



Développement d'un nouveau modèle de coordination en médecine de famille: de la théorie à la pratique...et démontrer si cela marche!

Prof Nicolas Senn

Institut universitaire de médecine de famille, PMU

Un mandat du Service de la santé publique du canton de Vaud

- Définir une **problématique** qui puisse être partagée par les acteurs de terrain dans le canton de Vaud

→ **la coordination des soins**

- **Effectuer une revue de littérature** afin d'identifier des modèles de soins primaires qui pourraient améliorer la coordination des soins dans le contexte de la médecine de famille
- Définir les **éléments d'une expérience pilote dans le canton de Vaud**



Quelle: Ochs et al., 2015

Le nouveau modèle de coordination des soins vise à :

Améliorer le suivi des soins des patients (optimiser la prise en charge)

Soutenir la continuité de la gestion

Soutenir la continuité de l'information

Soutenir la continuité relationnelle

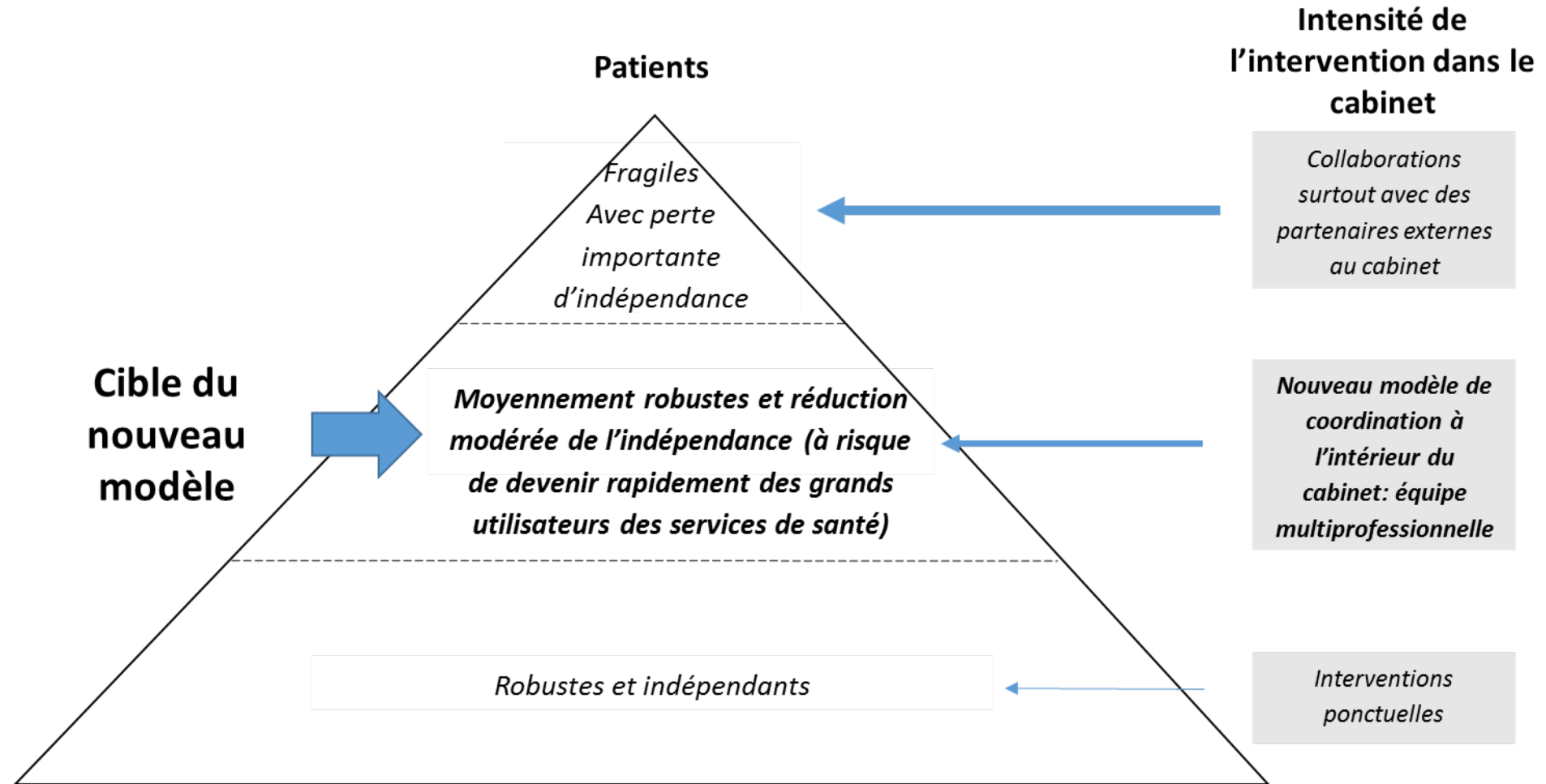
Diminuer les hospitalisations et le recours aux services d'urgence

