



**PREFECTURE
REGION ILE DE
FRANCE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
(NOMINATIFS)
N°IDF-014-2024-02

PUBLIÉ LE 7 FÉVRIER 2024

Sommaire

Agence Régionale de Santé / Direction de l'Innovation, de la Recherche et de la Transformation numérique

IDF-2024-02-06-00007 - Arrêté DIRNOV-2024/06 relatif au projet d'expérimentation "Maison de Prévention en Santé et d'Accompagnement Thérapeutique (MPSAT)" (96 pages)

Page 3

Agence Régionale de Santé / Direction de l'Offre de Soins (DOS) Pôle Efficience

IDF-2024-01-31-00012 - Acte de déclaration n°DOS-2024-074 portant ouverture du laboratoire de biologie médicale EUROFINS BIOMED IDF EST (5 pages)

Page 100

Direction régionale des affaires culturelles d'Ile-de-France / Service régional de l'architecture et des espaces patrimoniaux

IDF-2024-02-01-00019 - Arrêté portant modification à l'arrêté de nomination à la commission régionale du patrimoine et de l'architecture (2 pages)

Page 106

Agence Régionale de Santé

IDF-2024-02-06-00007

Arrêté DIRNOV-2024/06 relatif au projet
d'expérimentation "Maison de Prévention en
Santé et d'Accompagnement Thérapeutique
(MPSAT)"

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ ÎLE-DE-FRANCE

ARRÊTÉ N° DIRNOV-2024/06

relatif au projet d'expérimentation

« Maison de Prévention en Santé et d'Accompagnement Thérapeutique (MPSAT) »

LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ D'ÎLE-DE-FRANCE

- VU** la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 et plus particulièrement son article 51 ;
- VU** le décret du 31 juillet 2021 portant nomination de Madame Amélie VERDIER, directrice générale de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France, à compter du 9 août 2021 ;
- VU** le décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale ;
- VU** la circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 ;
- VU** l'arrêté du 17 janvier 2024 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2024 ;
- VU** l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé notifié le 17 janvier 2024 concernant le projet d'expérimentation MPSAT pour la région Ile-de-France ;
- VU** le cahier des charges de l'expérimentation annexé au présent arrêté ;

ARRÊTÉ

ARTICLE 1 : Le projet innovant «Maison de Prévention en Santé et d'Accompagnement Thérapeutique (MPSAT)» est autorisé à compter de la date de publication du présent arrêté dans les conditions précisées dans le cahier des charges et son annexe régionale ;

ARTICLE 2: L'expérimentation est mise en œuvre par le :
L'Hôpital Novo
6 avenue de l'Ile-de-France
95300 Pontoise
SIREN : 269 500 153

- ARTICLE 3 :** La durée de l'expérimentation est fixée à cinq ans incluant une phase de 6 mois d'amorçage ;
- ARTICLE 4 :** La répartition des financements de l'expérimentation fera l'objet d'une convention spécifique conclue avec chaque financeur (Agence régionale de santé et Assurance Maladie).
- ARTICLE 5 :** La Direction de l'Innovation, de la Recherche et de la Transformation Numérique est chargée de l'exécution de la présente décision qui sera notifiée et publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région.
- ARTICLE 6 :** Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication. La juridiction administrative compétente peut être saisie par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr

Fait à Saint-Denis, le 6/02/2024

La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
d'Île-de-France

SIGNE

Amélie VERDIER



PROJET D'EXPERIMENTATION D'INNOVATION EN SANTE – CAHIER DES CHARGES

Maison de Prévention en Santé et d'Accompagnement Thérapeutique



NOM DU PORTEUR et statut juridique : Dr Bruno Philippe, pour l'hôpital NOVO

PERSONNE CONTACT : Dr Bruno Philippe, bruno.philippe@ght-novo.fr, 06 86 68 62 18



Résumé du projet : Déploiement de la Maison de Prévention en Santé et d'Accompagnement Thérapeutique (MPSAT) basée sur un parcours de soins ville-hôpital coordonné pour les patients atteints de BPCO.

A qui s'adresse le projet ?

Ce projet s'adresse aux patients adultes diagnostiqués BPCO résidant sur le territoire de santé Nord-Ouest Val-d'Oise (NOVO).

La BPCO se manifeste dans un premier temps par des symptômes peu visibles ou souvent banalisés par les patients eux-mêmes et attribués aux effets du tabac plutôt qu'à cette maladie. Sans prise en charge adaptée, la BPCO va évoluer très progressivement vers un essoufflement de plus en plus présent, souvent invalidant mais auquel le patient va s'adapter, jusqu'à atteindre le stade d'insuffisance respiratoire. Aux stades les plus sévères, le pronostic vital du patient est engagé, et des exacerbations nécessitent des hospitalisations en urgence. Ces hospitalisations représentent non seulement un facteur de risque de ré-hospitalisation, puisque 43% des patients hospitalisés le seront à nouveau dans les 6 mois, mais aussi un facteur de mortalité.

Dans le Val d'Oise, les patients atteints de BPCO peuvent bénéficier d'un accompagnement uniquement ponctuel et non coordonné dans leur parcours de soins en dehors des consultations habituelles chez leurs professionnels de santé et des sorties d'hospitalisation. En outre, la BPCO nécessite un accompagnement pluridisciplinaire incluant une prise en charge des troubles psychologiques, des risques de dénutrition et de l'activité physique adaptée afin de favoriser une prise en charge globale de la pathologie et de ses problématiques connexes ayant fait ses preuves dans l'amélioration de la qualité de vie des patients. A ce jour, certaines prises en charge (diététique, psychologique, activité physique adaptée) ne sont toutefois pas ou partiellement remboursées par l'assurance maladie. La question de l'accessibilité aux soins se pose donc, d'autant plus que le département du Val d'Oise est confronté à une problématique de précarité de sa population qui vient accroître le risque de renoncement aux soins.

Le parcours MPSAT propose un **accompagnement personnalisé, coordonné et pluridisciplinaire, adapté sur une longue durée** selon l'évolution de la situation du patient adulte diagnostiqué BPCO.

Reposant sur une coordination ville-hôpital, cet accompagnement combine, à partir des besoins identifiés lors d'une phase d'évaluation aboutissant à la définition d'un Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS), un **accompagnement en soins** (diététiques, psychologiques, en activité physique adaptée) ainsi qu'un **appui éducatif décliné en séances collectives** co-construites et co-animées par les acteurs de ville et de l'hôpital et une **coordination du parcours de soins**. En outre, un **réfèrent en santé** est désigné pour chaque patient parmi son cercle de soins, pour assurer le rôle de « personne ressource » du patient et la coordination avec les autres professionnels du cercle de soins tout au long du parcours MPSAT.

Les objectifs de la Maison de Prévention en Santé et d'Accompagnement Thérapeutique - MPSAT

Le parcours MPSAT a pour finalité d'améliorer l'accessibilité et la qualité de la prise en charge des patients diagnostiqués BPCO sur le territoire NOVO en assurant un suivi de proximité, personnalisé, coordonné, pluridisciplinaire et adapté, sur une longue durée, et de permettre ainsi de prévenir les exacerbations aiguës et limiter les hospitalisations et recours aux urgences évitables.



CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	X
Régional	
National	

CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :

	Cocher la case
Organisation innovante	X
Financement innovant	X
Pertinence des produits de santé	

DATE DES VERSIONS :

V1 : 15.07.2023

V2 : 26.09.2023

V3 : 12.12.2023



Table des matières

I	Présentation du porteur.....	6
II	Contexte et Constats	7
II.1	Une Pathologie qui impacte 7,5% de la population à l'échelle nationale.....	7
II.2	Un contexte de précarité dans le Val-D'oise, risque d'aggravation des ruptures de parcours et de renoncements aux soins	8
II.3	Le constat d'une difficulté à prendre en charge les patients souffrant de bpcos selon les recommandations	10
II.3.a	Recommandations de la Haute autorité de santé (HAS).....	10
II.3.b	Des difficultés opérationnelles constatées sur le terrain.....	11
II.4	Les prémices de l'expérimentation proposée.....	13
III	Présentation des expérimentateurs et des partenaires.....	13
III.1	Expérimentateurs.....	13
III.2	Partenaires	14
IV	Objectifs et effets attendus.....	15
IV.1	Objectifs stratégiques et opérationnels.....	15
IV.2	Impacts Attendus	16
V	Description du projet.....	17
V.1	Objet de l'expérimentation	17
V.2	Population cible et effectifs.....	18
V.2.a	Critères d'inclusion.....	18
V.2.b	Critères d'exclusion	18
V.2.c	Effectifs.....	18
V.3	Professionnels concernés par la mise en œuvre de l'expérimentation.....	20
V.3.a	Les acteurs du cercle de soins	20
V.3.b	L'équipe support MPSAT de la structure porteuse	24
V.4	Parcours du patient	25
V.4.a	Du repérage à l'inclusion du patient	25
V.4.b	Parcours du patient au sein de la MPSAT.....	27
V.4.c	Prise en charge des patients en cas d'aggravation de la BPCO.....	38
V.4.d	Le sevrage tabagique dans le parcours MPSAT.....	39
V.4.e	Sortie du programme	39
V.5	Organisation de la prise en charge / Intervention	40
V.5.a	Focus sur la place de la kinésithérapie dans le dispositif.....	40
V.5.b	Organisation de l'appui éducatif (séances éducatives).....	40
V.5.c	Congrès annuel MPSAT	41
V.5.d	Articulation avec les autres dispositifs du territoire	41
V.6	Formation, communication et information	42
V.6.a	Formation des membres de la MPSAT	42



V.6.b	Communication auprès des professionnels de santé du territoire.....	43
V.7	Terrain d'expérimentation	43
V.8	Durée de l'expérimentation	43
V.9	Pilotage, gouvernance et suivi de la mise en œuvre.....	44
V.9.a	Le Comité de pilotage.....	44
V.9.b	Le Comité Technique	44
V.9.c	Assemblée annuelle ouverte	45
VI	Les outils nécessaires à l'expérimentation.....	45
VI.1	Les outils de la prise en charge patient	45
VI.1.a	Les outils non numériques	45
VI.1.b	Les outils numériques.....	45
VI.2	Le système d'information (SI) général de l'expérimentation.....	46
VI.3	Obligations règlementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de SI et des données de santé à caractère personnel	46
VII	Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation.....	46
VIII	Financement de l'expérimentation	47
VIII.1	Modalités de financement de la prise en charge proposée.....	47
VIII.1.a	Les dépenses de prestations de santé et de coordination : forfaits destinés aux patients 47	
VIII.1.b	Besoins en crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI).....	54
VIII.1.c	Besoin total de financement	56
VIII.2	Financement droit commun	57
VIII.3	Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités	57
IX	Evaluation de l'expérimentation	58
IX.1	Indicateurs de résultats et d'impacts	59
IX.2	Indicateurs de suivi d'activité et de processus.....	62
X	Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation	62
X.1	Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement relevant du code de la sécurité sociale (CSS).....	63
X.2	Aux règles d'organisation de l'offre de soins relevant des dispositions du code de la santé publique (CSP)	63
X.3	Dérogations aux règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).....	64
XI	Liens d'intérêts	64
XII	Glossaire	64
XIII	Elements bibliographiques	65
XIV	Annexes	66

I PRESENTATION DU PORTEUR

► L'Hôpital NOVO (Nord-Ouest Val-d'Oise)



L'hôpital NOVO est né en janvier 2023 de la fusion de trois établissements du Val D'Oise : le Centre Hospitalier René Dubos (CHRD) de Pontoise, le Groupe Hospitalier Carnelle Portes de l'Oise (GHCP) et le Groupement Hospitalier Intercommunal du Vexin (GHIV).

L'hôpital couvre un **bassin de vie de 833 km²** pour une population de 320 000 habitants. Cependant l'offre de soins draine une population qui s'étend jusqu'au sud de l'Oise, l'ouest des Yvelines et l'est de l'Eure, ce qui représente en tout **570 000 habitants**.



Figure 1 : Périmètre de l'Hôpital NOVO

Prise en charge préexistante de la BPCO sur le territoire NOVO :

L'hôpital NOVO offre une prise en charge complète aux patients atteints de maladies respiratoires :

- Consultations de pneumologie et explorations fonctionnelles respiratoires
- Hospitalisations de jour et de semaine
- Hospitalisations complètes
- Soins médicaux et de réadaptation en pneumologie (SMR)
- Programmes d'éducation thérapeutique du patient

Cette offre de soins multi-sites couvre l'ensemble du territoire NOVO et est organisée en filière de territoire depuis 2015 avec une équipe médicale mutualisée MCO et SMR.

Sur le volet de l'accompagnement éducatif des patients, deux programmes d'éducation thérapeutique sont d'ores et déjà déployés au sein de l'hôpital NOVO pour accompagner les patients BPCO :

- Sur le site d'Aincourt : un programme hospitalier dédié aux patients hospitalisés
- Sur le territoire NOVO : un programme ville-hôpital, précurseur du projet MPSAT, le "Programme d'Education Thérapeutique du Patient BPCO entre la Ville et l'Hôpital".

A noter que l'expérience acquise à travers ces programmes déjà existants bénéficiera à la construction et l'animation des séances éducatives collectives réalisées dans le cadre du parcours MPSAT et, dans un souci de cohérence, le projet viendra regrouper l'ensemble de ces programmes et les compléter.

Articulation administrative et juridique :

L'hôpital NOVO portera administrativement et juridiquement le dispositif MPSAT, prodiguant ainsi une sécurité et une solidité au projet, tout en laissant les acteurs libres de se concentrer entièrement sur l'expérimentation. Le portage par l'hôpital n'exclut pas "l'hospitalo-excentrisme" voulu et affiché du projet : il permet d'avoir une position originale alliant les forces des structures de soins hospitalières et de ville dans le Val d'Oise au plus proche du domicile du patient.



► Dr Bruno Philippe, pneumologue au sein de l'Hôpital NOVO

Praticien hospitalier depuis plus de 25 ans, Bruno Philippe exerce en tant que **pneumologue à l'hôpital NOVO** : il assure les rôles de **chef du pôle de spécialités médicales et des soins programmés** sur le site de Pontoise et de **responsable du service de soins médicaux et de réadaptation de pneumologie** sur le site d'Aincourt. Également titulaire d'un doctorat en sciences et d'une habilitation à diriger la recherche, il a été responsable du service de pneumologie de l'hôpital de Pontoise de 2010 à 2018.

II CONTEXTE ET CONSTATS

II.1 UNE PATHOLOGIE QUI IMPACTE 7,5% DE LA POPULATION A L'ECHELLE NATIONALE

► Prévalence de la BPCO en France et conséquences

Maladie chronique inflammatoire des bronches, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) se caractérise par un rétrécissement progressif du diamètre des bronches et une obstruction permanente des voies aériennes et des poumons, entraînant une gêne respiratoire. Le principal symptôme étant la difficulté à respirer (dyspnée), les patients tendent à réduire progressivement leur activité physique pour réduire cette gêne.

Déjà handicapante, l'évolution de cette pathologie en cas de prise en charge tardive est marquée par des exacerbations (période d'aggravation aiguë des symptômes) responsables de l'altération de la qualité de vie voire d'hospitalisations ou encore de décès. En 2014 en France, le nombre d'hospitalisations attribuables à une exacerbation de BPCO était estimé entre 100 000 et 160 000¹. Cette même année, **la BPCO était la cause de plus de 18 000 décès en France** (hors Mayotte)².

En France, **la prévalence de la BPCO est estimée à 7,5%**, soit 3,5 millions de personnes dans une population de plus de 40 ans³, un chiffre potentiellement sous-estimé du fait d'une proportion élevée de patients non diagnostiqués. Chez les patients en ALD₁₄, le taux de prévalence standardisé (pour 100 000 habitants) du diagnostic de bronchite chronique est passé de 120 en 2013 à 140 en 2021 en France. Cette prévalence est sous-estimée par rapport à celle des autres pays développés essentiellement car l'ALD₁₄ ne recense que les BPCO les plus sévères. Les départements d'Ile-de-France les plus impactés par la BPCO en termes de prévalence et de mortalité sont les départements les plus vulnérables : 77, 95, 93. Les hommes sont principalement touchés (55%), l'âge moyen est de 71 ans et le taux de mortalité s'élève à 6,9%⁴. Les hospitalisations pour exacerbation de BPCO en Île-de-France représentent 11 035 séjours en 2021. Ce nombre de séjours a diminué de 36% depuis 2016 ce qui peut être une conséquence des mesures de protection individuelle adoptées en raison de la pandémie COVID-19 et/ou de modifications des habitudes de codage au profit du code « pneumopathie ». Ces séjours se caractérisent en 2021 par 53% d'admissions par les urgences, 18% de passages en réanimation, 7% de sorties en SMR et 4% de décès pendant le séjour⁵.

La BPCO est attribuable au tabagisme dans environ 80 % des cas⁶.

¹ Site de l'Assurance Maladie, données 2014 : [Comprendre la BPCO \(bronchopneumopathie chronique obstructive\) | ameli.fr | Assuré](#)

² Site de l'Assurance Maladie : [BPCO : des indicateurs de qualité pour évaluer le parcours de soins des patients | ameli.fr | Médecin](#)

³ Données INSERM, 2017 et Ameli : [BPCO : des indicateurs de qualité pour évaluer le parcours de soins des patients | ameli.fr | Médecin](#)

⁴ ORS Ile-de-France 2023 et Site de l'Assurance Maladie

⁵ PMSI

⁶ Site Santé Publique France



► Un poids médico-économique important

La BPCO représente un coût élevé pour la société. Au-delà de l'impact médical d'une exacerbation pour le patient, les hospitalisations associées ont un impact économique important. En effet, la durée moyenne de séjour (DMS) d'un patient BPCO est supérieure à la DMS toutes causes confondues (8,6 jours pour les BPCO face à 6 jours pour les séjours autres)⁷. A noter également qu'il existe un recours au SAMU fréquent avec de possibles passages en réanimation dans les cas de prise en charge tardive de l'exacerbation aiguë.

Le coût moyen direct de la BPCO estimé par l'Assurance Maladie est compris entre 7 628 € et 20 747 € par an par patient, avec une variabilité importante suivant la sévérité de la maladie⁸.

II.2 UN CONTEXTE DE PRECARITE DANS LE VAL-D'OISE, RISQUE D'AGGRAVATION DES RUPTURES DE PARCOURS ET DE RENONCEMENTS AUX SOINS

Problématiques rencontrées : Actuellement dans le Val d'Oise, les patients atteints de BPCO peuvent bénéficier d'un accompagnement ponctuel et non coordonné dans leurs parcours de soins en dehors des consultations habituelles chez leurs professionnels de santé et des sorties d'hospitalisation par l'intermédiaire du Programme d'Aide au Retour au Domicile (PRADO).

En outre, la BPCO nécessite un accompagnement pluridisciplinaire incluant une prise en charge des troubles psychologiques, des risques de dénutrition et du maintien de l'activité physique afin de favoriser une prise en charge globale de la pathologie et de ses problématiques connexes qui a été démontré dans la littérature comme améliorant la qualité de vie des patients et leur capacité à l'effort⁹. Ces prises en charge ne sont toutefois pas à ce jour remboursées (ou partiellement par l'assurance maladie). La question de l'accessibilité aux soins se pose donc, d'autant que le département du Val d'Oise est confronté à une problématique de précarité qui accroît le risque de renoncement aux soins.

► Le Val-d'Oise : un territoire jeune, qui fait face à une importante précarité source de renoncement aux soins

Le Val-d'Oise se caractérise par une **population jeune** avec l'**indice de vieillissement le plus faible de France métropolitaine** (47 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans)¹⁰ et le **2nd taux de natalité** le plus élevé de la région Ile-de-France (14,8 ‰ en 2022)¹¹.

La population de ce département est confrontée à une importante précarité avec **21,7% de personnes en situation de pauvreté dont 17,2% sous le seuil de pauvreté**¹², pour des moyennes régionales respectives de 19,5% et 15,6%. L'IDH2 (Indice de développement humain) du Val d'Oise se situe par ailleurs à 0,53 alors qu'il est à 0,57 au niveau régional ; il s'agit du 2nd IDH2 le plus bas d'Ile-de-France¹³.

⁷ Source : Cohorte BPCO 2015 – Assurance Maladie SNIIRAM DCIR

⁸ Site de l'Assurance Maladie : [BPCO : des indicateurs de qualité pour évaluer le parcours de soins des patients | ameli.fr | Médecin](https://www.ameli.fr/medecin/indicateurs/qualite/parcours-soins)

⁹ Bernard McCarthy 1, Dymna Casey, Declan Devane, Kathy Murphy, Edel Murphy, Yves Lacasse : [Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25811111/), Février 2015 – DOI : 0.1002/14651858.CD003793.pub3

¹⁰ Données INSEE 2019

¹¹ Données INSEE 2022 : moyenne en Ile-de-France de 13,1 et 10,4 en France métropolitaine

¹² Données INSEE Filosofi 2018, paru dans l'étude '1,8 million de Franciliens exposés à la pauvreté et 470 000 dans son halo' (paru en décembre 2021)

¹³ Données Insee 2006, [Note rapide n°528 de l'IAU d'Ile-de-France](https://www.insee.fr/fr/statistiques/1211111). Le département d'IDF ayant l'IDH2 le plus bas est le 93 (0,39).



Cette situation vient accroître le risque de renoncement aux soins de ces populations alors que la DREES estime que vivre sous le seuil de pauvreté multiplie par 1,6 ce risque¹⁴.

Par ailleurs, le niveau d'études et le statut social sont des facteurs de risques pouvant directement impacter la compréhension de l'information en santé (littératie). En effet, la DREES estime que la part des personnes avec des difficultés en littératie en santé est 2,8 fois plus élevée en cas de soutien social faible¹⁵. Le département du Val d'Oise affiche le 3^{ème} taux le plus faible d'Ile-de-France de diplômés du supérieur (45%). De plus, 24% des 16-24 ans du département n'avaient pas de diplôme ou au plus le brevet des collèges en 2017¹⁶.

► Une forte prévalence de la BPCO dans le Val-d'Oise

L'ARS Ile-de-France constate l'augmentation progressive de la prévalence de la BPCO à l'échelle de la région, avec une hausse de 26% entre 2008 et 2017. Le département du Val-d'Oise affiche la **2^{nde} prévalence la plus forte de BPCO de la région**, à hauteur de 740 personnes pour 100 000 personnes¹⁷.

Le tabagisme constitue la cause de 80% des cas de BPCO¹⁸. Le département du Val-d'Oise ne fait pas figure d'exception, avec 22,1% des habitants de 18-75 ans déclarant fumer quotidiennement, pour une moyenne régionale de 22,0%. A noter que l'exposition à des aérocontaminants d'origine professionnelle peut également être à l'origine de cette maladie, notamment pour des employés du secteur du bâtiment, de la fonderie ou de l'industrie textile.

► La BPCO sur le territoire NOVO : 400 hospitalisations par an en MCO (site de Pontoise)

A l'échelle du Val d'Oise, la BPCO représente **42 100 patients potentiels**¹⁹. Dans les faits, 13 000 personnes ont pris un traitement médicamenteux spécifique pour la BPCO en 2020 dans le 95²⁰.

Les porteurs ont analysé les hospitalisations au niveau du territoire NOVO : **l'hôpital NOVO (site de Pontoise) procède à près de 400 hospitalisations pour BPCO comme diagnostic principal ou associé par an**, pour un total de 2 millions d'euros à charge de l'Assurance Maladie (sans compter les passages aux urgences). De plus, les données de l'hôpital montrent que **46% des patients hospitalisés le seront à nouveau au moins une fois dans les deux ans** et 12% d'entre eux au moins trois fois ; des observations à l'échelle du département cohérentes avec le Livre Blanc de la BPCO publié en 2018.

¹⁴ Etude DREES publiée en juillet 2021 (n°1200) : Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres

¹⁵ Etude DREES n°1269 publiée en mai 2023 : Une personne sur dix éprouve des difficultés de compréhension de l'information médicale

¹⁶ Insee, recensement de la population 2017

¹⁷ Source : Cnam-DSES - taux standardisé de chacune des 30 ALD pour 100 000 personnes protégées du régime général dans chaque département, en 2021

¹⁸ Site de l'Assurance Maladie : Comprendre la BPCO, consulté en mai 2023.

¹⁹ Estimation pour une population de 561 400 personnes de 40 ans et plus (données INSEE 2020) avec une prévalence de 7,5% (Données INSERM, 2017 et site de l'Assurance Maladie : BPCO : des indicateurs de qualité pour évaluer le parcours de soins des patients | ameli.fr | Médecin)

²⁰ D'après les données transmises par la CPAM 95 sur l'année 2020 : base de 12 980 individus



II.3 LE CONSTAT D'UNE DIFFICULTE A PRENDRE EN CHARGE LES PATIENTS SOUFFRANT DE BPCO SELON LES RECOMMANDATIONS

II.3.a Recommandations de la Haute autorité de santé (HAS)

Relativement à la sévérité de la maladie, la HAS classe les patients souffrant de BPCO en 4 stades²¹ :

Stade	BPCO légère (stade I)	BPCO modérée (stade II)	Sévère et très sévère (stade III et IV)	Très sévère (stade IV)
Critères	Absence d'exacerbation, dyspnée absente ou légère (mMRC 0-1)	Moins de 2 exacerbations modérées/an, dyspnée modérée (mMRC 2)	Patients <u>sans OLD</u> ²² avec 2 ou plus exacerbations modérées ou 1 sévère (hospitalisation)/an, dyspnée sévère (mMRC 3-4)	Patients <u>sous OLD et/ou VNI</u> ²³ à l'état stable
Visite Médecin généraliste	au moins une fois par an		Au moins 2 fois par an	Tous les mois
Visite Pneumologue	selon les besoins		1 fois / an	2 fois / an

Quel que soit le stade de la pathologie, la HAS souligne qu'une « **prise en charge pluriprofessionnelle** [est] à adapter selon les besoins cliniques, psychologiques et sociaux du patient, ses changements de comportement, les réponses aux traitements ».

La HAS estime que **la coordination des parcours de soins** est « indispensable à la qualité du parcours de soins du patient ». Elle précise également que cette coordination peut être assurée par différents acteurs du territoire tels que les maisons pluriprofessionnelles et centres de santé, les CPTS, les infirmières « Asalée » ...

La HAS recommande également d'**impliquer le patient dans son suivi** pour lui permettre de :

- Apprendre à gérer son stress ;
- Maintenir les capacités d'autogestion de sa maladie pour favoriser son autonomie et contribuer à l'amélioration de sa qualité de vie (sevrage tabagique, poursuite de l'activité physique, qualité de la prise des médicaments, utilisation du plan d'action personnalisé en cas d'exacerbations...);
- Actualiser le plan d'action personnalisé en cas d'exacerbation ;
- Permettre au médecin d'ajuster la stratégie thérapeutique si besoin.

Pour cela, elle indique qu'en pratique il s'agit de :

- Faire un bilan de ce que le patient a acquis en termes de connaissances, de gestes, de comportements et actualiser le diagnostic éducatif ;
- Évaluer les difficultés d'autogestion du traitement par le patient, son vécu de la maladie au quotidien, ses attentes ;
- Décider de l'utilité ou non de prévoir d'autres séances éducatives ou interventions de professionnels de santé.

²¹ Source : Article HAS publié en janvier 2020, [BPCO : la coordination des soins est essentielle](#)

²² OLD : Oxygénothérapie de Longue Durée

²³ VNI : Ventilation Non Invasive



Aussi, la HAS spécifie qu'il est nécessaire d'informer le patient sur ses droits sociaux et professionnels ainsi que de prendre en charge les besoins sociaux et psychologiques de l'aïdant.

En termes de mise en application des recommandations, la HAS a publié en 2022 une étude sur des **indicateurs de qualité des parcours BPCO**²⁴. Cette étude met notamment en avant les éléments suivants :

- Seuls 20% des patients identifiés à risques sont dépistés ;
- Seuls 30% des patients ont une surveillance annuelle de leur fonction respiratoire ;
- Après hospitalisation, 40% des patients ont un suivi dans les 7 jours par leur médecin traitant et 30% sont vus par un pneumologue sous 2 mois.

II.3.b Des difficultés opérationnelles constatées sur le terrain

Sur le terrain, la mise en œuvre de ces préconisations s'avère complexe pour plusieurs motifs.

► Une prise en charge pluridisciplinaire partielle et la nécessité d'accéder à certains soins

Comme mentionné dans les recommandations HAS, les patients atteints de BPCO nécessitent un **accompagnement pluridisciplinaire**.

Dans le Val-d'Oise, cet accompagnement pluridisciplinaire par les professionnels de santé n'est que partiel avec **seulement 5% des patients BPCO ayant eu recours aux trois professionnels suivants en 2020 : pneumologue / infirmier / masseur-kinésithérapeute**. A noter que cette même année : 20% des patients ont eu recours à 2 de ces professionnels tandis que 33% n'ont eu recours à aucun²⁵.

Par ailleurs, les patients atteints de BPCO nécessitent un suivi médical mais aussi un accompagnement sur plusieurs problématiques connexes : sédentarité, dénutrition, problèmes psycho-sociaux.

En effet, la survenue de maladies chroniques en général et de la BPCO en particulier est souvent liée à des conditions psychosociales difficiles, pouvant parfois remonter à l'enfance (addictions, violences intrafamiliales...)²⁶. En plus de la prise en charge des troubles psychologiques préexistants, la BPCO est très fortement associée à des troubles anxieux et dépressifs et les comorbidités psychologiques sont amenées à augmenter avec la fréquence des exacerbations et des hospitalisations²⁷. Une étude menée en Suisse en 2017 a estimé que « *près de 10 à 19 % des patients présentant une BPCO stable souffrent d'une anxiété. Lorsque la maladie pulmonaire est plus avancée, ces chiffres augmentent à des valeurs comprises entre 50 et 75 %. Il en va de même en ce qui concerne la dépression. Près d'un quart des patients souffrant d'une BPCO stable ont des symptômes dépressifs à un moment donné, chiffre qui s'élève à plus de la moitié chez les patients dont la BPCO est jugée sévère.* »²⁸

Enfin, dans le traitement de la BPCO sont aussi à prendre en compte le niveau insuffisant d'activité physique et les risques de dénutrition et de sarcopénie pourtant fréquents chez ces patients. **Cet aspect est méconnu et non pris en charge dans le droit commun.**

BESOIN IDENTIFIÉ : accompagnement pluridisciplinaire incluant une prise en charge des troubles psychologiques, des besoins diététiques et de l'activité physique adaptée en limitant les freins organisationnels et financiers, pour permettre une prise en charge globale de la pathologie.

