



**PREFET
DE LA RÉGION
HAUTS-DE-FRANCE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS
N°R32-2025-223

PUBLIÉ LE 12 MAI 2025

Sommaire

Agence Régionale de Santé Hauts-de-France /

R32-2025-04-29-00006 - Arrêté modifiant l'arrêté du 26 juin 2024 portant autorisation de l'expérimentation du parcours de santé des personnes fracturées par le renforcement des liens ville-hôpital RAMPARDOS (38 pages)

Page 3

ARS /

Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement - Hauts-de-France /

R32-2025-05-07-00014 - 20250507134315_arrete_enquete_circulation (4 pages)

Page 41

DRAAF / Service Régional de la Performance Economique et Environnementale des Entreprises (SRPE)

SGAR Hauts-de-France / Bureau de la gestion des ressources humaines et des moyens du SGAR

R32-2025-05-12-00005 - Arrêté portant modification de la composition du conseil économique, social et environnemental de la région Hauts-de-France (2 pages)

Page 45

**ARRETE MODIFIANT L'ARRETE DU 26 JUIN 2024 PORTANT AUTORISATION DE
L'EXPERIMENTATION DU PARCOURS « AMELIORER LE PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES
FRACTUREES PAR LE RENFORCEMENT DES LIENS VILLE/ HOPITAL » DENOMME « RAMPARDOS »**

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE HAUTS-DE-FRANCE

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14 ;

Vu l'ordonnance n°2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions ;

Vu le décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales de professionnels de santé regroupant les infirmiers ;

Vu le décret du 2 novembre 2022 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France – M. Gilardi (Hugo) ;

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 directeur général de l'ARS Hauts-de-France du 26 juin 2024 portant autorisation de l'expérimentation du Parcours « Améliorer le parcours de santé des personnes fracturées par le renforcement des liens ville/hôpital » dénommé « RAMPARDOS » ;

Vu la saisie du comité technique de l'innovation pour avis le 28 janvier 2025, sur la révision du forfait global de prise en charge de l'ostéoporose dans sa composante hospitalière ;

Vu l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé du 8 avril 2025, sur la révision du forfait global de prise en charge de l'ostéoporose dans sa composante hospitalière du projet d'expérimentation « Améliorer le parcours de santé des personnes fracturées par le renforcement des liens ville/hôpital » dénommé « RAMPARDOS » ;

ARRETE

Article 1 – Le modèle de financement de l'expérimentation « Améliorer le parcours de santé des personnes fracturées par le renforcement des liens ville/hôpital » dénommé « RAMPARDOS » est révisé au niveau du forfait hospitalier dans ses deux composantes : l'une sur le « repérage, organisation de réunion de concertation pluridisciplinaire et de suivi du patient par l'ergothérapeute hospitalier salarié » et l'autre sur la « coordination hospitalière par l'ergothérapeute ».

Article 2 – Le cahier des charges définissant le cadre de l'expérimentation annexé à l'arrêté du directeur général de l'ARS Hauts-de-France du 26 juin 2024 susvisé est remplacé par le cahier des charges joint en annexe unique du présent arrêté.

Article 3 – Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent, dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

Article 4 – La directrice de la stratégie et des territoires est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de l'Etat en région Hauts-de-France.

Fait à Lille, le

29 AVR. 2025

Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par délégation
Le Directeur général adjoint

Jean-Christophe CANLER



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

Parcours « Améliorer le parcours de santé des personnes fracturées par le renforcement des liens ville/hôpital » dénommé « RAMPARDOS »

NOM DES PORTEURS et statut juridique :

- ✓ Le département de Rhumatologie du CHU de Lille (Pr Julien PACCOU / Julien.paccou@chru-lille.fr / 06 79 53 57 95)
- ✓ L'URPS infirmiers libéraux Hauts-de-France (Mr Yannick CARLU / presidence@urps-infirmiers-hdf.fr / 03.20.14.22.15)

PERSONNES CONTACTS :

- ✓ Pr Julien PACCOU / Julien.paccou@chru-lille.fr / 06 79 53 57 95
- ✓ Mme Chloé Capon / chloe.capon@urps-infirmiers-hdf.fr / 07 81 69 66 88

Le présent et second cahier des charges du parcours « RAMPARDOS » s'inscrit dans le cadre d'une demande de révision de la part des co-porteurs, du forfait global de prise en charge de l'ostéoporose dans sa composante hospitalière.

L'expérimentation est portée par l'URPS Infirmiers des Hauts-de-France et le CHU de Lille. Elle a été autorisée par arrêté du 26 juin 2024, publié le 25 juillet 2024 au recueil des actes administratifs.

Le parcours « RAMPARDOS » expérimente la fonction innovante de l'ergothérapeute salarié de l'hôpital comme coordonnateur avec des missions protocolisées et supervisées par un médecin rhumatologue.

L'expérimentation présente un retard dans la mise en œuvre lié à la difficulté de recrutement du CHU de Lille, de l'ergothérapeute, compte-tenu de la pénurie des ressources et du salaire peu attractif issu du modèle de financement du cahier des charges initial.

La révision du modèle de financement du parcours « RAMPARDOS » concerne le forfait hospitalier dans ses deux composantes : l'une sur le « repérage, organisation de réunion de concertation pluridisciplinaire et de suivi du patient par l'ergothérapeute hospitalier salarié » et l'autre sur la « coordination hospitalière par l'ergothérapeute ». Elle permet la revalorisation du coût horaire brut chargé pour l'ergothérapeute : passage de 18€ dans le cadre du modèle de financement initial à 24,68€ dans cette nouvelle version. Cette révision est applicable dès la 1ère inclusion.

Ainsi, le présent cahier des charges comporte, au regard de la version initiale, les réajustements sur le financement de l'expérimentation (cf VII Financement de l'expérimentation).



Résumé du projet :

L'ostéoporose est une maladie fréquente et sévère mais elle reste sous-diagnostiquée et sous-traitée. Les filières fractures permettent d'améliorer la prise en charge de l'ostéoporose au sein d'un centre hospitalier avec une ouverture insuffisante vers les professionnels de la ville. L'objectif de ce projet est d'étendre la filière fracture du CHU de Lille vers l'ensemble des professionnels de santé de la Métropole Européenne de Lille (MEL).

Ce projet d'expérimentation d'innovation en santé est porté conjointement par le département de rhumatologie du CHU de Lille et l'URPS IDEL HAUTS-DE-FRANCE. Elle doit permettre l'identification et l'information des patients fracturés (fracture de faible traumatisme) de plus de 50 ans (sans troubles cognitifs sévères) par le biais d'un ergothérapeute coordonnateur que ce soit pour les patients hospitalisés en rhumatologie (fractures vertébrales) ou en traumatologie (fractures non-vertébrales) et les patients ambulatoires (passage aux urgences sans hospitalisation). Cette évaluation initiale se fera conjointement avec une infirmière de gériatrie pour les patients ≥ 75 ans.

1^{er} cas de figure : il y aura une orientation systématique du patient vers le CAM si le patient a la possibilité d'être pris en charge en ville directement après son hospitalisation en traumatologie ou en rhumatologie. Le patient pourra ainsi être intégré dans le dispositif PRADO « fragilité osseuse » et bénéficier d'une amélioration de son parcours de soins avec une collaboration étroite ville/hôpital. La programmation des examens complémentaires (biologie, ostéodensitométrie...) en ville se fera par le CAM du PRADO. Il y aura par ailleurs l'organisation par l'ergothérapeute coordonnateur de la réunion de synthèse pluriprofessionnelle ville/hôpital avec la proposition d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS) permettant de formaliser la coordination à mettre en place. 2nd cas de figure : En cas de retour à domicile après passage aux urgences ou après hospitalisation en SMR, il sera nécessaire d'assurer la continuité de la prise en charge avec les acteurs de la ville via l'ergothérapeute coordonnateur (sans intervention du CAM du PRADO). La programmation des examens complémentaires se fera au CHU de Lille par l'ergothérapeute coordonnateur. Il y aura là aussi l'organisation par l'ergothérapeute coordonnateur de la réunion de synthèse pluriprofessionnelle ville/hôpital avec la proposition d'un PPS permettant de formaliser la coordination à mettre en place.

Dans les 2 cas de figure, il y aura la mise en place d'une coopération pluriprofessionnelle en ville avec l'implication du médecin traitant, du pharmacien d'officine, de l'IDEL référent du patient et du rhumatologue de ville si connu. Le suivi en ville s'étale sur une période de 2 ans pour ce projet. Ce suivi consiste chaque année en 2 consultations longues par le médecin traitant et en 2 entretiens pharmaceutiques. Des visites régulières de l'IDEL seront réalisées au domicile des patients. Il y aura de l'APA pour certains patients et également l'organisation de réunions d'information avec les principaux SMR de la MEL.

Cette expérimentation est programmée sur 4 ans avec l'inclusion de 320 patients au total.

CHAMP TERRITORIAL :
L'EXPERIMENTATION :

	Cocher la case
Local	X
Régional	
National	

CATEGORIE DE

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



GLOSSAIRE

AFLAR : Association Française de Lutte Antirhumatismale
APA : Activité Physique Adaptée
ARC : Attaché de Recherche Clinique
CAM : Conseiller d'Assurance Maladie
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DMO : Densité Minérale Osseuse
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESPrévE : Equipe Spécialisée de Prévention inter-EHPAD
ETP : Equivalent Temps Plein
MEL : Métropole Européenne de Lille
PRÉDICE : Projet Régional de Transformation Digitale du Système de Santé
PRADO : Programme d'Accompagnement du retour à Domicile
PPS : Plan Personnalisé de Santé
SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé



Table des matières

I	Description du porteur.....	6
I.1	Partenaires.....	6
II	Contexte et Constats.....	7
II.1	L'enjeu de la prise en charge de l'ostéoporose.....	7
III	Objectifs et effets attendus.....	10
	Quels sont les impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation ?.....	10
IV	Description du projet.....	11
IV.1	Objet de l'expérimentation.....	11
IV.2	Population cible et effectifs.....	11
IV.2.a	Critères d'inclusion.....	11
IV.2.b	Critères d'exclusion.....	12
IV.2.c	Effectifs.....	12
IV.3	Parcours du patient / usager.....	13
IV.4	Organisation de la prise en charge / Intervention.....	14
IV.4.a	Description des étapes du parcours et des professionnels intervenants (cf. logigramme) 14	
IV.4.b	Le suivi en ville.....	16
IV.4.c	Promotion des bienfaits de l'activité physique adaptée.....	19
IV.4.d	Organisation de réunions d'information avec les principaux SMR de la métropole Lilloise par l'ergothérapeute.....	20
IV.5	Formation, communication et information.....	20
IV.6	Terrain d'expérimentation.....	21
IV.7	Durée de l'expérimentation.....	22
	Planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre de l'expérimentation.....	22
IV.8	Pilotage, gouvernance et suivi de la mise en œuvre.....	22
V	Les outils nécessaires pour l'expérimentation.....	23
V.1	Les outils de la prise en charge patient.....	23
V.1.a	Les outils non numériques.....	23
V.1.b	Les outils numériques.....	23
V.2	Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de SI et des données de santé à caractère personnel.....	23
VI	Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation.....	24
VII	Financement de l'expérimentation.....	24
VII.1	Modalités de financement de la prise en charge proposée.....	28
VII.1.a	Méthode de calcul utilisée pour définir le montant des prestations dérogatoires.....	28
VII.1.b	Estimation du besoin en crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI).....	28
VII.1.c	Besoin total de financement.....	28
VII.2	Autres sources de financement.....	29
VII.3	Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités.....	29



