

**Avis modificatif du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet d'expérimentation DiVa (Dijon Vascular Project) de suivi intensif commun des accidents vasculaires cérébraux et des infarctus du myocarde par des infirmières, médecins et pharmaciens, hospitaliers et libéraux, dans le GHT 21-52**

**mai 2021**

Le comité technique de l'innovation en santé a été saisi pour avis le 4 décembre 2019 sur le projet de cahier des charges modifié relatif à l'expérimentation DiVa (Dijon Vascular Project) de suivi intensif commun des accidents vasculaires cérébraux et des infarctus du myocarde par des infirmières, médecins et pharmaciens, hospitaliers et libéraux, dans le GHT 21-52.

Dans son avis du 15 novembre 2018 prévalant à l'autorisation du cahier des charges initial relatif à cette expérimentation, le comité technique de l'innovation en santé avait conditionné son avis favorable à la condition qu'en cas de non sélection au titre du programme de recherche médico-économique auquel le projet était également candidat, un avenant au cahier des charges modifiant la méthodologie d'évaluation soit déposé.

C'est l'objet de la transmission de cette nouvelle version du cahier des ainsi que de l'avis de l'ARS reçu le 1er mars 2021. Le comité technique a examiné ce projet de cahier des charges lors de sa séance du 23 mars 2021 et a rendu son avis le 4 mai 2021.

A l'échelle nationale, l'accident vasculaire cérébral (AVC) donne lieu à plus de 110 000 hospitalisations chaque année et l'infarctus du myocarde (IDM) à plus de 60 000 hospitalisations annuelles.

Si la prise en charge en phase aiguë semble performante, le suivi chronique des patients concernés recèle des potentialités d'amélioration car les taux de ré-hospitalisations restent élevés : actuellement 33% post-AVC et 25% post-IDM la première année, dans le territoire concerné par cette expérimentation.

### **Objet de l'expérimentation**

L'expérimentation a pour objet de mettre en place un suivi intensif par des équipes mixtes, composées de professionnels hospitaliers (cardiologue, neurologue, pharmacien et infirmiers) et de professionnels exerçant en ville (médecins, pharmaciens et infirmiers), des patients victimes d'AVC et d'IDM pour prévenir et dépister les complications et récurrences.

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

#### *Finalité organisationnelle*

Le projet soumis est recevable en ce qu'il propose une optimisation du parcours des patients victimes d'AVC et d'IDM, post phase aiguë.

#### *Dérogation*

Le projet soumis est recevable en ce qu'il modifie les règles de financement des établissements de santé, des infirmières libérales et des pharmaciens d'officine. A ce titre, il déroge aux articles L. 160-13, L. 162-1-7, L. 162-12-2, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-6, L. 162-22-10, L. 162-26, L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

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

Le champ d'application de l'expérimentation proposée est territorial. Plus précisément, il s'agit du territoire de recrutement du groupement hospitalier de territoire (GHT) 21-52 composé des établissements publics de santé suivants : centre hospitalier et universitaire de Dijon, centre hospitalier de Chaumont, centre hospitalier Robert Morlevat à Semur-en-Auxois, centre hospitalier de Langres, centre hospitalier de la haute côte-d'or à Châtillon-sur-seine, hôpital

local de Bourbonne-les-Bains, centre hospitalier d'Auxonne, centre hospitalier d'Is-sur-Tille, centre hospitalier La Chartreuse à Dijon.

Le projet d'expérimentation associe par ailleurs le centre hospitalier des Hospices civils de Beaune et l'Hôpital Privé Dijon Bourgogne (HPDB).

Malgré la présence de deux centres hospitaliers implantés en région Grand Est, les deux agences régionales de santé ont convenu d'un pilotage exclusif par la région Bourgogne – Franche-Comté.

### Modalités de financement du projet

L'expérimentation ambitionne de tester un financement par patient pour une séquence de prise en charge de 24 mois, pour rémunérer l'essentiel des professionnels (hospitaliers et libéraux) concourant au suivi, conformément à un protocole de prise en charge normé : 18 à 19 séances ou consultations par une équipe pluridisciplinaire (pharmaciens, infirmiers, libéraux et hospitaliers). Pour chacune des deux indications, pour chaque séquence de 24 mois, il est proposé une rémunération forfaitaire de 742,90 €. Ces forfaits ont été déterminés à partir des tarifs en vigueur et des coûts de production pour les activités aujourd'hui non financées. Par comparaison à la version initiale du cahier des charges initial, ils prennent en compte les frais de transports des professionnels pour l'intervention des infirmiers libéraux, ainsi que de l'exclusion des consultations médicales qui demeureront financées dans le régime de droit commun.