²⁴ Etude HAS publiée en avril 2022 : [BPCO : des indicateurs pour améliorer le parcours de soins](#)

²⁵ Les données figurant dans ce paragraphe ont été transmises par la CPAM 95 au porteur

²⁶ Conférence [Les maladies chroniques ne tombent peut-être pas du ciel !](#) par le Pr. Cyril TARQUINIO, mai 2021

²⁷ R. Hamidfar-Roy · L. Potton : [Profil psychologique et qualité de vie des patients atteints d'une BPCO issus de la réanimation](#), 2013

²⁸ S. Henninger, D. Calamand, O. Pasche, G.E. Maccaferri : [Docteur, j'ai peur d'étouffer ! BPCO et manifestations psychiatriques](#), publié en 2017 (DOI : 10.53738 / REVMED.2017.13.577.1710)



► Le manque de coordination du cercle de soins du patient souffrant de BPCO

Le cercle de soins (CS) des patients BPCO est composé de différents professionnels de santé : médecin généraliste, pneumologue, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pharmacien, diététicien... En l'absence d'une réelle coordination, les patients peuvent se heurter à des redondances de prescriptions, des discours non concertés des professionnels et ainsi se sentir perdus dans leur parcours de soins. Bien qu'il existe actuellement des moyens pour communiquer autour d'un patient (logiciel interne aux maisons de santé, messageries cryptées, etc.), en pratique les professionnels de santé déplorent un grand manque de coordination. 46% des professionnels de santé citent ce manque de coordination comme un frein à la prise en charge des patients souffrant de maladie chronique²⁹.

Ce manque de coordination est constaté tout au long du parcours du patient BPCO, y compris lors de sa sortie d'hospitalisation. En effet, le dispositif du PRADO³⁰ a permis d'accompagner le retour au domicile de nombreux patients et de faire la transition entre l'hôpital et la ville en sollicitant masseurs kinésithérapeutes, infirmiers et médecins généralistes. Bien qu'il améliore les conditions de retour à domicile, ce dispositif reste limité dans le temps et ne permet pas de palier à l'insuffisance de communication entre les différents professionnels de la ville et de l'hôpital.

Des efforts ont notamment été déployés via la transmission en temps réel des comptes-rendus d'hospitalisation (CRH) mais ces transmissions concernent des données principalement, voire exclusivement, de soins et reposent le plus souvent sur la prescription de traitements médicamenteux insuffisamment efficaces pour diminuer le taux de ré-hospitalisation.

BESOIN IDENTIFIÉ : communication et décloisonnement entre structures et professionnels de santé pour coordonner les soins, partager des informations, éviter les redondances de prescriptions, éviter les contre-indications et harmoniser les discours des professionnels pour plus globalement construire un parcours de soins du patient cohérent.

► L'importance d'impliquer le patient dans le suivi et l'acquisition des clés pour comprendre sa pathologie

Les symptômes annonciateurs d'une exacerbation (à l'origine des hospitalisations en urgence) sont progressifs : il peut s'écouler une semaine entre leur apparition et l'admission du patient aux urgences³¹. Ce délai peut s'expliquer par la méconnaissance des symptômes annonciateurs par le patient, ou au contraire par l'appréhension qu'ils suscitent à l'idée d'une hospitalisation.

Lorsque les symptômes deviennent trop importants, le patient appelle le 15 et est admis le plus souvent au service d'accueil des urgences déjà engorgé en l'absence d'autres voies de recours et de mesures précoces à adopter pour éviter l'hospitalisation (ou à minima le passage aux urgences). En 2020 dans le Val-d'Oise, 8,2% des patients en ALD₁₄ (Affection de longue durée pour insuffisance respiratoire chronique grave secondaire à une BPCO) ont fait l'objet d'un ou plusieurs passages aux urgences³².

Par conséquent, les séances éducatives se justifient pour faire évoluer le parcours de santé des patients et leur capacité à gérer les exacerbations, faisant passer ces derniers d'une situation de passivité à une posture d'**acteur de leur propre parcours de soins**. Au travers d'ateliers d'éducation thérapeutique, le patient acquiert ou renforce ses connaissances sur sa maladie, sur les bons gestes à adopter, le moyen de bien prendre son traitement, etc. Il **gagne également en autonomie**, lui

²⁹ Enquête de besoins réalisée par les étudiants de l'École des Mines de Paris

³⁰ auquel le service de pneumologie du CHRD a adhéré dès sa présentation en juin 2016

³¹ Lancet 2007, vol 370, page 786

³² D'après les données transmises par la CPAM 95 sur l'année 2020 : base de 12 980 individus



permettant ainsi de ne plus être seul, livré à lui-même, face aux difficultés de gestion de sa maladie mais d'acquérir des compétences et de mobiliser ses ressources personnelles, celles de son entourage et de son cercle de soins avec lequel il tissera des liens plus étroits et cohérents.

BESOIN IDENTIFIE : accompagner le patient sur le plan éducatif dans la compréhension de sa pathologie pour lui permettre de devenir acteur de son parcours de soins, à travers des séances éducatives sur des sujets dédiés.

II.4 LES PREMICES DE L'EXPERIMENTATION PROPOSEE

Il existe aujourd'hui deux programmes d'éducation thérapeutique dédiés aux patients souffrant de BPCO portés par l'hôpital NOVO :

- Un programme hospitalier dédié aux patients hospitalisés, sur le site d'Aincourt ;
- Un programme ville-hôpital précurseur du projet MPSAT, sur le territoire NOVO.

Ce deuxième programme, grâce au soutien financier de l'ARS Ile-de-France, a permis d'amorcer sur son volet éducatif le projet MPSAT en novembre 2021. A ce jour :

- 118 patients ont été inclus (dont 61% sur liste d'attente faute de moyens suffisants)
- 58 ateliers ont été animés
- Par 25 professionnels différents (Médecins, Infirmiers, Masseurs-kinésithérapeutes, Pharmaciens, Diététiciens, Art-thérapeutes, etc. en binôme libéral-hospitalier (52 % hospitaliers, 48 % libéraux)
- Sur 4 sites du territoire NOVO :
 - o Cergy-Pontoise, dans une salle communale, en partenariat avec le Conseil Local de Santé ;
 - o Saint-Ouen l'Aumône, dans une salle de la Communauté pluriprofessionnelle territoriale de santé (CPTS) des Bords de l'Oise ;
 - o Persan, dans les locaux de la Maison de santé des Arcades ;
 - o Magny-en-Vexin, dans une salle communale, en partenariat avec la Mairie et la CPTS du Vexin francilien

Les patients et les professionnels font déjà part de leur satisfaction et d'une forte attente quant au déploiement des autres volets du projet MPSAT. Après analyse des questionnaires de satisfaction :

- 97% des patients ont estimé que les ateliers répondaient à leurs attentes et autant ont confirmé leur désir de participer à d'autres séances;
- 96 % des professionnels ont estimé que les ateliers avaient répondu à leurs attentes d'animateurs ainsi qu'aux attentes des patients de façon satisfaisante à très satisfaisante.

Le projet MPSAT intégrera ces deux programmes et inclura des acteurs de santé de ville et de l'hôpital motivés à l'idée de collaborer au plus proche du patient et au-delà du secteur aigu hospitalier.

III PRESENTATION DES EXPERIMENTATEURS ET DES PARTENAIRES

III.1 EXPERIMENTATEURS

Le territoire NOVO est un territoire mixte doté de :

- 1 hôpital de territoire (Hôpital NOVO)
- 4 CPTS (dont une en cours de création)
- 11 Maisons de santé
- 150 omnipraticiens
- 2 pneumologues libéraux
- De nombreux paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, etc.)

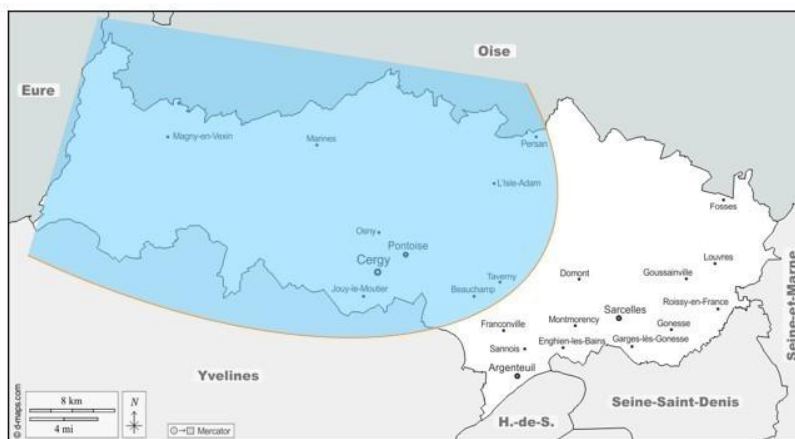


Figure 2 : Territoire d'intervention de l'expérimentation MPSAT

Le projet MPSAT s'inscrit sur ce territoire. Il inclut les acteurs de santé que le patient souffrant de BPCO, qui reste au centre du dispositif, sera amené à rencontrer sur son parcours de santé. Ces acteurs de santé sont issus du cercle de soins du patient, défini avec l'accord mutuel des acteurs et du patient, et exercent en secteur hospitalier ou libéral. Ils sont ainsi recrutés parmi toutes les disciplines de santé citées ci-dessus et impliquées dans la prise en charge des patients BPCO sur le territoire NOVO. C'est parmi eux que sera désigné un référent en santé pour chaque patient (cf. § V.3.a.3).

III.2 PARTENAIRES

L'élaboration du projet MPSAT a d'ores et déjà permis de fédérer un grand nombre **d'acteurs de santé multidisciplinaires et autres acteurs du territoire**.

Dans une dynamique forte de coordination territoriale, ce projet implique plusieurs professionnels du territoire NOVO dans sa mise en œuvre à des degrés différents.

Partenaires impliqués dans le projet MPSAT :

Les prémices du projet ont permis de fédérer un grand nombre d'acteurs de santé du territoire.

Les partenaires impliqués dans sa mise en œuvre sont les suivants :

- **Les 4 CPTS du territoire** : les CPTS du Vexin francilien, de l'Axe Majeur et des Bords de l'Oise déjà agréées et la CPTS des trois Forêts en cours, contribuent à la promotion du projet auprès des professionnels du territoire. Leur mission sera également de faciliter l'accès aux soins des patients de la MPSAT grâce à leur annuaire des ressources professionnelles locales. Par ailleurs, le Dr Philippe, porteur du projet MPSAT, siège aux conseils d'administration de chaque CPTS en tant que représentant de l'hôpital NOVO et celles-ci ont toutes inclus le projet MPSAT comme un de leurs axes de travail ;
- **4 Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP)** : les MSP des Cordeliers, du Grand Centre, des Arcades, de Royaumont participent à la mise en œuvre du projet depuis ses prémices. Certaines mettent notamment à disposition leurs locaux pour des ateliers collectifs dans le cadre du programme ETP ville-hôpital actuel ;
- **L'association socio-sportive Ex-Aequo**, qui avec le concours de la ligue UFOLEP et de l'hôpital NOVO, a développé, sur le territoire de Cergy-Pontoise, une Maison Sport Santé labellisée en mars 2021. Cette association sera partie prenante de la prise en charge des séances d'activité physique adaptée des patients de la MPSAT dans le cadre de l'expérimentation ;
- **Les professionnels de santé** (médecins généralistes, infirmiers, pneumologues, masseurs-kinésithérapeutes, ...) : ils pourront être impliqués dans le repérage et l'orientation des patients



vers le dispositif, mais également dans la prise en charge de nouveaux patients qui leur seraient orientés dans le droit commun ou dans le cadre dérogatoire pour des soins cliniques ou pour devenir référent en santé. Certains participent déjà à la construction et l'animation de séances éducatives collectives dans le cadre du programme ETP ville-hôpital ;

- **Le Dispositif d'appui à la coordination (DAC) Coordinov** : ses missions sont définies dans le cadre de la loi du 24 juillet 2019 et concernent la coordination des parcours de santé complexes. Le DAC sera sollicité dans ses missions propres pour accompagner les patients en situation complexe, notamment sur le plan social. Les coordinateurs de parcours du DAC feront alors intégralement partie du cercle de soins du patient et travailleront en étroite collaboration avec le référent en santé qui leur apportera son expertise clinique sur la pathologie BPCO ;
- **L'association CoordETP95** : c'est une plateforme de coordination des programmes d'éducation thérapeutique du patient sur le département du Val d'Oise. Structure originale sur le territoire national, sa mission est d'accompagner la mise en place, la coordination et l'évaluation des programmes ETP du département. Cette plateforme assure également la formation continue des acteurs de santé impliqués ;
- **La Fondation Léonie Chaptal** : institut de formation paramédicale reconnu, il pourra assurer la formation à l'ETP de 40h des professionnels libéraux du territoire. La formation en ETP des professionnels de l'hôpital NOVO sera assurée par le référent ETP de l'établissement.

Partenaires institutionnels

- **Les mairies de Cergy, Eragny-sur-Oise et Magny-en-Vexin** ont déjà acté leur participation au projet. Via leurs contrats locaux de santé notamment, ces communes seront impliquées dans le projet par leur participation au COPIL, leur mise à disposition de locaux ou bien encore leur participation à la sensibilisation et la communication sur le projet auprès de leurs citoyens ;
- **L'ARS Ile-de-France** : force institutionnelle de soutien et d'appui, elle a permis le démarrage du volet éducatif du projet en 2021 via des fonds FIR et soutient activement la candidature du porteur à l'art. 51 pour permettre le déploiement du projet MPSAT dans son exhaustivité ;
- **Caisse Primaire d'Assurance Maladie du 95** : elle a été la première institution contactée en 2017 et apporte son soutien et son aide en transmettant des données épidémiologiques et de consommation de soins importantes pour permettre la construction du projet et ses projections ;
- **Centre de gestion scientifique de l'école des MINES de Paris (ParisTech – PSL)** : il a été impliqué dès le début du programme avec la mise à disposition de trois stagiaires pour l'aide à l'organisation et la coordination initiale du programme. Si le projet est approuvé, la mise à disposition d'un doctorant de l'école permettra une évaluation médico-organisationnelle du projet.

IV OBJECTIFS ET EFFETS ATTENDUS

IV.1 OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS

L'objectif stratégique de l'expérimentation MPSAT est d'**améliorer l'accessibilité et la qualité du parcours de soins des patients adultes diagnostiqués BPCO sur le territoire NOVO en vue de prévenir les exacerbations aiguës, diminuer les hospitalisations et les recours aux urgences évitables et améliorer la qualité de vie des patients.**

Concrètement, cet objectif stratégique se décline en objectifs opérationnels répondant **aux quatre enjeux majeurs du projet MPSAT** :

- Proposer un parcours de soins en proximité, personnalisé, adapté, au long court et favorisant l'autonomie de chaque patient souffrant de BPCO ;
- Favoriser une coordination pluridisciplinaire ville-hôpital et un décloisonnement des acteurs ;



- Mettre en œuvre un modèle de financement innovant, favorisant notamment l'accès aux soins ;
- Permettre l'analyse et l'évaluation des parcours de santé, notamment en cas d'hospitalisation, pour mettre en place des actions correctives à l'échelle du territoire.

Le tableau ci-dessous synthétise les objectifs opérationnels articulés autour de ces enjeux :

1. Un parcours de soins personnalisé, en proximité, adapté au long court et favorisant l'autonomie de chaque patient souffrant de BPCO	Expérimenter un parcours éducatif et de soins personnalisés selon le niveau de sévérité de la BPCO, à proximité du domicile du patient
	Proposer un référent en santé pour chaque patient : interlocuteur privilégié et qui favorise la prise en compte de l'environnement psychosocial du patient
	Rendre le patient acteur de son parcours de soins par l'appropriation des savoirs et compétences et sa participation aux réunions de son cercle de soins
	Permettre selon l'évolution de la situation du patient un accompagnement de longue durée adapté
2. Une coordination pluridisciplinaire ville-hôpital et un décloisonnement des acteurs	Structurer la coordination en identifiant, ou le cas échéant en complétant, le cercle de soins pluridisciplinaire existant et en organisant des échanges réguliers
	Proposer un parcours Ville-Hôpital partagé et favorisant les échanges de bonnes pratiques entre les acteurs de santé du territoire
	Adopter un mode de gouvernance souple et horizontal incluant des membres de la MPSAT avec une représentation suffisante de chaque typologie de professionnels / structures
3. Mettre en œuvre un modèle de financement innovant, favorisant l'accès aux soins	Favoriser la coordination pluriprofessionnelle et le lien Ville-Hôpital par la mise en place de forfaits multi-acteurs
	Permettre l'accessibilité financière à un accompagnement diététique, psychologique et en activité physique adaptée
4. Permettre l'analyse et l'évaluation des parcours de santé, notamment en cas d'hospitalisation, pour mettre en place des actions correctives à l'échelle du territoire	Réunir le cercle de soins du patient pour identifier les causes des ruptures de parcours (et notamment des hospitalisations) afin de mettre en place des actions correctives sur le territoire
	Mettre en place des « patients traceurs » et « parcours traceurs » permettant d'améliorer les pratiques professionnelles

IV.2 IMPACTS ATTENDUS

Le projet MPSAT ambitionne :

Pour les professionnels de santé	Faire évoluer les pratiques professionnelles sur le territoire dans la prise en charge des patients souffrant de BPCO (coordination, pluridisciplinarité)
	Renforcer la structuration de cette prise en charge sur le territoire
	Améliorer le repérage et suivi des patients souffrant de BPCO, notamment par des actions de sensibilisation auprès des professionnels et la mise à disposition d'outils fournis par la MPSAT

Pour la santé publique	Favoriser le diagnostic précoce des patients souffrant de BPCO, actuellement sous-diagnostiqués
	Favoriser l'accès à certaines prises en charge actuellement non remboursées pour les patients souffrant de BPCO
	Limiter le nombre d'exacerbations et de passages aux urgences des patients souffrant de BPCO par un meilleur repérage des signes précoces et une meilleure connaissance des conduites à tenir (ETP)
	Favoriser une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée des patients souffrant de BPCO pour éviter les redondances de prescriptions
	Retarder l'entrée des patients en stade III et IV de la maladie
Efficience	Proposer des forfaits adaptés au niveau de sévérité de la BPCO
	Réduire les coûts liés aux exacerbations et hospitalisations des patients souffrant de BPCO
	Réduire les coûts liés aux traitements médicamenteux et à la consommation de tabac
	Proposer des parcours de soins personnalisés, favorisant une juste consommation des soins

La logique d'intervention du projet MPSAT est détaillée en Annexe 4.

La formulation des objectifs et impacts pourra être ajustée au besoin, en lien avec les travaux d'évaluation, de même que les indicateurs présentés dans la partie dédiée.

V DESCRIPTION DU PROJET

V.1 OBJET DE L'EXPERIMENTATION

Les patients souffrant de BPCO nécessitent une prise en charge personnalisée et pluridisciplinaire intégrant **coordination du parcours de soins, appui éducatif et accompagnement en soins** parfois non pris en charge dans le droit commun (diététique, psychologique, sur l'activité physique). Leur parcours de santé doit être facilité par le dialogue et la communication entre tous les acteurs du cercle de soins, particulièrement lors des hospitalisations qui doivent être graduées (MCO, SMR) et dont la sortie doit être anticipée. Cette expérimentation a donc pour objet de proposer aux patients atteints de BPCO un **accompagnement de proximité personnalisé, adapté tout au long de leur parcours de santé et favorisant l'autonomie** pour mieux comprendre leur pathologie et anticiper une éventuelle dégradation. Le parcours MPSAT s'adapte aux besoins du patient selon le niveau de sévérité de la BPCO en s'inscrivant dans le temps, en cohérence avec le caractère chronique de la pathologie. Il s'agira de s'appuyer sur une **coordination pluridisciplinaire** entre les acteurs de la ville et de l'hôpital et de lutter contre le renoncement aux soins en proposant un modèle de financement au forfait, favorisant l'accessibilité à certaines prises en charge (suivi diététique, séances avec un psychologue, APA).

L'expérimentation MPSAT comprend :

- **Une phase « d'évaluation » permettant de définir un PPCS pour chaque patient**, après réalisation d'un premier bilan éducatif partagé, d'une évaluation des besoins en soins psychologiques, diététiques et en activité physique adaptée et de la participation à une première séance éducative permettant de fixer les objectifs d'apprentissage. **Un 1^{er} entretien motivationnel (s'appuyant sur un questionnaire) avec le référent en santé permettra également d'évaluer la capacité du patient à suivre le parcours MPSAT en phase renforcée.**



- **Une phase de « prise en charge renforcée » qui décline le PPCS** et propose un parcours pluridisciplinaire sur une année combinant :
 - **Une coordination du parcours de soins**, portée par un **réfèrent en santé** identifié pour chaque patient, assurant le rôle de « personne ressource » et de relais auprès des autres membres du cercle de soins (c'est-à-dire les professionnels intervenant dans la prise en charge ou identifiés si manquants) qu'il réunit régulièrement autour de réunions du cercle de soins avec le patient ;
 - **Des séances éducatives collectives** co-construites et co-animées par des binômes d'acteurs de santé Ville-Hôpital, visant à donner les clefs au patient pour comprendre sa pathologie et gagner en autonomie ;
 - **Un accompagnement en soins** adapté permettant l'accès à des professionnels non pris en charge (ou partiellement) dans le droit commun : suivi diététique, soutien psychologique et activité physique adaptée avec l'intervention d'éducateurs APA.
- **Une phase de routine** qui permettra de poursuivre l'accompagnement thérapeutique, allégé, tout en conservant l'appui éducatif et la coordination du parcours par le réfèrent en santé, de façon illimitée, en cohérence avec le caractère chronique de la BPCO.

Le patient est orienté vers la MPSAT par les professionnels de santé du territoire qui auront été sensibilisés à la mise en place de ce parcours. **Si le diagnostic BPCO n'est pas encore posé, le patient sera orienté vers le professionnel compétent pour réaliser le dépistage.**

V.2 POPULATION CIBLE ET EFFECTIFS

V.2.a Critères d'inclusion

Le dispositif MPSAT s'adresse aux **patients diagnostiqués BPCO** répondants aux critères suivants :

- Agés de 18 ans ou plus, la BPCO touchant essentiellement les 40 ans et plus³³ ;
- Volontaires et motivés pour intégrer le projet ;
- Domiciliés sur le territoire NOVO et les communes frontalières des Yvelines, de l'Oise et de l'Eure ;
- En capacité physique et cognitive de suivre le parcours proposé.

L'expérimentation MPSAT n'a pas pour objectif d'assurer le diagnostic des patients adressés mais permettra d'orienter ceux pour lesquels une BPCO est suspectée vers le professionnel compétent pour réaliser le diagnostic, avant inclusion, en lien avec les partenaires (CPTS).

V.2.b Critères d'exclusion

Le critère d'exclusion est le suivant :

- Patients atteints de troubles cognitifs et/ou psychiatriques sévères ne permettant pas notamment de suivre le programme d'appui éducatif et de soins.

V.2.c Effectifs

Le nombre de patients cible à inclure dans le dispositif est de **700 sur 5 ans**, avec une inclusion de 150 patients au semestre 2 et 3, puis 100 patients / semestre sur les semestres suivants.

³³ Article de la HAS, publié en 2020 : [Détection et diagnostiquer la BPCO même sans symptôme apparent](#)



Le tableau ci-dessous synthétise le nombre d'inclusions prévisionnel par semestre, par profil de patient :

Profil de patient	Objectifs d'inclusions										
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	Total
Patient Stade 1-2	0	93	93	62	62	62	62	0	0	0	434
Patient Stade 3-4 sans oxygénothérapie	0	52	52	35	35	35	35	0	0	0	244
Patient Stade 3-4 sous oxygénothérapie	0	5	5	3	3	3	3	0	0	0	22
Total	0	150	150	100	100	100	100	0	0	0	700

En adéquation avec les prévalences des différents stades de la BPCO dans la population générale, la répartition des patients attendus par profil est la suivante ³⁴:

- 62% de patients aux stades I et II,
- 35% de patients aux stades III et IV sans oxygénothérapie,
- 3% de patients aux stades III et IV avec oxygénothérapie.

Les inclusions successives assurées jusqu'au S7 permettent une croissance régulière de la file active. Cette dernière sera amenée à baisser par la suite, du fait de l'arrêt des inclusions et des départs potentiels du dispositif.

Le choix a été fait d'arrêter les inclusions au S7 pour permettre une évaluation suffisante quantitativement et cohérente avec un parcours complet comprenant les 3 phases de prises en charge (évaluation, prise en charge renforcée et de routine).

File Active THEORIQUE	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Patient Stade 1-2	0	93	186	248	310	372	434	434	434	434
Patient Stade 3-4 sans O2	0	52	104	139	174	209	244	244	244	244
Patient Stade 3-4 avec O2	0	5	10	13	16	19	22	22	22	22
Total	0	150	300	400	500	600	700	700	700	700

Nous prévoyons un taux d'attrition de l'ordre de 5 % après la phase « d'évaluation » et de 10 % après la phase de « prise en charge renforcée » et de « routine ». Les forfaits ont été séquencés en 3 phases pour permettre de parer à cette attrition, l'engagement du patient à poursuivre le programme dans la phase suivante étant réévalué à chaque fin de cycle par un entretien motivationnel avec le référent en santé et lors de la dernière réunion du cercle de soins en présence du patient.

Le choix a été fait de ne pas compenser ces sorties de programme par de nouvelles entrées pour permettre une étude rigoureuse sur un panel fixe de 700 patients inclus sur 5 ans, l'évaluation qualitative de ces sorties permettant d'analyser les atouts et freins du dispositif MPSAT.

³⁴ <https://doi.org/10.1183/23120541.00253-2020>

La file active devrait atteindre son maximum au 7^{ème} semestre d'expérimentation, avec un minimum de 618 patients.

File Active ATTENDUE APRES ATTRITION	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Patient Stade 1-2	0	93	181	238	288	338	383	363	345	333
Patient Stade 3-4 sans O2	0	52	101	133	161	189	215	204	194	187
Patient Stade 3-4 avec O2	0	5	10	13	15	17	20	20	19	19
Total	0	150	292	384	464	544	618	587	558	539

Au total, sur 700 patients inclus, un minimum de 464 patients devrait avoir réalisé un parcours MPSAT complet (phase d'évaluation + 1 année de prise en charge renforcée + 1 année de phase de routine).

V.3 PROFESSIONNELS CONCERNES PAR LA MISE EN ŒUVRE DE L'EXPERIMENTATION

L'expérimentation et les besoins précédemment cités nécessitent l'implication de nombreux acteurs :

- Pour constituer le cercle de soins du patient et organiser les prises en charge urgentes
- Pour assurer la coordination du parcours de soins du patient
- Et pour assurer le pilotage global de l'expérimentation (suivi, évaluation, financement).

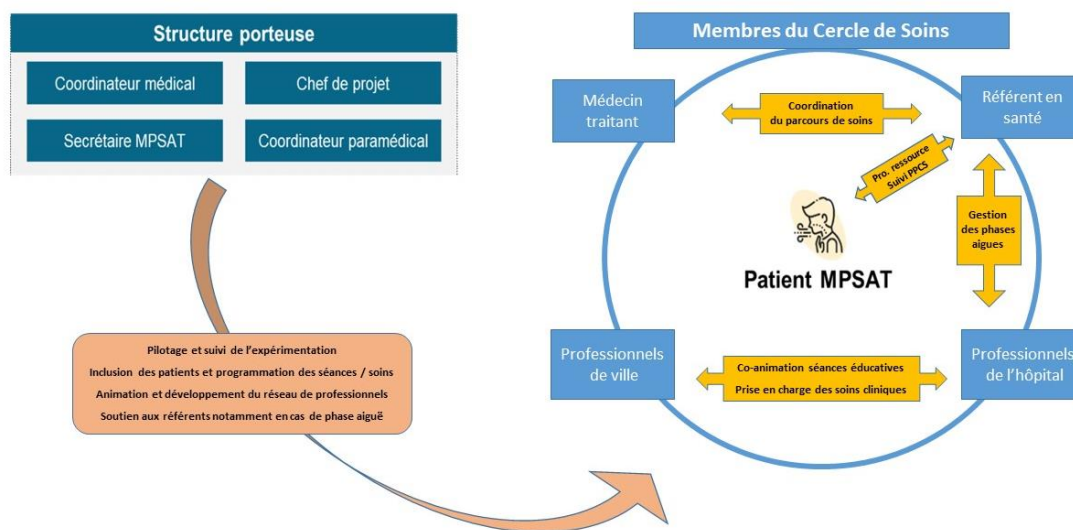


Figure 3 : Cartographie des acteurs du projet MPSAT

V.3.a Les acteurs du cercle de soins

V.3.a.1 Membres du cercle de soins et missions

Lors de l'inclusion d'un patient au sein de la MPSAT, les membres de son cercle de soins sont identifiés et sollicités pour intervenir au sein du dispositif. L'expression « cercle de soins » désigne l'ensemble des professionnels (libéraux ou hospitaliers) intervenant dans la prise en soins du patient.

Dans le cas d'un patient souffrant de BPCO, les membres du cercle de soins peuvent être :

- Médecins généralistes
- Médecins pneumologues



- Masseurs-Kinésithérapeutes
- Enseignants en activité physique adaptée (APA)
- Infirmiers
- Pharmaciens
- Diététiciens
- Psychologues
- Etc.

Tous les acteurs du cercle de soins sont impliqués dans le parcours du patient au sein de la MPSAT. Cependant, leur intervention varie selon leur disponibilité et leur niveau d'implication souhaité. Ainsi, en complément de leurs missions intrinsèques de praticien, ils peuvent :

- Être référent en santé de certains patients (rôle détaillé ci-après),
- Participer, pour les professionnels concernés, au bilan éducatif partagé (BEP) et aux évaluations cliniques d'inclusion,
- Participer à la définition du Plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) du patient,
- Participer aux réunions de cercle de soins selon les modalités définies ci-dessous,
- Réaliser les interventions prévues dans le cadre de l'accompagnement en soins défini par le PPCS,
- Participer à la conception et/ou animation des séances éducatives collectives.



Si un patient inclus dans l'expérimentation ne dispose pas d'un cercle de soins préexistant ou si ce cercle de soins est incomplet, un travail d'identification et de mise en relation du patient avec les professionnels nécessaires sera réalisé pour former ou compléter le cercle de soins existant. Dans ce cas, le coordinateur paramédical de la MPSAT travaillera en étroite collaboration avec les CPTS (qui tiennent à jour un annuaire des acteurs de santé de proximité en lien avec leur mission d'accès aux soins) pour orienter le patient.

V.3.a.2 Professionnels intervenant lors des réunions du cercle de soins

Des réunions du cercle de soins (RCS) ville-hôpital seront organisées tout au long du parcours MPSAT. D'une durée de 30 min, ces réunions pluridisciplinaires visent à définir puis adapter au fil de l'accompagnement le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) du patient, en fonction de l'évolution de ses besoins de prise en charge.

Ces RCS seront organisées en présence du patient pour renforcer sa compréhension et le positionner comme acteur de son parcours de santé. Le référent en santé, en tant que « personne-ressource » du patient et en charge du suivi du PPCS, sera systématiquement présent.

Le nombre de professionnels du cercle de soins participant à ces réunions a été fixé pour répondre aux enjeux de disponibilité des professionnels et d'adaptation à la sévérité de la pathologie. Ainsi celui-ci varie suivant les phases d'accompagnement et le profil du patient :

Phase du parcours	Patient stade I ou II	Patient stade III ou IV avec ou sans O2
Phase d'évaluation	5 participants : référent, médecin traitant, 3 professionnels du CS 1 réunion en fin de phase	
Phase de prise en charge renforcée	3 membres du CS, dont référent 2 / an	5 membres du CS, dont référent 4 / an
Phase de routine	3 membres du CS, dont référent 1 / an	5 membres du CS, dont référent 2 / an

Les modalités d'organisation de ces réunions seront flexibles : elles pourront par exemple être réalisées en présentiel avec le patient au cabinet du médecin traitant avec possibilité de se connecter par visioconférence pour les autres membres du CS.