Développer un fonctionnement interprofessionnel au sein du cabinet

Développement d'un partenariat médecine de famille – Santé Publique

***S'inscrit dans une perspective de transformation des cabinets
et de renforcement de la médecine de famille dans son
ensemble (Système de santé)***

Population cible



Processus de l'étude pour le développement conceptuel

- Revue de littérature systématique sur la coordination des soins en médecine de famille
- Contextualisation VD (suisse) et consultation externe:

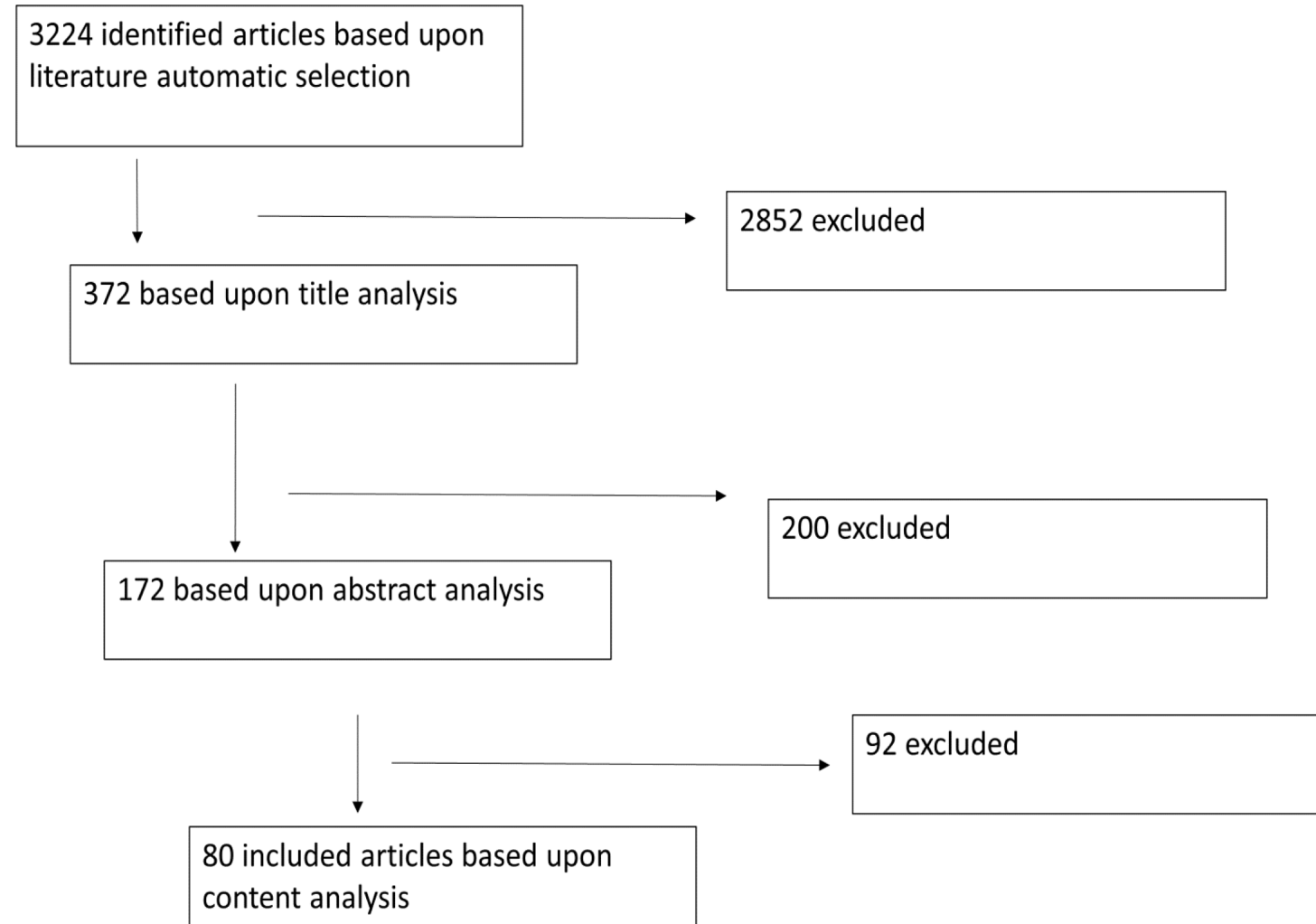
mini-Delphi du groupe d'accompagnement représentant de la médecine générale