VIII Evaluation de l'expérimentation.....	30
IX Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation.....	31
IX.1 Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement relevant du code de la sécurité sociale (CSS).....	33
IX.2 Aux règles d'organisation de l'offre de soins relevant des dispositions du code de la santé publique (CSP).....	33
IX.3 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).....	33
X Liens d'intérêts.....	33
XI Elements bibliographiques.....	33
XII Annexe 1 – Coordonnées du porteur et des partenaires.....	34
XIII Annexe 2 – Catégories d'expérimentations.....	35



I DESCRIPTION DU PORTEUR

Le projet est porté conjointement par :

- Le département de Rhumatologie du CHU de Lille (Pr Julien PACCOU / Julien.paccou@chru-lille.fr / 06 79 53 57 95)
- L'URPS infirmiers libéraux Hauts-de-France (Mr Yannick CARLU / presidence@urps-infirmiers-hdf.fr / 03.20.14.22.15)

I.1 PARTENAIRES

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser,...) Préciser les coopérations existantes
Porteur :	CHU de Lille Département de Rhumatologie	Pr Paccou Julien Julien.paccou@chru-lille.fr 06 79 53 57 95	■
Co-Porteur :	URPS IDE	Monsieur Carlu presidence@urps-infirmiers-hdf.fr 03 20 14 22 15	■
Partenaire(s) du projet d'expérimentation :	URPS médecins généralistes	■	
	URPS pharmaciens	■	
	PRADO fragilité osseuse (Assurance Maladie)	■	
	AFLAR	■	



II CONTEXTE ET CONSTATS

II.1 L'ENJEU DE LA PRISE EN CHARGE DE L'OSTÉOPOROSE

✓ **L'ostéoporose est un fardeau**

L'ostéoporose est une maladie chronique et invalidante qui se caractérise par une faible masse osseuse et une détérioration de la qualité du tissu osseux, responsables d'une fragilité osseuse et par conséquent d'une augmentation du risque fracturaire. La mesure de la densité minérale osseuse (DMO) par ostéodensitométrie constitue actuellement l'approche diagnostique la plus précise de l'ostéoporose. Silencieuse car elle évolue longtemps sans symptômes, l'ostéoporose se détecte généralement à l'apparition d'une fracture. Seulement 15 % des patients souffrant de fracture ostéoporotique reçoivent un traitement spécifique.

L'ostéoporose est un problème majeur de santé publique, entraînant une augmentation de la morbidité et de la mortalité chez les sujets âgés. Les fractures ostéoporotiques sont la principale complication de l'ostéoporose et leur nombre est en constante augmentation en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation du risque de chute chez les personnes âgées. Une femme sur trois et un homme sur cinq présenteront une fracture ostéoporotique après 50 ans. La survenue d'une fracture ostéoporotique expose à un risque important de nouvelles fractures et pour certaines d'entre-elles une surmortalité. Le dépistage et la prise en charge précoce des fractures ostéoporotiques pour une prévention secondaire constituent donc une priorité de santé publique.

✓ **Quelques chiffres**

Il y a en France un peu plus de 370 000 fractures de fragilité chaque année avec près de 156 000 hospitalisations. Le fardeau économique des fractures de fragilité a été estimé à 4,8 milliards d'euros dont 2,5 pour les seules fractures du col du fémur ; 66 % des coûts concernaient les soins de la 1^{ère} année suivant la fracture, 27 % les soins à long terme (handicap), et 7 % le traitement pharmacologique. Compte tenu des projections démographiques pour 2025, 1 personne sur trois aura 60 ans ou plus, représentant 20 millions de personnes, correspondant aux âges de la génération du baby-boom. Le nombre de fractures incidentes passera de 377 000 (femmes et hommes en 2010) à 491 000 (2025), entraînant une augmentation des coûts de 26 %.

✓ **L'ostéoporose est insuffisamment reconnue et traitée par les médecins**

Le rapport sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie en 2016 a montré que le nombre de personnes hospitalisées en France en service de court séjour pour une fracture liée à l'ostéoporose a augmenté entre 2011 et 2013, passant de 150 500 à 165 200 (soit près de 10 % d'augmentation) et qu'à la suite de cette fracture, durant l'année qui a suivi le retour au domicile, seuls 10 % des patients ont effectué une ostéodensitométrie et seulement 15 % ont reçu un traitement spécifique de l'ostéoporose. De plus, 12 % de ces patients ont subi une nouvelle fracture dans l'année qui a suivi la première fracture illustrant le concept de risque imminent de nouvelle fracture : **toute fracture multiplie par 2 (par 4 en cas de fractures vertébrales) le risque de faire une autre fracture dans les 2 ans**. Un autre élément préoccupant concerne le suivi des patients traités et leur adhésion au traitement médicamenteux de l'ostéoporose. En effet, sous bisphosphonates per os, près de 50 % d'entre eux arrêtent leur traitement avant la fin de la première année.



On constate que les offres sont disponibles sur le territoire ; ce qui crée une richesse de possibilités en sus de l'activité libérale et hospitalière classique. Cependant ces offres ne sont pas connectées ensemble (manque de réflexion pluriprofessionnelle et d'outils communs) et le manque de coordination, de connaissance par tous de ces offres et en particulier des libéraux et de réflexion sur un parcours global va créer des retards de prise en charge par des non-adressages vers des dispositifs adéquats. De plus la montée en qualité des prises en charge requiert souvent la nécessité de former et de sensibiliser les professionnels de santé sur les recommandations de bonnes pratiques.

Les patients ostéoporotiques et/ou fracturés selon l'âge ont différentes orientations de la ville vers l'hôpital. Les plus jeunes en lien avec la rhumatologie/orthopédie et les plus âgés avec la gériatrie/rhumatologie/orthopédie.

✓ **La filière fracture au CHU Lille**

La filière fracture par le biais d'un attaché de recherche clinique (ARC) (ETP 40 %) permet actuellement l'identification et l'information des patients ≥ 50 ans admis au CHU de Lille pour une fracture ostéoporotique et hospitalisés en traumatologie ou en rhumatologie. Les patients avec des troubles cognitifs (démence, confusion...) sont exclus de ce processus ainsi que les patients ambulatoires (passage aux urgences et sortie sans hospitalisation).

Pour les patients identifiés, vivant dans la MEL (Métropole Européenne de Lille) et acceptant d'être évalués, ils sont convoqués à distance (entre 3 et 6 mois après la fracture) pour une prise en charge dans le service de rhumatologie du CHU de Lille avec ostéodensitométrie, consultation et mise en place d'un traitement anti-ostéoporotique si nécessaire. Un courrier est systématiquement adressé au médecin généraliste à l'issue de cette consultation pour information.

La filière fracture du CHU de Lille est opérationnelle depuis janvier 2016. Sa composition regroupe un rhumatologue et un ARC. Sur les 2 premières années, 736 patients ≥ 50 ans avec une fracture de fragilité récente ont été contactés et 271 patients ont finalement été évalués au sein de la filière fracture. Par ailleurs, un grand nombre des patients de la filière fracture bénéficie également d'une évaluation du risque de chute au sein du service de gériatrie (évaluation des facteurs de risque de chute au cours d'une hospitalisation de jour avec une évaluation pluridisciplinaire regroupant un neurologue, un rééducateur, un gériatre et une diététicienne notamment). Il s'agit d'une collaboration ancienne renforcée depuis la mise en place de la filière fracture.

Un grand nombre des patients admis au CHU de Lille pour une fracture ostéoporotique retourne ensuite au domicile. Pourtant, au cours du suivi en ville, la prise en charge de l'ostéoporose n'est pas optimale.

Un grand nombre des patients ≥ 50 ans admis au CHU de Lille pour une fracture ostéoporotique et hospitalisés en traumatologie ou en rhumatologie vont en SMR avant de retourner au domicile ou en EHPAD. Pourtant, au cours de ces séjours prolongés, la prise en charge de l'ostéoporose n'est pas toujours réalisée.



En complément de la filière fracture du CHU de Lille, des procédures de prises en charge des patients âgés chuteurs sont opérationnelles entre la gériatrie, l'orthopédie, les urgences et la ville permettant de compléter l'offre, quel que soit le lieu d'arrivée à l'hôpital du patient.

Le rapport de l'Assurance Maladie de 2016 évoqué ci-dessus recommande « la prise en charge globale » des fractures ostéoporotiques. Il préconise d'intégrer celle-ci dans le cadre des PRADO « fragilité osseuse » locaux, programmes de retour à domicile pilotés par l'Assurance Maladie. Le CHU de Lille dispose d'un tel programme pour le moment en attente d'un déploiement.

✓ **Le PRADO Fragilité osseuse**

Le Programme d'Accompagnement du retour à Domicile (PRADO) est un service d'accompagnement personnalisé de l'Assurance Maladie mis en place en 2010. Ce programme a pour but d'organiser, selon l'état de santé et le souhait du patient, un retour optimal au domicile après une hospitalisation.

Dans le cadre du parcours du patient présentant une fracture de fragilité, le PRADO « fragilité osseuse » doit permettre au patient ayant été hospitalisé et souhaitant rentrer à son domicile pour la poursuite de sa prise en charge, d'être accompagné par un conseiller de l'assurance maladie (CAM).

Le CAM doit assurer notamment la planification de l'ensemble des rendez-vous devant être pris en ville auprès des différents professionnels intervenant dans la prise en charge du patient.

✓ **Les dispositifs existants en région**

La prévention en EHPAD

13 équipes spécialisées de prévention inter-EHPAD (ESPrévE) existent en Hauts-de-France. Dispositifs innovants financés à partir d'un EHPAD ressources, celles-ci développent la prévention dans les EHPADs de leur territoire (20 à 40 EHPADs par territoire) par l'accompagnement des équipes à la montée en compétence avec des outils d'éducation à la santé. Ces équipes pluridisciplinaires ont pour vocation de mettre à disposition des différents EHPAD sur un territoire un temps d'ergothérapie et/ou un temps de psychomotricien, un temps de diététicien et un temps de professionnel en Activité Physique Adaptée (APA).

Des outils ont été créés sur l'ostéoporose avec l'AFLAR, des médecins coordonnateurs en EHPAD, le CHU de Lille (Pr Paccou) et l'URPS ML pour mieux prévenir les conséquences et les prises en charge du risque d'ostéoporose. Deux sessions de formation des ESPrévE des Hauts-de-France concernant l'ostéoporose ont eu lieu en fin d'année 2023.

L'accompagnement à domicile avec les ESPRAD

17 équipes spécialisées de prévention et de réadaptation à domicile (ESPRAD) couvrent la région. Dispositifs innovants en région financés à partir d'un SSIAD, celles-ci réalisent jusqu'à 18 séances par patient pour réduire les conséquences liées aux chutes.