Compte tenu du volume cible de patients à inclure (860 patients, dont 430 patients post-IDM et 430 patients post-AVC), le financement total demandé au titre de la prise en charge de ce forfait par le fonds pour l'innovation du système de santé s'élève à 638 894 €.

Les modalités de facturation se feront selon une organisation dégradée pendant un an, compte tenu du délai nécessaire pour mettre à disposition la plateforme de facturation dédiée aux prestations dérogatoires. Ce mode dégradé va requérir des ressources dédiées pour la saisie des données. Le besoin de financement afférant est évalué à 19 219 €, à imputer en complément sur le fonds pour l'innovation du système de santé.

Compte tenu de l'absence de programme de recherche médico-économique concomitant, des surcoûts liés à l'évaluation (pour mettre en œuvre la randomisation avec deux bras de suivi) ont été évalués à 87 800 €, à financer également sur le fonds pour l'innovation du système de santé.

**Soit un besoin total de financement sur le fonds pour l'innovation du système de santé de 745 913 €** répartis comme suit.

**Et des coûts d'ingénierie de projet, d'équipement et de communication sont évalués à 343 644 €, à financer par le fonds d'intervention régional, répartis comme suit.**

	Prestations dérogatoires (forfaits de prise en charge)	Facturation en mode dégradé	Mise en place de la randomisation pour les besoins de l'évaluation	TOTAL FISS	Ingénierie de projet	Equipement	Actions de communication	TOTAL FIR	TOTAL (FISS+FIR)
2018 (pour mémoire)					45 911 €				45 911 €
2019	2 229 €	3 203 €	2 927 €	8 359 €	60 883 €				69 242 €
2020	36 402 €	16 016 €	17 560 €	69 978 €	64 965 €				134 943 €
2021	320 140 €	- €	17 560 €	337 700 €	60 298 €				397 998 €
2022	280 123 €	- €	17 560 €	297 683 €	50 965 €				348 648 €
2023	- €	- €	17 560 €	17 560 €	49 615 €				67 175 €
2024	- €	- €	14 633 €	14 633 €	38 418 €				53 051 €
-						16 000 €	2 500 €		18 500 €
<b>TOTAL financements à autoriser (hors 2018)</b>	<b>638 894 €</b>	<b>19 219 €</b>	<b>87 800 €</b>	<b>745 913 €</b>	<b>325 144 €</b>	<b>16 000 €</b>	<b>2 500 €</b>	<b>343 644 €</b>	<b>1 089 557 €</b>

Cela s'ajouterait aux éléments demeurant financés selon des modalités de droit commun, à savoir :

- Les frais de transports des patients estimés à 374 442,62 € ;
- Les consultations et actes associés des médecins spécialistes libéraux qui restent rémunérés à l'acte, estimés à 19 855,40 € (276,48 € par patient pour le post-IDM et 188,30 € par patient pour le post-AVC).

### **Durée de l'expérimentation**

L'expérimentation est prévue pour une durée de 5 ans, à compter du 15 novembre 2019, date à laquelle le projet a démarré dans le cadre du premier cahier des charges autorisé.

### **Modalités d'évaluation**

L'objectif principal de l'expérimentation est défini explicitement et précisément en ce qu'il s'agit d'obtenir une réduction des réhospitalisations d'au moins 10 points (de 33 à 23% postAVC et de 25 à 15% post-IDM). La durée d'expérimentation, prévue sur 5 ans, est suffisante pour permettre d'observer les effets attendus compte tenu de la durée d'inclusion prévue sur 36 mois.

Cette expérimentation présente la particularité d'intégrer un groupe témoin (patients suivis de manière habituelle) pour chacun des 2 parcours de suivi intensif, avec randomisation des patients. Un effectif de 1 720 patients est attendu au total : 860 post-AVC (430 suivis de manière intensive et 430 suivis de manière habituelle) et 860 post-IDM (430 suivis de manière intensive et 430 suivis de manière habituelle).