V.3.a.3 Focus sur le profil et rôle du référent en santé : Personne Ressource du Patient MPSAT

i. Définition, désignation et profil du référent en santé

Tout au long de son parcours dans la MPSAT, le patient sera accompagné par un référent en santé. Ce professionnel, issu du cercle de soins du patient et désigné en accord avec lui, est le **partenaire professionnel privilégié du patient**, la personne-ressource avec qui le patient va pouvoir créer une alliance thérapeutique.

En pratique, le référent en santé est identifié dès la phase d'évaluation par le coordinateur paramédical de la MPSAT, parmi les membres du cercle de soins, après échanges avec le patient et sous réserve de validation du coordinateur médical.

Ce rôle sera **prioritairement proposé au médecin traitant** du patient. En cas d'indisponibilité du médecin traitant ou refus, cette mission pourra être assurée par un **autre professionnel désigné parmi le cercle de soins**. A noter toutefois que, pour les patients aux stades III ou IV de la BPCO, le référent en santé sera obligatoirement **un professionnel ayant une expertise clinique** (médecin traitant, Infirmier, masseur-kinésithérapeute). Pour les patients aux stades I ou II, ce rôle de référent en santé pourra être élargi à d'autres professionnels du CS (psychologue, diététicien, EAPA, pharmacien).

Chaque référent en santé pourra assurer le suivi **de dix patients maximum** sur une même période³⁵.

ii. Rôle et missions du référent en santé

Le référent en santé assurera un rôle clé dans le parcours MPSAT : celui de « **personne ressource** » du **patient** et interlocuteur privilégié en cas de difficultés rencontrées. Il assurera le suivi de l'effectivité de son parcours de soins et se positionnera en **relais auprès des autres professionnels du CS**. Il contribuera également au **maintien de la motivation et de l'observance du parcours par le patient**.

Plus concrètement, ses missions seront déclinées comme suit :

- Réaliser le BEP avec le médecin traitant et le patient ;
- Participer à l'ensemble des réunions du cercle de soins ;
- Se positionner en tant que « personne ressource » en accompagnant le patient tout au long du parcours et en répondant à ses questions sur sa maladie, son traitement, etc. ;
- Faire le lien avec les autres professionnels du cercle de soins ;
- Repérer et alerter en cas de signes précoces d'exacerbation pour faciliter l'accès aux consultations semi-urgentes et aux hospitalisations en circuit-court ;
- Convoquer le cercle de soins suite à une complication aiguë (ex : hospitalisation) pour analyser les failles du parcours de santé et proposer des actions correctives ;
- Suivre l'effectivité du parcours MPSAT du patient et son observance au travers d'entretiens de suivi et motivationnels dont la fréquence sera adaptée selon la sévérité de la pathologie ;
- Evaluer les progrès dans le sevrage tabagique et apporter du soutien et de la motivation
- Evaluer la capacité et motivation du patient à poursuivre le programme à la fin de chaque phase.

La BPCO étant souvent à l'origine de troubles anxieux et dépressifs importants chez les patients³⁶, la présence d'un référent en santé permet également de **prendre en compte l'environnement psychosocial du patient**. Le référent est une ressource pour le patient lorsqu'il est confronté à une situation difficile et ce professionnel peut provoquer, si nécessaire, une RCS permettant de répondre à l'évolution de la situation ou d'orienter le patient vers le professionnel compétent.

³⁵ La fiche de poste du référent en santé figure en Annexe 6.

³⁶ Se référer à la partie II : Contexte et constats.



Concrètement, le référent en santé réalisera des **entretiens de suivi programmés ou sur sollicitation du patient**, en présentiel (à prioriser, à domicile ou en cabinet) ou en distanciel, à une fréquence variant selon le niveau de sévérité de la pathologie :

Profil du patient	Nombre d'entretiens
Stade I ou II	Jusqu'à 2 par an
Stade III et IV, sans O2	Jusqu'à 6 par an
Stade III et IV, avec O2	Jusqu'à 8 par an

En cas de signes de décompensation, le référent en santé facilitera la prise en charge en alertant le médecin traitant et/ou l'hôpital pour un ajustement de traitement, une consultation semi-urgente voire une hospitalisation directe (sans passage par les urgences) et de façon graduée selon la sévérité de l'exacerbation en secteur MCO ou SMR pour les degrés de sévérité moindre.

Si, le patient est hospitalisé, le **référent en santé facilitera la sortie d'hospitalisation**, en collaboration avec le programme d'aide au retour à domicile (PRADO) ou le DAC en fonction de la complexité de la situation. Il alertera les autres membres du CS (via notamment le système d'information SI MPSAT) et pourra alors convoquer une RCS.

Lors de ces RCS, le référent en santé alertera plus largement le CS sur les problèmes sociaux et/ou psychologiques qui ont un impact certain sur l'état de santé du patient. Il pourra alors solliciter, avec le soutien de l'équipe support de la MPSAT, les différents services concernés : assistantes sociales, psychologues...

Il est important de noter que **le référent en santé (qui n'a pas vocation à être prescripteur ou praticien dans cette fonction) ne se substitue pas aux missions intrinsèques du médecin traitant et des autres membres du CS.**

iii. Formation du référent en santé

Une formation sera dispensée par l'hôpital NOVO dans le cadre de l'expérimentation pour former les professionnels désignés « référents en santé » à la mise en œuvre de ce nouveau rôle. Celle-ci découlera d'une fiche de poste co-construite par les acteurs de santé de la ville et l'hôpital et évaluée initialement de façon rapprochée tous les mois, compte-tenu du caractère innovant de la fonction.

Les apports de la formation permettront notamment au référent en santé de :

- Mieux repérer les besoins médico-psycho-sociaux du patient dans son environnement
- Renforcer ses connaissances sur la BPCO et le repérage des signes précoces d'exacerbation
- Compléter ses connaissances sur le maillage professionnel existant sur le territoire (rôle de chacun, coordonnées, spécificités de prise en charge, etc.)
- Mener des entretiens motivationnels
- Mener un bilan éducatif partagé

Des outils de guidage seront mis à sa disposition à l'issue de la formation et une formation continue sera proposée ainsi qu'un séminaire annuel permettant aux référents d'échanger sur leurs expériences.

V.3.a.4 Focus sur le rôle du médecin traitant au sein de la MPSAT

Le médecin traitant au sein de la MPSAT est invité à prendre le rôle de référent en santé de façon prioritaire. S'il n'occupe pas ce rôle (par manque de disponibilité notamment), cette mission sera alors déléguée à un autre membre du CS.



Le médecin traitant devra à minima participer aux RCS et **réaliser le Bilan éducatif partagé (BEP)**³⁷ annuel avec le référent en santé et le patient.

Il pourra également, s'il le souhaite, se former à l'ETP pour participer à la construction et/ou animation des séances éducatives collectives.

En parallèle, la MPSAT permettra de faciliter son lien direct avec l'équipe hospitalière de territoire de pneumologie (MCO et SMR), notamment pour des avis spécialisés et des hospitalisations directes.

La MPSAT permettra également aux praticiens qui le souhaitent de disposer de retours d'expériences et d'échanges de pratiques³⁸.

V.3.b L'équipe support MPSAT de la structure porteuse

Pour son bon fonctionnement, le projet est piloté par **une équipe support (salariée de l'hôpital et localisée dans ses locaux)** organisée autour de **4 profils** :

- **Le coordonnateur médical** : Médecin pneumologue, il a en charge la communication, la représentation de la MPSAT auprès des instances institutionnelles et le développement des partenariats. Il assure également les missions suivantes :
 - Validation des inclusions proposées par le coordinateur paramédical,
 - Appui aux professionnels du cercle de soins tout au long du parcours MPSAT en binôme avec le coordinateur paramédical et en cas de difficultés rencontrées,
 - Appui et validation de la conception et mise en œuvre des séances éducatives.

- **Le coordonnateur paramédical** : Professionnel paramédical (infirmier ou rééducateur), il intervient sous la responsabilité du coordinateur médical. Il réalise le processus d'inclusion des patients à travers les missions suivantes :
 - Vérification de l'éligibilité des patients et processus d'inclusion,
 - Identification et sollicitation du cercle de soins existant avec recherche sur le territoire le cas échéant des professionnels manquants dans le CS,
 - Identification d'un référent en santé parmi le cercle de soins (sous réserve de validation par le coordinateur médical et en accord avec le patient).Une fois le patient inclus, le coordinateur paramédical assure la programmation de son parcours de santé et l'articulation entre les différents acteurs à travers les missions suivantes :
 - Organisation logistique des parcours individualisés de chaque patient en fonction du PPCS : planification des séances éducatives collectives, des soins cliniques et des RCS,
 - Soutien aux référents en santé et aux professionnels du CS notamment dans le cadre de la prise en charge des situations d'urgence,
 - Suivi des inclusions et du calendrier de mise en œuvre du projet,
 - Recherche et entretien des partenariats, communication sur le dispositif en lien avec le coordinateur médical,
 - Suivi du remplissage effectif du SI par les professionnels en ce qui concerne les éléments de traçabilité du parcours patient.

- **Le chef de projet** : le chef de projets intervient, sous la responsabilité de la direction de l'hôpital, sur le suivi de l'expérimentation et assure en particulier les missions suivantes :
 - Suivi de l'activité et lien avec les tutelles dans le cadre des remontées de données et de la réalisation des travaux nécessaires à l'évaluation de l'expérimentation ;

³⁷ Se référer à la partie V.4 : Parcours du Patient.

³⁸ Se référer à la partie V.5.



- Mise en place et suivi du circuit de financement et facturation de l'expérimentation (rémunération des professionnels et utilisation des forfaits), en lien avec la Direction des finances NOVO ;
 - Développement du SI propre à l'expérimentation en lien avec les opérateurs et la Direction du système d'information NOVO.
- **Le secrétaire MPSAT** : Assistant médico-administratif, il intervient en appui de l'ensemble de l'équipe support et assure les missions suivantes :
 - Suppléer le coordinateur paramédical pour assurer la traçabilité des documents, l'envoi des convocations, le remplissage des tableaux de bord, etc.
 - Assurer l'organisation logistique des séances éducatives (réservation de salles, plannings des animateurs) et rencontres entre professionnels (réunions du CS, des COFIL, etc.).

V.4 PARCOURS DU PATIENT

V.4.a Du repérage à l'inclusion du patient



Figure 4 : Phase de recrutement des patients jusqu'à inclusion

Cette phase décrite ci-après précède l'inclusion dans le dispositif MPSAT : elle s'étend du repérage du patient jusqu'à son inclusion effective au sein de la MPSAT.

L'élément déclencheur de l'inclusion, lorsque l'éligibilité a été vérifiée, est la transmission d'une information sur son intégration dans une expérimentation organisationnelle article 51 ainsi qu'une information écrite sur le traitement de ses données pour l'évaluation du dispositif et ses possibilités d'opposition (remise en main propre).

V.4.a.1 Repérage du patient

Le repérage des patients qui sont adressés vers la MPSAT s'effectue par le biais des professionnels du territoire :

- Les professionnels médicaux et non médicaux de ville : pneumologues, médecins généralistes, kinésithérapeutes, psychologues, pharmaciens, assistants sociaux, etc.
- L'hôpital, à la suite d'une consultation ou d'une hospitalisation notamment.

Plus de 100 patients ont d'ores et déjà été identifiés par l'ensemble des partenaires comme pouvant intégrer la MPSAT via les programmes d'ETP déjà en place sur le territoire.

Pour permettre et faciliter le repérage des patients par les professionnels du territoire, la MPSAT souhaite initier et mettre en œuvre tout au long de l'expérimentation **une démarche de sensibilisation au dépistage de la BPCO sur le territoire NOVO et d'information sur le dispositif MPSAT**. Pendant les 6 mois d'amorçage du projet et tout au long de l'expérimentation, des actions de communication (réunions d'information, événements en ville et à l'hôpital) et sensibilisation seront ainsi menées auprès des professionnels du territoire susceptibles de rencontrer des patients BPCO (ex : médecins, kinésithérapeutes, psychologues, assistants sociaux, diététiciens...) via les CPTS, les maisons de santé, les contrats locaux de santé, le DAC et la CPAM 95 (PRADO) notamment. Un flyer et une affiche de présentation du dispositif seront également diffusés sur le territoire via plusieurs canaux : site internet de l'hôpital, réunions des « 4 saisons » de l'hôpital NOVO réunissant chaque trimestre les médecins généralistes et hospitaliers, distribution dans les cabinets de ville, les CPTS, les pharmacies, etc.



Une aide au diagnostic de la BPCO³⁹ sera également fournie aux médecins généralistes du territoire afin de les aider à diagnostiquer plus systématiquement la BPCO parmi leurs patients fumeurs ou exposés à des facteurs favorisant l'apparition de la maladie.

V.4.a.2 Adressage / Repérage et réorientation pour diagnostic au besoin

Les demandes d'inclusion seront ensuite adressées par ces professionnels à la MPSAT via un formulaire dédié reprenant les critères d'orientation et l'accord du patient concernant cette orientation.

Le coordonnateur paramédical de la MPSAT analysera la demande et vérifiera le respect des critères d'inclusion et les besoins éventuels de réorientation, en lien avec le coordinateur médical de la MPSAT. En effet, lorsque le patient sera adressé pour suspicion de BPCO mais que le diagnostic ne sera pas posé, le patient sera réorienté auprès des relais de ville pour faire les examens nécessaires (pneumologues, IDE spécialisé « Asalée », CPTS...).

V.4.a.3 Présentation du dispositif au patient et inclusion

A l'issue de l'analyse de la demande d'inclusion et vérification des critères d'éligibilité, le coordonnateur paramédical proposera un échange téléphonique au patient pour présenter le parcours, confirmer l'éligibilité, l'intérêt et la motivation du patient à intégrer le dispositif.

En pratique, le consentement du patient sera formalisé par écrit : **le patient signera une lettre d'engagement⁴⁰ et une charte MPSAT**. Le consentement du patient fera également l'objet d'un enregistrement dans le système d'information de la MPSAT.

Le professionnel adresseur sera informé des suites données à la demande par messagerie sécurisée de santé ou via le système d'information de la MPSAT.

³⁹ L'aide au diagnostic BPCO figure en Annexe 7.

⁴⁰ La lettre d'engagement figure en Annexe 8.



V.4.b Parcours du patient au sein de la MPSAT

Le schéma ci-dessous synthétise les grandes étapes du parcours MPSAT :

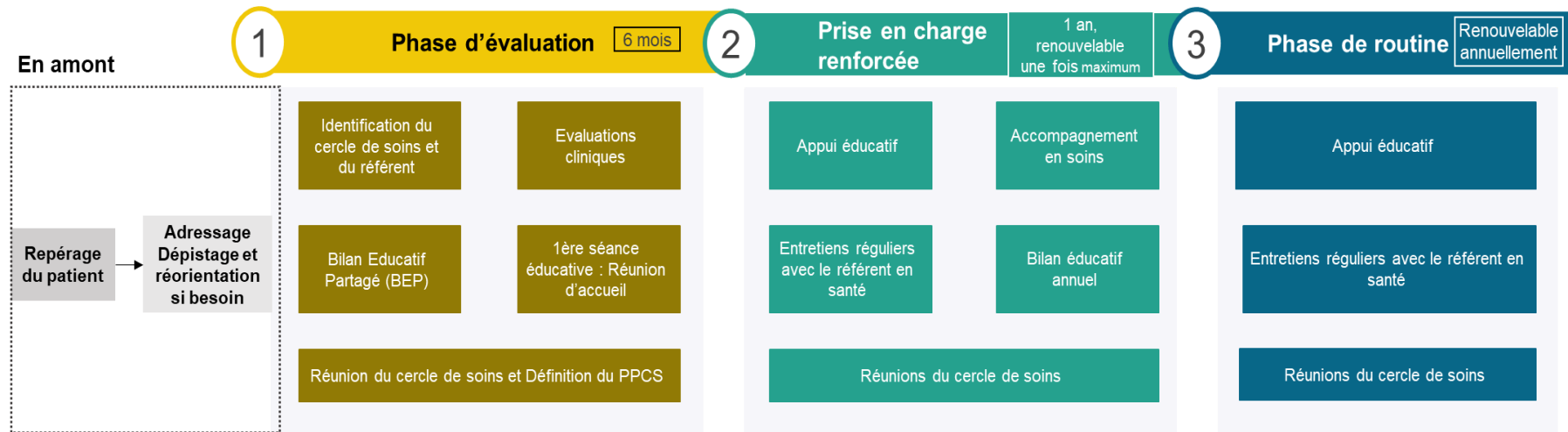


Figure 5 : Schéma du parcours complet MPSAT

V.4.b.1 Phase d'évaluation

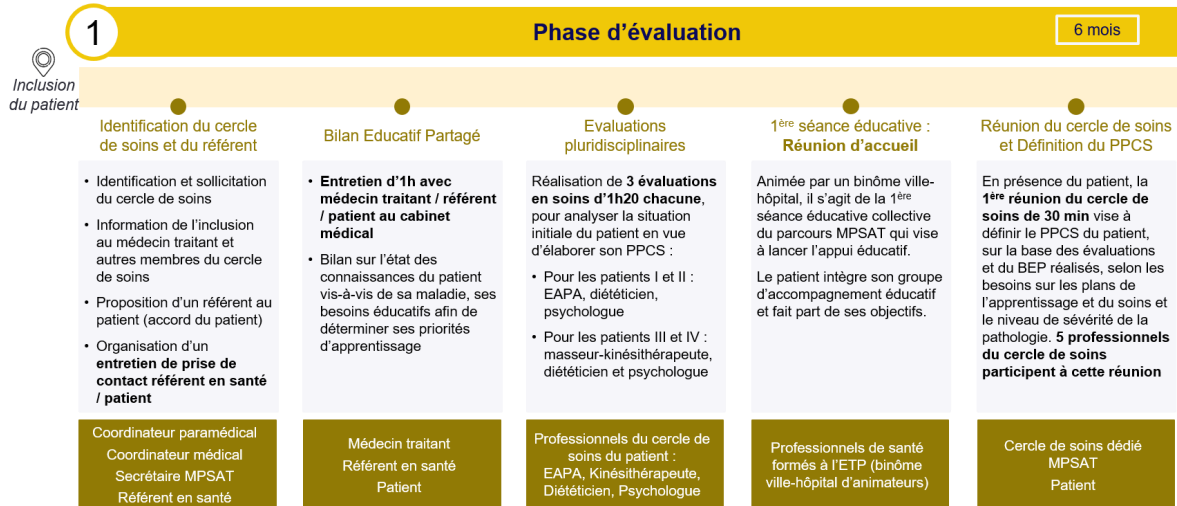


Figure 6 : Schéma détaillant la phase d'admission et évaluation

D'une durée de six mois, cette phase est déclenchée par l'inclusion effective du patient via le recueil de son consentement éclairé. Le forfait évaluation tel que décrit dans la partie dédiée ci-après correspond à cette phase et est identique quel que soit le niveau de sévérité de la BPCO du patient⁴¹.

La phase d'évaluation consiste à :

- **Identifier et solliciter les membres du cercle de soins du patient et le référent en santé.** En pratique, le coordinateur paramédical identifiera les professionnels du CS avec le patient et définira en accord avec lui son « référent en santé » parmi eux. Il rencontrera son référent lors d'un 1^{er} entretien qui permettra de formaliser ce partenariat et mesurer sa motivation ;
- **Réaliser 3 évaluations pluridisciplinaires initiales** : en activité physique adaptée (impact de la maladie sur les gestes de la vie quotidienne), en diététique (risque de dénutrition) et sur le plan psychologique (niveau d'acceptation de la maladie, du sevrage tabagique, d'observance des traitements, etc.) ;
- **Réaliser un Bilan Educatif Partagé initial** permettant d'évaluer le niveau de connaissances et de littératie en santé du patient ;
- **Intégrer le patient dans un groupe lors d'une 1^{ère} séance éducative** : la réunion d'accueil. Celle-ci permettra au patient de comprendre les objectifs du parcours éducatif, rencontrer les autres participants de son groupe et définir ses objectifs thérapeutiques personnels.

Ces étapes auront pour objectif final de **définir le PPCS du patient** qui sera mis en œuvre et actualisé tout au long du parcours. Celui-ci sera formalisé lors de la 1^{ère} réunion du CS qui clôturera cette 1^{ère} phase d'évaluation.

i. Identification / sollicitation du cercle de soins et du référent en santé

Objectif : s'assurer que le patient dispose d'un **cercle de soins complet** correspondant à ses besoins et d'un **référent en santé** pour l'accompagner sur son parcours de soins

A la suite de l'inclusion, le coordinateur paramédical est chargé d'identifier les professionnels du CS du patient composé à minima du médecin traitant, d'un pneumologue, d'un professionnel autre

⁴¹ Se référer à la partie VIII pour le détail du modèle de financement.



(paramédical, EAPA, psychologue, etc.) pour les patients en stade I et II, complété obligatoirement pour les stades III et IV d'un paramédical (infirmier ou masseur-kinésithérapeute) et d'un pharmacien.

Comme mentionné précédemment, dans les situations pour lesquelles le patient ne bénéficie pas d'un cercle de soins préexistant ou complet, le coordinateur paramédical MPSAT, avec l'appui si besoin du coordinateur médical, est chargé de déterminer le profil du/des professionnel(s) manquant(s), de le/les identifier et de le/les solliciter pour intégrer le CS du patient. En outre, compte tenu de l'impératif d'apporter une prise en charge de proximité conformément au parcours MPSAT, ce(s) professionnel(s) est/sont identifié(s) autant que possible à proximité du lieu de vie du patient, en collaboration avec les CPTS qui facilitent cette recherche du bon professionnel au bon endroit.

Chaque membre du CS est sollicité par le coordinateur paramédical pour intégrer le dispositif MPSAT. Parmi eux, le coordinateur paramédical, en accord avec le coordinateur médical et le patient, identifie le professionnel pouvant assurer le rôle de « **réfèrent en santé** » tout au long du parcours et s'assure de son accord. Lorsque ce dernier est identifié et validé, il se charge d'organiser un premier entretien en présentiel avec le patient pour établir les fondements de ce partenariat thérapeutique.

ii. Le Bilan Educatif Partagé

Objectif : déterminer les priorités du patient en termes d'apprentissages

Le **Bilan Educatif Partagé (BEP)** a pour objectif de définir un parcours d'éducation thérapeutique personnalisé qui ambitionne de prévenir les incidents de santé et donc de diminuer les consultations itératives.

Il s'agit d'un entretien **d'une heure, en présentiel, qui se fait au cabinet du médecin traitant en présence du médecin traitant, du réfèrent en santé** (ou d'un autre membre du cercle de soins si le réfèrent est le médecin traitant) **et du patient**. Ce bilan vise à évaluer les connaissances du patient vis-à-vis de sa pathologie dans le but de déterminer ses priorités d'apprentissages.

Sa réalisation en présence du patient vise à placer ce dernier comme acteur de son parcours en lui apportant des clés de compréhension sur sa pathologie, une meilleure perception de ses propres limites mais aussi de ses ressources et opportunités, tant sur le plan clinique que personnel et social.

En pratique, les BEP sont formalisés et s'appuient sur une trame prédéfinie dans le cadre du projet⁴². Ils sont intégrés au SI de la MPSAT et accessibles des professionnels et du patient.

Les référents en santé sont spécifiquement formés à la réalisation de ces BEP dans le cadre de la formation des référents lorsqu'ils ne sont pas déjà eux-mêmes certifiés à l'ETP.

iii. Evaluations pluridisciplinaires

Objectif : Evaluer le retentissement de la pathologie sur l'état psychologique, nutritionnel et moteur pour définir ces besoins de prise en charge pluridisciplinaire, dans l'objectif d'élaborer le PPCS du patient sur le plan des soins.

En parallèle du BEP, le patient bénéficie de **3 évaluations cliniques d'une durée d'1h20 chacune : évaluation psychologique, diététique et en activité physique adaptée**. Celles-ci sont réalisées par des professionnels issus ou intégrant le CS du patient. Ces évaluations sont standardisées et co-construites avec des partenaires experts dans chacun de ces domaines et ont pour objectifs plus spécifiques de :

⁴² Se référer à l'Annexe 9.



- **Evaluer les aptitudes physiques du patient et le retentissement de la maladie sur son quotidien** : périmètre de marche, capacités à exécuter les actes de la vie quotidienne, endurance à l'effort, etc. La sédentarité est en effet un facteur aggravant contre lequel il faut lutter pour limiter l'entrée dans le handicap des patients souffrant de BPCO ;
- **Evaluer l'état psychique du patient** : son niveau d'acceptation de la maladie, sa compréhension des impacts du caractère chronique, sa capacité à accepter le sevrage tabagique, à observer ses prescriptions, à accepter le cas échéant l'oxygénothérapie et ses impacts sur l'estime de soi et le quotidien, etc.
- **Evaluer l'état nutritionnel du patient** : évaluer les besoins diététiques du patient et ses habitudes alimentaires pour lutter contre la dénutrition et la sarcopénie.

Selon le parcours MPSAT défini, les profils des professionnels qui réaliseront ces évaluations sont déterminés selon le niveau de sévérité de la BPCO comme suit :

Patient stade I ou II	Patient stade III ou IV avec ou sans O2
EAPA Diététicien Psychologue	Masseur-kinésithérapeute ⁴³ Diététicien Psychologue

L'intervention du masseur-kinésithérapeute (MK) est prévue dans le cadre du dispositif MPSAT pour réaliser une analyse des besoins de rééducation respiratoire du patient lors de cette phase d'évaluation initiale. Elle est proposée spécifiquement pour les cas les plus sévères (Patients stade III ou IV) car leurs compétences cliniques permettront d'apprécier les risques respiratoires et de décompensation d'autres pathologies (notamment cardiaques) chez des patients plus d'une fois sur deux polypathologiques. En revanche pour les patients de stade I et II, la consultation réalisée par l'EAPA permettra d'établir avec le patient un programme d'activité physique adaptée à ses besoins. L'avis du pneumologue sera toujours sollicité afin de juger de l'utilité de réaliser un programme de réadaptation respiratoire.

A noter également que l'évaluation diététique réalisée dans le cadre de la BPCO n'a pas pour objectif de se substituer au bilan nutritionnel que pourra pratiquer le médecin traitant s'il l'estime nécessaire. En effet l'évaluation diététique MPSAT est mise en place pour permettre un bilan de l'alimentation du patient, même si celui-ci ne souffre pas de troubles nutritionnels. L'accompagnement thérapeutique mis en place tout au long du parcours MPSAT prendra en revanche bien en compte l'état nutritionnel du patient, en lien avec le médecin traitant.

iv. 1^{ère} séance éducative : Réunion d'accueil

Objectif : Démarrer l'appui éducatif du patient au travers de l'organisation d'une première séance collective de **rencontre du patient avec son groupe et de prise de connaissance des objectifs et du fonctionnement de l'appui éducatif** réalisé dans le cadre du parcours MPSAT.

L'objectif des séances éducatives est de rendre le patient acteur de son parcours de soins. En s'inscrivant en cohérence avec les recommandations HAS, ces séances visent à lui permettre d'apprendre à gérer son stress et à maintenir ses capacités d'autogestion de sa maladie.

En pratique, ces séances se déroulent sur 2h et regroupent jusqu'à 10 patients maximum, tous suivis dans le cadre de la MPSAT. Elles se tiennent en présentiel et **sont organisées en ville, au plus proche**

⁴³ Les modalités d'intervention du masseur-kinésithérapeute sont détaillées en partie V.5.a.



du domicile du patient, au sein des MSP partenaires ou dans des salles mises à disposition par les mairies. 4 sites sont identifiés à ce jour : Cergy, Magny-en-Vexin, Persan, Saint-Ouen l'Aumône.

Ces séances collectives sont **co-construites et co-animées par un binôme de professionnels Ville-Hôpital**. Chaque nouveau thème donne lieu à la rédaction d'un conducteur pédagogique et la création des outils concomitants. Tous les **animateurs sont formés à l'ETP** (formation certifiante de 40h) ou accompagnés d'un professionnel formé et s'engagent à se former dans les deux ans.

Chaque séance fait l'objet d'une **traçabilité rigoureuse** (feuille d'émargement, compte-rendu de la séance et comptes-rendus individuels pour chaque patient) et d'une évaluation (questionnaires de satisfaction et évaluation des acquis).

Cette **première séance éducative collective prendra la forme d'une réunion d'accueil** qui permettra au patient d'intégrer son groupe d'appui éducatif, d'exprimer ses objectifs et de prendre connaissance du fonctionnement et des moyens mis en œuvre pour cet aspect de la prise en charge MPSAT⁴⁴.

v. Réunion du cercle de soins et définition du PPCS

Objectif : Définir et formaliser le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) du patient sur les champs clinique, psycho-social et éducatif pour permettre une prise en charge adaptée à la situation globale du patient, selon le niveau de sévérité de la BPCO.

Une fois ces étapes réalisées, le référent en santé sollicite le coordinateur paramédical MPSAT pour organiser une 1^{ère} réunion du cercle de soins. Celle-ci se déroule en présentiel et/ou en visioconférence sur **30 min**. Réalisée **en présence du patient**, elle rassemble **cinq professionnels** issus du cercle de soins du patient : le médecin traitant, le référent en santé et 3 professionnels intervenant auprès du patient (pneumologue, pharmacien et paramédical pour les stades III et IV) ou l'ayant évalué dans le cadre des évaluations cliniques explicitées précédemment (EAPA, psychologue et diététicien pour les stades I et II ayant moins d'intervenants dans leur parcours de soins).

Cette réunion fera l'objet d'un compte rendu dont la trame figure en annexe⁴⁵.

Cette RCS est déterminante pour **définir et formaliser le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) du patient** qui permet d'identifier les freins mais aussi les ressources et les opportunités du patient sur les plans éducatif et clinique, et de formuler des préconisations adaptées à sa situation globale (préconisations somatiques, psychiques, sociales, diététiques, d'APA, etc.).

Cette réunion s'appuiera sur les éléments recueillis en amont à travers le BEP et les évaluations réalisés. **Le PPCS sera formalisé sur la base de ces échanges pluridisciplinaires, en lien avec les attentes et besoins du patient**, et intégré dans le SI de la MPSAT.

Si l'un des professionnels ne peut toutefois se rendre disponible pour cette réunion dans le délai imparti, il transmet par écrit au référent en santé une synthèse de ses recommandations pour l'élaboration du PPCS.

Le PPCS doit comprendre à *minima* les éléments ci-après en termes d'appui éducatif et de soins ainsi que les aspects structurants concernant la prise en charge, en lien avec le parcours MPSAT prédéfini :

- **Bilan de la situation initiale** sur le plan médical, somatique, psychique, de l'environnement social et humain et du niveau d'activité physique pratiquée
- **Volet « appui éducatif » :**
 - Besoins éducatifs, objectifs et thèmes à travailler

⁴⁴ La trame de la réunion d'accueil figure en Annexe 10.

⁴⁵ Un exemple de compte-rendu de réunion du cercle de soins figure en Annexe 11.