L'ESPRAD Lille métropole intervient sur le terrain d'expérimentation du projet ; les patients à haut risque de chute inclus dans le présent parcours pourront bénéficier de ce dispositif.



La prévention en ville

Le repérage de l'ostéoporose silencieuse par les pharmaciens d'officine : une expérimentation mise en place par l'URPS Pharmaciens d'officine dont les objectifs sont de :

- Renforcer les connaissances des équipes officinales
 - Améliorer les pratiques de repérage – dépistage de l'ostéoporose silencieuse ciblé en officine
 - Renforcer le rôle de conseil des équipes officinales pour sensibiliser les patientes présentant un risque d'ostéoporose et orienter vers le médecin traitant selon les situations.
- Les outils élaborés pourront être utilisés dans le cadre des actions de formation/sensibilisation des professionnels sur l'ostéoporose.

III OBJECTIFS ET EFFETS ATTENDUS

- Structurer une organisation innovante grâce à la filière fracture du CHU de Lille
- Expérimenter la fonction innovante de l'ergothérapeute coordonnateur avec des missions protocolisées et supervisées par un médecin rhumatologue
- Mieux repérer les fractures ostéoporotiques
- Améliorer la compréhension du patient fracturé sur la maladie chronique qu'est l'ostéoporose par une éducation intégrée aux soins
- Favoriser une prise en charge globale intégrant l'APA et des mesures hygiéno-diététiques au décours des fractures ostéoporotiques
- Renforcer les liens entre la filière fracture et la ville et assurer la continuité des soins
- Mettre en place un suivi coordonné des soins en ville spécifique à la prise en charge de l'ostéoporose à l'aide d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS)
- Articuler la prise en charge en ville par l'intermédiaire des CAM dans le cadre du PRADO fragilité osseuse.
- Créer la consultation médicale longue de l'ostéoporose
- Créer un entretien pharmaceutique mené par le pharmacien d'officine pour le suivi de l'ostéoporose
- Créer les visites au domicile de l'IDEL pour les patients ostéoporotiques
- Organiser des réunions d'information avec les principaux SMR de la métropole Lilloise pour améliorer la prise en charge de l'ostéoporose au sein de ces établissements

QUELS SONT LES IMPACTS ATTENDUS A COURT ET MOYEN TERME DU PROJET D'EXPERIMENTATION ?

- Améliorer le niveau d'information des patients et des personnels soignants sur la maladie ostéoporotique,
- Améliorer la coordination du parcours de soins des patients grâce à une synergie entre la ville et l'hôpital,



- Améliorer la prise en charge initiale de l'ostéoporose : l'évaluation densitométrique, la mise en place des traitements spécifique de l'ostéoporose,
- Améliorer le suivi des patients ostéoporotiques : l'adhésion au traitement (observance et persistance) la pratique de l'APA et le suivi des mesures hygiéno-diététiques, réduire la douleur et le handicap,
- Réduire la morbi-mortalité associée aux fractures ostéoporotiques,
- Réduire le risque de nouvelles fractures et de nouvelles hospitalisations,
- Réduire les dépenses de santé associées à la prise en charge des patients fracturés.

IV DESCRIPTION DU PROJET

IV.1 OBJET DE L'EXPERIMENTATION

Ce projet vise à améliorer le parcours de soins de la personne fracturée grâce à la mise en place d'un modèle multidisciplinaire renforçant la coopération entre la filière fracture du CHU de Lille et les professionnels de ville de la Métropole Européenne de Lille (MEL).

Celui-ci répond aux quatre facteurs essentiels pour une prise en charge optimale de l'ostéoporose :

- ❖ une bonne compréhension de la maladie par le patient
- ❖ une prise en charge efficace dès la première fracture
- ❖ la prise en charge de la douleur, la pratique d'une APA et le suivi de mesures hygiéno-diététiques
- ❖ une bonne observance du traitement

En s'adossant à la filière fracture du CHU de Lille, le projet consiste à monter en qualité le service rendu hospitalier et prolonger les actions mises en place au CHU par le développement des liens avec les professionnels de ville de la MEL. Par ailleurs, ce projet permettra le déploiement et l'intégration du PRADO « fragilité osseuse » pour les patients hospitalisés avec retour à domicile sans passage par un SMR.

IV.2 POPULATION CIBLE ET EFFECTIFS

IV.2.a Critères d'inclusion

La population ciblée par cette expérimentation est la population prise en charge par le coordonnateur ergothérapeute :

- ❖ Sujets (hommes et femmes) ≥ 50 ans,
- ❖ Vivant dans la métropole Lilloise,
- ❖ Ayant présenté une fracture liée à un traumatisme de basse énergie (chute de sa hauteur),
- ❖ Entraînant un passage aux urgences du CHU de Lille :
- ✓ Patients en hospitalisation de traumatologie (fractures non-vertébrales) ou de rhumatologie (fractures vertébrales),
- ✓ Patients non hospitalisés mais après un passage aux urgences pour une fracture de fragilité (appel téléphonique de l'ergothérapeute coordonnateur pour les contacter),



Les patients déjà suivis en ville auprès d'un rhumatologue peuvent intégrer le dispositif et le rhumatologue du patient sera contacté afin de participer à la prise en charge coordonnée du patient.

File active de la filière fracture actuelle : la filière fracture du CHU Lille est opérationnelle depuis janvier 2016. Sur les 2 premières années, 736 patients ont été identifiés et 271 patients ont finalement été évalués en consultation au sein de notre filière fracture.

File attendue compte tenu de l'ergothérapeute : 320 patients sur la période d'expérimentation.

IV.2.b Critères d'exclusion

- ❖ Patients avec troubles cognitifs sévères.
- ❖ Patients institutionnalisés en EHPAD.

IV.2.c Effectifs

La population ciblée par cette expérimentation est la population prise en charge par l'ergothérapeute coordonnateur :

- ❖ Sujets (hommes et femmes) ≥ 50 ans,
- ❖ Vivant dans la métropole Lilloise,
- ❖ Ayant présenté une fracture liée à un traumatisme de basse énergie (chute de sa hauteur),
- ❖ Entraînant un passage aux urgences du CHU de Lille :
 - ✓ Patients en hospitalisation de traumatologie (fractures non vertébrales) ou de rhumatologie (fractures vertébrales),
 - ✓ Patients non hospitalisés mais après un passage aux urgences pour une fracture de fragilité,
- ❖ Patients sans troubles cognitifs sévères.

Volumétrie attendue :

Le projet cible à terme 320 patients sur 4 ans d'expérimentation.

Pour un patient intégré en année n, le suivi en ville est réalisé en années n et n+1 (2 ans de suivi) :

Ainsi

- En N1, 70 patients seront inclus : soit une file active de 70 patients pour N1 ;
- En N2, 130 nouveaux patients seront inclus et 70 patients seront en 2nde année de suivi (= patients inclus en N1) : soit une file active de 200 patients pour N2 ;
- En N3, 120 nouveaux patients seront inclus et 130 patients seront en 2nde année de suivi (= patients inclus en N2) : soit une file active de 250 patients pour N3 ;
- En N4, 120 patients seront en 2nde année de suivi (= patients inclus en N3).

Eléments d'évaluation de la population cible du projet

- Effectif population de la métropole lilloise (Insee 2016)

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Ensemble
+ de 50 ans	155 981	197 714	353 694
+ de 65 ans	66 281	98 023	164 304
+ de 75 ans	27 442	50 794	78 236



- Selon le livre blanc des états généraux de l'ostéoporose de 2017, une femme sur trois et un homme sur cinq présenteront une fracture ostéoporotique après 50 ans.

Estimation pour la métropole lilloise du nombre de personnes (de plus de 50 ans) qui présenteront une fracture ostéoporotique

Hommes	Femmes	Ensemble
31 196	65 905	97 101

File active de la filière fracture actuelle : Sur les 2 premières années (2016-2017), 736 patients ont été identifiés et 271 patients ont finalement été évalués en consultation au sein de notre filière fracture.

IV.3 PARCOURS DU PATIENT / USAGER

La mise en œuvre se fera par différentes actions :

1. Repérage par l'ergothérapeute (coordonnateur de la filière fracture) dans les services d'orthopédie, de rhumatologie et des urgences des patients de 50 ans et plus avec une fracture possiblement ostéoporotique.
2. Dépistage des facteurs de risque et mise en place d'éducation intégrée aux soins de l'ostéoporose par l'ergothérapeute
3. Assurer la continuité de la prise en charge avec les professionnels de ville – médecins traitants, pharmaciens d'officine et infirmiers diplômés d'Etat libéraux (IDEL) – pour le suivi en ville et éviter ainsi les ruptures de parcours. Pour le patient hospitalisé avec retour à domicile, la prise en charge initiale en ville pourra être facilitée par l'intervention du CAM du PRADO.
4. Programmation et réalisation des examens en ville via le CAM, ou au CHU de Lille par l'ergothérapeute selon le parcours du patient.
5. Tenue de la réunion de synthèse pluriprofessionnelle ville/hôpital consistant en :
 - o la discussion des cas patients sur la conduite diagnostique et les choix thérapeutiques (traitement pharmacologique, douleur, activité physique...)
 - o la proposition d'un plan personnalisé de santé (PPS) et la validation de ce plan par les professionnels de la ville de manière synchrone ou asynchrone.
6. Suivi pluriprofessionnel de ville

Pour effectuer ces actions le projet comportera :

- ❖ L'organisation de la formation des professionnels impliqués
- ❖ La création de protocoles de prise en charge

Le projet nécessite également de l'APA.

Enfin le projet propose de développer un forfait innovant basé sur le parcours de santé du patient fracturé pour une maîtrise des coûts de suivi du patient.



IV.4 ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE / INTERVENTION

IV.4.a Description des étapes du parcours et des professionnels intervenants (cf. logigramme)

Repérage dans les services d'orthopédie, de rhumatologie et des urgences des patients de 50 ans et plus avec une fracture possiblement ostéoporotique par l'ergothérapeute

- ❖ Identification des patients victimes d'une fracture de fragilité : l'ergothérapeute se déplace dans les services de traumatologie et de rhumatologie 2 à 3 fois par semaine pour identifier et rencontrer les patients de 50 ans ou plus hospitalisés pour une fracture de fragilité. Il s'appuie sur les cadres de santé des services de traumatologie et de rhumatologie pour l'identification des patients. Cette visite en traumatologie s'effectue conjointement avec une infirmière de gériatrie pour les patients ≥ 75 ans afin de programmer une consultation dans le cadre de la filière chute si nécessaire. Il se déplace également aux urgences toutes les semaines pour collecter le nom des patients de 50 ans ou plus venus pour une fracture de fragilité et il les contacte ensuite par téléphone.

