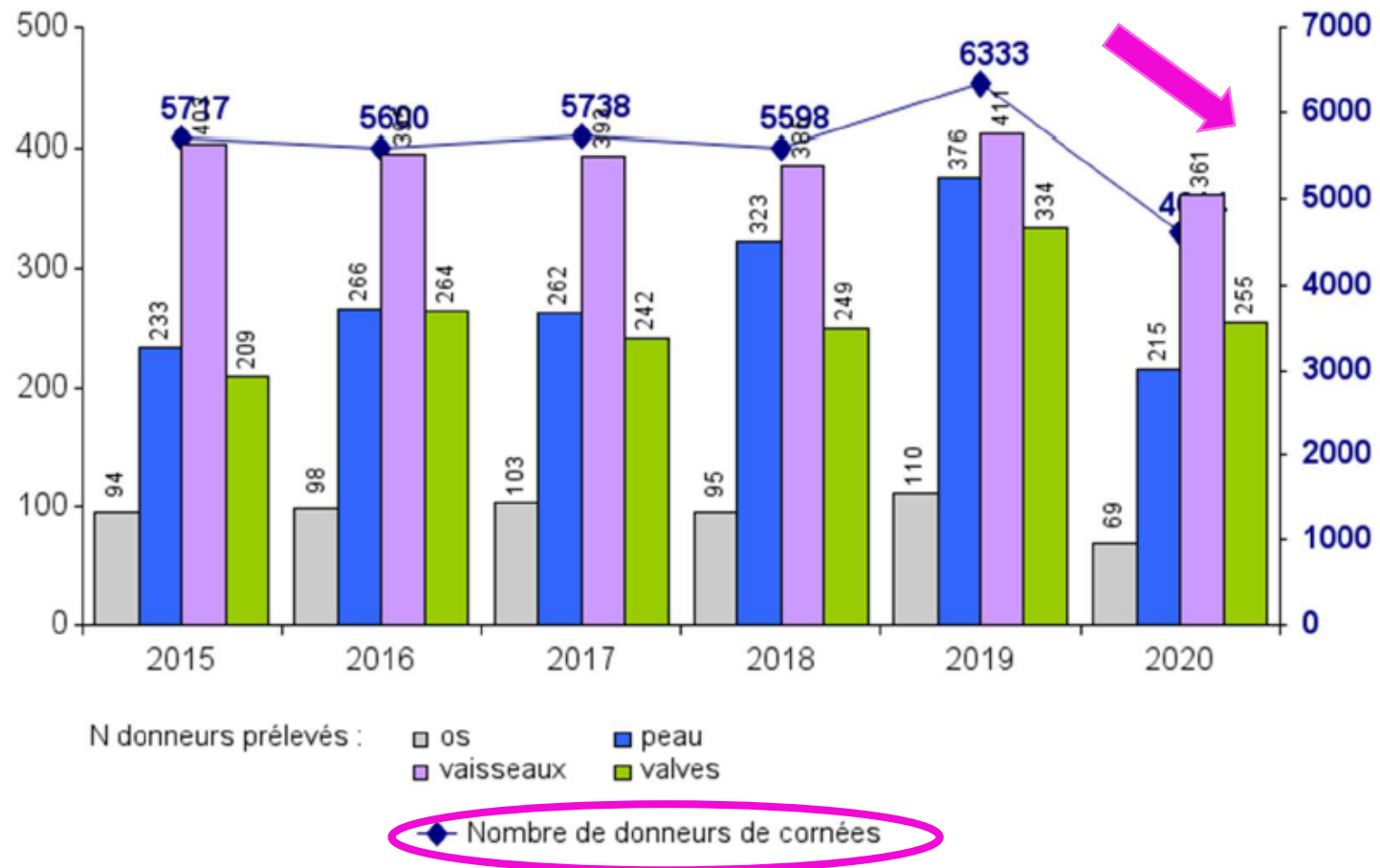
FIGURE 4 : TAUX DE PRELEVEMENT STANDARDISES PARMIS LES DONNEURS POTENTIELS AVEC SUPPLEMENT REANIMATION



POINT TISSUS: OÙ EN SOMMES NOUS?