- Nombre et fréquence des séances éducatives collectives en lien avec le forfait préétabli selon le niveau de sévérité de la BPCO
- **Volet « accompagnement en soins » :**
 - Besoins de prise en charge, objectifs et aspects à travailler
 - Nombre et fréquence des séances APA et consultations psychologiques et/ou diététiques fixés dans la limite du forfait correspondant au stade de sévérité de la maladie
- **Volet « Coordination par le Réfèrent en santé » :**
 - Nombre d'entretiens/an dans la limite fixée dans le forfait correspondant au degré de sévérité de la maladie et les recommandations pour ce suivi par le réfèrent
- **Synthèse des objectifs, informations utiles à la prise en charge, points de vigilance, etc.**

Une trame prédéfinie du PPCS est transmise en amont aux professionnels et intégrée dans le SI afin d'harmoniser les pratiques.

V.4.b.2 Année de « prise en charge renforcée »

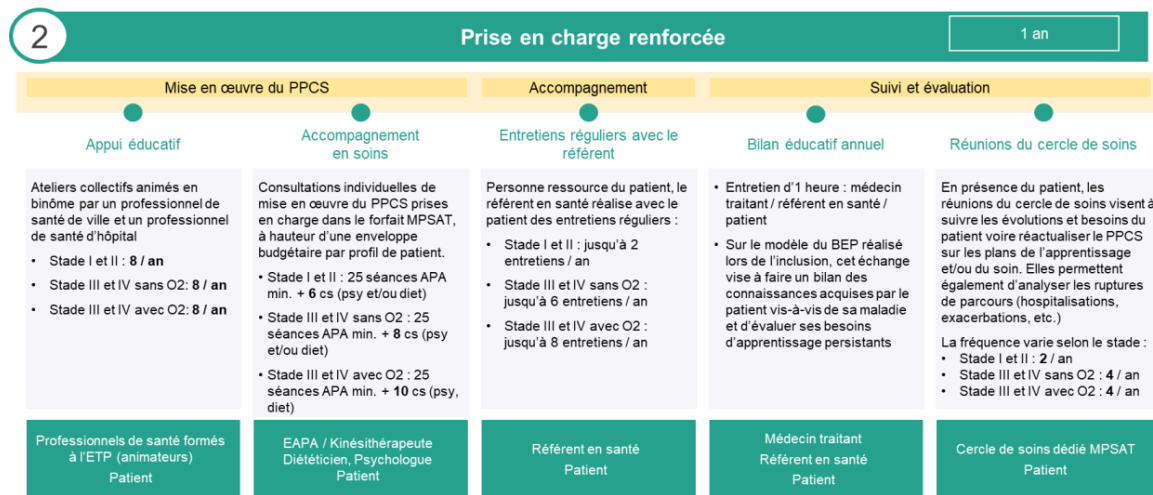


Figure 7 : Schéma détaillant la phase de « prise en charge renforcée »

A la suite de cette phase d'évaluation ayant aboutie à la définition du PPCS, une phase de « prise en charge renforcée » est enclenchée pour une durée d'un an, visant à mettre en œuvre le PPCS qui pourra être adapté si besoin à fréquence régulière par le biais des RCS.

Le forfait « prise en charge renforcée » correspond à cette phase avec un montant décliné suivant le profil du patient⁴⁶.

i. Appui éducatif

Objectif : Permettre au patient d'acquérir les compétences nécessaires sur sa pathologie pour gagner en autonomie, mieux gérer sa maladie et améliorer sa qualité de vie.

Le BEP réalisé lors la phase d'évaluation aura permis d'évaluer l'état des connaissances du patient et des éléments restants à acquérir pour lui permettre de gagner en autonomie sur sa prise en charge. Le PPCS précisera tel que décrit supra les besoins éducatifs, les objectifs et thèmes à travailler ainsi que

⁴⁶ Se référer à la partie VIII pour le détail des forfaits.



le nombre et la fréquence des séances éducatives collectives auxquelles participera le patient (en lien avec le nombre défini dans le cadre du parcours MPSAT selon le niveau de sévérité de la BPCO).

Ainsi, l'appui éducatif prévu dans le cadre du parcours MSPAT lors de la **phase « de prise en charge renforcée »** est décliné comme suit, selon le niveau de sévérité de la BPCO du patient :

Année de « prise en charge renforcée »		
Stade	Patient stade I ou II	Patient stade III ou IV avec ou sans O2
Nombre de séances éducatives / an	8 séances	8 séances

Comme mentionné précédemment, les séances éducatives sont animées par un binôme Ville-Hôpital sur une durée de 2h (auxquelles il faut ajouter pour les animateurs 30 minutes de préparation et 1h30 de comptes-rendus de l'atelier et individuels à insérer dans le SI pour chaque patient). Elles sont organisées en ville, au plus proche du domicile du patient comme évoqué précédemment.

Le patient assiste aux séances éducatives au sein d'un groupe de 10 patients maximum, qui lui a été attribué lors du semestre d'évaluation selon son lieu de vie et les besoins similaires d'apprentissages des patients. Parmi les séances proposées, certains thèmes forment un socle commun indispensable à tous les patients :

- BPCO quèsaco ?
- Sevrage tabagique
- Exacerbations aiguës
- Vaccination
- Activité physique adaptée

D'autres thèmes seront proposés en fonction des besoins spécifiques des patients comme :

- Traitements par voie inhalée
- Oxygénothérapie
- Diététique
- Directives anticipées
- Art-thérapie (gestion des émotions)
- BPCO et sexualité
- Les proches aidants
- Etc.

Cette liste est non exhaustive : les sujets des séances éducatives seront progressivement enrichis selon les besoins identifiés et des comités éducatifs seront organisés pour la construction de nouveaux conducteurs pédagogiques⁴⁷ (cf. V.5.b).



Focus sur la place des aidants dans la MPSAT :

Le livre blanc de la BPCO fait état de l'importance du rôle des aidants. Il souligne que « *les proches, pourtant en première ligne dans la prise en charge des patient(e)s atteint(e)s de BPCO et en demande de formation, ne bénéficient d'aucun programme d'accompagnement dédié.* »

L'expérimentation MPSAT propose d'intégrer les aidants dans son programme d'appui éducatif avec une séance éducative dédiée à laquelle ils seront invités à participer.

⁴⁷ Des exemples de conducteurs pédagogiques figurent en Annexe 12, 13 et 14.



À l'issue de chaque séance, les patients renseignent un questionnaire de satisfaction permettant de recueillir leur ressenti dans une perspective d'amélioration continue. Les animateurs valident la participation des patients aux ateliers dans le SI MPSAT et rédigent un compte-rendu individuel pour chaque patient. Ils remplissent également un questionnaire de satisfaction permettant d'améliorer l'organisation de ces séances éducatives.

L'appui éducatif s'achève, à la fin de cette 1^{re} année d'accompagnement **par la réalisation d'un bilan éducatif partagé**. Celui-ci est réalisé selon le même format que le premier BEP, c'est à dire en présence du médecin traitant, du référent en santé et du patient sur une heure au cabinet médical. Ce bilan vise à évaluer les connaissances acquises par le patient au cours de l'année ainsi que les besoins restants en termes d'apprentissage. Les éléments recueillis lors de ce BEP permettront ainsi d'alimenter les échanges pluridisciplinaires de la RCS de fin d'année et la réactualisation du PPCS.

Une trame pour la réalisation de ces BEP sera mise à disposition des professionnels et intégrée dans le SI de la MPSAT.

ii. Accompagnement en soins

Objectif : Proposer au patient un **accompagnement en soins** adapté à ses besoins et lui donnant accès à des interventions de professionnels non prises en charge dans le droit commun.

Cet axe central du parcours MPSAT vise à proposer aux patients atteints de BPCO, outre le suivi médical existant, **un accompagnement global et adapté à cette pathologie qui englobe plusieurs problématiques connexes nécessitant une prise en charge : sédentarité, dénutrition et souffrances psychologiques**. Il vise en outre à permettre l'accès à des soins actuellement non pris en charge dans le droit commun, sur un territoire touché par une problématique de précarité de sa population et dont les caractéristiques peuvent présenter un risque de renoncement aux soins pour des motifs financiers.

Cet accompagnement en soins est basé sur les évaluations cliniques de la phase d'évaluation qui auront permis d'identifier les besoins du patient. Le PPCS aura en outre permis de définir sur ce volet « soins » les besoins de prise en charge, les objectifs et les aspects à travailler ainsi que le nombre et la fréquence de ces soins pour chaque patient.

Une enveloppe financière couvrant ces soins lors de la phase de prise en charge renforcée, définie selon le niveau de sévérité de la BPCO, permettra ainsi de couvrir, via une rémunération au forfait, les consultations/séances réalisées auprès des 3 professions suivantes :

- **Educateur en Activité physique adaptée (EAPA)** : 25 séances collectives d'APA minimum par an pour l'ensemble des patients, quel que soit le stade de sévérité, afin de lutter contre la sédentarité et ainsi freiner l'aggravation de la maladie et l'entrée dans le handicap. ***Pour les patients les plus sévères ou présentant une contre-indication, la réadaptation respiratoire restera prise en charge sur prescription médicale par un masseur-kinésithérapeute dans le cadre du droit commun ;***
- **Psychologue** : selon le stade de sévérité, jusqu'à 10 consultations permettant d'accompagner l'annonce du diagnostic, le sevrage tabagique, l'impact de la BPCO sur la qualité de vie, la mise en place d'oxygénothérapie, etc. On note en effet une prévalence de la dépression chez les patients souffrant de BPCO supérieure à celle de la population générale ;
- **Diététicien** : selon le stade de sévérité, jusqu'à 10 consultations permettant de lutter contre la dénutrition et la sarcopénie, fréquente chez les patients souffrant de BPCO et qui participe à la diminution de l'activité physique (facteur de mauvais pronostic).

Ces trois aspects de l'approche non médicamenteuse de la BPCO sont intriqués et impactent négativement l'évolution de la maladie s'ils ne sont pas considérés. Une prise en charge mutuelle est possible uniquement au cours des hospitalisations dans les centres de réadaptation. Pourtant, ces



interventions ont prouvé leur efficacité sur la diminution des hospitalisations, l'amélioration de la qualité de vie et l'espérance de vie⁴⁸.

L'enveloppe de soins varie suivant le profil du patient (niveau de sévérité de la BPCO), en cohérence avec l'évolution des besoins aux différents stades de la maladie :

Profil de patient	Patient stade I ou II	Patient stade III ou IV sans O2	Patient stade III ou IV avec O2
Nb de consultations diététiques et/ou psychologiques par an	Jusqu'à 6 consultations	Jusqu'à 8 consultations	Jusqu'à 10 consultations
Nb de séances d'APA par an	Adhésion annuelle comprenant 25 séances minimum		

iii. Entretiens réguliers avec le référent en santé

Objectif : permettre au patient de bénéficier de l'appui d'une « personne ressource » tout au long du parcours de soins pour répondre à ses questions, assurer le suivi de l'effectivité du parcours et soutenir le patient dans ses efforts de sevrage tabagique et de reprise d'une activité physique

Le profil, le rôle et les missions du « référent en santé » sont décrites dans la partie V.3 du présent cahier des charges.

Comme mentionné supra, le référent en santé réalise tout au long du parcours MPSAT des entretiens de suivi et motivationnels auprès du patient, programmés ou sur sollicitation de ce dernier, pouvant être réalisés en présentiel ou en distanciel.

Lors de cette phase de « prise en charge renforcée », la fréquence de ces entretiens est définie selon le niveau de sévérité de la BPCO du patient comme suit :

Profil du patient	Fréquence des entretiens avec le référent en santé
Stade I ou II	Jusqu'à 2 entretiens / an
Stade III ou IV sans O2	Jusqu'à 6 entretiens / an
Stade III ou IV avec O2	Jusqu'à 8 entretiens / an

Les patients plus sévères présentent en effet des risques de décompensation et d'hospitalisation plus importants, c'est pourquoi un suivi rapproché par le référent est nécessaire. Ce dernier sera ainsi plus à même de déceler les ruptures de parcours pour en limiter les effets et alerter les autres membres du cercle de soins (en provoquant notamment une réunion du CS). Des mesures pourront alors être mises en place pour en limiter les effets et le PPCS pourra être réévalué au besoin. De plus, ces échanges fréquents permettront au référent de solliciter le cercle de soins en cas de signes précoces d'exacerbation repérés par le patient pour que les professionnels restent réactifs et répondent de façon adaptée et graduée au besoin exprimé (adaptation rapide du traitement, consultation semi-urgente, hospitalisation directe, etc.).

Les patients ayant une sévérité légère, pour la plupart encore insérés dans la vie active et donc moins disponibles, auront besoin d'un suivi régulier mais moins fréquent qui aura essentiellement pour objectif de maintenir leur motivation sur le plan du sevrage tabagique et de rappeler les messages clés appris en séances éducatives pour freiner leur entrée dans le handicap.

⁴⁸ [Modelling the INSPIRED COPD Outreach Program™ National and Provincial Analysis, Final Report, April 2016](#)

iv. Réunions du cercle de soins

Objectif : Réunir le cercle de soins et permettre, grâce à des échanges et une vision pluridisciplinaire globale ainsi qu'une **coordination ville hôpital renforcée**, l'analyse de l'évolution de la situation du patient et **l'actualisation du PPCS** si nécessaire, et en fin d'année, la pertinence de poursuivre le parcours l'année suivante.

Comme mentionné en partie V.3, les réunions du cercle de soins visent à définir / réactualiser le PPCS du patient. Les professionnels composant ces réunions ainsi que leur fréquence varient selon le profil de patient (niveau de sévérité de la BPCO) :

Profil du patient	Fréquence des réunions du cercle de soins
Stade I ou II	2 réunions / an
Stade III ou IV avec ou sans O2	4 réunions / an

Comme expliqué ci-dessus, le besoin de suivi et de coordination de parcours s'accroît avec la sévérité de la maladie. Les risques de décompensation clinique chez les patients en stade 3-4 sont plus importants et il est donc nécessaire que le cercle de soins se réunisse plus fréquemment pour ces patients que pour les patients plus légers.

Quel que soit le profil du patient, la dernière réunion du CS, en fin d'année, **constitue une étape clef du parcours au sein de la MPSAT**. Cette réunion permettra de décider de l'opportunité de poursuivre sur une « prise en charge de routine » et déclencher le forfait annuel dédié. Cette réunion fait l'objet d'un compte rendu⁴⁹.

A NOTER

Un patient dont le niveau de sévérité de la maladie évoluerait au décours ou à l'issue de cette 1^e année de « prise en charge renforcée » serait considéré comme sortant du dispositif pour être ré-inclus en phase renforcée avec déclenchement d'un nouveau forfait adapté à l'évolution de sa pathologie, et ce dans la limite des 700 patients prévus dans le cadre de l'expérimentation.

V.4.b.3 Phase de routine

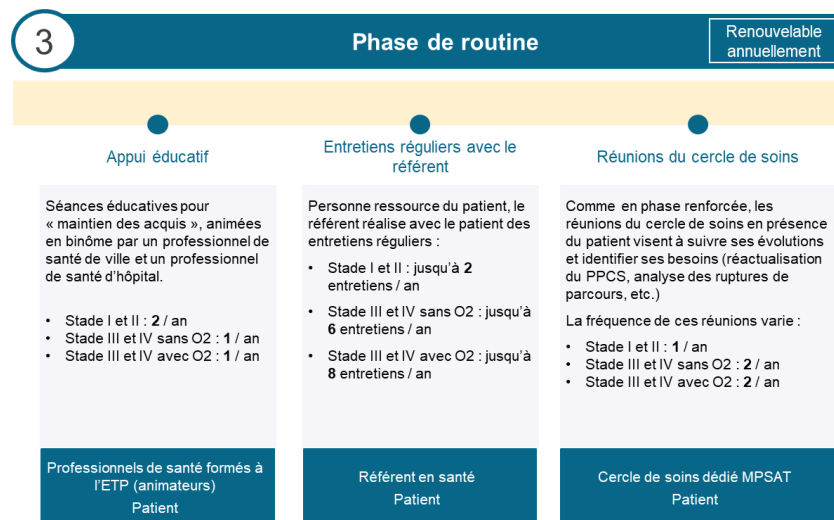


Figure 8 : Schéma détaillant la phase de « routine »

⁴⁹ La trame de compte-rendu figure en Annexe 10.



La BPCO étant une pathologie chronique, la MPSAT propose un accompagnement au long court et non limité dans le temps. Cependant, la MPSAT vise à rendre le patient autonome vis-à-vis de sa pathologie notamment à travers l'accent porté sur l'appui éducatif lors de la phase qui précède de « prise en charge renforcée ». Le patient aura ainsi acquis des connaissances suffisantes pour lui permettre de prévenir les crises, de repérer précocement les signes d'exacerbation et de savoir réagir et alerter en cas de besoin. En parallèle, les soins cliniques apportés en phase renforcée devront lui avoir permis de cheminer sur le plan psychologique, d'adopter des réflexes d'activité physique dans sa vie quotidienne et d'adapter le cas échéant son alimentation. **Par conséquent, pour permettre un accompagnement qui s'inscrit dans le temps tout en renforçant l'autonomie du patient vis-à-vis de sa BPCO, la MPSAT propose de poursuivre le parcours par une phase dite de « routine ».**

Concrètement, la phase de « routine » est **déclenchée à l'issue de la « prise en charge renforcée »** et comprend un **suivi allégé** du patient composé de :

- **Appui éducatif** à minima avec des séances collectives de maintien et/ou complément des acquis ;
- **Coordination de parcours apportée par le référent en santé et le cercle de soins** pour permettre une plus grande réactivité en cas de signes d'exacerbation ou de rupture de parcours.

Cette phase est basée sur un forfait annuel, renouvelable autant que nécessaire, permettant de réévaluer les besoins du patient chaque année et de maintenir une veille sur l'évolution de sa pathologie et de son parcours de santé. A l'issue de chaque année de routine, les membres du cercle de soins évalueront avec le patient la pertinence de renouveler ou non cette prise en charge allégée dans le cadre d'un suivi de « routine ».

A NOTER

De la même façon que pour la phase de « prise en charge renforcée », un patient dont le niveau de sévérité de la maladie évoluerait au décours ou à l'issue d'une année de « routine » serait considéré comme sortant pour être ré-inclus en phase renforcée avec déclenchement d'un nouveau forfait adapté à l'évolution de sa pathologie, et ce toujours dans la limite des 700 patients prévus dans le cadre de l'expérimentation.

i. Appui éducatif « allégé »

Objectif : Conserver des séances éducatives annuelles permettant le maintien des acquis du patient ou l'apport de compléments dans un objectif « d'autogestion » de sa maladie

L'appui éducatif en phase de routine est allégé pour permettre au patient de **s'autonomiser tout en étant renforcé dans ses acquis. Des séances éducatives de rappel ou complémentaires sont prévues** pour tous les patients. Ces séances conservent le **même format** que lors des phases précédentes, en groupe de 10 patients, à proximité du domicile et animées par un binôme Ville-Hôpital.

Le nombre de séances éducatives proposées par an est adaptée au profil du patient :

Profil du patient	Fréquence des entretiens avec le référent en santé
Stade I ou II	2 séances / an
Stade III ou IV avec ou sans O2	1 séance / an

ii. Entretiens réguliers avec le référent en santé

Objectif : permettre au patient de conserver le lien avec un professionnel intervenant auprès du patient en tant que « personne ressource » notamment en cas de difficultés rencontrées

Bien que le patient soit en phase de « routine », il paraît important que celui-ci **conserve un lien de proximité avec son référent en santé**. Ce lien permet notamment au patient d'avoir une personne



vers qui se tourner en cas de question ou de difficulté. En outre, le référent en santé reste présent pour suivre l'évolution de l'état de santé du patient. Il peut notamment contacter le médecin traitant et/ou l'hôpital en cas de signes d'exacerbation repérés par le patient qui l'aura alerté et ainsi permettre un ajustement de traitement, une consultation semi-urgente ou une hospitalisation au besoin.

La fréquence des entretiens avec le référent en santé est conservée à l'identique de la phase de « prise en charge renforcée », à savoir :

Profil du patient	Fréquence des entretiens avec le référent en santé
Stade I ou II	Jusqu'à 2 entretiens / an
Stade III ou IV sans O2	Jusqu'à 6 entretiens / an
Stade III ou IV avec O2	Jusqu'à 8 entretiens / an

iii. Réunions du cercle de soins

Objectif : Réunir le cercle de soins pour **actualiser le PPCS** si nécessaire, et en fin d'année, **apprécier l'opportunité de poursuivre le parcours** l'année suivante

Tout comme en phase de « prise en charge renforcée », les réunions du cercle de soins se tiennent régulièrement pour maintenir à jour le PPCS du patient. La fréquence est la même, à savoir :

Profil du patient	Fréquence des réunions du cercle de soins
Stade I ou II	2 réunions / an
Stade III ou IV avec ou sans O2	4 réunions / an

A chaque fin d'année, une réunion du cercle de soins vient qualifier la pertinence de maintenir le patient dans le dispositif en phase de « routine ». Cette RCS de fin d'année fait systématiquement l'objet d'un compte rendu, dont la trame figure en annexe⁵⁰.

V.4.c Prise en charge des patients en cas d'aggravation de la BPCO

Bien que le patient inclus bénéficie d'un accompagnement global, de proximité et adapté par les professionnels MPSAT, le risque d'aggravation de la BPCO persiste. Le dispositif MPSAT anticipe ainsi cette éventualité, selon des scénarii qui varient suivant les étapes du parcours :

- **Si le patient s'aggrave au cours de la phase de « prise en charge renforcée »** : le référent avertit les membres du cercle de soins de la situation. Quel que soit le profil du patient, si l'aggravation de l'état de santé pendant cette phase entraîne un changement de stade, alors la réunion du cercle de soins déclenchera la sortie du patient et sa ré-inclusion directement en phase de prise en charge renforcée au forfait correspondant à son nouveau stade de sévérité, pour permettre au patient de bénéficier du niveau d'accompagnement dont il a besoin.
- **Si le patient s'aggrave au cours de la phase de « routine »** : le référent avertit les membres du cercle de soins de la situation. De la même façon, le patient est sorti du dispositif puis ré-inclus au nouveau stade qui lui correspond.

A noter qu'en cas de signes de décompensation, **le référent en santé facilite la prise en charge en alertant le médecin traitant ou l'hôpital** pour ajustement de traitement, réévaluation clinique semi-urgente, organisation d'une hospitalisation directe éventuelle. **L'accès direct des patients aux services**

⁵⁰ Se référer à l'Annexe 10.



de pneumologie, MCO ou SMR, sans passer par les urgences lorsqu'une hospitalisation est nécessaire est facilité par la mise en place d'un numéro dédié permettant de joindre le pneumologue de garde.

Focus sur la méthodologie du patient traceur :

La méthode « patient traceur » permet d'analyser les ruptures de parcours (et notamment les hospitalisations pour exacerbation) afin d'améliorer les pratiques professionnelles et éviter les récurrences. Pour ce faire, le référent convoquera une réunion du cercle de soins pour analyser les failles et les freins dans le parcours : les motifs d'hospitalisation, le parcours du patient de l'amont jusqu'à l'aval ainsi que les moyens à mettre en place pour éviter que cette situation se reproduise.

V.4.d Le sevrage tabagique dans le parcours MPSAT

En cohérence avec la place centrale du tabagisme parmi les causes de la BPCO, **le parcours MPSAT inclut le sevrage tabagique.**

D'abord abordé en consultation lors de l'annonce du diagnostic, le sevrage tabagique fait l'objet d'un échange avec le patient lors du BEP (phase d'évaluation). **L'arrêt du tabac sera mentionné parmi les objectifs de soins dans le PPCS du patient fumeur.** Un adressage en consultation d'addictologie au sein de l'Hôpital NOVO pourra en ce sens lui être prescrit en complément.

De plus, le parcours MPSAT inclut la participation des patients aux séances éducatives de tabacologie. Celles-ci permettent aux patients encore fumeurs et aux patients sevrés d'échanger entre pairs sur leurs expériences avec le tabac.

Aussi, tout au long du parcours MPSAT, le référent en santé aura pour mission d'accompagner et motiver le patient dans sa démarche de sevrage tabagique.

En complément, le sevrage tabagique sera également abordé lors des suivis psychologiques si un tel accompagnement est mis en place au cours de la phase de prise en charge renforcée.

V.4.e Sortie du programme

Le patient est inclus dans le dispositif sur la base du volontariat et d'un diagnostic de BPCO. La BPCO étant une pathologie chronique, la MPSAT propose un accompagnement au long court, avec une réévaluation régulière des besoins du patient permettant de statuer sur la poursuite ou non de son accompagnement.

Cependant certains patients peuvent être amenés à sortir du dispositif :

- **Sur la base d'un souhait exprimé par le patient :** le patient est libre d'exprimer à son référent en santé son souhait de quitter le programme. Le référent en santé est alors en charge d'en informer les membres du CS et le coordinateur paramédical de la MPSAT. Si le patient souhaite réintégrer le dispositif ultérieurement, cela nécessitera de réaliser à nouveau une phase d'inclusion et évaluation afin de mettre à jour son PPCS conformément à la potentielle évolution de ses besoins ;
- **Suite à un changement de vie :** un déménagement du patient provoque sa sortie du dispositif. Une recherche de relais sur le nouveau lieu de résidence sera proposée par l'équipe support ;
- **Suite à une évolution de l'état de santé du patient ne lui permettant plus de suivre le parcours MPSAT :** dans l'éventualité où le patient présente des troubles cognitifs sévères ne lui permettant plus de poursuivre le parcours MPSAT, il est sorti du dispositif et les informations le concernant sont transmises aux professionnels poursuivant sa prise en charge. De même, si le patient est admis en soins palliatifs, la MPSAT transmet toutes les informations utiles au service assurant la prise en charge. A noter que l'appui collectif proposé par la MPSAT inclut une séance dédiée aux directives anticipées pour les informer et les sensibiliser à leur rédaction ;



- **En cas de non-observance du parcours par le patient** : le parcours MPSAT est basé sur la volonté du patient de devenir acteur de sa prise en charge. En cas de non-observance du parcours proposé par le patient malgré des échanges réguliers avec lui, il pourra être convenu d'un commun accord entre le cercle de soins et le patient d'interrompre la prise en charge de ce dernier ;
- **Enfin le décès du patient** reste bien entendu la raison principale de sortie du dispositif.

V.5 ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE / INTERVENTION

V.5.a Focus sur la place de la kinésithérapie dans le dispositif

Les prestations de soins auprès d'un masseur-kinésithérapeute sont prises en charge dans le droit commun. Par conséquent, dans le cadre de la MPSAT, seule l'intervention du masseur-kinésithérapeute pour l'évaluation initiale (phase d'évaluation) est prise en charge par un forfait. S'il s'avère, à l'issue de cette évaluation et en concertation avec le médecin traitant et/ou le pneumologue, que le patient nécessite des séances de réadaptation respiratoire par un masseur-kinésithérapeute, celles-ci seront prises en charge classiquement par l'Assurance Maladie. Cette primo-évaluation reste néanmoins indispensable pour l'établissement du PPCS pour le parcours MPSAT.

Au même titre que les autres professionnels de santé, les masseurs-kinésithérapeutes peuvent également intervenir au sein de la MPSAT en tant qu'animateur de séances d'ETP ou en tant que référents en santé.

V.5.b Organisation de l'appui éducatif (séances éducatives)

V.5.b.1 Animation des séances éducatives

Les séances éducatives sont animées par un binôme Ville-Hôpital sur une durée de 2h. Les animateurs de ces séances sont des professionnels du territoire mobilisés sur la base du volontariat. **A noter que l'ensemble des animateurs de ces séances devront au préalable participer une formation certifiante de 40 heures pour animer des séances d'ETP⁵¹.** Le financement de cette formation est prévu dans la partie financement du présent cahier des charges.

A l'issue de chaque séance, les animateurs devront rédiger un compte-rendu de l'atelier ainsi que des comptes-rendus individuels pour chaque patient, intégrés dans le SI. Ce temps de travail complémentaire, estimé au total à 1h30, sera rémunéré dans le cadre des forfaits.

V.5.b.2 Comités éducatifs et création de séances éducatives

Les comités éducatifs sont organisés par spécialité (médecine, diététique...) et sont composés de l'ensemble des animateurs des séances éducatives concernées.

Le pilotage est assuré par un responsable désigné au sein du groupe, renouvelé chaque année afin de ne pas mobiliser de façon trop importante les professionnels.

Ces comités assurent **deux missions** :

- La conception de nouveaux sujets de séances,
- Le suivi des séances éducatives déjà mises en œuvre.

⁵¹ Se référer à la partie V.6 : Formation, communication et information.



i. Conception de nouveaux sujets de séances éducatives

Tout membre d'un comité peut soumettre une nouvelle idée de sujet pour une séance éducative. Le responsable du comité organise alors une réunion par visioconférence visant à produire une trame de séance, en suivant un protocole et une grille. Les membres du comité ont également la charge de la formation des animateurs à ce nouvel atelier.

A noter que des membres de l'équipe support MPSAT (coordinateur médical, paramédical...) participent à ces réunions pour en assurer le suivi. **Le coordinateur médical assurera systématiquement une validation du nouveau sujet** avant son déploiement effectif auprès des patients.

Sur l'ensemble de l'expérimentation, **l'objectif fixé par le porteur en termes de conception de nouveaux thèmes de séances éducatives est le suivant :**

Année d'expérimentation	1	2	3	4	5	Total
Nombre de sujets de séances éducatives	11	2	2	2	2	19

Ainsi chaque année, l'expérimentation visera à **créer 2 nouveaux sujets de séances éducatives**, à l'exception de la 1^{ère} année qui requiert la création de 11 thèmes différents pour répondre aux besoins des différents patients.

ii. Suivi des séances éducatives

Les comités éducatifs sont également **responsables du suivi des séances éducatives**. A l'aide des comptes-rendus rédigés par les animateurs et les patients, ils évaluent les séances éducatives et en adaptent la trame ou la réalisation concrète. Ce suivi est laissé à la discrétion du responsable du comité qui choisit la fréquence des réunions de comités.

V.5.c Congrès annuel MPSAT

Pour favoriser une homogénéité des pratiques professionnelles au sein de la MPSAT et le partage d'expériences entre professionnels, la MPSAT organisera annuellement un congrès réunissant l'ensemble de ses membres. Les différents sujets abordés en séances éducatives seront présentés, ainsi que leur succès auprès des patients. Ce congrès permettra également d'échanger autour du rôle de référent en santé, de la coordination de parcours par le cercle de soins, de l'utilisation du SI et de faire le point sur les difficultés rencontrées tout au long de l'expérimentation par les partenaires.

Ce congrès sera aussi une opportunité pour renforcer les liens entre acteurs de santé et permettre des rencontres pluriprofessionnelles.

Il se tiendra sur le territoire NOVO, sur une journée, et sera organisé en collaboration avec les partenaires du territoire (collectivités locales, CPTS, MSP, etc.)

V.5.d Articulation avec les autres dispositifs du territoire

V.5.d.1 Articulation avec les CPTS

Le territoire d'expérimentation couvre l'ensemble du territoire NOVO sur lequel 3 CPTS sont actuellement actives (basées à Magny-en-Vexin, Cergy et Saint-Ouen l'Aumône).

A ce jour, ces CPTS sont des partenaires privilégiés du projet MPSAT et elles ont toutes fait le choix d'intégrer ce projet dans leurs axes de travail. La MPSAT s'inscrit en effet dans une logique de partenariat avec les CPTS sur le volet notamment de l'identification des professionnels de santé pour compléter les CS des patients et/ou dans la réorientation des patients non encore diagnostiqués.