Dépistage des facteurs de risque et mise en place d'éducation intégrée aux soins de l'ostéoporose par l'ergothérapeute

- ❖ L'ergothérapeute voit en entretien dans les services de traumatologie et de rhumatologie l'ensemble des patients se présentant pour une fracture de fragilité. Cet entretien pourra se faire également par téléphone pour les patients des urgences ne nécessitant pas une hospitalisation. Il y aura notamment une évaluation des facteurs de risque d'ostéoporose et de la douleur auprès du patient suivant un questionnaire standardisé. Pour les patients ≥ 75 ans, une évaluation du nombre de chutes et des facteurs de risque est réalisée par l'infirmière de gériatrie pour les patients hospitalisés en traumatologie. A l'issue de l'entretien et à distance des examens complémentaires (biologie, ostéodensitométrie et radiographies du rachis dorsolombaire), l'ergothérapeute coordonnateur préparera le dossier des patients pour la consultation avec le rhumatologue hospitalier et la synthèse pluriprofessionnelle.
- ❖ Inclusion du patient dans le projet :
 - Recueil du consentement du patient identifié 'fracture de fragilité'
 - Contact téléphonique auprès du médecin traitant pour accord
- ❖ Information du patient sur les objectifs et modalités de la prise en charge de l'ostéoporose et de son suivi.
- ❖ Evaluation systématique pour tous les patients âgés de 75 ans et plus par un binôme infirmier en gériatrie/ergothérapeute afin de déterminer si le patient nécessite une orientation spécifique vers un gériatre pour la suite de la prise en charge dans le cadre de la filière chute ou dans une autre filière.

En cas de retour à domicile après une hospitalisation en traumatologie ou en rhumatologie (1^{ère} situation) :

Assurer la continuité de la prise en charge avec les acteurs de la ville via le PRADO FRAGILITE osseuse (en collaboration avec l'ergothérapeute coordonnateur)

- ❖ Orientation systématique du patient vers le CAM si le patient a la possibilité d'être pris en charge en ville directement après son hospitalisation en traumatologie ou en



rhumatologie. Le patient pourra ainsi être intégré dans le dispositif PRADO « fragilité osseuse » et bénéficier d'une amélioration de son parcours de soins.

Dans le cadre du PRADO fragilité osseuse, si le patient l'accepte, le CAM assurera notamment :

- ❖ La programmation des examens complémentaires en ville (analyses biologiques et ostéodensitométrie)
- ❖ La programmation de la consultation avec le médecin traitant en ville
- ❖ La prise de contact avec les différents professionnels de santé (IDEL, kinésithérapeute...) pour organiser les premiers rendez-vous
- ❖ La distribution des brochures d'information sur « l'ostéoporose et sa prise en charge » à destination du médecin traitant et des différents professionnels de santé (IDEL, kinésithérapeute...)
- ❖ La vérification de la réalisation des examens complémentaires (analyses biologiques et ostéodensitométrie) et des rendez-vous avec le médecin traitant et les différents professionnels de santé (IDEL, kinésithérapeute...).

Le programme PRADO permettra notamment de faire le pont entre l'hôpital et la ville pour les patients souhaitant être directement suivis en ville pour donner suite à leur hospitalisation en traumatologie ou en rhumatologie. Un appel téléphonique du médecin conseil de l'échelon du service médical de l'assuré auprès du médecin traitant sera également organisé lors de la première inclusion dans ce volet d'un de ses patients.

Les CAM auront également pour mission d'informer le patient quant aux objectifs du PRADO fragilité osseuse.

En cas de retour à domicile après passage aux urgences ou après hospitalisation en SMR (2nde situation) :

Assurer la continuité de la prise en charge avec les acteurs de la ville via l'ergothérapeute coordonnateur (sans intervention du CAM du PRADO FRAGILITE osseuse)

- ❖ Programmation des analyses biologiques en ville et de l'ostéodensitométrie au CHU de Lille par l'ergothérapeute,
- ❖ Programmation de la consultation avec le rhumatologue par l'ergothérapeute,

Pour chaque situation, l'ergothérapeute coordonnateur organise une réunion de concertation pluriprofessionnelle ville/hôpital consistant en :

- la discussion des cas patients sur la conduite diagnostique et les choix thérapeutiques (traitement pharmacologique, douleur, activité physique...)
- la proposition d'un plan personnalisé de santé (PPS) et la validation de ce plan par les professionnels de la ville de manière synchrone ou asynchrone.

Cette réunion comporte a minima les professionnels de la ville, l'ergothérapeute et un rhumatologue. Un médecin gériatre sera contacté si besoin, selon le résultat de l'évaluation par le binôme infirmier de gériatrie et ergothérapeute pour les patients âgés de plus de 75 ans. En cas de risque de chute, une consultation ou une hospitalisation de jour sera programmée en gériatrie.

Un temps de réunion hebdomadaire permettra aux professionnels de santé d'échanger sur plusieurs cas patients.



Ces réunions de concertation pluriprofessionnelle ville/hôpital avec la mise en place d'un PPS permettront de formaliser la coordination à mettre en place, et donc la répartition entre les acteurs de ville en incluant le médecin traitant et le pharmacien d'officine.

IV.4.b Le suivi en ville

L'organisation du relai entre la ville et l'hôpital (médecin traitant, pharmacien d'officine, Infirmier libéral, référent du patient si connu) est réalisée par le biais du CAM du PRADO fragilité osseuse (1^{ère} situation) ou par le biais de l'ergothérapeute (2nde situation).

Le suivi en ville s'étale sur une période de 2 ans pour ce projet. Ce suivi consiste chaque année en 2 consultations longues par le médecin traitant et en 2 entretiens pharmaceutiques. Au cours de la première année, des visites régulières de l'IDEL seront réalisées au domicile des patients au retour au domicile, à 1 mois, 3 mois, 6 mois et à 12 mois en fonction des besoins. Une intervention du pharmacien au domicile peut être envisagée selon la situation du patient pour adaptation du matériel ou livraison de matériel médical (lit médicalisé, déambulateur...). Cette intervention du pharmacien à domicile pourra se faire dans l'idéal lors du retour à domicile du patient après passage en SMR et en même temps que la visite de l'ergothérapeute coordonnateur de l'IDEL et du médecin traitant. Par ailleurs, cette visite conjointe pourra être préparée en amont. L'ergothérapeute coordonnateur fera un diagnostic de la situation et émettra des préconisations sur le matériel nécessaire. Le pharmacien de ville assurera la livraison du matériel requis au domicile des patients en vérifiant si le matériel est bien adapté en confrontant les préconisations de l'ergothérapeute avec le matériel disponible et le domicile du patient.

La fréquence des consultations médicales, des entretiens pharmaceutiques et des visites de l'IDEL au domicile sera à adapter aux besoins de chaque situation notamment pour les patients les plus autonomes afin de mieux respecter le rôle actif de ceux-ci.

Ainsi, pour la première année, le nombre de visites IDEL pour chaque patient dépendra des critères suivants :

	Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4	Situation 5
2 visites IDEL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pas de douleur ✓ Bonne compréhension ✓ Bonne observance ✓ Environnement adapté ✓ Patient autonome 				
3 visites IDEL		<ul style="list-style-type: none"> ✓ EVA (douleur) entre 1 et 3/10 ✓ Bonne compréhension ✓ Bonne observance ✓ Environnement adaptable ✓ Patient autonome 			
4 visites IDEL			<ul style="list-style-type: none"> ✓ EVA (douleur) entre 4 et 5/10 ✓ Bonne compréhension ✓ Bonne observance ✓ Environnement non adaptable ✓ Patient autonome 		
5 visites IDEL				<ul style="list-style-type: none"> ✓ EVA (douleur) > 5/10 ✓ Bonne compréhension ✓ Bonne observance ✓ Environnement non adaptable ✓ Patient en perte d'autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pas de douleur ✓ Mauvaise compréhension et/ou ✓ Mauvaise observance ✓ Environnement non adaptable ✓ Patient en perte d'autonomie

EVA : Echelle Visuelle Analogique

La première visite de l'IDEL au retour à domicile des patients sera réalisée conjointement avec l'ergothérapeute coordonnateur si un séjour en SMR a précédé ce retour à domicile. Le médecin traitant et le pharmacien d'officine seront également conviés lors de cette première visite correspondant au retour au domicile du patient après passage en SMR et consistera en une évaluation environnementale et une formulation des préconisations sur l'adaptation du domicile et la mise en place d'aide technique.

Le patient pourra également bénéficier d'une éducation intégrée aux soins sur la maladie chronique qu'est l'ostéoporose, sur les habitudes de vie (nutrition, calcium, vitamine D, activité physique, alcool, tabac, médicaments inducteurs d'ostéoporose...), sur la prise du traitement anti-ostéoporotique.



Au cours de la 2^{ème} année, des visites de l'IDEL seront réalisées au domicile des patients à 18 et 24 mois.

Concernant le suivi des patients, l'ergothérapeute coordonnateur contactera à 6 et 12 mois les professionnels de ville qui sont le médecin traitant, le pharmacien d'officine et l'IDEL du patient (avec accord du patient recueilli lors de son inclusion dans la démarche projet et accord du médecin) pour vérifier l'adhésion thérapeutique (observance et persistance du traitement anti-ostéoporotique et des règles hygiéno-diététiques au cours de la première année) puis une fois par an au cours du suivi. En cas de mauvaise adhésion thérapeutique, la programmation d'une consultation dans la filière fracture avec un rhumatologue hospitalier ou de ville pourra être envisagée en cas de demande du médecin traitant.

La consultation longue du médecin traitant spécifique à l'ostéoporose évalue notamment :

- ❖ Le risque de chute,
- ❖ La douleur post-fracturaire,
- ❖ La supplémentation vitamino-calcique,
- ❖ L'adhésion (observance et persistance) au traitement spécifique de l'ostéoporose,
- ❖ Les apports nutritionnels,
- ❖ La pratique d'une activité physique,
- ❖ Le suivi des mesures hygiéno-diététiques.

L'entretien pharmaceutique vise à vérifier l'adhésion au traitement spécifique de l'ostéoporose (observance et persistance) et à rechercher la prise de médicament potentiellement inducteur d'ostéoporose ou de chutes au cours d'une conciliation médicamenteuse. La vérification de l'adhésion au traitement spécifique de l'ostéoporose est un enjeu majeur car plus de 50 % des patients arrêtent les bisphosphonates oraux dans l'année qui suit leur introduction. Cet entretien pharmaceutique pourra se dérouler en officine ou en distanciel en cas d'impossibilité de se déplacer.

Les visites régulières de l'IDEL au domicile des patients évaluent notamment :

- la douleur et sa prise en charge
- la prise correcte des médicaments (observance) que ce soit pour la supplémentation vitamino-calcique, le traitement spécifique de l'ostéoporose ou les traitements de la douleur
- l'adaptation du domicile au risque de chute
- le maintien des activités physiques dans la vie quotidienne

Des documents de référence pour la réalisation des évaluations médicales et pharmaceutiques seront mis à disposition des professionnels.

Un carnet de suivi est remis au patient pour consigner ses modalités de prise en charge et il est informé de la possibilité de s'adresser à des associations de patients comme l'AFLAR.

Coordination du suivi en ville :

La coordination du parcours repose sur la volonté des différents acteurs de travailler ensemble et de mutualiser leurs compétences pour la prise en charge d'un patient en disposant des bonnes informations.

La coordination du suivi à domicile est assurée par l'IDEL. Un relais d'information sera assuré par l'IDEL vers l'ergothérapeute après chaque visite de l'IDEL au domicile du patient (l'IDEL pourra donc être amenée à faire un retour auprès de l'ergothérapeute 5 fois maximum dans la première année de suivi : au retour à domicile, à M+1, à M+3 à M+6 et à M+12).