Selon le protocole d'évaluation de CEMKA, le référentiel d'évaluation décline ces dimensions évaluatives en critères de jugement, indicateurs, et sources de données :

1. La première question évaluative interroge **l'implémentation et la faisabilité du projet** mis en œuvre. Ces deux dimensions seront évaluées à partir d'indicateurs et de descripteurs qui permettront d'émettre un premier jugement présenté principalement dans le rapport intermédiaire. Ce premier axe soulèvera les premiers freins et leviers identifiés à la mise en œuvre de l'expérimentation et les ajustements nécessaires.
2. Dans un second axe, les critères d'évaluation de **l'efficacité et de l'efficience** seront questionnés à trois niveaux : au regard du parcours des patients proposé, de la coordination des professionnels de santé et du mode de financement/coûts.
3. Enfin, la question de la **reproductibilité** sera étudiée afin de définir des prérequis au déploiement de l'expérimentation, ainsi que les leviers et freins qui seraient propres aux contextes territoriaux. L'analyse des besoins spécifiques de chaque territoire et de leur offre de soins existante pour les deux pathologies permettra de juger de la pertinence et de la cohérence externe de l'expérimentation.
4. Au niveau national, l'évaluation permettra de :
5. Porter un jugement sur la réussite du projet : en fournissant des éléments d'aide à la décision pour le devenir du projet.
6. Tirer des enseignements en comparant des expérimentations proches, pour identifier des modèles d'organisation et de rémunération à l'échelle du système.

Les indicateurs sont bien définis. Ils portent sur des indicateurs d'impact et de résultat pour les patients, des indicateurs de satisfaction et d'expérience pour les patients et leurs aidants, des indicateurs de processus, des indicateurs de moyens

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

- *Faisabilité opérationnelle* : étant donné les références bibliographiques et le détail de protocolisation de la prise en charge envisagée, la maturité de la gouvernance clinique déjà opérationnelle dans le GHT, l'existence d'un système d'information régional qui pourra être utilisé aux fins du projet, la liste nominative des professionnels déjà engagés, le calendrier prévisionnel au regard des formalités préalables à accomplir et le partenariat déjà établi avec l'union régionale des professionnels de santé, l'expérimentation proposée apparaît opérationnelle dans les délais proposés.
- *Caractère efficient* : l'expérimentation produit un impact économique favorable sous réserve de la réduction des dépenses liées aux prises en charges évitées (hospitalisation, SSR et soins de ville). Avec une cible de réduction de 10% des prises en charge, et compte tenu du coût du parcours évalué dans le rapport « charges et produits », 2016, l'expérimentation pourrait générer une économie de 1231.395,24 euros pour les 860 patients inclus (sans prendre en compte les frais d'ingénierie, équipement, communication et évaluation).
- *Caractère innovant* : l'expérimentation permet de tester un financement au parcours impliquant des professionnels hospitaliers et de ville incluant de nouvelles prestations (en particulier entretien pharmacien et consultation de suivi par des infirmières libérales) et la forfaitisation pour un parcours de prise en charge plutôt qu'une rémunération à l'activité.
- *Reproductibilité* : l'expérimentation concerne potentiellement tous les établissements de santé et professionnels de ville impliqués dans la prise en charge et le suivi des accidents vasculaires cérébraux et infarctus du myocarde. La protocolisation proposée comprend, pour chaque patient et pour une période de 24 mois, l'organisation de séances ou consultations infirmières (6 par des professionnels de ville et 5 par des professionnels hospitaliers), d'entretiens par un pharmacien (2 par un pharmacien d'officine et 2 par un pharmacien hospitalier), de 3 à 4 consultations par un cardiologue hospitalier. Ce protocole est répliquable dans tous les territoires où des professionnels infirmiers, pharmaciens et cardiologues peuvent participer à la prise en charge des patients ayant été victimes d'accidents vasculaires cérébraux ou d'infarctus du myocarde.

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique émet un avis favorable à l'autorisation, par le Directeur Général de l'ARS Bourgogne Franche-Comté, de l'expérimentation dans les conditions précisées par le cahier des charges modifié.