A l'inverse, le projet MPSAT permettra de fluidifier la prise en charge des patients souffrant de BPCO et donc faciliter l'accès des médecins traitants aux médecins hospitaliers notamment pour un avis spécialisé ou une prise en charge en urgence.

V.5.d.2 Articulation avec les DAC

La MPSAT et les DAC interviennent en complémentarité auprès des patients souffrant de BPCO.

En effet, les coordinateurs de parcours complexes des DAC, après évaluation des besoins, coordonnent la mise en place des aides humaines et sociales à domicile. La MPSAT ne se substitue pas à cette mission dans la mesure où ses membres n'ont pas la capacité de coordonner la mise en place d'aides à domicile, l'ouverture de droits sociaux, les demandes d'aides techniques et matérielles à domicile, etc. Le référent en santé est capable de repérer ces besoins ; puis d'orienter vers le DAC.

A l'inverse, ces coordinateurs de DAC ne sont pas formés à la spécificité clinique de la BPCO comme les référents en santé, ou encore à l'appui éducatif de ces patients. Ils pourront donc de leur côté orienter les patients vers la MPSAT pour obtenir un soutien du référent sur le suivi clinique et éducatif du patient.

V.5.d.3 Articulation avec le PRADO

Le PRADO continuera son partenariat avec l'hôpital en sécurisant les sorties d'hospitalisation. La MPSAT ne se soustrait pas à ce programme de retour à domicile et à ses prestations. Au contraire, ce partenariat facilitera d'autant mieux les retours à domicile précoces, le cercle de soins étant déjà identifié par la MPSAT dès l'entrée du patient à l'hôpital.

V.6 FORMATION, COMMUNICATION ET INFORMATION

V.6.a Formation des membres de la MPSAT

V.6.a.1 Formation des référents

Le rôle de référent en santé étant novateur dans le parcours de soins des patients BPCO, une formation spécifique sera conçue et délivrée aux professionnels souhaitant endosser ce rôle.

Cette formation sera dispensée directement à l'hôpital NOVO par des partenaires hospitaliers et libéraux impliqués dans le projet. D'une durée de 2 à 3 jours, cette formation courte permettra de cibler les éléments suivants :

- Renforcement des connaissances cliniques sur la BPCO,
- Repérage des signes d'exacerbation aiguë,
- Connaissance du maillage professionnel territorial,
- Réalisation d'un bilan éducatif partagé,
- Sensibilisation à l'entretien motivationnel,
- Sensibilisation à l'existence et l'accompagnement du patient dans la mise en œuvre des ordonnances anticipées

Par ailleurs, au-delà de la formation spécifique au rôle de référent en santé, les référents pourront suivre la formation à l'éducation thérapeutique du patient (détaillée ci-après).

V.6.a.2 Formations des animateurs à l'animation des séances éducatives

Tout professionnel souhaitant assurer le rôle d'animateur de séances éducatives devra participer au préalable à la **formation classique à l'éducation thérapeutique de 40 heures**.



Pour les libéraux, cette formation certifiante est proposée par la Fondation Léonie Chaptal située à Sarcelles, partenaire du projet. Les personnels hospitaliers pourront quant à eux être formés directement par l'hôpital, par le référent ETP de l'établissement habilité à prodiguer cette formation.

La MPSAT financera la formation de chacun de ces professionnels, à hauteur de 450 € par personne.

V.6.b Communication auprès des professionnels de santé du territoire

Objectif : Créer une dynamique MPSAT sur le territoire pour les professionnels

Au-delà de l'objectif de coordination des parcours, la MPSAT vise à favoriser un décloisonnement entre les acteurs de la ville et de l'hôpital sur l'ensemble du territoire NOVO. Ce projet comporte un réel enjeu de communication auprès des professionnels de santé.

Plusieurs actions de communication seront ainsi mises en œuvre au cours de l'expérimentation :

- Rencontres des professionnels de santé et échanges directs sur la MPSAT, en participant aux assemblées générales des CPTS partenaires et aux différents groupes de travail proposés dans le cadre des contrats locaux de santé,
- Sensibilisation des professionnels au repérage des patients atteints de BPCO lors de soirées thématiques et à l'aide de supports papiers,
- Organisation des comités éducatifs et d'un congrès annuel favorisant l'échange de bonnes pratiques entre les professionnels de santé,
- Constitution d'un annuaire recensant tous les professionnels de santé de la MPSAT à disposition de tous,
- Création d'un site internet dédié en lien avec les outils institutionnels déjà existants

V.7 TERRAIN D'EXPERIMENTATION

L'objectif de la MPSAT est d'être présente sur **l'ensemble du territoire NOVO**.

A l'aide des données fournies par l'Hôpital NOVO, la répartition géographique de la provenance des patients ayant été hospitalisés pour BPCO a pu être étudiée. Des territoires clés ont été identifiés : Persan, Beaumont-sur-Oise, Pontoise, Cergy, Jouy-le Moutier, Magny-en-Vexin, Saint-Ouen l'Aumône. Ces éléments confirment que l'ensemble du territoire Nord-Ouest Val d'Oise est concerné par le projet.

Par ailleurs, les partenariats déjà établis avec les CPTS, les mairies via les contrats locaux de santé et les maisons de santé viennent faciliter le déploiement dans les communes suivantes : Saint-Ouen l'Aumône, Persan, Asnières-sur-Oise, Eragny-sur-Oise, Cergy, Magny-en-Vexin, Pontoise.

Les professionnels de santé de ces territoires, d'ores et déjà membres de la MPSAT, participeront à l'identification des premiers patients potentiels, à leur suivi ainsi qu'à la fourniture de locaux pour organiser les séances éducatives.

V.8 DUREE DE L'EXPERIMENTATION

L'expérimentation est envisagée pour une **durée de 5 ans, avec un semestre d'amorçage et 4,5 ans à compter de la première inclusion**.

La date limite d'inclusion sera fixée au **dernier jour du 1er semestre de l'année 4** (soit 7^{ème} semestre d'expérimentation) afin de permettre aux derniers patients inclus de bénéficier des 3 phases prévues du parcours : évaluation, prise en charge renforcée et suivi de routine.



Il sera composé de :

- L'équipe support constituée du coordonnateur médical, du coordonnateur paramédical, du chef de projet et du secrétaire MPSAT,
- Les représentants des partenaires :
 - ♦ Un représentant de chaque CPTS (4) : un médecin généraliste, un infirmier, un masseur-kinésithérapeute et un pharmacien
 - ♦ Un diététicien libéral,
 - ♦ Un psychologue libéral,
 - ♦ La trésorière de l'association sport-santé ex-aequo,
 - ♦ Le référent ETP de l'hôpital NOVO,
 - ♦ Un médecin pneumologue de l'hôpital NOVO.

V.9.c Assemblée annuelle ouverte

La gouvernance de la MPSAT se veut la plus horizontale possible. **Le lien entre la ville et l'hôpital est un aspect clé du projet.** Ainsi il est primordial que ses membres aient un droit de regard sur le déploiement du dispositif. Cette gouvernance horizontale sera définie par le règlement intérieur régissant la MPSAT et via les conventions de financement liant l'hôpital aux professionnels libéraux.

Une assemblée annuelle ouverte à l'ensemble des partenaires permettra de communiquer sur l'avancée du projet et d'échanger sur les points à améliorer.

VI LES OUTILS NECESSAIRES A L'EXPERIMENTATION

VI.1 LES OUTILS DE LA PRISE EN CHARGE PATIENT

VI.1.a Les outils non numériques

Les outils non numériques de la MPSAT seront :

- Les documents de communication du projet : flyers, affiches ;
- Les outils d'aide à l'orientation des patients : guide de repérage des patients, formulaire d'orientation ;
- Les documents à destination des patients inclus dans le dispositif : charte MPSAT, formulaire de consentement, questionnaires de satisfaction, etc. ;
- Les documents à destination des professionnels intervenants dans le dispositif : charte MPSAT, conventions pour les libéraux, conventions pour les structures, questionnaires de satisfaction ;
- Les outils à disposition des professionnels en charge du parcours patient : BEP, conducteurs pédagogiques et outils des séances éducatives, comptes-rendus type des séances éducatives et des réunions du cercle de soins, etc. ;
- Les supports issus des comités éducatifs et congrès annuels, favorisant le partage de bonnes pratiques entre les professionnels.

VI.1.b Les outils numériques

Les outils numériques seront :

- Le système d'informations de la MPSAT et les données associées,
- L'annuaire recensant tous les professionnels de santé de la MPSAT à disposition de tous,
- L'ensemble des documents de travail précités intégrables ou téléchargeables dans le SI

VI.2 LE SYSTEME D'INFORMATION (SI) GENERAL DE L'EXPERIMENTATION

Le système d'information (SI) de la MPSAT sera basé sur les outils régionaux déjà existants. Un développement spécifique à minima est prévu pendant la période des 6 mois de construction du projet.

Ce SI devra être un outil intuitif permettant la coordination ville-hôpital du parcours MPSAT avec des fonctions clés telles que listées ci-après.

Ce SI devra répondre aux problématiques techniques suivantes :

- Interopérabilité,
- Utilisation possible via une application smartphone,
- Possibilité de créer des niveaux d'accès selon profils d'utilisateur (professionnels à différents niveaux, patients, administrateurs),
- Possibilité de remplir, d'imprimer et d'extraire au format PDF les formulaires MPSAT,
- Fonctionnalité « Agenda personnel du patient »,
- Possibilité de dépôt de pièces jointes (comptes-rendus des RCS, des entretiens, des séances éducatives, etc.),
- Fonctionnalité d'alerte pour prévenir le CS en cas d'hospitalisation notamment,
- Liens vers le site internet MPSAT.

Sur le plan de la gestion de la MPSAT, le SI devra permettre de disposer de :

- Cartographies et géolocalisation des domiciles des patients et des antennes MPSAT pour l'organisation des séances éducatives,
- Fonctionnalité d'analyse et d'extraction des données de suivi d'activité et des indicateurs utiles à l'évaluation de l'expérimentation,
- Agenda global de gestion des interventions MPSAT par l'équipe support,
- Conducteurs pédagogiques pour l'animations des séances éducatives,
- Comptes-rendus de séances éducatives et questionnaires de satisfaction animateurs,
- Emargements de présence aux séances éducatives et aux consultations cliniques,
- Suivi des entretiens par les référents en santé,
- Annuaire des professionnels,
- Evaluation des séances éducatives par les patients,
- Suivi des financements et rémunérations.

VI.3 OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES EN MATIERE DE SI ET DES DONNEES DE SANTE A CARACTERE PERSONNEL

La mise en place du SI fera l'objet d'une déclaration à la CNIL et d'un travail de sécurisation des données coordonné par le délégué à la protection des données de l'hôpital NOVO.

Les données de santé seront notamment hébergées sur un serveur agréé et sécurisé.

VII INFORMATIONS RECUEILLIES SUR LES PATIENTS INCLUS DANS L'EXPERIMENTATION

Les données recueillies dans le cadre de l'expérimentation MPSAT seront :

- Les données d'identification ainsi que les coordonnées des patients,
- Les données administratives concernant le parcours MPSAT du patient,



- Les données sur le plan social,
- Les données d'identification et de contact du cercle de soins du patient,
- Les données d'identification des professionnels du cercle de soins des patients,
- Les données médicales du patient,
- Les données d'évaluation initiale puis annuelles du patient,
- Les données du PPCS,
- Les indicateurs d'évaluation et de suivi des parcours nécessaires à l'évaluation du dispositif,
- Les données nécessaires à la facturation.

Les données nécessaires à la facturation sont toutes les données de suivi des parcours des patients, à savoir :

- Le NIR du patient, numéro de sécurité sociale et sa date de naissance,
- La date des soins, des séances éducatives, des BEP, des entretiens avec le référent en santé et des réunions du cercle de soins,
- Le numéro d'Assurance Maladie ou FINESS du professionnel qui réalise l'activité ou le soin.

Ces données sont nécessaires et à remonter mensuellement sur la plateforme facturation Article 51 de la CNAM (au plus tard le cinquième jour calendaire du mois) afin de verser les financements adéquats liés aux forfaits MPSAT aux acteurs. Elles seront collectées via les professionnels intervenants et/ou l'équipe support et remontées par le chef de projet.

Ces données pourront être extraites du système d'information de la MPSAT.

L'annexe 5 fait figurer une liste plus détaillée des données recueillies sur les patients.

VIII FINANCEMENT DE L'EXPERIMENTATION

VIII.1 MODALITES DE FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE PROPOSEE

Le modèle de financement proposé pour le dispositif MPSAT est une succession de forfaits complémentaires aux séquences de soins du droit commun. Il comprend des actes déjà nomenclaturés dans le droit commun (évaluation réalisée par le kinésithérapeute, consultation psychologue avec le dispositif « Mon soutien psy » selon un nombre limité de séances remboursées par année civile), ainsi que des prestations hors panier de soins, pour lesquelles une dérogation à la nomenclature est nécessaire.

Les besoins de financement sont constitués de deux catégories de dépenses :

- **Les dépenses de prestations de santé et de coordination ;**
- **Les dépenses d'amorçage** devant être mises en œuvre avant le recrutement des premiers patients et d'ingénierie, induites par le pilotage et le suivi de l'expérimentation.

VIII.1.a Les dépenses de prestations de santé et de coordination : forfaits destinés aux patients

Sont prévus des forfaits correspondant à chaque phase de l'accompagnement du patient. Leur montant est essentiellement déterminé par les prestations des professionnels de santé et le coût précis de la coordination pour chacune des phases.

Nature des dépenses intégrées aux forfaits :



- Temps d'intervention et de coordination des professionnels salariés du dispositif : équipe support
- Rémunération des actes et prestations réalisés par les professionnels de santé libéraux ou salariés partenaires intervenant dans le parcours MPSAT : psychologues, diététiciens, médecins traitants, éducateurs APA, kinésithérapeutes, etc.

Coûts unitaires brut chargés

Coût horaire brut chargé des prestations des professionnels de santé :

- **Entretiens de suivi du référent en santé** → 60€/h par professionnel, soit 30€ pour un entretien de suivi de 30 min.
- **Professionnels du cercle de soins lors des RCS** → 60€/h par professionnel tout profil confondu, soit 30 €/professionnel/RCS de 30 min.
- **Professionnels lors des BEP :**
 - le médecin traitant → 80 €/h soit 80€ pour un BEP d'une heure
 - le référent en santé → 60 €/h soit 60€ pour un BEP d'une heure
- **Evaluations et consultations cliniques :**
 - EAPA et Kinésithérapeutes → 44€/h soit 59 € pour une évaluation d'1h20 et adhésion annuelle de 150 €/patient pour les séances d'APA (Maison sport-santé)
 - Diététicien → 44€/h soit 59 € pour une évaluation d'1h20
 - Psychologue → 44€/h soit 59 € pour une évaluation d'1h20
- **Séances éducatives collectives (construction ou animation) :**
 - Professionnel libéral → 50€/h par séance pour 10 patients soit 5€/h/patient
 - Professionnel hospitalier → 50€/h par séance pour 10 patients soit 5€/h/patient

Coûts annuel brut chargé des rémunérations de l'équipe support salariée :

- Coordonnateur médical → 130k€ pour 1 équivalent temps plein soit 13k€ pour 0,10 ETP
- Coordonnateur paramédical → 65k€ pour 1 ETP
- Secrétaire médicale → 51k€ pour 1 ETP soit 40,8k€ pour 0,8 ETP

Le modèle économique repose sur trois types de forfaits, dont deux sont déclinés en sous-forfait selon le stade de la BPCO du patient :

- **Un forfait « évaluation »**, sur 6 mois, couvrant les frais liés à l'évaluation des patients au moment de leur inclusion dans le dispositif

- **Un forfait « prise en charge renforcée »**, sur 12 mois décliné en 3 sous-forfaits selon le stade de sévérité du patient, couvrant les frais liés au suivi du patient durant cette phase. Ce forfait finance notamment les entretiens avec le référent en santé, les RCS, les consultations cliniques, le bilan éducatif partagé et les séances éducatives

- Un forfait « **prise en charge de routine** », sur 12 mois (renouvelable chaque année durant la période d'expérimentation) et décliné en 3 sous-forfaits selon le stade de sévérité du patient, couvrant les frais liés au suivi du patient durant cette phase.



- **Le forfait « Evaluation »** : il s'agit ici d'un forfait semestriel unique, quel que soit le degré de sévérité du patient pris en charge.

Forfait semestriel "évaluation" par patient et degré de sévérité : TOUS STADES								
Nature de l'accompagnement	Prestation	Intervenant	Nombre d'occurrence	Durée (en heures)	Coût horaire brut chargé	Coût total par intervenant	Coût total par patient	Coût total par nature par patient
Evaluation appui éducatif	Bilan éducatif partagé initial	Médecin traitant	1	1	80 €	80 €	80 €	180 €
		Référent en santé	1	1	60 €	60 €	60 €	
	1e séance éducative : Réunion d'accueil	Professionnel libéral	1	4	50 €	200 €	20 €	
		Professionnel hospitalier	1	4	50 €	200 €	20 €	
Evaluation appui clinique	Evaluation activité physique	EAPA (stades 1et2) ou Masseur-kinésithérapeute (stade 3 et 4)	1	1,33	44 €	58,5 €	58,5 €	175,5 €
	Evaluation diététique	Diététicien	1	1,33	44 €	58,5 €	58,5 €	
	Evaluation psychologique	Psychologue	1	1,33	44 €	58,5 €	58,5 €	
Evaluation besoins de coordination de parcours	Entretiens référent en santé	Référent en santé	1	0,5	60 €	30 €	30 €	180 €
		Médecin traitant	1	0,5	60 €	30 €	30 €	
	Réunion initiale du cercle de soins	Référent en santé	1	0,5	60 €	30 €	30 €	
		Professionnel du CS 1	1	0,5	60 €	30 €	30 €	
		Professionnel du CS 2	1	0,5	60 €	30 €	30 €	
		Professionnel du CS 3	1	0,5	60 €	30 €	30 €	
Coût total du forfait par patient			535,5 €					



- **Le forfait « prise en charge renforcée »** : intègre toutes les actions nécessaires au suivi du parcours du patient durant 12 mois de prise en charge renforcée. Ce forfait est décliné en trois sous-forfaits selon le degré de gravité du patient.

Forfait annuel "prise en charge renforcée" par patient : STADES 1 et 2								
Nature de l'accompagnement	Prestation	Intervenant	Nombre annuel d'occurrence	Durée (en heures)	Coût horaire brut chargé	Coût total par intervenant	Coût total par patient	Coût total par nature par patient
Appui éducatif	Ateliers éducatifs collectifs	Professionnel libéral	8	4	50 €	1 600 €	160 €	460 €
		Professionnel hospitalier	8	4	50 €	1 600 €	160 €	
	Bilan éducatif partagé annuel	Médecin traitant	1	1	80 €	80 €	80 €	
		Référent en santé	1	1	60 €	60 €	60 €	
Appui clinique	Enveloppe "soins"	EAPA (stades 1et2) ou Masseur-kinésithérapeute (stade 3 et 4)	1	n.a.	adhésion annuelle	150 €	150 €	414 €
		Diététicien et/ou Psychologue	6	1	44 €	264 €	264 €	
Coordination de parcours	Entretiens référent en santé	Référent en santé	2	0,5	60 €	60 €	60 €	240 €
		Médecin traitant	2	0,5	60 €	60 €	60 €	
	Réunions cercle de soins	Référent en santé	2	0,5	60 €	60 €	60 €	
		Professionnel du CS	2	0,5	60 €	60 €	60 €	
Coût du sous-forfait			1114 €					

Forfait annuel "prise en charge renforcée" par patient : STADES 3 et 4 sans O2								
Nature de l'accompagnement	Prestation	Intervenant	Nombre annuel d'occurrence	Durée (en heures)	Coût horaire brut chargé	Coût total par intervenant	Coût total par patient	Coût total par nature par patient
Appui éducatif	Ateliers éducatifs collectifs	Professionnel libéral	8	4	50 €	1 600 €	160 €	460 €
		Professionnel hospitalier	8	4	50 €	1 600 €	160 €	
	Bilan éducatif partagé annuel	Médecin traitant	1	1	80 €	80 €	80 €	
		Référent en santé	1	1	60 €	60 €	60 €	
Appui clinique	Enveloppe "soins"	EAPA (stades 1et2) ou Masseur-kinésithérapeute (stade 3 et 4)	1	n.a.	adhésion annuelle	150 €	150 €	502 €
		Diététicien et/ou Psychologue	8	1	44 €	352 €	352 €	
Coordination de parcours	Entretiens référent en santé	Référent en santé	6	0,5	60 €	180 €	180 €	780 €
		Médecin traitant	4	0,5	60 €	120 €	120 €	
	Réunions cercle de soins	Référent en santé	4	0,5	60 €	120 €	120 €	
		Professionnel du CS 1	4	0,5	60 €	120 €	120 €	
		Professionnel du CS 2	4	0,5	60 €	120 €	120 €	
		Professionnel du CS 3	4	0,5	60 €	120 €	120 €	
Coût du sous-forfait			1 742 €					



Forfait annuel "prise en charge renforcée" par patient : STADES 3 et 4 avec O2								
Nature de l'accompagnement	Prestation	Intervenant	Nombre annuel d'occurrence	Durée (en heures)	Coût horaire brut chargé	Coût total par intervenant	Coût total par patient	Coût total par nature par patient
Appui éducatif	Ateliers éducatifs collectifs	Professionnel libéral	8	4	50 €	1 600 €	160 €	460 €
		Professionnel hospitalier	8	4	50 €	1 600 €	160 €	
	Bilan éducatif partagé annuel	Médecin traitant	1	1	80 €	80 €	80 €	
		Référent en santé	1	1	60 €	60 €	60 €	
Appui clinique	Enveloppe "soins"	EAPA (stades 1et2) ou Masseur-kinésithérapeute (stade 3 et 4)	1	n.a.	adhésion annuelle	150 €	150 €	590 €
		Diététicien et/ou Psychologue	10	1	44 €	440 €	440 €	
Coordination de parcours	Entretiens référent en santé	Référent en santé	8	0,5	60 €	240 €	240 €	840 €
		Médecin traitant	4	0,5	60 €	120 €	120 €	
	Réunions cercle de soins	Référent en santé	4	0,5	60 €	120 €	120 €	
		Professionnel du CS 1	4	0,5	60 €	120 €	120 €	
		Professionnel du CS 2	4	0,5	60 €	120 €	120 €	
		Professionnel du CS 3	4	0,5	60 €	120 €	120 €	
Coût du sous-forfait			1 890 €					

- **Le forfait « prise en charge de routine »** : intègre toutes les actions nécessaires au suivi du parcours du patient durant 12 mois de phase de routine. Ce forfait a vocation, en cas de généralisation, à être renouvelé tout au long de la vie du patient en accord avec le caractère chronique de la BPCO.

Forfait annuel dit "de routine" : STADES 1 et 2								
Nature de l'accompagnement	Prestation	Détails du forfait	Nombre annuel d'occurrence	Durée (en heures)	Coût horaire brut chargé	Coût total par intervenant	Coût total par patient	Coût total par nature par patient
Appui éducatif	Ateliers éducatifs collectifs	Professionnel libéral	2	4	50 €	400 €	40 €	220 €
		Professionnel hospitalier	2	4	50 €	400 €	40 €	
	Bilan éducatif partagé annuel	Médecin traitant	1	1	80 €	80 €	80 €	
		Référent en santé	1	1	60 €	60 €	60 €	
Coordination de parcours	Entretiens référent en santé	Référent en santé	2	0,5	60 €	60 €	60 €	150 €
		Médecin traitant	1	0,5	60 €	30 €	30 €	
	Réunions cercle de soins	Référent en santé	1	0,5	60 €	30 €	30 €	
		Professionnel du CS	1	0,5	60 €	30 €	30 €	
Coût du sous-forfait			370 €					



Forfait annuel dit "de routine" : STADES 3 et 4 sans O2								
Nature de l'accompagnement	Prestation	Détails du forfait	Nombre annuel d'occurrence	Durée (en heures)	Coût horaire brut chargé	Coût total par intervenant	Coût total par patient	Coût total par nature par patient
Appui éducatif	Ateliers éducatifs collectifs	Professionnel libéral	1	4	50 €	200 €	20 €	180 €
		Professionnel hospitalier	1	4	50 €	200 €	20 €	
	Bilan éducatif partagé annuel	Médecin traitant	1	1	80 €	80 €	80 €	
		Référent en santé	1	1	60 €	60 €	60 €	
Coordination de parcours	Entretiens référent en santé	Référent en santé	6	0,5	60 €	180 €	180 €	480 €
	Réunions cercle de soins	Médecin traitant	2	0,5	60 €	60 €	60 €	
		Référent en santé	2	0,5	60 €	60 €	60 €	
		Professionnel du CS 1	2	0,5	60 €	60 €	60 €	
		Professionnel du CS 2	2	0,5	60 €	60 €	60 €	
		Professionnel du CS 3	2	0,5	60 €	60 €	60 €	
Coût du sous-forfait			660 €					

Forfait annuel dit "de routine" : STADES 3 et 4 avec O2								
Nature de l'accompagnement	Prestation	Détails du forfait	Nombre annuel d'occurrence	Durée (en heures)	Coût horaire brut chargé	Coût total par intervenant	Coût total par patient	Coût total par nature par patient
Appui éducatif	Ateliers éducatifs collectifs	Professionnel libéral	1	4	50 €	200 €	20 €	180 €
		Professionnel hospitalier	1	4	50 €	200 €	20 €	
	Bilan éducatif partagé annuel	Médecin traitant	1	1	80 €	80 €	80 €	
		Référent en santé	1	1	60 €	60 €	60 €	
Coordination de parcours	Entretiens référent en santé	Référent en santé	8	0,5	60 €	240 €	240 €	540 €
	Réunions cercle de soins	Médecin traitant	2	0,5	60 €	60 €	60 €	
		Référent en santé	2	0,5	60 €	60 €	60 €	
		Professionnel du CS 1	2	0,5	60 €	60 €	60 €	
		Professionnel du CS 2	2	0,5	60 €	60 €	60 €	
		Professionnel du CS 3	2	0,5	60 €	60 €	60 €	
Coût du sous-forfait			720 €					



Par ailleurs, une dotation « support » est également prévue pour financer les charges fixes et les dépenses de coordination indispensables au fonctionnement du parcours MPSAT :

Type de charges	Détails	Année 1 - Semestre 2			Année 2			Année 3			Année 4			Année 5		
		Coût annuel brut chargé	Nb / ETP	Coût total S2	Coût annuel brut chargé	Nb / ETP	Coût total annuel	Coût annuel brut chargé	Nb / ETP	Coût total annuel	Coût annuel brut chargé	Nb / ETP	Coût total annuel	Coût annuel brut chargé	Nb / ETP	Coût total annuel
Charges équipe support	Coordonnateur médical	130 000 €	0,05	3 250 €	130 000 €	0,10	13 000 €	130 000 €	0,10	13 000 €	130 000 €	0,10	13 000 €	130 000 €	0,10	13 000 €
	Coordonnateur paramédical	65 000 €	0,50	16 250 €	65 000 €	1,00	65 000 €	65 000 €	1,00	65 000 €	65 000 €	1,00	65 000 €	65 000 €	1,00	65 000 €
	Secrétaire médicale	51 000 €	0,40	10 200 €	51 000 €	0,80	40 800 €	51 000 €	0,80	40 800 €	51 000 €	0,80	40 800 €	51 000 €	0,80	40 800 €
	SOUS-TOTAL		0,95	29 700 €		1,90	118 800 €		1,90	118 800 €		1,90	118 800 €		1,90	118 800 €
Charges fixes	Téléphonie (location)	65 €	2,00	130 €	65 €	2,00	130 €	65 €	2,00	130 €	65 €	2,00	130 €	65 €	2,00	130 €
	Imprimante/scanner	550 €	1,00	550 €	550 €	1,00	550 €	550 €	1,00	550 €	550 €	1,00	550 €	550 €	1,00	550 €
	Entretien locaux	1 000 €	1,00	1 000 €	1 000 €	1,00	1 000 €	1 000 €	1,00	1 000 €	1 000 €	1,00	1 000 €	1 000 €	1,00	1 000 €
	Fournitures / papeterie	500 €	1,00	500 €	500 €	1,00	500 €	500 €	1,00	500 €	500 €	1,00	500 €	500 €	1,00	500 €
	Publicité et publications	500 €	1,00	500 €	500 €	1,00	500 €	500 €	1,00	500 €	500 €	1,00	500 €	500 €	1,00	500 €
	Maintenance site internet	2 400 €	1,00	1 200 €	2 400 €	1,00	2 400 €	2 400 €	1,00	2 400 €	2 400 €	1,00	2 400 €	2 400 €	1,00	2 400 €
	Charges administratives diverses	10%		388 €	10%		508 €	10%		508 €	10%		508 €	10%		508 €
SOUS-TOTAL			4 268 €			5 588 €			5 588 €			5 588 €			5 588 €	
TOTAL Annuel			33 968 €			124 388 €			124 388 €			124 388 €			124 388 €	

Le montant total des dépenses de FISS liées au financement des forfaits s'élève à :

BUDGET FISS										
Type de charges	Année 1		Année 2		Année 3		Année 4		Année 5	
	Coût	Part du budget	Coût	Part du budget	Coût	Part du budget	Coût	Part du budget	Coût	Part du budget
Coordination de parcours	27 000 €	24%	179 160 €	27%	208 620 €	32%	246 060 €	36%	194 100 €	42%
Appui éducatif	27 000 €	24%	183 000 €	27%	189 440 €	29%	212 400 €	31%	143 360 €	31%
Appui clinique	26 334 €	23%	179 002 €	27%	125 128 €	19%	107 572 €	16%	0 €	0%
Dotation support	33 968 €	30%	124 388 €	19%	124 388 €	19%	124 388 €	18%	124 388 €	27%
TOTAL ANNUEL	114 302 €	100%	665 550 €	100%	647 576 €	100%	690 420 €	100%	461 848 €	100%
TOTAL CUMULE	114 302 €		779 852 €		1 427 428 €		2 117 848 €		2 579 696 €	



VIII.1.b Besoins en crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI)

Les frais liés à la phase de construction du projet :

Une phase d'amorçage permettant la mise en œuvre du projet avant l'inclusion du 1^{er} patient et lors du démarrage du projet est prévue sur la 1^{ère} année. Les financements au regard sont détaillés dans le tableau ci-dessous.