En cas de mauvaise adhésion thérapeutique, et sur décision médicale, l'IDEL contacte l'ergothérapeute afin de programmer une consultation dans la filière fracture avec un rhumatologue.

L'ensemble des bilans et résultats seront partagés et consultables à travers le Dossier Médical Partagé (DMP) accessible depuis Mon Espace Santé du patient.

Il vérifie également le respect du PPS du patient, établi en concertation avec les différents professionnels de santé lors de la Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle (RCP).

Selon la traçabilité effectuée sur le dossier de coordination patient et sous la responsabilité du médecin traitant, plusieurs solutions pourront être envisagées :

- ✓ La poursuite de la prise en soins entre libéraux (médecin traitant, IDEL, pharmacien d'officine...)
- ✓ La proposition d'une reprise de contact avec l'ergothérapeute pour une réflexion autour de la réorientation du parcours patient,
- ✓ L'organisation comme vue avec le médecin traitant, d'une consultation avec un rhumatologue dans la filière fracture du CHU de Lille ou en libéral (selon le choix du patient),
- ✓ Le recours à toute offre complémentaire non libérale (poursuite ou mise en place de l'APA, programme ESPRAD...)

IV.4.c Promotion des bienfaits de l'activité physique adaptée

Conformément aux recommandations médicales pour la prise en charge de l'ostéoporose, le PPS proposé comporte la pratique de l'activité physique. Le médecin traitant accompagne le patient dans la recherche de prestataires en fonction de son état clinique, de son profil fonctionnel et de ses préférences. Le professionnel le plus adapté fera le bilan de l'aptitude physique une fois que le niveau de limitation a été identifié, soit le kinésithérapeute, soit le professeur d'activité physique adaptée (APA), soit l'éducateur sportif. Lors du retour au domicile l'orientation du patient se fera selon 2 cas de figure : 1) pour les patients ambulatoires, se déplaçant avec une aide technique et/ou avec risque majeur de chute, prise en charge en kinésithérapie libérale et 2) pour les patients ambulatoires, se déplaçant sans aide technique et sans risque majeur de chute, la prise en charge se fera avec le professeur d'APA.

Par ailleurs, le CHU de Lille travaille déjà en partenariat avec différents prestataires pour permettre aux patients recevant une prescription d'APA, un accès facilité à certaines prestations.

En outre, un dispositif régional de recensement des prestataires d'APA a été développé sous l'égide de l'ARS HAUTS-DE-FRANCE. Celui-ci permet également d'orienter le patient vers une structure compétente. Il existe déjà un site internet (<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/quel-sport-docteur-lactivite-physique-adaptee-en-hauts-de-france>) « Quel sport docteur ». Huit Maisons Sport Santé sont identifiées sur le territoire de la MEL.

Compte-tenu de l'état de santé (nombreuses comorbidités, âge avancé pour la plupart, risque de chute important...) des patients de la filière fracture, on estime que seulement 1/3 des patients auront la capacité de bénéficier de l'APA à raison de 2 séances par semaine pendant 12 semaines soit un total de 24 séances avec réévaluation nécessaire au terme de ces séances, chaque année. Chaque séance d'APA comportera 8 participants et durera 1 heure. Les patients



inclus dans Rampardos auront la possibilité d'intégrer des séances de groupe d'âge similaire, non exclusivement réservées au parcours Rampardos.

Les critères d'éligibilité à l'APA seront :

- sujets ambulatoires,
- se déplaçant sans aide technique (pas de canne, pas de déambulateur et pas de fauteuil)
- sans risque majeur de chute (≤ 2 chutes au cours des 12 derniers mois).

IV.4.d Organisation de réunions d'information avec les principaux SMR de la métropole Lilloise par l'ergothérapeute

Ces réunions visent à améliorer la prise en charge de l'ostéoporose au sein de ces établissements. Pour les patients ayant un séjour en SMR, l'équipe de rééducation et de réadaptation intervenant dans cette structure sera informée par l'ergothérapeute.

IV.5 FORMATION, COMMUNICATION ET INFORMATION

Une sensibilisation des professionnels de santé du territoire d'expérimentation sera mise en place en amont de l'inclusion du 1^{er} patient. Proposée par les URPS (Infirmiers, pharmaciens et médecins), la sensibilisation des professionnels de santé libéraux regroupera les informations pratiques sur les objectifs du projet, les parcours possibles, la population cible.

Une information sera également réalisée sur ce qu'est l'ostéoporose, sa prise en charge et un focus sera réalisé sur les missions et rôles des différents professionnels de santé impliqués.

Enfin, un module sur la prévention du risque de chute, l'évaluation des facteurs de risque, l'environnement du patient..., sera également dispensé aux professionnels de santé libéraux.

De son côté, l'ergothérapeute suivra également un module de formation et de sensibilisation au parcours ostéoporose. Le programme de formation qui lui sera proposé est le suivant :

Programme Module 1 (2 heures) Physiologie osseuse :

- Les cellules osseuses, voies de régulation et de communication intercellulaires (1h)
- Minéralisation osseuse, Physiologie de l'homéostasie du calcium et du phosphore (1h)

Programme Module 2 (4 heures) Explorations osseuses :

- Principes et techniques en absorptiométrie biphotonique et expression des résultats chez l'adulte (1h)
- Stage pratique de formation à l'absorptiométrie biphotonique (1h)
- Imagerie des fractures ostéoporotiques : radiographies et autres types d'imagerie (1h)
- Exploration du métabolisme phosphocalcique et autres explorations biologiques dans l'ostéoporose (1h)

Programme Module 3 (7 heures) Ostéoporoses :

- Épidémiologie, définitions, dépistage de l'ostéoporose (1h)
- L'ostéoporose post-ménopausique (1h)
- L'ostéoporose chez l'homme (1h)
- Les ostéoporoses secondaires : corticothérapie... (1h)
- Traitements non médicamenteux de l'ostéoporose (1h)
- Traitements médicamenteux de l'ostéoporose (1h)
- Modalités de surveillance du traitement de l'ostéoporose (1h)

Programme Module 4 (4 heures) Autres ostéopathies fragilisantes :

- Hyperparathyroïdie primitive (HPP) et Troubles du métabolisme minéral et osseux dans l'insuffisance rénale chronique (1h)
- Ostéomalacie et rachitisme (1h)
- Myélome et métastases osseuses (1h)
- Les maladies osseuses constitutionnelles (MOC) et dysplasie fibreuse (1)

Programme Module 5 (2 heures) cas cliniques interactifs

Cette formation sera assurée par l'équipe de médecins spécialistes des pathologies osseuses dans le service de rhumatologie du CHU de Lille et par la manipulatrice radio pour la formation pratique à l'absorptiométrie biphotonique.

Il y aura par ailleurs 3 réunions annuelles auxquelles l'ergothérapeute devra participer :

- La journée filière fracture du GRIO (Groupe de Recherche et d'Informations sur les Ostéoporoses, 1 journée en septembre de chaque année),
- La journée scientifique du GRIO (1 journée en janvier de chaque année),
- Le congrès Français de la SFR (Société Française de Rhumatologie, 3 journées en décembre de chaque année).

Par ailleurs, une sensibilisation sera également proposée aux principaux SMR de la MEL par l'ergothérapeute.

IV.6 TERRAIN D'EXPERIMENTATION

Le terrain d'expérimentation correspond à la Métropole Européenne de Lille (MEL).

Pour rappel, la population cible intègre tout patient entré au CHU de Lille pour une fracture liée à un traumatisme de basse énergie.

Une collaboration est déjà existante entre les différents services du CHU de Lille pour la prise en charge des patients âgés fracturés.

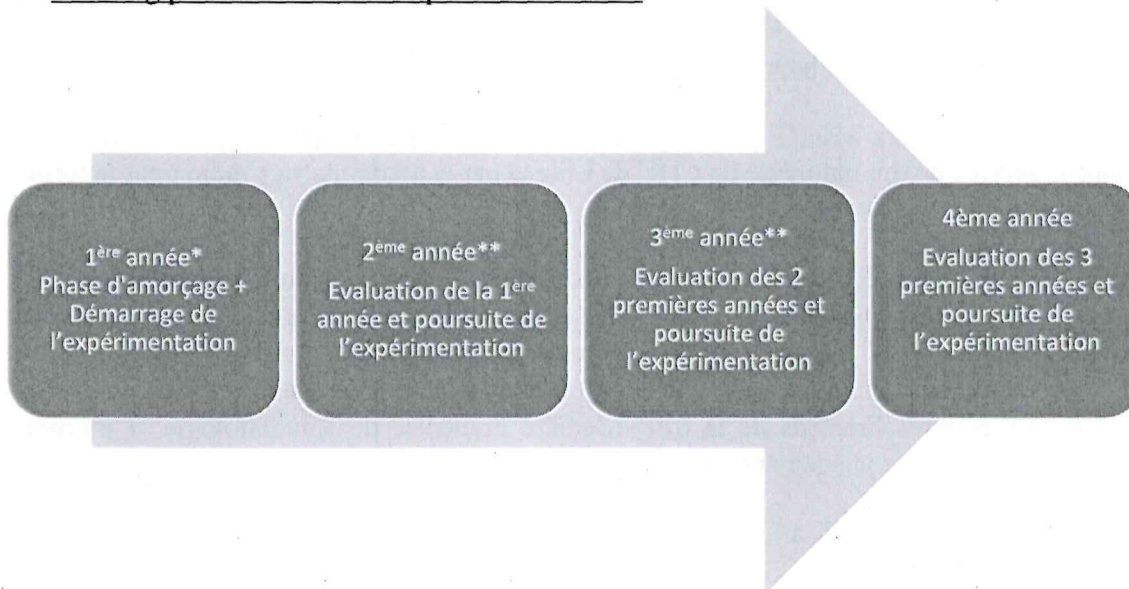
L'existence d'une filière fracture et d'une prise en charge des sujets âgés chuteurs permet une parfaite collaboration entre ces structures avec des consultations ou des hospitalisations de jour organisées en gériatrie pour les patients fracturés à risque de chute.

IV.7 DUREE DE L'EXPERIMENTATION

L'expérimentation est prévue pour une durée de 4 ans à compter de l'inclusion du premier patient et prévoit une phase d'amorçage de 6 mois.

Planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre de l'expérimentation

❖ Planning prévisionnel sur une période de 4 ans :



*Phase d'amorçage et démarrage de l'expérimentation ; facteurs clés de réussite au cours de la 1^{ère} année :

Phase d'amorçage (6mois) :

- ✓ Mobilisation des parties prenantes
- ✓ Définition des process et paramétrage des outils SI
- ✓ Formation de l'ergothérapeute coordonnateur
- ✓ Elaboration des protocoles
- ✓ Démarche d'acculturation des professionnels de santé
- ✓ Communication auprès du grand public au sujet de la filière fracture
- ✓ Consolidation des séances d'APA

Démarrage de l'expérimentation :

- ✓ Inclusions des patients
- ✓ Mise en place du suivi par les professionnels de santé libéraux
- ✓ Communication auprès du grand public au sujet de la filière fracture
- ✓ Poursuite de l'acculturation des professionnels de santé
- ✓ Recueil des indicateurs

**poursuite de l'expérimentation et facteurs clés de réussite au cours des 2^{èmes} à 4^{èmes} années :

- ✓ Communication auprès du grand public au sujet de la filière fracture
- ✓ Evaluation de l'année ou des années précédentes (cf. paragraphe VIII sur les outils)
- ✓ Adaptation des protocoles
- ✓ Recueil des indicateurs

IV.8 PILOTAGE, GOUVERNANCE ET SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE

Le CHU de Lille et l'URPS Infirmiers, tous deux porteurs du projet, assurent conjointement le pilotage et les liens avec l'ensemble des partenaires du projet.