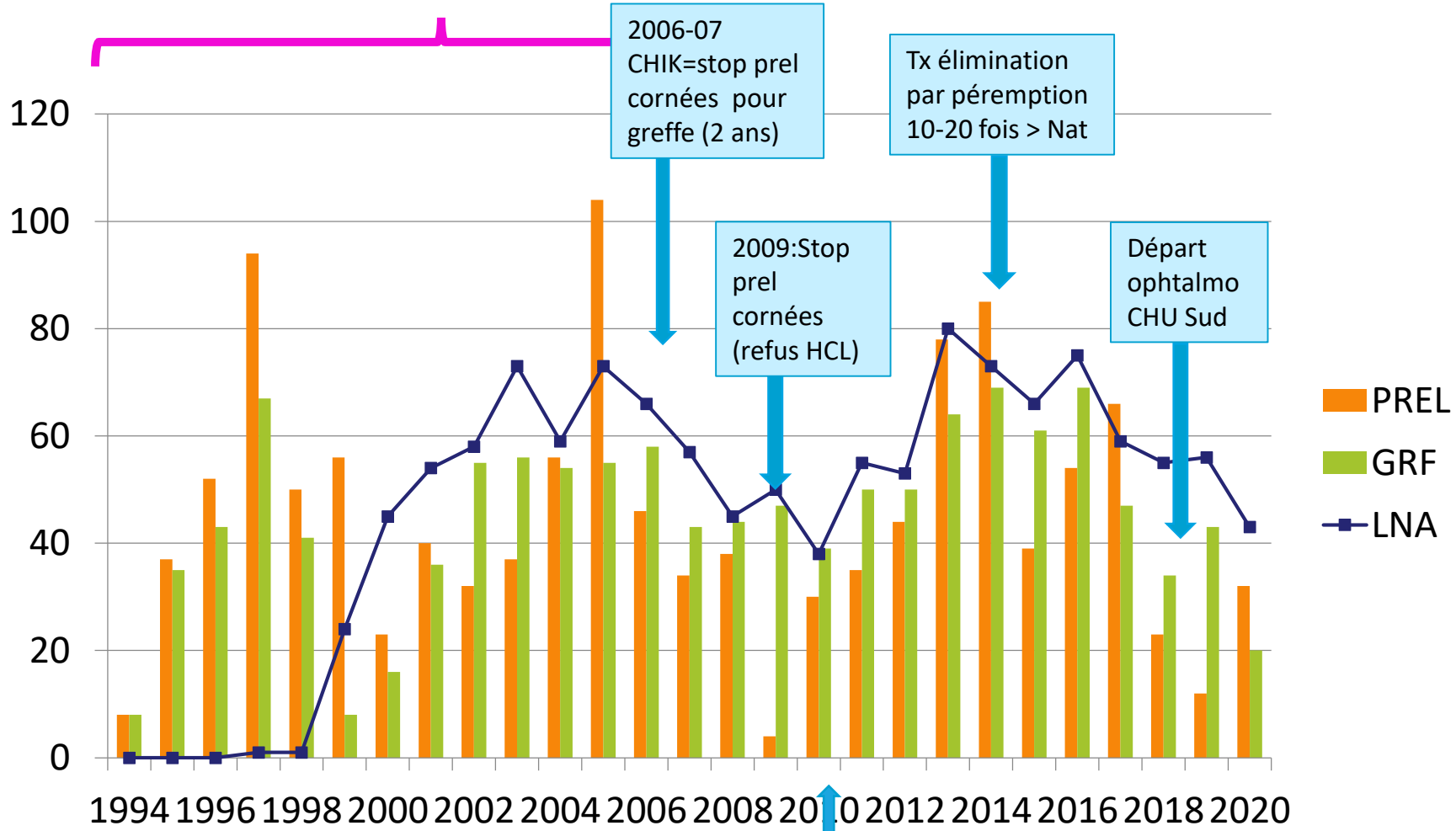


Evolution de l'activité de prélèvement de tissus



Cornées prélevées CHU de la Réunion

3 équipes de greffe
Sécurisation par BTC/HCL



Direction générale médicale et scientifique
SRA Sud-Est/Or
Ouverture BTC CHU
Prélèvement greffe organes – tissus
Dr Marie-Pierre CRESTA

EXTRAIT DU RAMS 2019 DE L'ABM

La Réunion : 2 établissements préleveurs, 15 cornées prélevées en 2019 ; 1 banque de cornées située à Saint Pierre plutôt autonome, participant peu aux échanges inter-banques en faveur toutefois des réceptions de cornées d'autres banques ; 3 équipes de greffe, 26 cornées greffées en 2019 et 64 patients restant en attente en fin d'année. L'île de la Réunion présente 3 faibles indicateurs pmh en nombre d'inscrits (rang 23), de prélèvement (rang 23), de greffe (rang 25) qui signent une des plus faibles activités de France, l'accessibilité y est également très insuffisante (rang 24).