Crédits d'ingénierie - Année 1			
Phase de construction S1			
Charges	Coût annuel	Nombre	Coût S1
Chef de projet	85 000 €	0,2	8 500 €
Coordonnateur médical	130 000 €	0,1	6 500 €
Coordonnateur paramédical	65 000 €	1	32 500 €
Adaptation des outils numériques au parcours BPCO	40 000 €	1	40 000 €
Adaptation du site internet	3 500 €	1	3 500 €
Conception ateliers	400 €	9	3 600 €
Formation ETP (2 animateurs / thème / site)	450 €	72	32 400 €
Formation référent (1 pour 10 patients)	450 €	20	9 000 €
Mobilier	700 €	2	1 400 €
PC informatique	900 €	2	1 800 €
Publicité et publications	1 500 €	1	1 500 €
Charges administratives	10% du total des charges		14 070 €
Sous-total			154 770 €
Semestre 2			
Charges	Coût annuel	Nombre	Coût S2
Chef de projet	85 000 €	0,10	4 250 €
Coordonnateur médical (mission mise en œuvre du projet)	130 000 €	0,05	3 250 €
Coordonnateur paramédical (mission mise en œuvre du projet)	65 000 €	0,50	16 250 €
Secrétaire médicale (mission mise en œuvre du projet)	51 000 €	0,40	10 200 €
SI : hébergement de données	24 000 €	1,00	12 000 €
Conception ateliers	400 €	2	800 €
Formation ETP (2 animateurs / thème / site)	450 €	16	7 200 €
Formation référent (1 pour 10 patients)	450 €	20	9 000 €
Sous-total			62 950 €
Total annuel			217 720 €

Ces frais comprennent :

- Le recrutement de l'équipe support pour la mise en œuvre du projet
- Les frais de formation des professionnels (ETP et référents en santé)
- Les frais liés aux outils numériques (SI et site internet)
- Les frais de communication (flyers, affiches, etc.)
- Les frais d'investissement (mobilier, ordinateurs, tec.)
- Les frais liés à la conception des ateliers



Les frais liés à l'expérimentation :

Les frais liés à l'expérimentation couvrent les frais des années 2 à 5 comme détaillés sur les tableaux ci-dessous :

Crédits d'ingénierie - Année 2			
Charges	Coût unitaire	Nombre	Coût annuel
Chef de projet	85 000 €	0,10	8 500 €
SI : hébergement de données	24 000 €	1,00	24 000 €
Conception ateliers	400 €	2	800 €
Formation ETP (2 animateurs / thème / site)	450 €	16	7 200 €
Formation référent (1 pour 10 patients)	450 €	20	9 000 €
Total annuel			49 500 €

Crédits d'ingénierie - Année 3			
Charges	Coût unitaire	Nombre	Coût annuel
Chef de projet	85 000 €	0,10	8 500 €
SI : hébergement de données	24 000 €	1,00	24 000 €
Conception ateliers	400 €	2	800 €
Formation ETP (2 animateurs / thème / site)	450 €	16	7 200 €
Formation référent (1 pour 10 patients)	450 €	10	4 500 €
Total annuel			45 000 €

Crédits d'ingénierie Année 4			
Charges	Coût unitaire	Nombre	Coût annuel
Chef de projet	85 000 €	0,10	8 500 €
SI : hébergement de données	24 000 €	1,00	24 000 €
Conception ateliers	400 €	2	800 €
Formation ETP (2 animateurs / thème / site)	450 €	16	7 200 €
Total annuel			40 500 €

Crédits d'ingénierie Année 5			
Charges	Coût unitaire	Nombre	Coût annuel
Chef de projet	85 000 €	0,10	8 500 €
SI : hébergement de données	24 000 €	1,00	24 000 €
Conception ateliers	400 €	2	800 €
Formation ETP (2 animateurs / thème / site)	450 €	16	7 200 €
Total Année 5			40 500 €
Total cumulé			393 220 €

Ces frais comprennent :

- Les frais de formation des professionnels (ETP et référents en santé)
- Les frais liés aux outils numériques (SI et site internet)
- Les frais de communication (flyers, affiches, etc.)
- Les frais liés à la conception des ateliers complémentaires

Synthèse des dépenses du FIR :

TOTAL FIR					
Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	TOTAL
217 720 €	49 500 €	45 000 €	40 500 €	40 500 €	393 220 €



VIII.1.c Besoin total de financement

Le besoin de financement de l'expérimentation s'élève à 2 972 916 € sur l'ensemble de sa durée pour l'accompagnement de 700 patients.

Détails des charges par année	Dotation support FISS	Coûts forfaitaires "Evaluation"	Coûts forfaitaires "prise en charge renforcée"	Coûts forfaitaires "prise en charge de routine"	Coût forfaitaires (hors dotation)	Prestations dérogatoires - Au titre du FISS	Coûts d'ingénierie - Au titre du FIR	Coût total annuel	Nombre de patients inclus
Année 1	33 968 €	80 334 €	0 €	0 €	80 334 €	114 302 €	217 720 €	332 022 €	150
Année 2	124 388 €	133 890 €	407 272 €	0 €	541 162 €	665 550 €	49 500 €	715 050 €	250
Année 3	124 388 €	107 112 €	271 416 €	144 660 €	523 188 €	647 576 €	45 000 €	692 576 €	200
Année 4	124 388 €	53 556 €	271 416 €	241 060 €	566 032 €	690 420 €	40 500 €	730 920 €	100
Année 5	124 388 €	0 €	0 €	337 460 €	337 460 €	461 848 €	40 500 €	502 348 €	0
TOTAL sur 5 ans	531 520 €	374 892 €	950 104 €	723 180 €	2 048 176 €	2 579 696 €	393 220 €	2 972 916 €	700
TOTAL général						2 972 916 €			
Coût total de l'expérimentation FISS+FIR par patient distinct inclus (n=700)						4 247 €			
Coût moyen par an par patient de l'expérimentation						849 €			

VIII.2 FINANCEMENT DROIT COMMUN

Cette expérimentation nécessite des **dérogations aux règles de financement du droit commun**.

Comme explicité ci-dessus, ces dérogations permettraient de prendre en charge :

- Le financement forfaitaire de consultations non prises en charge ou partiellement prises en charge par l'Assurance Maladie, auprès de professionnels de ville (psychologues, diététiciens, éducateurs en activité physique adaptée). L'objectif serait en outre de prendre également en charge les évaluations effectuées par le masseur-kinésithérapeute,
- Le financement forfaitaire par séquences du parcours (évaluation, prise en charge renforcée, routine) et la rémunération forfaitaire des professionnels de santé pour la coordination (réunion du cercle de soins),
- Les séances éducatives qui ne sont pas prises en charges dans le cadre de l'Assurance-Maladie.

VIII.3 ESTIMATION DES COÛTS DE LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE ET DES COÛTS EVITES

Grâce aux données fournies par l'Assurance Maladie, les coûts actuels de la prise en charge des patients atteints de BPCO ont pu être estimés.

Ces données portent sur l'ensemble des assurés du département prenant les traitements médicamenteux spécifiques de la BPCO sur le territoire a permis d'obtenir les résultats suivants (n=12 979 patients) :

Type de charges	Coût total 2020 de la BPCO	Coût moyen annuel par patient BPCO
Etablissement de santé	54 298 304 €	4 183 €
Pharmacien	32 021 465 €	2 467 €
Médecin	8 492 040 €	654 €
Infirmier	4 984 236 €	384 €
Masseur Kinésithérapeute	2 165 452 €	166 €
Laboratoire	2 410 260 €	185 €
Total	104 371 757 €	8 039 €

* Les coûts "Autres" (dentistes, pédicures, etc.) n'ont pas été pris en compte car non liés à la BPCO.

Le coût total moyen annuel (incluant également les soins non relatifs à la BPCO) est donc, actuellement, de 8 039 € par patient BPCO dans le Val d'Oise. Le coût total de la prise en charge MPSAT est quant à lui estimé à **853 € par patient et par an**.

Au-delà des bénéfices thérapeutiques attendus pour les patients, la prise en charge MPSAT pourrait permettre d'éviter / réduire certains coûts pour l'Assurance-Maladie de plusieurs manières :

- **En réduisant les coûts liés aux exacerbations et aux hospitalisations des patients BPCO :** moindre fréquence des exacerbations, moindres passages aux urgences grâce à l'éducation thérapeutique, repérage précoce des exacerbations, moindre passage aux stades III et IV de la maladie etc.
- **En réduisant les coûts liés aux traitements médicamenteux et à la consommation de tabac :** grâce à l'éducation thérapeutique et au suivi coordonné des patients, une meilleure prévention des comportements à risque pourra être obtenue



- **En améliorant le dépistage des patients BPCO, actuellement sous-diagnostiqués** : le programme MPSAT permettra de mieux faire connaître cette pathologie aux professionnels de santé et patients, et ainsi de faciliter les dépistages.

A titre indicatif, un programme similaire d'accompagnement du patient au Canada [RiskAnalytica, 2016] aurait réussi à faire baisser le taux d'hospitalisation des patients BPCO de 77 % et les admissions aux urgences de 78 %. **Si l'on prend pour hypothèse une diminution supérieure à 40 % des coûts moyens par an par patient grâce à la MPSAT, ce programme permettrait à l'Assurance Maladie d'économiser près de 4 000 euros par an pour chaque patient suivi pour une BPCO.**

IX EVALUATION DE L'EXPERIMENTATION

L'évaluation de l'expérimentation sera réalisée par une équipe externe au projet et supervisée par la Cellule d'évaluation (CELEVAL) pilotée par la DREES et la Cnam. La méthodologie de l'évaluation sera élaborée par cette équipe dans le cadre d'échanges répétés avec les porteurs et la CELEVAL.

L'évaluation du dispositif MPSAT devra permettre de mesurer les bénéfices (directs et indirects) générés par l'expérimentation sur les patients inclus, les professionnels impliqués, ainsi que les impacts sur l'organisation du système de santé et la santé publique.

Il s'agira d'évaluer notamment la mise en œuvre opérationnelle du dispositif et le fonctionnement de la coordination proposée par le dispositif MPSAT pour assurer le bon déroulement des parcours de patients souffrant de BPCO, en particulier sur les aspects suivants :

- La mise en œuvre opérationnelle du dispositif et les éventuelles difficultés rencontrées (montée en charge, moyens mobilisés, recrutement des professionnels pour participer au dispositif, formations et outil SI développé, etc.),
- L'inclusion des patients en lien avec les objectifs fixés par le cahier des charges (dont volumétrie de patients inclus, typologies de patients inclus, couverture du territoire (...),
- La structuration de la coordination proposée en identifiant ou le cas échéant en complétant le cercle de soins pluridisciplinaire existant et en organisant des échanges réguliers entre les professionnels, ainsi que la mise en œuvre du parcours Ville-Hôpital partagé (...);
- La mise en œuvre effective du rôle de référent proposé pour chaque patient, qui intervient en tant que « personne ressource » et favorise la prise en compte de l'environnement psychosocial du patient, et plus largement les évolutions des pratiques et la montée en compétence des professionnels apportés par le dispositif ;
- La pertinence et la soutenabilité du modèle économique proposé par l'expérimentation ;
- Les résultats et les améliorations positives apportées par le dispositif par rapport aux prises en charges existantes sur les parcours des patients atteints de BPCO et in fine concernant l'amélioration de leur santé (gain en autonomie notamment) et de qualité de vie ainsi que pour les aidants. L'utilité et les bénéfices perçus par les patients inclus ainsi que leur adhésion au dispositif et leur acceptation de la prise en charge pourront être analysés.

Enfin, la durabilité et la reproductibilité d'un tel dispositif sur d'autres territoires et à plus large échelle (territoire national) seront également approfondies dans le cadre de l'évaluation finale du dispositif.

IX.1 INDICATEURS DE RESULTATS ET D'IMPACTS

L'évaluation de l'expérimentation sera réalisée par une équipe externe au projet et supervisée par la Cellule d'évaluation (CELEVAL) pilotée par la DREES et la Cnam. La méthodologie de l'évaluation sera élaborée par cette équipe dans le cadre d'échanges répétés avec les porteurs et la CELEVAL.

Objectif opérationnel 1 : Un parcours de soins personnalisé, en proximité, adapté au long court et favorisant l'autonomie de chaque patient BPCO

<p>Inclusion des patients dans le dispositif MPSAT en lien avec les objectifs fixés par le cahier des charges</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'inclusions : total, par secteur, par stade de sévérité et par forfait - Nombre de patients différents inclus versus nombre d'inclusions totales - Typologie des patients : profils socio-professionnel, sévérité de la maladie, comorbidités, etc. - Typologie et nombre de proches aidant inclus - Part des patients ayant bénéficié d'un forfait complet (pour chacun des 3 forfaits) - Durée moyenne des suivis MPSAT : phase de routine renouvelées ou ré-inclusions
<p>Expérimenter un parcours éducatif et de soins personnalisé selon le niveau de sévérité de la BPCO, à proximité du domicile du patient</p>	<p><u>Parcours éducatif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de séances éducatives effectivement mises en place et taux de participation - Nombre d'animateurs de séances éducatives - Nombre d'animateurs formés dans le cadre de la MPSAT pour les séances éducatives - Nombre de patients n'ayant pas réalisé le nombre d'ateliers éducatifs prévus lors de l'année de prise en charge renforcée <p><u>Parcours de soins personnalisés et en proximité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de professionnels impliqués dans la mise en œuvre des soins cliniques par profession - Nombre de patient n'ayant pas réalisé les soins cliniques prévus dans le cadre du PPCS sur l'année de prise en charge renforcée, type de soins concernés et motifs - Nombre de patients inclus fumeurs et adressés vers un tabacologue - Origine géographique des patients, éventuels lieux non couverts au niveau du territoire d'intervention - Perception par les patients inclus et les professionnels impliqués des bénéfices apportés et freins éventuels concernant l'ensemble du parcours MPSAT proposé : notamment concernant le rythme prévu par phase (évaluation / suivi renforcé / suivi de routine) et les interventions déclinées selon le niveau de sévérité
<p>Proposer un référent pour chaque patient : « personne ressource » qui favorise la prise en compte de l'environnement psychosocial du patient et la coordination ville-hôpital</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Typologie et nombre de professionnels assumant le rôle de référent (médecin traitant, IDE, pharmacien...) - Nombre moyen de patients par référent - Nombre de professionnels formés au rôle de référent - Nombre de sollicitations du référent en santé par le patient / Nombre d'entretiens avec le référent par patient (par stade et par phase)

	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de RCS déclenchées par le référent suite à une aggravation de l'état du patient - Satisfaction et bénéfices perçus par les patients inclus et les professionnels impliqués dans le cercle de soins et les professionnels ayant assuré ce rôle vis-à-vis du rôle, de la mise en œuvre concrète et de la pertinence du référent dans le parcours
<p>Rendre le patient acteur de son parcours de soins par l'appropriation des savoirs et compétences et sa participation aux réunions de son cercle de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de patients ayant effectivement suivi les 25 séances APA lors de l'année de prise en charge renforcée - Nombre de patients ayant participé aux réunions du cercle de soins - Nombre de patients ayant atteint l'objectif de sevrage tabagique - Satisfaction et « expérience » des patients vis-à-vis de l'accompagnement par le dispositif - Nombre et motifs de sortie du dispositif - Taux de décrochage par étape du parcours : phase d'évaluation / prise en charge renforcée / routine - Nombre de patients « perdus de vue » - Nombre de patient dont les proches / aidants ont effectivement participé à la séance éducative dédiée et niveau de satisfaction de ces derniers

Objectif opérationnel 2 : Une coordination pluridisciplinaire Ville-Hôpital et un décloisonnement des acteurs

<p>Structurer la coordination en identifiant ou le cas échéant en complétant le cercle de soins pluridisciplinaire existant et en organisant des échanges réguliers</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de professionnels du cercle de soins impliqués dans le dispositif et profession - Nombre de patients inclus dans le dispositif disposant déjà d'un cercle de soins complet - Nombre de patients pour lesquels la MPSAT a permis de compléter le cercle de soins existant - Nombre de patients inclus mais bénéficiant d'un cercle de soins incomplet et pour lequel la MPSAT n'a pu trouver le professionnel adapté au besoin - Nombre de patients inclus qui n'avaient pas de médecin traitant lors de l'inclusion - Nombre de patients non inclus faute de cercle de soins identifié - Nombre de RCS organisées, participants, modalités d'organisation (à distance) et moyens mobilisés - Nombre de PPCS formalisés - Expérience des professionnels impliqués et des patients inclus vis-à-vis de la coordination mise en place (dont RCS) et bénéfices perçus - Nombre de patients ayant bénéficié d'une analyse patient traceur à la suite d'une exacerbation
<p>Proposer un parcours Ville-Hôpital partagé et favoriser les échanges de bonnes pratiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de rencontres avec les professionnels de santé du territoire - Nombre de professionnels libéraux partenaires : total, par profession et par secteur

entre les acteurs de santé du territoire	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et typologie de structures partenaires - Nombre d'actions de sensibilisation des professionnels de territoire (soirées thématiques...) - Nombre et typologie des professionnels adresseurs - Nombre de comités réunis et de séminaires réalisés avec typologie et nombre de participants - Nombre de professionnels figurant dans l'annuaire - Nombre de professionnels utilisant l'outil SI partagé ville-hôpital adapté au parcours MPSAT
Adopter un mode de gouvernance souple et horizontale incluant des membres de la MPSAT avec une représentation suffisante de chaque typologie de professionnels / structure	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et typologie de professionnels impliqués - Nombre de Comité de pilotage organisés - Nombre de comités techniques organisés - Nombre d'assemblées annuelles ouvertes ayant été organisées sur la durée de l'expérimentation, et taux de participation

Objectif opérationnel 3 : Un nouveau modèle de financement

Un nouveau modèle de financement /	<ul style="list-style-type: none"> - Consommation des forfaits selon le niveau de sévérité - Coût total & par poste de dépense de la prise en charge du patient BPCO - Nombre de professionnels impliqués ayant effectivement perçu les versements dus / Montant moyen perçu par les professionnels impliqués, par profil - Soutenabilité financière du dispositif proposé (dont dotation « support » également prévue pour financer les charges fixes et les dépenses de coordination) - « Expérience » et avis des professionnels impliqués vis-à-vis du modèle économique proposé dont : pertinence du forfait tel que proposé, effectivité de sa mise en place et mise en œuvre, caractère incitatif du forfait pour les professionnels concernés comme levier pour s'impliquer dans le dispositif et y rester, absence de lourdeur du système de versement / répartition du forfait etc.
Permettre l'accessibilité financière à des professionnels pour un accompagnement diététique, psychologique et sur l'activité physique	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de satisfaction des professionnels diététiciens, EAPA, psychologues par rapport au financement forfaitaire proposé - Nombre de professionnels diététiciens, EAPA, psychologues ayant refusé de s'impliquer dans la MPSAT pour motif financier - Taux de satisfaction des patients inclus par rapport à l'accessibilité financière apportée par le dispositif

En outre, les indicateurs d'impact suivants sont proposés et pourront être complétés :

Sur l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des patients inclus :

- Nombre et typologie d'hospitalisations des patients inclus
- Nombre de passages aux urgences des patients inclus
- Nombre de consultations chez les différents professionnels de santé des patients inclus
- Evolution du taux d'exacerbations et du niveau de sévérité de la BPCO par patient inclus



- Evolution de la fréquence et la sévérité des complications pour les patients inclus
- Evolution des hospitalisations et du recours aux urgences par patient inclus (prise en compte des analyses patients traceurs)
- Evolution de la consommation de soins et de médicaments par patient inclus
- Part des patients vaccinés contre la grippe (prévention des exacerbations)
- Evolution des connaissances à la suite des séances éducatives
- Evolution de la pratique de l'activité physique
- Evolution de la consommation de tabac
- Evolution des capacités respiratoires (spirométrie)
- Evolution du passage aux stades III et IV de la maladie des patients inclus
- Evolution du score Qualité de vie (évaluation réalisée par le biais de l'auto-questionnaire de Qualité de Vie VQ 11)
- Expérience et améliorations perçues par les professionnels de santé impliqués dans le dispositif, ainsi que par les patients et des aidants sur les améliorations apportées par le parcours MPSAT sur la prise en charge et in fine la santé et qualité de vie
- Evolution du nombre de cas de patients diagnostiqués BPCO / amélioration du dépistage des patients BPCO

Sur les dépenses de santé :

- Consommation des forfaits selon le niveau de sévérité et adéquation
- Evolution des coûts liés aux exacerbations et hospitalisations des patients BPCO
- Evolution des coûts liés aux traitements médicamenteux et à la consommation de tabac
- Evolution du nombre d'indemnités journalières annuelles pour la population suivie
- Taux de passage en invalidité
- Nombre de passages aux urgences et appels du 15

IX.2 INDICATEURS DE SUIVI D'ACTIVITE ET DE PROCESSUS

D'autres indicateurs de suivi transverses aux différents objectifs sont proposés et permettront de rendre compte de l'activité du dispositif MPSAT et de processus :

- Nombre de patients inclus dans le dispositif, par niveau de sévérité de BPCO
- Nombre de patients par type de forfaits
- Nombre de patients inclus réalisant chaque phase du parcours
- Nombre de BEP, évaluations et soins cliniques, séances éducatives, RCS, entretiens référent en santé et PPCS réalisés
- Nombre de formations organisées par type de formation (référent, animateur de séances éducatives) et nombre de professionnels participants
- Niveau de consommation effectif des forfaits : nombre de consultations effectivement réalisées auprès de chaque patient lors de la phase de prise en charge renforcée (par stade)
- Nombre de patients ayant un cercle de soins : complet à l'inclusion / complété par la MPSAT / incomplet

X DEROGATIONS NECESSAIRES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'EXPERIMENTATION

L'annexe 2 vient compléter cette partie.

X.1 AUX REGLES DE FACTURATION, DE TARIFICATION ET DE REMBOURSEMENT RELEVANT DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE (CSS)

L'expérimentation MPSAT nécessite **deux dérogations** aux règles de facturation, de tarification et de remboursement relevant du code de la sécurité sociale.

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 –I-1°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	X	Financement forfaitaire de consultations partiellement prises en charge par l'Assurance Maladie, auprès de professionnels de santé en ville (psychologue, diététicien, EAPA)
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	X	Financement forfaitaire par séquences de parcours (évaluation, prise en charge renforcée, routine) et rémunération forfaitaire des professionnels de santé pour la coordination (réunion du cercle de soins)
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants au projet d'expérimentation d'expérimentations		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné		

X.2 AUX REGLES D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS RELEVANT DES DISPOSITIONS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (CSP)

L'expérimentation MPSAT nécessite **trois dérogations** aux règles d'organisation de l'offre de soins relevant des dispositions du Code de la Santé Publique.

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	X	Coordination des cercles de soins des patients entre les professionnels de ville et d'hôpital pour la prise en charge (réunions régulières), mise en place de référents en santé assurant le suivi de l'effectivité des parcours et organisation de comités dédiés aux partages des bonnes pratiques (congrès annuel MPSAT, comités éducatifs)



b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	X	Mise en place d'une coordination entre la ville et l'hôpital avec des réunions du cercle de soins régulières, prise en compte de tous les aspects médico-sociaux de la maladie à travers des séances éducatives par thème, un référent en santé qui favorise la prise en compte de l'environnement psychosocial du patient, l'accompagnement du patient en cas de retour à domicile...
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	X	Mise en place d'un système d'information permettant la coordination ville-hôpital et le suivi des parcours de soins MPSAT

X.3 DEROGATIONS AUX REGLES DE TARIFICATION ET D'ORGANISATION APPLICABLES AUX ETABLISSEMENTS ET SERVICES MENTIONNES A L'ARTICLE L.312-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES (CASF)

Non applicable

XI LIENS D'INTERETS

Non applicable

XII GLOSSAIRE

Abréviation	Définition
PPCS	Plan Personnalisé de Coordination en Santé
BPCO	Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
RCS	Réunion du cercle de soins
CS	Cercle de soins
CTPS	Communauté professionnelle territoriale de santé
BEP	Bilan Educatif Partagé
MK	Masseur-kinésithérapeute
APA	Activité Physique Adaptée
EAPA	Enseignant en activité physique adaptée
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
MPSAT	Maison de Prévention en Santé et d'Accompagnement Thérapeutique
SI	Système d'informations
NOVO	Nord-Ouest Val-d'Oise


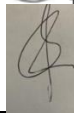
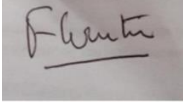


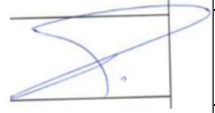
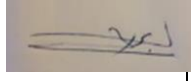



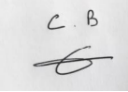


XIII ELEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bernard McCarthy 1, Dympna Casey, Declan Devane, Kathy Murphy, Edel Murphy, Yves Lacasse : Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease, Février 2015 – DOI : 0.1002/14651858.CD003793.pub3
2. Conférence par le Pr. Cyril TARQUINIO, mai 2021 : Les maladies chroniques ne tombent peut-être pas du ciel !
3. R. Hamidfar-Roy · L. Potton : Profil psychologique et qualité de vie des patients atteints d'une BPCO issus de la réanimation, 2013
4. García Castillo E, Alonso Pérez T, Ancochea J, et al. : Mortality prediction in chronic obstructive pulmonary disease comparing the GOLD 2015 and GOLD 2019 staging: a pooled analysis of individual patient data, *ERJ Open* 2020; 6: 00253-2020 [<https://doi.org/10.1183/23120541.00253-2020>]
5. Smetanin P, McNeil D. and Burger C. : Modelling the INSPIRED COPD Outreach Program™ National and Provincial Analysis, Final Report. RiskAnalytica, 2016.
6. S. Henninger, D. Calamand, O. Pasche, G.E. Maccaferri : Docteur, j'ai peur d'étouffer ! BPCO et manifestations psychiatriques, publié en 2017 (DOI : 10.53738 / REVME.2017.13.577.1710)
7. Fédération Française de Pneumologie : Faire de la BPCO une urgence de santé publique pour le quinquennat, contribution des patients et des professionnels de santé à un plan BPCO 2018-2022
8. Étude Deloitte présentée à l'IUIL : Case management – Coordination de parcours de soins appliquée au secteur de la santé et des services aux personnes
9. ASH - actualités sociales hebdomadaires, n° 3019, 2017 (pp.22-25) : Référents de parcours : quatre départements en ordre de marche Clément, Lauriane
10. G. Rocker, International Journal of COPD, 2017 (n°12) : Spreading improvements for advanced COPD care through a Canadian Collaborative
11. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition, DOI: 10.1016/S0140-6736(15)61340-X
12. Nova Scotia Health: COPD - INSPIRED COPD Outreach Program
13. Etude DREES n°1269 publiée en mai 2023 : Une personne sur dix éprouve des difficultés de compréhension de l'information médicale

XIV ANNEXES

Annexe 1 – Coordonnées du porteur et des partenaires

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteur	GHT NOVO ; 6 avenue de l'Île-de-France 95300 Pontoise	Directeur AUBERT Alexandre, direction@ght-novo.fr	
		Pneumologue Dr PHILIPPE Bruno, bruno.philippe@ght-novo.fr , 06 86 68 62 18, 01 30 75 47 75	
Partenaires	Mairie d'Éragny-sur-Oise ; Place Louis Don Marino, 95610 Éragny	Adjointe au maire BAGGIO Chantal, cbaggio@eragny.fr	A signé numériquement le 14/09/21
	Mairie de l'Isle-Adam ; 20 Rue Chantepie Mancier, 45 Grande Rue, 95290 L'Isle-Adam	Adjointe au maire CHAPALAIN Armelle, a.chapalain@ville-isle-adam.fr , 0134081919, 0604443792	A signé numériquement le 14/09/21
	Mairie de Cergy ; 3 Place Olympe de Gouges, 95800 Cergy	Adjointe au maire COURTIN Françoise, francoise.courtin@ceryy.fr	
	Mairie de Magny-en-Vexin ; 20 Rue de Crosne, 95420 Magny-en-Vexin	Adjoint au maire Dr VIONNET-FUASSET Joël, j.vionnetfuasset@magny-en-vexin.fr , 0681917570	
	CPTS Vexin Francilien, 6 boulevard de la République, 95420 Magny en Vexin	Médecin généraliste Dr BOISNAULT Philippe, p.boisnault@wanadoo.fr	
	CPTS en formation Centre Médical des Linandes ; 8 Les Linandes Pourpres, 95000 Cergy	Médecin généraliste Dr TORTIGET Delphine, delphine.tortiget@gmail.com	
	CPTS en formation	Médecin généraliste Dr OROUDJI Bijane, docteur@oroudji.com , 0670737777	
	Libéral	Médecin généraliste Dr GAUDIN Sophie, medecin.gaudinsophie@gmail.com	
	MSP des Arcades ; 100 Avenue Jacques Vogt 95340 Persan	Médecin généraliste Dr ESPIE Eric, dr.espie@orange.fr , 0681915240	A signé numériquement le 14/09/21
	Pharmacie Poire ; 31 Rue du Général Leclerc, 95310 Saint-Ouen-l'Aumône	Pharmacien POIRE Pierre-Edouard, pierreedouardpoire@yahoo.fr , 0683073391	
	COORDINOV ; 12 Chaussée Jules César, 95520 Osny	Dr SALLOUM Rémy, r.salloum@coordinov.com	
	CoordETP95 ; 2 Avenue de la Palette, 95000 Cergy	BRITO Carolina, coordetp95@gmail.com	

Annexe 2 – Catégories d'expérimentations

A quelle(s) catégorie(s) d'expérimentations répond le projet ? Il est possible de combiner les catégories.