Les partenaires sont invités lors des différents temps forts du montage du projet (séance d'accélération, modèle économique...).

Une fois l'expérimentation lancée, des points réguliers seront réalisés avec l'ensemble des partenaires. Un COPIL trimestriel sera proposé afin d'assurer un suivi optimal du projet.

V LES OUTILS NECESSAIRES POUR L'EXPERIMENTATION

V.1 LES OUTILS DE LA PRISE EN CHARGE PATIENT

V.1.a Les outils non numériques

Des outils et supports papiers imprimables d'information et de coordination seront disponibles pour l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients.

Un carnet de suivi sera remis au patient dès son inclusion dans le parcours et accompagnera le patient tout au long de sa prise en soins.

V.1.b Les outils numériques

L'expérimentation s'appuiera en priorité sur les services numériques d'échanges et de partages nationaux tels que Mon Espace Santé (partage) en lien avec le patient, et la Messagerie Sécurisée de Santé (MSS) pour l'échange entre professionnels de santé médicaux et paramédicaux, en ville, à l'hôpital et au domicile des patients.

Les professionnels partageront les comptes rendus, bilans, résultats de biologie, comptes rendus d'imagerie via ces dispositifs depuis leur système d'information habituel (Dossier Patient Informatisé, logiciel d'officine et de cabinet...).

Par ailleurs, des services numériques complémentaires, mis à dispositions des professionnels identifiés dans l'équipe de prise en charge d'un patient, pourront être mobilisés en fonction de l'étape du parcours dans laquelle se trouve le patient : un service de repérage et d'inclusion du patient ; un service de planification et de suivi des Réunions de Coordination Pluri professionnels (RCP - sur la base d'un dispositif de visioconférence) ; un service de suivi du parcours patient, de mise en place et de suivi du Plan Personnalisé de Santé (PPS), et de coordinations pluri professionnelles ;...

Ce bouquet de services numériques, repose sur des services et référentiels régionaux, mis à disposition par le Groupement Régional d'Appui à la e-Santé (GRADES), conjointement ou séparément avec les solutions numériques du CHU de Lille.

Le logiciel Lyosis sera utilisé pour le suivi de l'ostéoporose. Ce logiciel accessible par l'ergothérapeute coordinateur et le rhumatologue hospitalier permettra un suivi individuel de chaque patient inclus dans ce programme Rampardos avec l'ensemble des éléments du dossier médical du patient (caractéristiques démographiques, comorbidités, traitements et principaux résultats des examens complémentaires) et surtout un suivi de ce qui est en attente de programmation (biologie, ostéodensitométrie, visite auprès du médecin traitant...) avec des rappels réguliers. Par ailleurs, ce logiciel permettra d'évaluer en temps réel les performances de la filière et d'extraire l'ensemble des informations recueillies dans un fichier Excel ce qui permettra de faciliter l'évaluation de ce programme Rampardos.

V.2 OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES EN MATIERE DE SI ET DES DONNEES DE SANTE A CARACTERE PERSONNEL

Le recueil et le traitement des données de santé se feront dans le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD).



VI INFORMATIONS RECUEILLIES SUR LES PATIENTS INCLUS DANS L'EXPERIMENTATION

Les informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation seront celles nécessaires à la coordination de la prise en charge par l'alimentation du Dossier Médical Partagé (DMP) et Mon Espace Santé :

Ainsi, les données recueillies seront :

- Nom, prénom,
- Date de naissance,
- Sexe,
- Numéro de sécurité sociale,
- Professionnels de santé référents,
- Historique médical : antécédents médicaux et familiaux, allergies, carnet de vaccination, opérations chirurgicales, comptes rendus, imagerie, résultats de biologie...
- Mesures médicales (poids, taille, tension...)
- Toute information relative à la prise en soin du patient

VII FINANCEMENT DE L'EXPERIMENTATION

L'expérimentation proposée a pour objectif de structurer une organisation innovante s'appuyant sur :

- la création d'une fonction d'ergothérapeute coordonnateur
- un suivi en ville par la création de consultations médicales longues, entretiens pharmaceutiques spécifiques à l'ostéoporose et visites au domicile de l'IDEL.

Le financement dérogatoire proposé concerne des activités non prises en charge par l'assurance maladie. Le projet propose de créer une cotation pour un forfait global ostéoporose. Il ne pourra être coté qu'un seul forfait global par an et par sujet éligible au dispositif.

Forfait global de prise en charge de l'ostéoporose

Le forfait global de prise en charge de l'ostéoporose comporte un forfait hospitalier, un forfait ville, et un forfait APA.

→ La prise en charge de l'ostéoporose est réalisée sur 2 ans.

Le forfait global de prise en charge de l'ostéoporose pour les 2 années de suivi est de

1 586,18 € prenant en compte le forfait ville et le forfait hospitalier,

A cela peut s'ajouter (pour 33% de la file active), un **forfait APA** de 135 € par patient et par an (soit **270 € sur les 2 années** de prise en charge).

Le forfait hospitalier

- **Une composante « repérage/RCP /suivi » : 481.26 €** la 1^{ère} année de suivi
 - Information dans les SMR de la MEL
 - Repérage dans les services d'orthopédie et aux urgences
 - Evaluation des facteurs de risque des patients
 - Mise en place d'une éducation intégrée aux soins
 - Préparation du dossier patient et programmation de la consultation avec le rhumatologue (hospitalier ou de ville)
 - Recueil du consentement patient
 - Contact avec le médecin traitant pour avoir l'accord d'inclure son patient dans le projet



- Information du patient sur les objectifs et modalités de prise en soin
- Programmation des examens complémentaires
- Préparation et participation à la RCP
- Proposition d'un plan personnalisé à l'issue de la RCP
- 1ère visite à domicile (conjointe aux professionnels de santé libéraux pour les patients hospitalisés en SMR)
- Vérification de l'adhésion thérapeutique du patient auprès du MT, du pharmacien d'officine et de l'IDEL
- Participation au recueil d'indicateurs

Les frais de déplacement pour l'information réalisée dans les principaux SMR de la MEL ont été intégrés dans le forfait. Ces frais, calculés sur une base de 20€ sont majorés de 15% et s'élèvent ainsi à 23€ (pour 1/3 de la file active soit 7,59€).

- **Une composante « Coordination » : 68,75 € / an**
 - Temps d'échange avec l'IDEL (jusqu'à 5 temps d'échange en fonction du nombre de visites IDEL la première année)
 - Temps d'échange avec le rhumatologue
 - Temps d'échange avec le chef de projet

⇒ **Soit un forfait hospitalier global de 558 € (arrondi / 557,60 €) la 1^{ère} année et de 68,75 € la 2^{ème} année.**

Le Forfait ville

- **Une composante « phase de soins/suivi » : 383,34€ la 1^{ère} année et 294,48€ la 2nde année**
Correspondant à la mise en œuvre des actions définies dans le Plan Personnalisé en Santé

→ Le suivi est fait sur 2 ans.

Mise en œuvre et suivi du Plan « PPS » :

- 2 entretiens pharmaceutiques par an
- 2 consultations médicales longues par an
- 5 visites à domicile par l'IDEL au maximum au cours de la 1^{ère} année et 2 visites au domicile la 2^{ème} année
- 1 intervention pharmaceutique à domicile pour adaptation du matériel (30% de la file active incluse)
- Auxquels seront adossés les forfaits de prise en charge des frais de déplacement des IDEL (pour 100% des patients), des médecins généralistes (pour 20% des patients) et des pharmaciens de ville (pour 30% des patients).

Pour un patient intégré en année n, le suivi en ville est réalisé en années n et n+1 (2 ans de suivi), et le contact par l'ergothérapeute est réalisé en années n et n+1 (2 ans de suivi également).



- **Une composante « Coordination du suivi en ville » : 141€ la première année et 141€ la deuxième année :**
 - **Une composante Coordination** par l'infirmier libéral pour les missions suivantes :
 - Temps de coordination avec l'ergothérapeute
 - Temps d'échange et de coordination avec l'animateur APA
 - Traçabilité dans le dossier de coordination du patient
 - Temps de coordination et de relais d'informations au médecin traitant et au pharmacien d'officine.
 - Prise de contact éventuelle pour la poursuite de la prise en soin du patient : reprise de contact avec l'ergothérapeute pour une réflexion autour de la réorientation du parcours patient, organisation d'une consultation rhumato dans la filière fracture du CHU de Lille ou en libéral (selon le choix du patient), recours à toute offre complémentaire non libérale (poursuite ou mise en place de l'APA...)
 - **Une composante médecin traitant**
 - **Une composante pharmacien d'officine**
 - Le médecin traitant et le pharmacien d'officine participent à la coordination du parcours patient par la rédaction de la synthèse des bilans dans le dossier de coordination patient.
- ⇒ **Soit un forfait Ville global de 525 € (arrondi /524,34€) la 1^{ère} année et de 436 € (arrondi /435,48€) la 2^{ème} année.**

Le Forfait APA : 135 €/an/patient

- **Part Activité Physique Adaptée (APA) :**
 - 24 séances de 60 minutes (collectives de 8) par an sur la période des deux années et avec un intervenant
 - 45€ / séance
 - Effectif des patients concernés par an : 33% de la file active incluse
- ⇒ **Soit un forfait APA de 135 € la 1^{ère} année et de 135 € la 2^{ème} année (pour 33% des patients).**



Le modèle de financement dérogatoire FISS est le suivant :