POINT TISSUS 2020

L'objectif de l'activité tissus en chambre mortuaire est de prélever 5 à 10% des décès hospitaliers MCO annuels (~1500 en 2020)

Donneurs prélevés en 2020: 16 (32 cornées)

Autocensure et limitations liées à plusieurs facteurs:

- Arrêt de l'activité à la 1^{ière} vague du COVID (3 mois)
- Prélèvements selon programmation des greffes: 2 équipes /3 opérationnelles
- Absence de préleveurs au Sud (sauf med coord)
- Fermetures de la BTC

Perspective: signature d'une convention avec la banque de cornées de l'hôpital St Louis IDF (banque EfS) pour transfert de toutes nos cornées « excédentaires »...



PROJETS 2021

- 1- Recruter un médecin coordonnateur au nord (0,5 ETP) ?
- 2- Elargir l'offre de greffe
 - * M3 : démarrage au sud ?
 - * Le DV ?



LE MÉDECIN COORDONNATEUR:

POURQUOI 2 CHPOT ET 2 MÉDECINS COORDONNATEURS DISTINCTS SUR UN SEUL CHU?

La distance :

90Km entre les 2 sites du CHU (= 2h min de route, dans les 2 sens aux heures de pointe 6h à 10h et de 15h30 à 18h). Un appel à un moment M du médecin coordonnateur d'un site, ne pourra pas être honoré de sa présence sur l'autre site avant plusieurs heures !

La présence médicale aux staffs en temps réel :

Au Sud, le médecin coordonnateur ETP participe aux staffs des 2 réa (Poly et Neuro) tous les matins et pédiatrique 1 fois/sem. Le suivi des comas graves du site Sud s'élève à 101 en 2019-2020, soit 1 tous les 3 jours.

Au Nord, le staff n'est pas accessible à la CHPOT. L'absence d'un médecin aux staffs est source de perte de donneurs (Cf CA). Le suivi des comas graves fut de 35 en 2019.

La disponibilité pour les entretiens anticipés, les prélèvements de cornées :

Au sud, la présence d'un médecin sur place 24/7 (astreintes médicales) permet :

- la réalisation des entretiens anticipés « en instantané » ie dès l'appel des Urgences ou de la Neurologie : pas d'attente pour les proches pour lesquels il est souvent urgent de récupérer leur défunt.
- d'organiser les prélèvements de cornées (seul préleveur au Sud) rapidement du fait des mêmes contraintes de récupération du corps par les proches.



Effectifs réels et objectifs 2021

CHU NORD

Effectifs préconisés:

- 2,25 ETP PNM
- 0,2 ETP Médecin CH

Effectifs réels:

- 2 ETP PNM (Nathalie L, Guillaume S, Emma J)
- 0 Médecin CH

L'enjeu repose sur le maintien d'une activité de PMO sur site

→ Consolider la CHPOT

CHU SUD

Effectifs préconisés:

- 2,75 ETP PNM
- 0,5 ETP médecin CH

Effectifs réels:


- 2,4 ETP PNM (Agnès L, Katalyne R, Daphné P, Séverine F)
- 1 ETP médecin CH

→ Maintenir l'équipe actuelle dans sa composition gage de son efficacité



M3: LES ÉTAPES:

1- les équipes:

- * REAS OK mais occupés (COVID): protocole ATA commun à valider,
- * CHPOT Sud OK avec protocoles à jour,
- * chirurgien préleveur dans les starting-block,
- * Néphrologues OK,
-  * BO du CHU Nord ouvert 24/7 depuis juin 2020 pour la greffe de reins;

2- le matériel: acquérir 2 MAP supplémentaires

3- plan administratif:

- * organiser l'information de tous les personnels du CHU
- * présentation du projet à la DG (inclure formation des personnels/ABM), puis en CME
- * visite de conformité par l'ABM puis convention à signer



LES GREFFES À PARTIR DE DV

Actuellement, contexte compliqué de l'urologie au CHU Nord: pas d'implication du service dans ce projet.

Projet prioritaire pour les années à venir?



MERCI

DE VOTRE ATTENTION

Dr MP CRESTA ABM- SRA Sud Est/Océan Indien

08/03/2021



Proposition de nouvelle feuille de route 2021

La feuille de route se décline sur 3 objectifs:

- **Prévention I:** s'appuie sur le PRND
- **Dépistage:** action à mener dans le cadre des CPTS
- **Parcours:** travaux de l'ARC - forfait- CPTS
 - ✓ Annonce du diagnostic
 - ✓ Prévention 2ndaire: prévention de la dégradation de la fonction rénale avec action de nutrition (alimentation et sport santé) et ETP pré-suppléance
 - ✓ Pré-suppléance: mise en place d'une équipe pluri disciplinaire (forfait)
 - ✓ Suppléance: dialyse et greffe.
 - ✓ Outils numériques.

- ❖ Propositions du comité PRS