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	<input checked="" type="checkbox"/>	Financement forfaitaire de consultations partiellement prises en charge par l'Assurance Maladie, auprès de professionnels de santé en ville (psychologue, diététicien, EAPA)
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	<input checked="" type="checkbox"/>	Financement forfaitaire par séquence du parcours (évaluation, prise en charge renforcée, routine) et rémunération forfaitaire des professionnels de santé pour la coordination (réunion du cercle de soins)
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurés à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projet d'expérimentation d'expérimentations		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné		

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	<input checked="" type="checkbox"/>	Coordination des cercles de soins des patients entre les professionnels de ville et d'hôpital pour la prise en charge (réunions régulières), mise en place de référents en santé assurant le suivi de l'effectivité des parcours et organisation de comités dédiés aux partages des bonnes pratiques (congrès annuel MPSAT, comités éducatifs)
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	<input checked="" type="checkbox"/>	Mise en place d'une coordination entre la ville et l'hôpital avec des réunions du cercle de soins régulières, prise en compte de tous les aspects médico-sociaux de la maladie à travers des séances éducatives par thème, un référent en santé qui favorise la prise en compte de l'environnement psychosocial du patient, l'accompagnement du patient en cas de retour à domicile...

c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	X	Evolution d'un système d'information existant permettant de mettre en œuvre l'interface ville-hôpital spécifique au parcours MPSAT
--	----------	--

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°)⁵² :	Cocher	Si oui, préciser
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières		
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		

⁵² Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1)



Annexe 3 – Grille de fonctions des outils numériques

Partie renseignée ultérieurement



Annexe 4 – Logique d'intervention de la MPSAT

OBJECTIF STRATÉGIQUE

Améliorer l'accessibilité et la qualité du parcours de soins des patients diagnostiqués BPCO sur le territoire NOVO en vue de prévenir les exacerbations aiguës, diminuer les hospitalisations et recourir aux urgences évitables et améliorer la qualité de vie des patients.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

UN PARCOURS DE SOINS PERSONNALISÉ, EN PROXIMITÉ, ADAPTÉ AU LONG COURT ET FAVORISANT L'AUTONOMIE DE CHAQUE PATIENT BPCO

- ☑ Expérimenter un parcours éducatif et de soins personnalisé selon le niveau de sévérité de la BPCO, à proximité du domicile du patient
- ☑ Proposer un référent pour chaque patient : interlocuteur privilégié et qui favorise la prise en compte de l'environnement psychosocial du patient
- ☑ Rendre le patient acteur de son parcours de soins par l'appropriation des savoirs et compétences et sa participation aux réunions de son cercle de soins
- ☑ Permettre selon l'évolution de la situation du patient un accompagnement de longue durée adapté

UNE COORDINATION PLURIDISCIPLINAIRE VILLE-HÔPITAL ET UN DÉCLOISONNEMENT DES ACTEURS

- ☑ Structurer la coordination en identifiant ou le cas échéant en complétant le cercle de soins pluridisciplinaire existant et en organisant des échanges réguliers
- ☑ Proposer un parcours Ville-Hôpital partagé et favoriser les échanges de bonnes pratiques entre les acteurs de santé du territoire
- ☑ Adopter un mode de gouvernance souple et horizontale incluant des membres de la MPSAT avec une représentation suffisante de chaque typologie de professionnels / structure

UN NOUVEAU MODELE DE FINANCEMENT

- ☑ Favoriser la coordination pluriprofessionnelle et le lien Ville-Hôpital par la mise en place de forfaits multi-acteurs
- ☑ Permettre l'accessibilité financière à des professionnels pour un accompagnement diététique, psychologique et sur l'activité physique

ACTIONS MISES EN ŒUVRE

STRUCTURER / RECRUTER LE CERCLE DE SOINS

- Identifier le cercle de soins existant et le cas échéant s'appuyer sur les partenaires pour compléter et former un cercle de soins autour du patient

ORGANISER ET COORDONNER LE PARCOURS

- Identifier pour chaque patient son cercle de soins à compléter si besoin et coordonner ce cercle de soins tout au long du parcours notamment via les RCP
- Identifier un référent qui jouera le rôle d'interlocuteur privilégié patient
- Définir un PPCS répondant aux besoins de chaque patient intégrant un accompagnement individuel (ex: diététique, activité physique, psychologique) et un appui collectif via des séances éducatives
- Proposer des séances éducatives coconstruites et animées par des équipes coordonnées Ville-Hôpital
- Mettre en œuvre un protocole pour renforcer l'accès direct des patients au service de pneumologie sans passer par les urgences lorsqu'une hospitalisation est nécessaire
- Créer un système d'information partagé facilitant la coordination ville-hôpital

REMUNERER / PRENDRE EN CHARGE

- Valoriser la coordination du parcours par la création d'un forfait pour le référent
- Valoriser l'investissement des professionnels de santé (ville et hôpital) dans le dispositif à travers une rémunération forfaitaire
- Proposer un forfait couvrant des professions non prises en charge dans le droit commun (psychologue, diététicien, EAPA...) limitant le renoncement aux soins pour motifs financiers

FORMER

- Former les professionnels de santé pour l'animation des séances éducatives
- Former chaque référent en santé à ce nouveau rôle

COMMUNIQUER

- Communiquer et faire connaître la MPSAT sur le territoire NOVO
- Favoriser les échanges de bonnes pratiques en organisant des congrès annuels transdisciplinaires de la MPSAT réunissant acteurs de santé libéraux de ville et hospitaliers

RESULTATS

POUR LE PATIENT

- Améliorer l'accessibilité et la qualité de la prise en charge de la BPCO :
 - Accompagnement à long terme selon l'évolution de la situation en cohérence avec l'aspect chronique de la BPCO,
 - Prise en charge multidisciplinaire coordonnée Ville-Hôpital
 - Personnalisation et proximité de l'accompagnement du patient BPCO
 - Accessibilité financière de la prise en charge
- Acquisition par le patient des compétences permettant de mieux connaître la BPCO et anticiper les potentielles dégradations (*passage d'une posture « passive » à une posture pro-active vis-à-vis de son parcours de soins*)
- Facilitation du repérage précoce pour éviter ou ralentir une dégradation de la maladie (exacerbations)
- Diminution de la fréquence et la sévérité des complications
- Diminution des hospitalisations et recours aux urgences évitables
- Acquisition par le patient des clés pour mieux vivre avec sa maladie (amélioration de la qualité de vie)
- Communication simplifiée avec les acteurs de son cercle de soins, avec un discours unique
- Prise en compte de l'aspect psychosocial de sa pathologie
- Contribution au repérage des patients BPCO par la réorientation vers le bon professionnel

POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

- Compétences élargies des acteurs de santé dans la prise en charge des patients BPCO
- Sensibilisation à la BPCO favorisant un dépistage précoce par les professionnels impliqués dans le projet
- Une communication et coordination du parcours du patient BPCO renforcée / rapprochement Ville-Hôpital
- Pluridisciplinarité, partage et échanges de bonnes pratiques
- Possibilités de s'impliquer à différents niveaux dans la MPSAT

IMPACTS

POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

- Changer et adapter les pratiques des professionnels du territoire dans la prise en charge des patients BPCO (coordination, pluridisciplinarité)
- Renforcer la structuration de la prise en charge du patient BPCO sur le territoire NOVO
- Améliorer le repérage et suivi complet des patients BPCO, notamment via les actions de sensibilisation et les outils fournis par la MPSAT

POUR LA SANTE PUBLIQUE

- Améliorer le dépistage des patients BPCO, actuellement sous-diagnostiqués
- Favoriser l'accès à certaines prises en charge pour les patients BPCO
- Limiter (ou retarder) le nombre d'exacerbations et de passages aux urgences des patients BPCO via un repérage précoce et l'éducation des patients
- Favoriser une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée des patients souffrant de BPCO
- Réduire le passage aux stades III et IV de la maladie

EFFICIENCE

- Proposer des forfaits adaptés au niveau de sévérité des patients BPCO
- Réduire les coûts liés aux exacerbations et hospitalisations des patients BPCO
- Réduire les coûts liés aux traitements médicamenteux et à la consommation de tabac
- Proposer des parcours de soins personnalisés par patient, favorisant une juste consommation des soins

Annexe 5 – Données recueillies sur le patient dans le système d'informations de la mpsat

Le tableau ci-dessous fait figurer une liste non exhaustive des données collectées dans le SI de la MPSAT :

Profil du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Photo - Identité - Date de naissance - Téléphone - Adresse postale et mail - Géolocalisation du lieu d'habitation - Numéro de SS - Statut professionnel - Type Habitation - Aidant - Personne de confiance - Directives anticipées
Données administratives	<ul style="list-style-type: none"> - Date d'inclusion et mode d'adressage - Date de sortie et mode de sortie - Charte du patient - Droit à l'image - Lettre d'engagement
Données sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinateur DAC - Assistante sociale - Aides sociales - Aides humaines
Identification du cercle de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Nom et coordonnées médecin traitant - Nom et coordonnées médecins spécialistes - Nom et coordonnées paramédicaux : IDE, MK, pharmacien, (psychologue si nécessaire) - Nom membres référents équipe hospitalière - Identification du référent - Date et participation réunions CS + Compte-rendu
Données médicales du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Taille - Poids à rentrer par patient et IMC calculé automatiquement - Antécédents médicaux / Comorbidités - Rapport de Tiffeneau et VEMS - EFX - Test de marche de 6 minutes - Traitements médicamenteux en cours (ordonnances) - SAS / VNI - Oxygénothérapie - Tabagisme, Cannabis, Alcool (nb de paquets/années et date sevrage) - CRH et consultations – séjours en réanimation, en SMR, en MCO - Vaccinations - Ordonnances anticipées oui/non - Bilans biologiques - Comptes-rendus d'imagerie, ECG, écho cardiaque, scintigraphie myocardique, coronarographie, examens complémentaires
Données d'évaluation (initiale ou annuelles)	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluations de pré-inclusion : psycho, APA, Diet - Test niveau de littéracie - Questionnaire de qualité de vie HAD et VQ11 - Test de sédentarité - BEP
PPCS	<ul style="list-style-type: none"> - Trame PPCS



- Ateliers prévus / réalisés
- CR individuel des ateliers
- Evaluations ETP individuelle
- Questionnaires satisfaction patients
- Séances de soins dérogatoires prévues/réalisées



Annexe 6 – Fiche de poste référent en santé

Qui : Professionnel du cercle soins – sollicitation prioritaire du MT

- Stade 1 et 2 : Toute personne adhérente à la MPSAT, toutes disciplines confondues
- Stade 3 et 4 : Professionnels de santé obligatoirement (MT, pneumologue, IDE, MK)
- Volontaire et ayant validé la formation spécifique
- Formé aux 40h ETP de préférence
- Désigné en accord avec le patient parmi les membres de son cercle de soins (alliance thérapeutique)

Fonctions :

Le référent en santé sera joignable aux heures ouvrées excepté week-ends et jours fériés.


Il assurera les fonctions suivantes :

- Identification du cercle de soins et partage des coordonnées : MT, Pneumologue, pharmacien, IDE, MK, psychologue, EAPA, diététicien, etc. ;
- Réalisation d’entretiens motivationnels et de suivi annuels avec le patient (rédaction de comptes-rendus) ;
- Evaluation du parcours éducatif : réalisation du BEP initial et annuel, identification des compétences acquises et à perfectionner ;
- Suivi du parcours de soins ;
- Participation à la rédaction du PPCS et propositions d’ajustements au cercle de soins ;
- Alerte du cercle de soins en cas de rupture de parcours et convocation d’une réunion du CS pour bilan (notamment des hospitalisations éventuelles) ;
- En cas d’exacerbations : repérage des signes d’exacerbation et de leur degré de sévérité, accompagnement à la mise en œuvre des ordonnances anticipées, orientation au besoin des patients vers le bon professionnel (MT, pneumologue en consultation semi-urgente ou équipe hospitalière pour hospitalisation) ;
- Facilitation de la prise en compte des problèmes médico-psycho-sociaux
 - Recours sur sollicitation du patient au cercle de soins : médecin traitant, pneumologue, MK, psychologue si besoin, hôpital (SMR, MCO selon état de sévérité clinique),
 - Accompagnement lors de la sortie d’hospitalisation du patient, en collaboration avec le PRADO ou DAC,
 - Convocation des réunions multidisciplinaires du cercle de soins.

Sur le dernier élément relatif à la convocation du cercle de soins en réunion multidisciplinaire, le référent en santé s’assure que les réunions ont lieu dans les situations suivantes :

- Initialement à la fin de la phase d’évaluation ;
- Annuellement pour renouvellement : révision du schéma thérapeutique et revue de la pertinence des prescriptions ;
- Dans les suites d’une hospitalisation :
 - Information des professionnels du cercle de soins et ajout de professionnels complémentaires au besoin ;
 - Ecoute et réassurance du patient ;
 - Visites au domicile du patient si besoin.

Annexe 7 – Questionnaire HAS d’Aide au Diagnostic BPCO



HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Auto-questionnaire
Dépistage BPCO

Faites le test : aurais-je une BPCO ?

La BPCO ou Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive est une maladie pulmonaire chronique, fréquente mais que les personnes ignorent souvent.

Si vous répondez à ces questions, cela aidera à savoir si vous avez une BPCO

Toussez-vous souvent (tous les jours) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous souvent une toux grasse ou qui ramène des crachats ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Êtes-vous plus facilement essoufflé que les personnes de votre âge ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous plus de 40 ans ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous fumé ou fumez-vous* ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si vous répondez positivement à trois de ces questions**, le médecin généraliste peut soit mesurer votre souffle à l'aide d'un spiromètre soit vous orienter vers un pneumologue.

Découvrir une BPCO précocement permettra de prévenir des lésions pulmonaires ultérieures. Des traitements sont disponibles pour que vous vous sentiez mieux.

* ou avez-vous été exposé de manière prolongée ou répétée à des gaz, poussières, fumées, vapeurs dans le cadre de votre travail ?

** deux réponses « oui » peuvent déjà constituer un signe d'alarme

Adapté de Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2014



Annexe 8 – Lettre de Consentement du patient



Dr Bruno PHILIPPE
Responsable d'Unité Fonctionnelle
Tel : 06 66 77 90 33
mps@ght-novo.fr



Maison de Prévention de la Santé et d'Accompagnement Thérapeutique

Lettre de consentement pour les patients participant au programme MPSAT

Entourer le titre adéquat : Monsieur Madame Autre

Nom :

.....

Prénom :

.....

Adresse :

.....

Le Docteur m'a proposé d'intégrer le parcours thérapeutique MPSAT.

J'ai reçu les informations précisant le but et les modalités de déroulement de ce programme.

Ma participation est totalement volontaire et je peux, si je le désire, interrompre ma participation au programme à tout moment en prévenant l'équipe MPSAT sans compromettre la qualité des soins qui me sont dispensés.

Je m'engage à suivre le programme thérapeutique qui m'a été proposé et à justifier mes éventuelles absences auprès de l'équipe MPSAT.

J'autorise la MPSAT à contacter les professionnels de santé de mon cercle de soins que je leur ai indiqués dans le cadre de ce programme (médecin traitant, pneumologue, infirmière, psychologue, kinésithérapeute, diététicien, ...).

J'autorise les membres de l'équipe pluridisciplinaire impliquée dans ce programme à échanger les informations me concernant et à les échanger avec les professionnels de santé que j'ai indiqués dans mon cercle de soins.

Si je ne souhaite pas que certaines informations soient partagées, j'en informe simplement le professionnel concerné. Les éventuels entretiens réalisés avec le ou la psychologue restent confidentiels.

Je m'engage de même à respecter la confidentialité des autres participants dans le cadre d'ateliers collectifs.

Je bénéficie à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées me concernant dans le cadre de ce programme, conformément aux dispositions légales en vigueur. En ce -qui concerne des données de santé à caractère personnel, ce droit pourra être



Dr Bruno PHILIPPE
Responsable d'Unité Fonctionnelle
Tel : 06 66 77 90 33
mpsats@ght-novo.fr

directement exercé par moi ou par l'intermédiaire du médecin de mon choix. (Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi du 6 août 2004).

J'accepte que mes données personnelles soient utilisées de façon anonyme pour l'évaluation dudit programme MPSAT (entourer la réponse) :

Oui

Non

J'accepte librement et volontairement de participer à ce programme dans les conditions précisées ci-dessus.

Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires à l'équipe de coordination MPSAT au numéro de téléphone suivant : 06 66 77 90 33.

Fait à

Le/...../.....

**Signature du patient et/ou des
représentants légaux**

Signature du médecin

Signé en 2 exemplaires, l'un confié au patient et l'autre au médecin



Annexe 9 – Trame de BEP

Date de l'entretien :
Durée de l'entretien :
Entretien fait par :
Moment de réalisation du BEP : (x) etp initiale () reprise () approfondissement

Données personnelles de la personne vivant avec une maladie chronique :

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Numéro de téléphone :
No. SS :
Profession :
Situation familiale :

Introduction de l'entretien

Présentation du praticien.

Présentation de l'objectif et de la durée de la rencontre.

Qu'est-ce que la personne souhaite ? Qu'a-t-elle ? Que fait-elle ?

Pourriez-vous nous parler un peu de vos attentes en venant à cette rencontre d'aujourd'hui ?

Pourriez-vous nous parler un peu de vous, de votre vie ? Qu'avez-vous envie de me dire, de me raconter (sur vous, votre vie) ? Si je devais vous présenter, que devrais-je dire ?

Comment vous sentez-vous, dans quel état d'esprit êtes-vous aujourd'hui ?

Racontez-moi une journée habituelle, hier peut-être ? Comment vous organisez-vous à la maison ? Pour votre travail, avec les enfants ? ...Comment organisez-vous votre journée/ alimentation/ activité physique/profession en fonction de votre état de santé ? Quels sont les plats que vous aimez préparer ? · Quels sont ceux qui vous font le plus plaisir à manger ? Comment vous organisez-vous dans le cas de déplacement, en vacances par exemple ?

Quels sont vos centres d'intérêts ?

Qu'est-ce que la personne ressent ? Le sentiment de la personne concernant sa santé et sa maladie

Est-ce que vous voulez bien me parler de votre santé ?



Quelles sont pour vous les principaux problèmes (maladie(s), problèmes personnels, familiaux) qui influent sur votre santé et dont vous voudriez nous parler ?

Quel est l'impact de votre état de santé sur votre vie de tous les jours ?

Est-ce que votre maladie vous inquiète à court terme, à long terme ? Comment ?

Avez-vous des craintes concernant votre maladie et votre traitement ?

De qui pensez-vous recevoir de l'aide dans la prise en charge de votre maladie ?

Pensez-vous que votre maladie altère vos relations avec les autres ? Comment ?

Pensez-vous que dans votre entourage, une ou des personnes comprennent ou pourraient comprendre votre situation ? Pensez-vous que cela serait utile pour vous si des personnes (au d'autres personnes) de votre entourage étaient mieux au courant de votre situation ?

Qu'est-ce que la personne sait ? Compréhension et vécu de la maladie

Comment la maladie se manifeste-t-elle chez vous ? Si vous devriez expliquer la maladie à un proche, comment expliquerez-vous votre maladie ?

Pour vous quelles sont les causes de votre maladie ?

Pourriez-vous nous parler des éléments que vous jugez importants sur votre découverte de la maladie (début de symptômes, circonstance de découverte, Comment avez-vous réagi ? Comment votre entourage a réagi ?)

Aujourd'hui quelles sont, selon vous, les choses les plus importantes à faire pour prendre en charge votre maladie ? Quelles sont pour vous les facilités et les difficultés pour les mettre en place ?

Quels facteurs améliorent ou aggravent votre santé ?

Qu'est-ce que vous gêne le plus dans votre maladie ? Y-a-t-il des choses que vous ne pouvez pas faire au cause de votre maladie ?

Quelles sont les questions que vous vous posez concernant votre maladie ?

Quels sont les signes qui vous avertissent de l'arrivée d'une crise ? A quoi reconnaissez-vous que vous faites une crise ? Dans quels cas faites-vous appel au médecin ? · Quels types d'appareil utilisez-vous pour votre suivi ?

Qu'est-ce que la personne sait ? Le traitement

Quel est votre avis sur votre traitement ?

Comment se passent vos soins ?

Sentez-vous le besoin de mieux comprendre votre traitement et l'action des médicaments ?

Quels sont pour vous les bénéfices liés à votre traitement ?

Quels sont pour vous les difficultés liées à votre traitement ?

Que faites-vous en cas d'oubli de traitement ? ou Que feriez-vous en cas d'oubli ?

Comment expliquerez-vous votre traitement à un proche ?

Plus éventuellement d'autres questions spécifiques à la pathologie en question.



Qu'est-ce que la personne envisage ? Le projet de vie (*Quel est le projet du patient qui peut l'aider*)
Qu'est-ce qui vous procure le plus de plaisir dans la vie ? Qu'est-ce qui vous donne de la satisfaction, du plaisir, de l'envie ? Quelles sont les choses qui vous tiennent à cœur ? Quels sont vos moments de joies ?
Qu'est-ce que vous aimeriez faire dans les jours/ années à venir ?
Que souhaiteriez-vous faire de plus pour améliorer votre santé/ vie ? (Aujourd'hui/ sur long terme).

Quelle serait la solution qui vous semblerait la plus adaptée pour vous concernant vos projets ?

Moyens d'apprentissages (*Quels sont les facteurs apparemment facilitant et limitant de son apprentissage, notamment pour réussir les transformations utiles pour sa santé ?*)

Selon vous, qu'est-ce qui pourrait faciliter la prise en charge de votre maladie ?
Est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez savoir ou apprendre à faire pour mieux prendre en charge votre santé ou votre maladie ?

Quelles sont vos façons préférées d'apprendre ? (En discutant avec quelqu'un, en lisant le journal, des brochures ou des livres, en regardant des schémas, des photos ou des images, en cherchant, en tâtonnant, en essayant par vous-même, en regardant la télé ou écoutant la radio, sur internet, etc...)

Synthèse : A élaborer ensemble « Si nous nous comprenons bien... »
Attentes du patient(e)/ Besoins identifiés par le patient et/ou le soignant.

Objectif partagé : « De ce que vous me dites, de ce que j'ai compris, comment vous imaginez que nous pourrions envisager... ».
(Définition conjointe et Signature du consentement)



Annexe 10 – Trame de la Réunion d'Accueil

Thème de la séance : Réunion d'accueil du programme ETP BPCO MPSAT
Titre de la séance : Bienvenue Pour Cette O...
Objectifs spécifiques (=objectifs opérationnels), le participant en fin de séance devra être capable de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se présenter aux autres participants du groupe pour créer des liens interpersonnels ▪ Percevoir identifier les différentes étapes du parcours éducatif ▪ Identifier et exprimer ses attentes vis-à-vis du programme en lien avec les problématiques quotidiennes vécues

Matériels : Photolangage, Emoticônes sur l'humeur, Fiches plastifiées

Remarques :

- 1h30 d'atelier
- **Importance de la présence d'un psychologue car temps d'échanges propices à l'expression d'émotions** (accueil et prise en compte des émotions)
- Nécessité que chaque animateur qui anime cet atelier ait la capacité d'accueillir les émotions sans pour autant les prendre en charge
- Nécessité d'être observateur pour tout nouvel acteur du programme
- Relever les verbatim des patients pour s'y référer

Etape	Description déroulé et outils utilisés
Présentation et état des lieux	<p>Accueil du groupe avec éléments de convivialité (musique, eau, café)</p> <p>Présentation du plan de l'atelier par les animateurs Noter la consigne pour engager la présentation « Choisissez une photo qui vous représente le mieux » et définissez votre humeur du jour à l'aide des émoticônes</p> <p>Présentation des animateurs avec la même consigne</p> <p>Prise de parole libre sur un temps limité par un timer par exemple Outil : photolangage plastifié disponible sur le site A noter : le dialogue s'instaure rapidement entre les participants</p> <p>Prise de notes par l'un des animateurs ; l'autre anime, relance la parole</p>
Echanges	<p>« Pourquoi avez-vous accepté de venir aujourd'hui ? »</p> <p>Prise de paroles libres => permet aux animateurs de recenser des attentes, motivations à suivre le programme, des problématiques</p> <p>Après la prise de parole libre, les animateurs peuvent rebondir sur les différentes étapes du programme pour les mettre en adéquations avec les attentes (le but étant de créer de l'envie)</p>



	<p>Exploitation des paroles des participants avec une notion de classement ou catégorisations des données recueillies => écriture de grands post-it avec feutre avec un classement à réaliser par les participants.</p> <p>Présentation du programme de la MPSAT : 3 facettes à présenter :</p> <ul style="list-style-type: none">- L'approche différente de la prise en charge traditionnelle de la maladie- Positionnement actif de chacun avec un rôle actif dans ses soins et aussi dans les ateliers suivis- Une approche réalisée par une équipe pluridisciplinaire <p>Utilisation de 3 fiches plastifiées format A3</p> <p>Proposer aux participants de synthétiser leurs attentes pour les noter sur une feuille à glisser dans leur portfolio</p>
Prise de décision	La participation confirmée aux ateliers à venir
Conclusion Appris/surpris	Rappel des messages clés Invitation au prochain atelier planifié Revenir sur leur état émotionnel en fin d'atelier (versus début d'atelier)

REMIS

- ◆ **Le formulaire de consentement à la participation au programme, aux droits à l'image, exploitations des données pour de la recherche clinique...**
- ◆ **Portfolio**



Annexe 11 – Compte-Rendu de la réunion annuelle du cercle de soins

Le compte-rendu comportera les éléments médicaux et non médicaux suivants permettant d'élaborer le PPCS :

- Données d'identification du patient
- Date d'inclusion dans l'expérimentation
- Date de diagnostic
- Suivi de l'évolution de la pathologie et des comorbidités
- Bilan ETP : évaluation des compétences – maintien des acquis – redéfinir le programme d'ETP et proposition d'atelier
- Bilan des hospitalisations éventuelles
- EFR – ostéodensitométrie si nécessaires
- Autres pathologies : cardio-vasculaire – SAS
- Révision des traitements et concordance des ordonnances
- Carnet de vaccinations
- Programme APA – proposition éventuelle d'un programme de réadaptation
- Etat nutritionnel – poids
- Evaluation des besoins sociaux et psychologiques
- Objectifs thérapeutiques du patient
- Décision de reconduction du forfait



Annexe 12 – Conducteur pédagogique « Traitements inhalés »

Thème de la séance : Traitements inhalés
Titre de la séance : Proposition =>Une bouffée d'air frais
<p>Objectifs spécifiques (=objectifs opérationnels), le participant en fin de séance devra être capable de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'évoquer la représentation qu'ils se font de leur traitement - Connaître les différents médicaments et techniques y compris l'utilisation des générateurs d'aérosols - De gérer seul son traitement <ul style="list-style-type: none"> o Manipuler son spray buccal o Adapter sa gestuelle pour bien inhaler o Synchroniser son inspiration et l'inhalation o Déterminer les bonnes conditions de prises des traitements - Déterminer la conduite à tenir en cas de dyspnée - D'inscrire son traitement dans sa vie quotidienne

Animateurs :

Pharmacien et IDE

Remarques :

Intérêt de constituer plusieurs mallettes pédagogiques regroupant l'ensemble des outils pédagogiques selon les sites

Atelier pour tous les patients BPCO (TTT de fond, TTT de crise)

A dérouler rapidement après la séance sur la physiopathologie

Groupe de 6 à 8 patients

Lors de la convocation prévenir les participants d'apporter leur appareil actuel

Priorités aux patients qui auront des dispositifs mais possibilité d'inclure une minorité de patients avec un projet de traitement à venir.

Le déroulé de la séance 1		
Etape	Durée	Description déroulé et outils utilisés
Présentation et état des lieux	15'	<p>Présentation du groupe avec chevalet ou badge nominatif</p> <p>Participants et animateurs</p> <p>Méthode pédagogique pour la présentation : Photolangage</p> <p>Question d'appel « Choisissez une photo qui illustre le plus le regard que vous portez sur votre traitement »</p> <p>Prise de parole libre de 1 à 2' par participant</p> <p>Remarque : 1 des animateurs est le gardien du temps</p> <p>Réaliser une synthèse rapide des représentations des patients</p> <p>Puis présentation des objectifs de la séance à l'aide d'un support écrit sur le tableau blanc ou le mieux sur une feuille de paper board (fil rouge de la séance)</p> <p>Présenter les modalités de bon fonctionnement de la vie de groupe (à écrire sur une feuille de paper board en amont de la séance)</p>



<p>Etat des lieux (suite)</p> <p>Echanges et apprentissage</p>	<p>15'</p> <p>30'</p> <p>45'</p>	<p>Question libre au groupe « Qu'existe-t-il comme médicaments dans vos différents dispositifs ? » => Travail en 2 groupes (5' max) Retour des sous-groupes sous la forme d'un ping-pong avec une idée différente à chaque fois. Synthèse des retours par les animateurs avec un appui théorique y compris des dispositifs non utilisés par les participants (1 à 2 diapo max)</p> <p>2^{ème} partie apprentissage pratique</p> <p>1. Repérer le matériel déjà utilisé par les participants Si le participant n'utilise pas de matériels, voir si un projet de débiter un traitement est en vue (en amont de l'atelier).</p> <p>2. Séparer le groupe en 2 selon le nombre de participants</p> <p>3. Choisir le matériel préférentiel à utiliser au regard du profil des participants</p> <p>4. Demander aux participants de montrer comment ils l'utilisent concrètement et faire réagir le groupe</p> <p>5. Valider la pratique ou la rectifier</p> <p>Remarque : Se pose la question de la manipulation en période de pandémie => Utilisation de leurs propres dispositifs</p> <p>Discussion libre au sein des sous-groupes. Synthèse de la bonne manipulation avec la frise de l'utilisation du dispositif</p>
<p>Prise de décision</p>	<p>15'</p>	<p>Pas adapté à ce stade de l'atelier</p>
<p>Conclusion Appris/surpris</p>	<p>5'</p>	<p>Rappel des messages clés (le mieux par les participants et complétés par les animateurs) Orientation vers la suite de la séance prévue 15 jours après</p>

<p>Le déroulé de la séance 2</p>		
<p>Etape</p>	<p>Durée</p>	<p>Description déroulé et outils utilisés</p>
<p>Présentation et état des lieux</p>	<p>15'</p>	<p>2^{ème} séance à 15 jours d'intervalle Rappel des messages de la séance précédente Et alors, qu'avez-vous réussi à mettre en place depuis la séance précédente ? Tour de table rapide sans faire une foire aux questions puis présentation du cas clinique pour aborder les situations de la vie quotidienne</p>
<p>Echanges et apprentissage</p>	<p>45'</p>	<p>3^{ème} partie S'appuyer d'un cas clinique (Avatar) avec formulation de situations problématiques à résoudre avec des propositions à formuler sous forme de quiz (avec appui théorique du discours des animateurs si nécessaire) => Travail en groupe complet avec prise de parole libre</p>



		<p>Situations à traiter :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mon TTT inhalé par spray ne sert à rien - Différencier le TTT de fond et le TTT de crise - La péremption de TTT - Le dispositif vide de TTT difficile à repérer - L'accessibilité au TTT en situation de crise - Le renouvellement d'ordonnance au-delà de la date prévue de renouvellement (consommation anarchique ? =>problème de l'observance)
Prise de décision	20'	<p>Suite à cet atelier,</p> <ul style="list-style-type: none"> . Qu'est-ce qui a changé selon vous sur la représentation que vous avez de votre traitement ? . Si vous deviez modifier une chose sur la prise concrète de votre traitement, cela serait... . Autre prise de décision (facultative) :... <p>Prise de parole libre. Les animateurs prennent des notes pour renseigner le dossier ETP de chaque participant.</p>
Conclusion Appris/surpris	10'	<p>Rappel des messages clés (le mieux par les participants et complétés par les animateurs)</p> <p>Orientation vers la séance « exacerbation »</p>
<p>REMIS Le guide Zephir à télécharger sur le net</p>		



Annexe 13 – Conducteur pédagogique « Tabacologie »

Thème de la séance : Addictologie - Tabacologie	
Titre de la séance : Ce n'est pas ma faute si je suis dépendant	
Objectifs spécifiques (=objectifs opérationnels), le participant en fin de séance devra être capable de :	
Séance 1 => poser le constat	
<ul style="list-style-type: none">- Clarifier ses motivations, sa capacité à modifier sa consommation de tabac- Evoquer le retentissement du tabac sur la BPCO- Expliquer les mécanismes de la dépendance au tabac	
Séance 2 => les solutions	
<ul style="list-style-type: none">- Evoquer l'ensemble des stratégies de sevrage existantes- Décrire les différents substituts au tabac- Décrire les différents circuits d'aide à l'arrêt du tabac- Evoquer sa manière de communiquer aux proches autour de sa volonté de modifier sa consommation de tabac- Clarifier sa ou ses méthodes à modifier sa consommation (plan d'action)	
Les principaux messages clés à faire passer : mode slogan	
<ul style="list-style-type: none">- J'arrête, je n'arrête pas, c'est mon choix- La décision d'arrêter m'appartient- Des aides et des solutions existent, je les connais et les sollicite- A chacun sa solution- La volonté...- A compléter	

Animateurs :

1 IDE experte en addictologie et 1 IDE

Remarques :

Patients en cours de sevrage et patients déjà sevrés (source de motivation pour les conforter dans les options prises, valorisation des efforts mis en œuvre avec réussite => conforte le maintien

Séance optionnelle du programme et non socle

Echanges à favoriser entre les personnes sevrées et en cours de sevrage (apprentissage de pairs à pairs)

Au regard du nombre de places par atelier, favoriser les places pour les patients non sevrés mais avec la possibilité d'avoir au moins 2 à 3 patients déjà sevrés.

Durée des séances de l'atelier : 1h30 (2 séances pour ce thème)

Groupe ouvert : les participants ne se connaissent pas forcément

Problématique addictive mise en évidence lors du diagnostic éducatif ou volonté de chaque participant d'y assister volontairement même si la problématique est réglée.