Forfait patient par an

Professionnel	Prestation	Année 1		Année 2		Années 1+2	
		Montant	% de patients concernés	Montant Année 1	% de patients concernés	Montant Année 2	Montant TOTAL
Parcours hospitalier - Forfait hospitalier							
Ergothérapeute salarié.e	Composante repérage	481,26 €	100%	481,26 €			481,26 €
	Composante coordination/temps d'échanges	68,75 €	100%	68,75 €	100%	68,75 €	137,50 €
	Forfait de gestion SSR	23,00 €	33%	7,59 €			7,59 €
TOTAL Forfait hospitalier				557,60 €		68,75 €	626,35 €
Forfait ville							
Composante Prise en soins en ville - Forfait ville							
Médecin généraliste	Consultation longue (Si le patient a 70 ans ou plus)	60,00 €	70%	84,00 €	70%	84,00 €	168,00 €
	frais de déplacement pour 20% des patients	20,00 €	14%	5,60 €	14%	5,60 €	11,20 €
	Participation à la RCP						
	Consultation longue (Si le patient a moins de 70 ans)	50,00 €	30%	30,00 €	30%	30,00 €	60,00 €
	frais de déplacement pour 20% des patients	20,00 €	6%	2,40 €	6%	2,40 €	4,80 €
	Participation à la RCP						
Pharmacien	Entretiens pharmaceutiques	50,00 €	100%	100,00 €	100%	100,00 €	200,00 €
	Intervention à domicile pour adaptation du matériel et frais de déplacement pour 30 % des patients	29,15 €	30%	8,75 €	30%		8,75 €
	Participation à la RCP						
IDEL	Visites à domicile et frais de déplacement	38,15 €	10% FA à 2 visites	7,63 €	10% FA à 1 visite	3,82 €	11,45 €
		38,15 €	20% FA à 3 visites	22,89 €	90% FA à 2 visites	68,67 €	91,56 €
		38,15 €	30% FA à 4 visites	45,78 €			45,78 €
		38,15 €	40% FA à 5 visites	76,30 €			76,30 €
	Participation à la RCP						
TOTAL Forfait ville (sans coordination)				383,34 €		294,48 €	677,83 €
Composante Coordination pluriprofessionnel du parcours en ville							
Médecin généraliste	Temps d'échange avec les professionnels de santé libéraux (IDEL, coordonateur pharmacien d'officine)	50,00 €	100%	50,00 €	100%	50,00 €	100,00 €
	Traçabilité dans le dossier de coordination patient		100%		100%		0,00 €
Pharmacien	Temps d'échange avec les professionnels de santé libéraux (médecin généraliste, IDEL coordonateur)	40,00 €	100%	40,00 €	100%	40,00 €	80,00 €
	Traçabilité dans le dossier de coordination patient		100%		100%		0,00 €
IDEL	Temps d'échange avec les professionnels de santé libéraux (médecin généraliste, pharmacien d'officine)	25,00 €	100%	25,00 €	100%	25,00 €	50,00 €
	Traçabilité dans le dossier de coordination patient		100%		100%		0,00 €
	Temps d'échange avec l'ergothérapeute	13,00 €	100%	13,00 €	100%	13,00 €	26,00 €
	Temps d'échange avec l'animateur APA	13,00 €	100%	13,00 €	100%	13,00 €	26,00 €
TOTAL Coordination pluriprofessionnel du parcours en ville				141,00 €		141,00 €	282,00 €
TOTAL Forfait Prise en soin en ville - Forfait ville (avec coordination)				524,34 €		435,48 €	959,83 €
FORFAIT APA							
Educateur sportif	Séances d'APA (en ville) : séances collectives de 8 personnes en moyenne (sur la base de 24 séances par patient / an) ; Montant d'une séance collective de 1h : 45€ ; 33% des patients sont concernés	Forfait APA de 135 euros par patient et de 135 euros la 2ème année : pour 33% des patients					



Frais d'ingénierie

A ce financement dérogatoire s'ajoutent aussi les frais d'ingénierie. Ces crédits sont fixés à 150 911€.

Les crédits d'amorçage et d'ingénierie comprennent notamment la chefferie de projet, l'abonnement au logiciel professionnel, la mission de structure concentratrice de l'URPS infirmiers, l'organisation des réunions, l'élaboration des supports de communication, le réajustement des procédures, l'enrôlement des professionnels de ville dans le dispositif, les actions de communication et de formation des professionnels de ville....

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

VII.1.a Méthode de calcul utilisée pour définir le montant des prestations dérogatoires

Tableau de Synthèse présentant les forfaits (prestations dérogatoires) en cas de modèle à la séquence de soins financé au forfait par patient

	Montant par patient	Durée de la prise en charge ou couverte par le forfait (un an / un semestre / trois mois / etc.)	Renseigner le cas échéant la part substitutive du forfait
Forfait 1 - Hôpital	626 € (557.60€+68,75€)	2 ans	0 €
Forfait 2 - Ville	960€ (524.34€+435.48€)	2 ans	0 €
Forfait APA	270€ (pour 33% des patients – 135€/an)	2 ans	0 €

VII.1.b Estimation du besoin en crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI)

Tableau n. Besoin de financement en CAI

Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Total
34 423€	40 461€	40 207€	35 820€	150 911€

VII.1.c Besoin total de financement

Le besoin de financement de l'expérimentation RAMPARDOS sur l'ensemble de sa durée représente un montant total de 687 691 €. Ce montant est le maximum autorisé si tout ce qui est prévu dans le cahier de charges est réalisé.

Ce montant se répartit en deux parties, non fongibles entre elles :

- des crédits d'amorçage et d'ingénierie pour un montant total de 150 911€, versés sous forme de dotations par l'ARS (FIR),
- des financements dérogatoires du droit commun, complémentaires pour un montant maximum de 536 780€ (FISS), dont les modalités de facturation et de versement sont définies par une ou plusieurs conventions avec la CNAM.



Synthèse du besoin de financement

Tableau. Ventilation annuelle des crédits

	Forfait par patient par an	% patients concernés	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Total
Nb de patients inclus			70	200	320	320	320
Nb de nouveaux patients inclus			70	130	120		320
Première année de prise en charge							
Forfait 1 (année 1 de PEC) Hôpital	558,000	100%	39 060 €	72 540 €	66 960 €		178 560 €
Forfait 1 (année 1 de PEC) Ville	525,00	100%	36 750 €	68 250 €	63 000 €		168 000 €
Forfait APA (en année 1 de PEC pour 33% des patients, 24 séances/patients)	135,00	33%	3 105 €	5 805 €	5 400 €		14 310 €
Seconde année de prise en charge							
Forfait 2 (année 2 de PEC) Hôpital	69,00	100%		4 830 €	8 970 €	8 280 €	22 080 €
Forfait 2 (année 2 de PEC) Ville	436,00	100%		30 520 €	56 680 €	52 320 €	139 520 €
Forfait APA (en année 2 de PEC pour 33% des patients, 24 séances/patients)	135,00	33%		3 105 €	5 805 €	5 400 €	14 310 €
Total prestations dérogatoires (FISS)			78 915 €	185 050 €	206 815 €	66 000 €	536 780 €
Total CAI (FIR)			34 423 €	40 461 €	40 207 €	35 820 €	150 911 €
Total expérimentation (FISS+FIR)			113 338 €	225 511 €	247 022 €	101 820 €	687 691 €

VII.2 AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT

Le projet ne dispose pas d'autre source de financement.

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

Le fardeau économique des fractures de fragilité a été estimé à 4,8 milliards d'euros dont 2,5 milliards pour les seules fractures du col du fémur ; 66 % des coûts concernaient les soins de la 1ère année suivant la fracture, 27 % les soins à long terme (handicap), et 7 % le traitement pharmacologique. Compte tenu des projections démographiques pour 2025, 1 personne sur trois aura 60 ans ou plus, représentant 20 millions de personnes, correspondant aux âges de la



génération du baby-boom. Le nombre de fractures incidentes passera de 377 000 (femmes et hommes en 2010) à 491 000 (2025), entraînant une augmentation des coûts de 26 %.

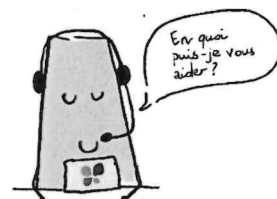
VIII EVALUATION DE L'EXPERIMENTATION

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.

Les indicateurs de suivi proposés pour l'évaluation sont :

- ✓ Nombre de patients pris en charge au sein de cette expérimentation
- ✓ Nombre de patients traités dans l'année
- ✓ Nombre de patients ayant bénéficié d'une ostéodensitométrie dans l'année
- ✓ Nombre de patients toujours sous un traitement spécifique de l'ostéoporose à 1 an (persistance)
- ✓ Nombre de patients identifiés soit nombre de patients ≥ 50 ans passant aux urgences pour une fracture liée à un traumatisme de basse énergie/nombre de patients contactés par l'ergothérapeute

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



I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?	
<p>Limites du financement actuel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de cotation de consultation médicale longue pour l'ostéoporose. - Pas de forfait spécifique à l'ostéoporose à l'heure actuelle que ce soit en ville ou dans le milieu hospitalier.
<p>Dérogations de financement envisagées (article L162-31-1-II-1° et 3°) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Facturation,</i> • <i>Tarification,</i> • <i>Remboursement,</i> • <i>Païement direct des honoraires par le malade,</i> • <i>Frais couverts par l'assurance maladie</i> • <i>Participation de l'assuré</i> • <i>Prise en charge des médicaments</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'un forfait globale de prise en charge de l'ostéoporose se décomposant en : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Composante repérage ✓ Composante soins/suivi, avec un forfait plan personnalisé de coordination en santé avec une part ville, une part filière fracture ostéoporose et une part activité physique adaptée (APA). - La composante repérage correspond aux missions d'un poste novateur d'ergothérapeute et à la coordination de la filière fracture. - La composante soins/suivi correspond à : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Part ville : 2 consultations longues et 2 entretiens pharmaceutiques par an. La première année, 5 visites IDEL au domicile (au maximum). La deuxième année, 2 visites IDEL. Le nombre de visites IDEL sera à adapter à l'état de santé du patient ✓ Part filière fracture : contact avec la ville pour évaluation de la compliance du patient sur 2 ans ✓ Part APA : 24 séances d'activité prescrites au cas par cas par an (pour une partie des patients)



II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?

<p>Limites des règles d'organisation actuelles</p>	<ul style="list-style-type: none">- Pas de financement de la coordination interprofessionnelle.- Absence d'ergothérapeute dédiée à l'ostéoporose.- L'organisation actuelle ne facilite pas le repérage précoce des patients avec fracture par fragilité osseuse.- L'organisation actuelle comporte des points de rupture dans la prise en charge de l'ostéoporose : diagnostic de la fragilité osseuse, relais ville hôpital, observance du traitement médicamenteux et non-médicamenteux.
<p>Déroptions organisationnelles envisagées (article L162-31-1-II-2°):</p> <ul style="list-style-type: none">• Partage d'honoraires entre professionnels de santé• Prestations d'hébergement non médicalisé• Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements• Dispensation à domicile des dialysats	<p>En milieu hospitalier (CHU de Lille) : expérimentation d'un poste ergothérapeute dédié pour la coordination de la filière fracture ostéoporotique et renforcer le lien avec la ville et le PRADO fragilité osseuse.</p>



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

non concerné

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

non concerné

IX.3 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 concerné

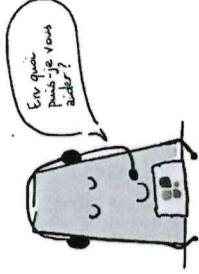
X LIENS D'INTERETS

La liste des praticiens ou structures participant à l'expérimentation est présentée en annexe X. En confirmant leur participation, chaque participant s'engage à faire une déclaration d'intérêts au titre des liens directs ou indirects avec des entreprises fabriquant des matériels ou dispositifs médicaux.