Le déroulé de la séance 1		
Séance 1 => poser le constat		
<ul style="list-style-type: none">- Clarifier ses motivations, sa capacité à modifier sa consommation de tabac- Evoquer le retentissement du tabac sur la BPCO- Expliquer les mécanismes de la dépendance au tabac		
Etape	Durée	Description déroulé et outils utilisés

<p>Présentation et état des lieux</p>	<p>40'</p>	<p>Accueil dans la convivialité Les participants ne se connaissent pas forcément, ni ne connaissent les animateurs. Présentation des objectifs de la séance Positionnement des animateurs au sein du groupe autour de la table Tour de table : question d'appel : « Quelles sont les raisons qui vous amènent à participer à cet atelier ? » Prise de parole libre participant par participant pour permettre aux animateurs de cibler précisément les aides à apporter au regard des problématiques. Gestion du temps par l'un des animateurs avec un œil sur le portable (5' par participants) Possibilité d'amener à des discussions au sein du groupe au regard des retours.</p> <p>Retours possibles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une méconnaissance ou déni de la place du tabac dans la BPCO - Obtenir des informations pour les aider à modifier sa consommation de tabac (ou entamer une démarche de sevrage tabagique) - Recherche d'une aide efficace d'un professionnel de santé pour modifier sa consommation de tabac (ou entamer une démarche de sevrage tabagique) - Recherche une stratégie d'accompagnement pour modifier sa consommation de tabac (ou entamer une démarche de sevrage tabagique) - L'encouragement d'un tiers à entamer une démarche de sevrage - Répondre à une obligation en lien avec l'évolution et/ou la dégradation de ma santé <p>Les animateurs réalisent une synthèse orale et écrite sur paper board de cet état des lieux.</p> <p>Demander aux participants de se positionner sur une échelle de 0 à 10 sur leur capacité à modifier leur consommation de tabac 0 = pas capable du tout 5 = en partie 10 = tout à fait capable</p> <p>Demander aux participants pourquoi le chiffre « n » et pas « n-2 » => arguments donnés par les participants. Demander aux participants ce qu'il leur faudrait pour aller vers « n+2 »</p> <p>PS : garder cette échelle pour la réutiliser à la fin de la 2^{ème} séance.</p>
--	------------	---



Echanges et apprentissage	40'	<p>1. Retentissement du tabac sur la BPCO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demander au groupe ce qu'ils ont retenu de la définition de la BPCO - Apport théorique sur les effets du tabac sur la BPCO à l'aide de posters (poumon sain versus un poumon pathologique) + maquette d'une bronche saine versus bronche pathologique. Possibilité offerte aux participants de prendre des photos des outils utilisés pour par exemple en parler à leurs proches. - Feed-back avec le groupe <p>2. les mécanismes de la dépendance au tabac Explication à l'oral avec support vidéo comme média pédagogique. Feed-back avec le groupe</p>
Conclusion Appris/surpris	10'	<p>Rappel des messages clés Faire le lien avec la séance suivante centrée sur les solutions proposées pour modifier ces habitudes au tabac</p>
REMIS		
<ul style="list-style-type: none"> - Pas de remis en fin de séance 1 - Date et heure de la prochaine séance si pas le même jour 		

Le déroulé de la séance 2		
Séance 2 => les solutions		
<ul style="list-style-type: none"> - Evoquer l'ensemble des stratégies de sevrage existantes - Décrire les différents substituts au tabac - Décrire les différents circuits d'aide à l'arrêt du tabac - Evoquer sa manière de communiquer aux proches autour de sa volonté de modifier sa consommation de tabac - Clarifier sa ou ses méthodes à modifier sa consommation (plan d'action) 		
Etape	Durée	Description déroulé et outils utilisés
Présentation	5'	<p>Accueil dans la convivialité Les participants se connaissent déjà. Si atelier à la suite du matin, poursuite de l'atelier sur les objectifs à suivre. Si délai d'une semaine, rappel des messages clés échangés et des objectifs de cette nouvelle séance</p>
Echanges et apprentissage	20'	<p>Question d'appel pour l'accroche de l'apport suivant : « Connaissez-vous les traitements substitutifs à l'arrêt du tabac ? » => prise de parole libre avec prise de notes des animateurs A noter : certains participants aborderont sans doute des méthodes déjà utilisées et feront un retour de leur expérience Prévoir de 2 à 5' de prise de parole par participants. Echange de pairs à pairs indispensable</p>

	10 à 15'	<p>1. Clarifier la différence entre substituts et méthodes de sevrage à partir des échanges réalisés</p> <p>2. Présentation concrète des différents substituts à l'aide au sevrage</p> <ul style="list-style-type: none"> - patch 7, 14 et 21mg (nicopatch) - patch nicoretteskin 15 et 24mg - pastilles et gommes - nicorette inhaleur - + autres substituts à voir avec pharmacie de ville (Pierre Edouard Poiré) => Isabelle avec éléments de remboursement CPAM + mutuelles <p>3. Présentation des méthodes de sevrage</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traitements médicamenteux (Bupropion, Varenicline) - e-cigarette - Acupuncture - Hypnose - contact info tabac service 3989 - Apport de la thérapie cognitive comportementaliste - Sophrologie - Auriculothérapie - Séjour de déconnexion <p>Voir si existence d'un film court reprenant certaines de ces méthodes) => voir avec info-tabac Nathalie</p>
Prise de décision		<p>4. Clarifier sa méthode d'aide au sevrage et communiquer à ses proches</p> <p>Utilisation d'un cas clinique qui décide de rentrer dans une démarche de réduction de consommation de tabac :</p> <ul style="list-style-type: none"> - quelles sont les problématiques de ce personnage ? - comment pourrait-il s'y prendre pour réduire sa consommation ? - Et vous dans tout ça ? => prise de parole libre à partir de l'échelle remplie à la première séance - Annonce de la nécessité du suivi individuel avec les différentes orientations possibles (pharmacie de ville, médecin généraliste, consultation de suivi MPSAT, Association, etc.)
Conclusion		Rappel des messages clés
Appris/surpris		Valorisation des échanges réalisés
REMIS		
<ul style="list-style-type: none"> - L'ensemble des brochures info-tabac service - L'accompagnement sur 40 jours (en lien avec le mois anti tabac) - Les réseaux et appli sur le net 		

Suite à ces 2 ateliers, nécessité de programmer un rendez-vous rapide en consultation individuelle pour organiser l'accompagnement motivationnel à l'aide au sevrage
 Qui ? : Professionnels de santé tabacologues qui rejoindront cet atelier

Annexe 14 – Conducteur pédagogique « Aidants »

Thème de la séance : Place des proches/aidants
<p>Titre de la séance : Moi, proche et aidant</p> <p>Objectifs spécifiques (=objectifs opérationnels), le participant (= aidant) en fin de séance devra être capable de :</p> <p>Séance 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir ce qu'est un proche aidant (statut) ▪ Décrire l'expression de la maladie chez son proche BPCO ▪ Parler des actions déjà menées pour soutenir son proche BPCO ▪ Identifier ses difficultés à soutenir son proche BPCO ▪ Comprendre la maladie <p>Séance 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprendre le parcours de son proche dans la MPSAT ▪ Identifier mes ressources/mes limites en tant que personne aidante (attention aux émotions soulevées) et savoir demander de l'aide (nécessité de pouvoir apporter des aides concrètes) ▪ Ajuster mon rôle en tant que personne aidante <p>Les principaux messages clés à faire passer : mode slogan</p> <p><i>Je ne suis pas seul, je peux demander de l'aide</i></p> <p><i>Me connaître pour me préserver / Mieux connaître la maladie pour m'adapter</i></p> <p><i>J'estime à sa juste valeur l'aide que j'apporte</i></p> <p><i>Mon proche a des limites, moi aussi</i></p>

Animateurs :

- Psychologue (Claudie Robert, Marie Koenig ?)
- Médecins
- A voir : un professionnel de santé aguerri à la pathologie

Remarques :

Après réflexion, option 1 retenue

Comment faire venir les proches /aidants à l'atelier ?

- A partir d'une demande ouvertement formulée par le patient
- A partir d'une demande ouvertement formulée par l'aidant/proche qui a accompagné le patient lors d'un entretien
- Proposer un temps spécifique individuel pour parler de temps d'échanges possibles avec les aidants
- Dans le diagnostic éducatif, positionner la place des proches/aidants dans la démarche de soins ou dans l'environnement du patient
 - Qui ?
 - Proche informé du diagnostic ?
 - Place ?
 - Adaptée pas adaptée du point de vue du patient ?
 - Proposer au patient que l'éducateur contacte l'aidant/proche pour lui proposer l'atelier d'autant plus que le patient est en difficulté pour le proposer lui-même à son proche/aidant
- Quid du retentissement de leur participation à l'atelier ?
 - Recours au café des aidants avec coordinov



Aidant - Aidante : personne qui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne d'une personne en perte d'autonomie, du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap.

(Article 51 de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement)

Le déroulé de la séance 1		
Séance 1 : <ul style="list-style-type: none"> - Définir ce qu'est un proche aidant (statut) - Décrire l'expression de la maladie chez son proche BPCO - Parler des actions déjà menées pour soutenir son proche BPCO - Comprendre la maladie 		
Etape	Durée	Description déroulé et outils utilisés
Présentation des participants		Accueil des participants en musique avec café...pour la convivialité. Présentation de la consigne de la présentation croisée Faire ressortir en présentation croisée : <ul style="list-style-type: none"> - Le lien avec le malade, s'ils vivent ensemble, leur disponibilité et comment ils évaluent l'aide qu'ils apportent à leur proche (j'évalue l'aide apportée comme importante, nulle ou en partie importante), leur principale attente au regard du thème de la rencontre) Les animateurs situent les aidants sur une échelle tracée sur paper-board avec des signes distinctifs entre personnes Importance d'être garant du temps (cocotier ou sonnerie de téléphone...) Penser à accueillir les émotions si elles ressortent dès le début de la prise de parole et informer les participants que ces états émotionnels vont être au cœur des 2 séances. Présentation des objectifs des 2 séances
Etat des lieux		Travail de groupe sur ce qu'est un proche aidant <ol style="list-style-type: none"> 1. Prise de parole libre sous la forme d'un brain-storming Question d'appel : « Pouvez-vous citer des mots qui vous viennent à l'esprit à l'évocation d'être un proche aidant ? » Les animateurs notent, classent, regroupent catégorisent...pour proposer les mots clés essentiels à faire ressortir. Demande de validation par le groupe Utilisation de post-it pour se faciliter l'animation
Echanges et apprentissage		<ol style="list-style-type: none"> 2. Présentation de la définition institutionnelle et comparaison avec les mots clés retenus Faire le lien sur les raisons qui ont motivé la création de cette définition très factuelle qui ne prend pas en compte la charge mentale 3. Phrase de transition à déterminer :

		<p>« Maintenant que nous avons défini ce qu'est un aidant, intéressons-nous à la maladie en tant que telle. Pourriez-vous décrire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ce que vous savez de la maladie BPCO - La façon dont la maladie de votre proche se manifeste <p>Prise de parole libre avec éléments clés notés par les animateurs. A noter un risque de retour limité sur le premier item du questionnement.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Apport de connaissance sur ce qu'est la maladie BPCO et comment elle se manifeste et des signes de décompensation 5. Proposer au groupe de réfléchir pour la séance suivante aux actions d'aide déjà entreprises au regard de la manifestation de la maladie chez leur proche et des difficultés rencontrées
Conclusion Appris/surpris		<p>Rappel des messages clés Présentation des objectifs de la 2^{ème} séance avec le rappel du travail d'intersession avec présentation et remise de la mini échelle du fardeau pour étayer leur réflexion. Comment vous-sentez-vous à la fin de cette séance ? (émoticones)</p>
Remis		<p>Lien internet Santé Respiratoire France + application sur la maladie (anatomie avec évolution de la maladie respiratoire) (à voir Bruno)</p>

Remarque : 8/15 jours max entre les 2 séances

<p>Le déroulé de la séance 2 Séance 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier ses difficultés à soutenir son proche BPCO - Identifier mes ressources/mes limites en tant que personne aidante (attention aux émotions soulevées) - Comprendre la place de la MPSAT dans cet accompagnement - Ajuster mon rôle en tant que personne aidante 		
Etape	Durée	Description déroulé et outils utilisés
Présentation et état des lieux		<ol style="list-style-type: none"> 1. Accueil des participants 2. Rappel des objectifs de la séance <p>Rappel des messages clés vus à la séance précédente</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Présentation des actions d'aide déjà entreprises au regard de la manifestation de la maladie chez leur proche <ul style="list-style-type: none"> - Prise de parole libre. Les animateurs notent, les aides déjà mises en place sans chercher à approfondir les échanges 4. Présentation des difficultés rencontrées avec référence à la mini échelle du fardeau (les participants sont invités au début de cette étape à donner les scores trouvés et les animateurs les notent pour le suivi individuel) <ul style="list-style-type: none"> - Prise de parole libre. Les animateurs notent, classent les difficultés rencontrées <p>Attention à bien distinguer les points 3 et 4 sur 2 temps de réflexion différents.</p>

<p>Echanges et apprentissage</p>	<p>1. Des solutions à mes problématiques :</p> <p>Travail en 2 sous-groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Pourriez-vous identifier des solutions aux problématiques recensées ? » (5 à 10' avec relance des 2 animateurs en fonction des échanges entre participants) - Proposer à chaque groupe de faire un retour des productions en mode ping-pong en présentant une idée différente de celle déjà entendue <p>Remarque pour les animateurs : les 2 groupes travaillent sur toutes les problématiques.</p> <p>Les animateurs notent les solutions envisagées en lien avec les problématiques déjà notées. Relance des animateurs à partir d'une check liste disponible pour alimenter ce temps de retour.</p> <p>Après la discussion collective, proposer à chacun de se positionner sur la ou les aides les plus appropriées pour lui et son proche.</p> <p>Phrase de transition Maintenant que nous avons vu ensemble ce qu'était un aidant, les difficultés rencontrées et les ressources à mobiliser nous vous proposons de poser les 10 conseils clés pour être un aidant bien dans son rôle et dans ses baskets.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Réflexion personnelle (5') 2. Puis prise de parole libre ou en tour de table selon le groupe 3. Ecriture des 10 conseils par les animateurs en direct sur une diapo pour l'adresser aux participants par mail. <p>Les conseils attendus :</p> <p>Savoir définir ses propres limites Savoir solliciter les aides extérieures pour son proche et pour soi même Être à l'écoute de son proche Rester à la bonne distance Déterminer le niveau d'aide à apporter Mieux connaître la pathologie de son proche et ses conséquences sur la vie quotidienne Savoir motiver en restant à la bonne distance Se responsabiliser sur l'impact de nos actions sur la santé du proche (tabac) Mettre en place des actions ou activités réalistes et réalisables pour son proche S'informer ou participer en accord avec son proche au suivi du parcours de soins Alerter quand cela ne va plus pour l'aidant et aussi pour son proche</p>
<p>Prise de décision</p>	<p>Proposer au groupe d'identifier une ou plusieurs actions à réaliser pour atteindre l'objectif d'être bien dans son rôle et dans ses baskets et de l'exprimer au groupe s'il le souhaite.</p> <p>Remarque pour les animateurs :</p>



		Ne pas chercher à forcer les personnes à s'exprimer s'ils ne le souhaitent pas. Proposer aux personnes de prendre le temps de la réflexion et leur indiquer que l'équipe d'éducation reviendra vers eux lors d'un entretien de suivi éducatif téléphonique.
Conclusion Appris/surpris		Rappel des messages clés Je ne suis pas seul, je peux demander de l'aide Me connaître pour me préserver Mieux connaître la maladie pour m'adapter J'estime à sa juste valeur l'aide que j'apporte Mon proche a des limites, moi aussi Comment vous-sentez-vous à la fin de cet atelier ? (carte Dixit)
REMIS		
<ul style="list-style-type: none"> - Flyer concernant le café des aidants - Coordonnées de la plateforme des aidants sur l'hôpital (sous réserve, à voir par Blandine) - Association nationale : Association Santé Respiratoire France - Charte européenne de l'aidant familial (Blandine) - 10 conseils personnalisés propre à chaque groupe 		

Evaluation :

2 cibles :

1 centrée sur le patient :

- impact sur la vie quotidienne de l'aide ajustée de son proche
- qualité de vie

1 centrée sur les aidants :

- atteinte des objectifs fixés à l'atelier
- qualité de vie (échelle du fardeau, Mc Gill)

Evaluation à réaliser lors d'un entretien de suivi éducatif : modalités à déterminer

Agence Régionale de Santé

IDF-2024-01-31-00012

Acte de déclaration n°DOS-2024-074 portant
ouverture du laboratoire de biologie médicale
EUROFINS BIOMED IDF EST

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ D'ÎLE-DE-FRANCE

**Acte de déclaration n° DOS – 2024 / 074
portant ouverture du laboratoire de biologie médicale multi-sites « EUROFINS BIOMED
ILE-DE-FRANCE EST » sis, 20 avenue du Général Leclerc à OZOIR-LA-FERRIERE (77330)**

LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ D'ÎLE-DE-FRANCE

- VU** Le code de la santé publique et notamment le livre II de la sixième partie ;
- VU** La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, modifiée portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et notamment son article 69 ;
- VU** La loi n° 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale et ratifiant l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale ;
- VU** La loi du 31 décembre 1990 modifiée relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé ;
- VU** Le décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et notamment son article 208 ;
- VU** Le décret n°2016-46 du 26 janvier 2016 relatif à la biologie médicale, notamment l'article D-6222-6 du Code de la santé publique ;
- VU** Le décret n°2016-44 du 26 janvier 2016 relatif aux sociétés exploitant un laboratoire de biologie médicale privé et aux sociétés de participations financières de profession libérale de biologistes médicaux ;
- VU** Le décret du 31 juillet 2021 portant nomination de Madame Amélie VERDIER, Directrice générale de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France, à compter du 9 août 2021 ;
- VU** L'arrêté n°DS-2023/015 du 24 juillet 2023 portant délégation de signature de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France à Monsieur Arnaud CORVAISIER, Directeur de l'offre de soins, et à différents collaborateurs ;

CONSIDERANT La demande en date du 6 février 2023, et complétée de manière définitive le 19 janvier 2024 adressée par Madame Laurence LUQUET, biologiste médical, portant sur la création d'un laboratoire de biologie médicale multi-sites dénommé « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE EST », sis 20, avenue du Général Leclerc à OZOIR-LA-FERRIERE (77330), et exploité par la SELAS « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE EST », sise à la même adresse ;

CONSIDERANT L'extrait du procès-verbal de l'assemblée générale mixte de la SELAS « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE EST » en date du 13 avril 2023 agréant les cessions d'actions au profit de Mesdames Emna MESSEDI, Liliane MICHEL et Véronique MARTIN ;

CONSIDERANT Les ordres de mouvements de cessions d'actions de la SELAS « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE EST » au profit de Mesdames Emna MESSEDI, Liliane MICHEL et Véronique MARTIN en date du 13 avril 2023 ;

- CONSIDERANT** La copie du bail commercial conclu entre la SCI « OZIMO », le bailleur, et la société « EUROFINS LABAZUR PROVENCE », le preneur, disposant d'une faculté de substitution de la société « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE EST », relatif à la location des locaux sis, 20 avenue du Général Leclerc à OZOIR-LA-FERRIERE (77330) à compter du 17 mai 2022 ;
- CONSIDERANT** La copie du bail commercial conclu entre la SCI « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE EST », le bailleur, et la SELAS « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE EST », le preneur, relatif à la location des locaux sis, 31/33 rue Raymond Poincaré à THORIGNY SUR MARNE (77400) en date des 12 et 26 janvier 2023, à compter du 15 décembre 2022 ;
- CONSIDERANT** La copie du projet de bail commercial établi entre la SCI « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE », le bailleur, et la SELAS « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE EST », le preneur, relatif à la location des locaux sis, avenue du Général de Gaulle à AVON (77210) ;
- CONSIDERANT** La copie du bail commercial établi entre la SCI « LA FORCE BIOLOGIQUE 3 » à laquelle est substitué la SCI « LABORATOIRE 1 », le bailleur, et la société « EUROFINS BIOLAB », le preneur, relatif à la location des locaux sis, 42 rue Pierre Fontaine, à PONTOISE (95300) ;
- CONSIDERANT** Le contrat conclu entre la SELAS « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE EST » et le laboratoire « EUROFINS BIOMNIS » en date du 13 juillet 2023 ;
- CONSIDERANT** Le contrat conclu entre la SELAS « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE EST » et le laboratoire de biologie médicale « EUROFINS CEF » en date du 11 juillet 2023 ;
- CONSIDERANT** Le contrat conclu entre la SELAS « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE EST » et le laboratoire de biologie médicale « EUROFINS BIO LAB » en date du 11 juillet 2023 et modifié par avenant en date du 20 décembre 2023 ;
- CONSIDERANT** Les plans des locaux du site sis 20 avenue du Général Leclerc, à OZOIR-LA-FERRIERE (77330), la liste des superficies des pièces dont le bureau dédié à l'exercice du biologiste responsable mesurant 6,1 m², ainsi que les éléments relatifs à la signalétique de « laboratoire de biologie médicale » ;
- CONSIDERANT** Les plans des locaux du site sis, 31/33 rue Raymond Poincaré, à THORIGNY-SUR MARNE (77400), la liste des superficies des pièces dont le bureau dédié à l'exercice du biologiste responsable mesurant 10,2 m², ainsi que les éléments relatifs à la signalétique de « laboratoire de biologie médicale » ;
- CONSIDERANT** Les plans des locaux du site sis, avenue du Général de Gaulle, à AVON (77210), la liste des superficies des pièces dont le bureau dédié à l'exercice du biologiste responsable mesurant 4,8 m², ainsi que les éléments relatifs à la signalétique de « laboratoire de biologie médicale » ;
- CONSIDERANT** Les plans des locaux du site sis, 42 rue Pierre Fontaine, à PONTOISE (95300), la liste des superficies des pièces dont le bureau dédié à l'exercice du biologiste responsable mesurant 5,1 m², ainsi que les éléments relatifs à la signalétique de « laboratoire de biologie médicale » ;
- CONSIDERANT** La copie de la liste du matériel et des équipements du laboratoire de biologie médicale « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE EST » ;

- CONSIDERANT** La copie de la liste du personnel médical et paramédical du laboratoire de biologie médicale « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE EST », y compris les techniciens de laboratoire médical ;
- CONSIDERANT** La convention d'exercice libéral conclue entre Monsieur Chérif MESSAOUDI et la SELAS « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE EST », en date du 18 septembre 2023 ;
- CONSIDERANT** L'avenant à la convention d'exercice libéral conclue entre Madame Emna MESSEDI et la SELAS « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE EST » en date du 19 septembre 2023, à compter du 6 septembre 2023 ;
- CONSIDERANT** La convention d'exercice libéral conclue entre Madame Liliane MICHEL et la SELAS « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE EST » en date du 25 janvier 2023, à compter du 17 janvier 2023 ;
- CONSIDERANT** L'avenant à la convention d'exercice libéral conclue entre Madame Laurence LUQUET et la SELAS « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE EST » en date du 19 septembre 2023, à compter du 6 septembre 2023 ;
- CONSIDERANT** La convention d'exercice libéral conclue entre la société « EUROFINS BIOLOGIE MEDICALE HOLDING FRANCE SAS », la société « EUROFINS LABAZUR PROVENCE », Madame Laurence LUQUET, la SELAS « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE EST » et Madame Véronique MARTIN en date du 28 novembre 2022 ;
- CONSIDERANT** L'autorisation ministérielle accordée par arrêté du 28 octobre 2021 à Madame Emna MESSEDI pour exercer en France la profession de pharmacien dans la spécialité biologie médicale ;
- CONSIDERANT** Les copies du diplôme de docteur en pharmacie et du diplôme d'études spécialisées de biologie médicale spécialisées accordés à Madame Véronique MARTIN ;
- CONSIDERANT** Les copies du diplôme de docteur en pharmacie et du diplôme d'études spécialisées de biologie médicale spécialisées accordés à Madame Liliane MICHEL ;
- CONSIDERANT** Les copies du diplôme de docteur en médecine et du diplôme d'études spécialisées de biologie médicale spécialisées accordés à Monsieur Chérif MESSAOUDI ;
- CONSIDERANT** Les copies du diplôme de docteur en pharmacie et du diplôme d'études spécialisées de biologie médicale spécialisées accordés à Madame Laurence LUQUET ;
- CONSIDERANT** La copie des statuts constitutifs de la SELAS « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE EST » en date du 4 novembre 2022 ;
- CONSIDERANT** L'engagement sur l'honneur de Madame Laurence LUQUET, par courriel du 19 janvier 2024, de recruter *a minima* un technicien de laboratoire médical affecté sur chacun des sites d'AVON et d'OZOIR-LA-FERRIERE ;
- CONSIDERANT** La copie de l'acte de cession de fonds libéral conclu les 18 et 19 janvier 2024 entre la SELAS « EUROFINS BIOLAB », cédant, au profit de la SELAS « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE IDF EST », cessionnaire, concernant le fonds constitué par le site sis 42 rue Pierre Fontaine à PONTOISE (95300) ;

CONSIDERANT

Le fait que l'ouverture du laboratoire de biologie médicale « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE IDF EST » est conditionnée par la délivrance de l'attestation provisoire d'accréditation délivrée par le COFRAC dans les modalités détaillées à l'article L.6221-2 du Code de la santé publique ;

PREND ACTE DE LA DECLARATION :**ARTICLE 1^{er} :**

Le laboratoire de biologie médicale « **EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE EST** » dont le siège social sis, 20 avenue du Général Leclerc à OZOIR-LA-FERRIERE (77330), dirigé par Madame Laurence LUQUET et exploité par la Société d'Exercice Libéral par Actions Simplifiée « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE EST », sise à la même adresse et enregistrée dans le fichier FINESS EJ sous le n° **77 002 762 1**, fonctionne sur les quatre sites ouverts au public ci-dessous :

- 1- **Le site « OZOIR-LA-FERRIERE », site principal et siège social**
20 avenue du Général Leclerc à OZOIR-LA-FERRIERE (77330)
Ouvert au public
Site pré et post-analytique
Numéro FINESS ET en catégorie 611 : 77 002 763 9

- 2- **Le site « THORIGNY-SUR-MARNE »**
33 rue Raymond Poincaré à THORIGNY-SUR-MARNE (77400)
Ouvert au public
Pratiquant les activités de biochimie (biochimie générale et spécialisée), hématologie (hématocytologie, hémostase), microbiologie (bactériologie, parasitologie-mycologie, sérologie infectieuse, virologie)
Numéro FINESS ET en catégorie 611 : 77 002 764 7

- 3- **Le site « AVON »**
Avenue du Général de Gaulle à AVON (77210)
Ouvert au public
Site pré et post-analytique
Numéro FINESS ET en catégorie 611 : 77 002 765 4

- 4- **Le site « PONTOISE »**
42 rue Pierre Fontaine à PONTOISE (95300)
Ouvert au public
Site pré et post-analytique
Numéro FINESS ET en catégorie 611 : 95 001 620 4

La liste des cinq biologistes médicaux exerçant au sein du laboratoire « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE EST » dont quatre biologistes associés, est la suivante :

1. Madame Laurence LUQUET, pharmacien, biologiste responsable, Présidente
2. Madame Emna MESSEDI, pharmacien biologiste
3. Madame Véronique MARTIN, pharmacien biologiste
4. Madame Liliane MICHEL, pharmacien biologiste, exerçant à temps partiel à raison de 50%
5. Monsieur Chérif MESSAOUDI, médecin biologiste, exerçant à temps partiel à raison de 60%

La répartition du capital social et des droits de vote de la SELAS « EUROFINS BIOMED ILE-DE-FRANCE EST » est la suivante :

Associés	Titres	Capital social en %	Droits de vote en %
Laurence LUQUET	10 001	50,005 %	50,005 %
Véronique MARTIN	1	0,0050 %	0,0050 %
Emna MESSEDI	1	0,0050 %	0,0050 %
Liliane MICHEL	1	0,0050 %	0,0050 %
Sous-total Associés Professionnels Internes	10 004	50,020 %	50,020 %
SELAS « EUROFINS LABAZUR PROVENCE »	4 997	24.985 %	24.985 %
Sous-total Associés Professionnels Externes	4 997	24.985 %	24.985 %
SAS « EUROFINS BIOLOGIE MEDICALE HOLDING France »	4 999	24.995 %	24.995 %
Sous-total Tiers Porteurs	4 999	24.995 %	24.995 %
Total	20 000	100%	100%

ARTICLE 2° : Un recours contentieux contre le présent acte de déclaration peut être formé auprès du Tribunal administratif compétent. Le délai de recours est de deux mois à compter de sa notification pour les intéressés ou de sa publication pour les tiers.

ARTICLE 3° : Le Directeur du pôle Efficience de l'Agence régionale de santé d'Ile-de France est chargé de l'exécution de la présente déclaration qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Ile-de-France.

Fait à Saint Denis, le 31 janvier 2024

Pour la Directrice générale de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France

Par délégation,
Le Directeur du pôle Efficience

Signé

Fabien PÉRUS

Direction régionale des affaires culturelles
d'Ile-de-France

IDF-2024-02-01-00019

Arrêté portant modification à l'arrêté de
nomination à la commission régionale du
patrimoine et de l'architecture



**PRÉFET
DE LA RÉGION
D'ÎLE-DE-FRANCE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

ARRÊTÉ PRÉFECTORAL N° 2024 - 019
**Portant modification à l'arrêté de nomination à la commission régionale
du patrimoine et de l'architecture**

**LE PRÉFET DE LA RÉGION D'ÎLE DE FRANCE
PRÉFET DE PARIS
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'ORDRE NATIONAL DU MÉRITE**

Vu le code du patrimoine, notamment ses articles L.611-2 et R.611-17 à R.611-25 ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration, et notamment le chapitre III du titre III du livre I^{er} ;

Vu le code de l'urbanisme ;

Vu le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié et relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et les départements ;

Vu l'arrêté portant nomination à la commission régionale du patrimoine et de l'architecture du 10 juin 2022 ;

arrête

Article 1^{er} :

Les termes ci-après de l'article 2, de l'arrêté n° 2022-06-10-00004 du 10 juin 2022 :

Au titre de la deuxième section « projets architecturaux et travaux sur immeubles » :

En qualité de représentant de l'État :

« M. Jean-Marc ZURETTI, chef du service régional de l'architecture et des espaces patrimoniaux »,

sont remplacés par les termes :

« M. Olivier LERUDE, chef du service régional de l'architecture et des espaces patrimoniaux ».

Les termes ci-après de l'article 4, de l'arrêté n° 2022-06-10-00004 du 10 juin 2022 :

Au titre du Comité des sections :

« M. Jean-Marc ZURETTI, chef du SRAEP, (2^{ème} section) »,

sont remplacés par les termes :

« M. Olivier LERUDE, chef du SRAEP, (2^{ème} section) ».

Article 2 :

Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région d'Île-de-France.

Fait à PARIS, le 01/02/2024

« SIGNE »

Pour le Préfet de la région d'Ile-de-France,
Préfet de Paris
et par délégation,
le Directeur régional des affaires culturelles

Laurent ROTURIER