XI ELEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

1. Pflimlin A, Gournay A, Delabrière I, Chantelot C, Puisieux F, Cortet B, Paccou J. Secondary prevention of osteoporotic fractures: evaluation of the Lille University Hospital's Fracture Liaison Service between January 2016 and January 2018. *Osteoporos Int.* 2019;30:1779-1788.
2. Van Geel TACM, Bliuc D, Geusens PPM, Center JR, Dinant GJ, Tran T, van den Bergh JPW, McLellan AR, Eisman JA. Reduced mortality and subsequent fracture risk associated with oral bisphosphonate recommendation in a fracture liaison service setting: A prospective cohort study. *Plos One* 2018;13(6):e0198006.
3. Wu CH, Tu ST, Chang YF, Chan DC, Chien JT, Lin CH, Singh S, Dasari M, Chen JF, Tsai KS. Fracture liaison services improve outcomes of patients with osteoporosis-related fractures: A systematic literature review and meta-analysis. *Bone* 2018;111:92-100.
4. Senay A, Delisle J, Raynauld JP, Morin SN, Fernandes JC. Agreement between physicians' and nurses' clinical decisions for the management of the fracture liaison service (4iFLS): the Lucky Bone™ program. *Osteoporos Int.* 2016;27:1569-1576.
5. Dehamchia-Rehailia N, Ursu D, Henry-Dessailly I, Fardellone P, Paccou J. Secondary prevention of osteoporotic fractures: evaluation of Amiens University Hospital's fracture liaison service between January 2010 and December 2011. *Osteoporos Int* 2014;25:2409-16.

XII ANNEXE 1 – COORDONNEES DU PORTEUR ET DES PARTENAIRES



	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteur coordonnateur (si plusieurs porteurs)			
Porteur	CHU de Lille – Département de rhumatologie	Pr Julien PACCOU, Professeur de rhumatologie Julien.paccou@chru-lille.fr 06.79.53.57.95	
Porteur	URPS Infirmiers Hauts-de-France 11 square Dutilleul 59000 Lille	Mr Yannick CARLU, Président de l'URPS Infirmiers Hauts-de-France presidence@urps-infirmiers-hdf.fr / 06.81.11.18.52	
Partenaires expérimentateurs engagés			
Autres partenaires	URPS Médecins Hauts-de-France 11 square Dutilleul 59000 Lille	Dr Bruno STACH, Président de l'URPS Médecins des Hauts-de-France France contact@urpsml-hdf.fr 03.20.14.94.59	
	URPS Pharmaciens Hauts-de-France 11 square Dutilleul 59000 Lille	Gregory TEMPREMANI, Président de l'URPS Pharmaciens des Hauts-de-France France presidence@urps-pharmaciens-hdf.fr 03.20.67.21.92	
	PRADO Fragilité osseuse DRSM Villeneuve d'Ascq	Dr Damien AMOUYEL DAMIEN.AMOUYEL@assurance-maladie.fr	
	AFLAR (Association française de lutte antirhumatismale) 2 rue Bourgon 75013 Paris	Madame Francoise Alliot Launois, Présidente de l'AFLAR 01.45.80.04.44 francoisealliotlaunois@gmail.com	



XIII ANNEXE 2 – CATEGORIES D'EXPERIMENTATIONS

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	x	
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	x	
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 aux projets 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	x	
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	
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations		

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°) ¹ :	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	x	
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.		

¹ 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)



**PRÉFET
DU PAS-DE-CALAIS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction régionale de l'environnement,
de l'aménagement et du logement**

Service mobilité infrastructures

Arras, le 07 MAI 2025

**ARRÊTÉ PORTANT SUR
LA RÉALISATION D'UNE ENQUÊTE DE CIRCULATION**

**LE PRÉFET DU PAS-DE-CALAIS
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'ORDRE NATIONAL DU MÉRITE**

Vu le code de la route ;

Vu le code de la voirie routière et notamment ses articles L111-1, D111-2, D111-3 ;

Vu le décret n°2006-235 en date du 27 février 2006 relatif à l'organisation des enquêtes de circulation au bord des routes ;

Vu l'arrêté interministériel du 24 novembre 1967 modifié, relatif à la signalisation des routes et autoroutes et l'ensemble des textes qui l'ont modifié ;

Vu l'instruction interministérielle sur la signalisation routière et notamment la 8^e partie signalisation temporaire, approuvée par l'arrêté interministériel du 06 novembre 1992 et l'ensemble des textes qui l'ont modifiée ;

Considérant que la connaissance des mobilités autour des agglomérations de Béthune, de Lens et de Lille nécessite la réalisation d'une enquête de circulation ;

Considérant que le déroulement d'une enquête de circulation par interrogation directe des usagers sur la voie publique nécessite de réglementer la circulation aux abords des postes d'enquêtes ;

Sur proposition du directeur régional de l'environnement de l'aménagement et du logement de la région Hauts-de-France ;

ARRÊTE

Article 1^{er} : La société Lee Sormea (SAS Lee Conseil), mandatée par la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement de la région Hauts-de-France, est autorisée à réaliser une enquête de circulation origine-destination par interviews au niveau du poste d'enquête désigné ci-après :

N° poste	Poste	Sens	Commune	Horaire d'enquête	Période d'enquête	Gestionnaire
911	A1 péage de Fresnes	Sens 1 vers Paris Sens 2 vers Lille	Fresnes-lès-Montauban	De 6h45 à 19h	Une journée hors vacances scolaires sur la période du 27 mai 2025 au 28 novembre 2025	SANEF

Article 2 : L'enquête consiste à interroger en face à face les conducteurs arrêtés sur la voie publique (aux barrières des gares de péage).

Article 3 : L'arrêt complet des véhicules est assuré par les feux existants des barrières de péage. Les postes d'enquête sont signalés de façon apparente en tête des îlots des gares de péage par des panneaux indiquant « Enquête de circulation ».

Les voies réservées sans arrêt T30 actives le jour de l'enquête ne sont pas enquêtées.

Article 4 : Les usagers sont interrogés sur l'origine, la destination, le type d'énergie utilisée par le véhicule, les motifs et la fréquence du déplacement en cours. Les données recueillies auprès des usagers au cours de cette enquête sont anonymes.

Article 5 : Les dispositions de circulation ne s'appliquent pas aux déplacements liés aux missions de sécurité exercées par les personnels de police, de gendarmerie, ainsi qu'aux véhicules diplomatiques et de secours.

Article 6 : L'enquête doit avoir un impact minimal sur la circulation. Une attention particulière doit être apportée aux remontées de file de manière à résorber les éventuels bouchons qui se formeraient pendant la période de l'enquête. Afin d'assurer la fluidité au niveau des gares de péage, une personne de l'équipe d'enquêteurs dédiée à cette tâche, arrête momentanément les interviews dès lors qu'une remontée de file dépasse la plateforme de la gare de péage.

Article 7 : Les enquêteurs sont vêtus de gilets réglementaires de sécurité et de chaussures de sécurité conformes aux normes en vigueur.

Article 8 : La mise en place et la dépose de la signalisation temporaire nécessaire à la réalisation des enquêtes sont assurées par la société Lee Sormea en coordination avec l'exploitant Sanef.

Article 09 : Des radars de comptage du trafic routier sont posés temporairement par la Société Lee Sormea sur le réseau concédé dans le cadre de l'enquête de circulation. La pose et la dépose des radars de comptage se fait, lorsque nécessaire, sous la protection d'un fourgon de l'exploitant Sanef.

Article 10 : Le présent arrêté est affiché à proximité de chaque poste d'enquête.

Article 11 : M. le secrétaire général de la préfecture du Pas-de-Calais, M. le directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement de la région Hauts-de-France, M. le directeur général de la Sanef, M. le directeur de la société Lee Sormea, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, d'assurer l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture du Pas-de-Calais. Une copie de l'arrêté sera adressée pour information :

au directeur de la direction interdépartementale des routes Nord /AGR Ouest ;

au directeur départemental du service d'incendie et de secours du Pas-de-Calais ;

au commandant du groupement de gendarmerie du Pas-de-Calais ;

Le préfet,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Laurent Touvet', written over a faint, large, stylized outline of a triangle or similar shape.

Laurent TOUVET



Arrêté portant modification de la composition du conseil économique, social et environnemental de la région Hauts-de-France

Le préfet de la région Hauts-de-France,
préfet de la zone de défense et de sécurité Nord,
préfet du Nord,
chevalier de la Légion d'honneur,
officier de l'Ordre National du Mérite,

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment ses articles L.4134-2 et R.4134-1 à R.4134-7 ;

Vu la loi n°2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes ;

Vu la loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral ;

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

Vu le décret n° 2015-1689 du 17 décembre 2015 portant diverses mesures d'organisation et de fonctionnement dans les régions de l'administration territoriale de l'État et de commissions administratives ;

Vu le décret n° 2015-1917 du 30 décembre 2015 modifiant le code général des collectivités territoriales et relatif à la refonte de la carte des conseils économiques, sociaux et environnementaux régionaux, à leur composition et aux conditions d'exercice des mandats de leurs membres et notamment son article 3 ;

Vu le décret n° 2017-1193 du 26 juillet 2017 relatif à la composition et au renouvellement des conseils économiques, sociaux et environnementaux régionaux ;

Vu le décret n°2023-1332 du 29 décembre 2023 modifiant les modalités de fonctionnement des conseils économiques, sociaux et environnementaux régionaux ;

Vu le décret du 17 janvier 2024 portant nomination de monsieur Bertrand GAUME, en qualité de préfet de la région Hauts-de-France, préfet de la zone de défense et de sécurité Nord, préfet du Nord ;

Vu la circulaire de la ministre de la décentralisation et de la fonction publique du 6 janvier 2016 relative aux modalités d'installation et de fonctionnement des conseils économiques, sociaux et environnementaux régionaux ;

Vu la circulaire interministérielle du 19 septembre 2023 portant instruction relative aux modalités de renouvellement des conseils économiques, sociaux et environnementaux au 1^{er} janvier 2024 ;

Vu l'arrêté préfectoral du 15 novembre 2023 fixant la liste des organismes représentés au conseil économique, social et environnemental de la région Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté préfectoral du 28 décembre 2023 portant composition du conseil économique, social et environnemental de la région Hauts-de-France ;

Vu la proposition de l'union régionale Force ouvrière Hauts-de-France du 17 avril 2025 ;

Sur proposition du secrétaire général pour les affaires régionales de la région Hauts-de-France ;

ARRÊTE

Article 1^{er} – L'article 3 de l'arrêté préfectoral du 28 décembre 2023 portant composition du conseil économique, social et environnemental régional des Hauts-de-France est modifié comme suit :

2^{ème} collègue : Représentants des organisations syndicales représentatives des salariés

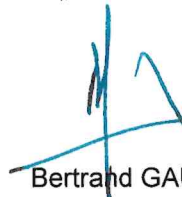
organisation	Représentant
Union régionale FO	- M. Rachid CHERCHOUR - Mme Chéhrazad BOUSSADA en remplacement de mme Maud CORMONTAGNE - Mme Josiane DELCROIX - M. Alain DURIEUX - Mme Graziella CAVALLI - M. Jean-Baptiste KONIECZNY - Mme Ghezala KRIBA - Mme Maud LEMAIRE - Mme Sylvie THUILLIER - M. Nicolas VERHILLE

Les autres dispositions restent sans changement.

Article 2 – Le secrétaire général pour les affaires régionales de la région Hauts-de-France est chargé de l'exécution du présent arrêté dont une copie sera transmise au président de la région Hauts-de-France et au président du conseil économique, social et environnemental régional et qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Hauts-de-France.

Fait à Lille, le

12 MAI 2025



Bertrand GAUME