- Développement détaillé de l'intervention

Définition opérationnelle de la coordination

«La coordination des soins est l'organisation volontaire des soins du patient entre deux personnes ou plus (incluant le patient) impliqués dans la prise en charge du patient afin de faciliter l'utilisation appropriée des services de santé. Cette organisation nécessite le déploiement de personnel et autres ressources nécessaires au bon déroulement des soins et est souvent assurée par l'échange d'informations entre les différents prestataires »

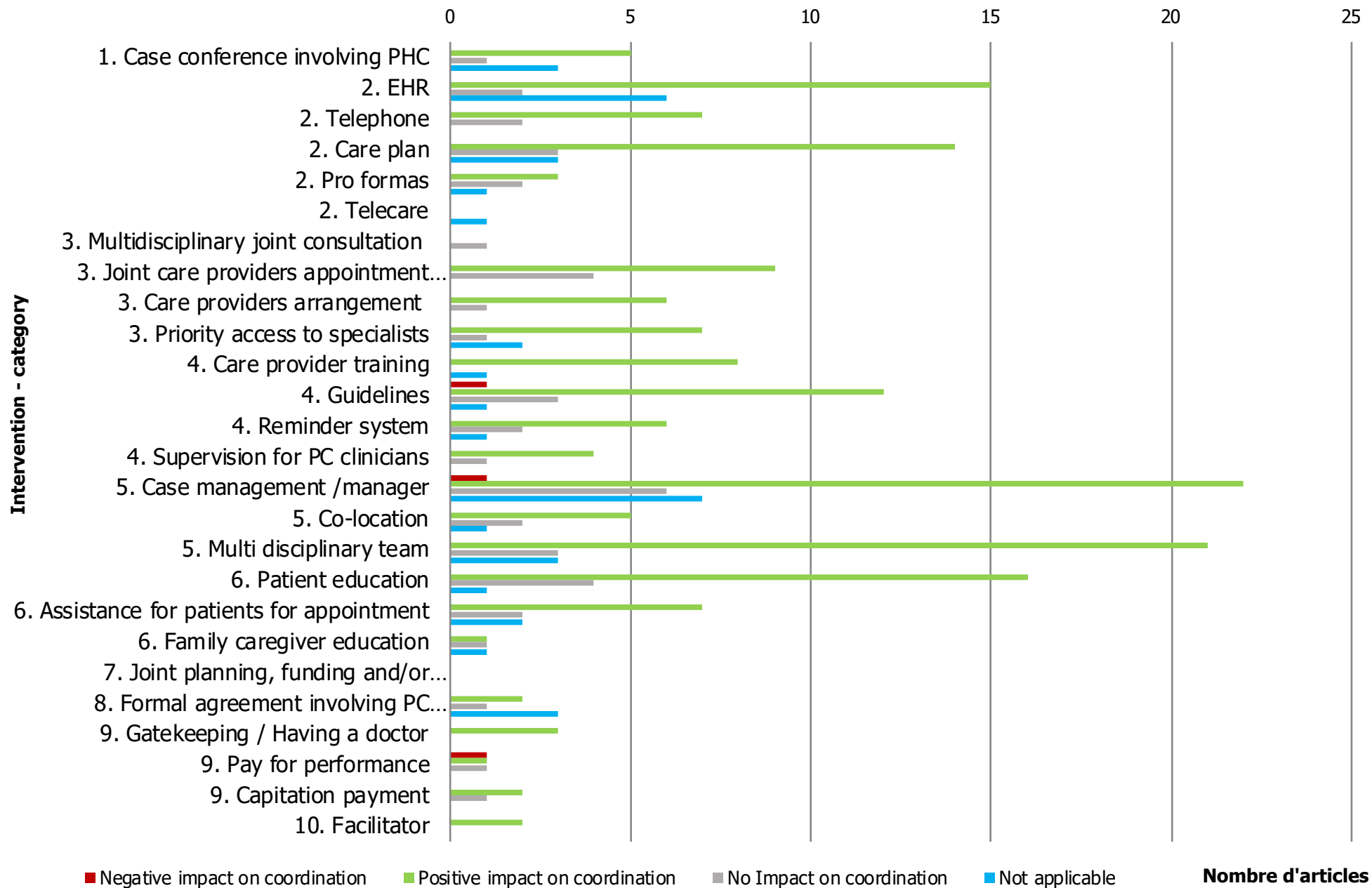
Revue de littérature



Interventions identifiées

1	Concilium
2	Dossier électronique du patient
3	Contacts téléphoniques
4	Plan de soins
5	Formulaires préformâtes
6	Télémédecine
7	Consultations multidisciplinaires
8	Gestion des rendez-vous entre les différents soignants
9	Arrangement entre soignants
10	Priorisation de l'accès à certains spécialistes
11	Formation des soignants
12	Guidelines
13	Système de rappel
14	Supervision
15	Gestionnaire de soins / de cas
16	Co-location
17	Travail en équipe
18	Formation/éducation des patients
19	Aide au patient à l'obtention de rendez-vous
20	Formation des accompagnants des patients
21	Accord opérationnel
22	Gatekeeping
23	Paiement à la performance
24	Capitation
25	Facilitateur de la qualité

	Intervention category	% of papers (N=80)
1	Communication between service providers	12.5
2	Systems to support the coordination of care	58.7
3	Coordinating clinical activities	23.7
4	Support for service providers	31.2
5	Structuring the relationships between service providers and patients	61.2
6	Support for patients	35.0
7	Joint planning, funding and/or management	0
8	Organizational agreements	7.5
9	Organization of the health care system	12.5
10	Facilitator (additional category)	2.5



Plan de soins partagé

- feuille de route facilitant la prise en charge coordonnée des soins
- imprimable, flexible et évolutif, confidentiel et présente un degré de sécurité en adéquation avec la pratique médicale
- Sous la responsabilité du gestionnaire de cas

Ex: www.mondossiermedical.ch

Inscription des patients (listes de patients)

- Définir l'ensemble des patients qui sont affiliés à un cabinet
- support électronique
- données minimales démographiques et de la complexité biopsychosociale
- Eligibilité des patients pour le modèle

Ex: **Intermed**

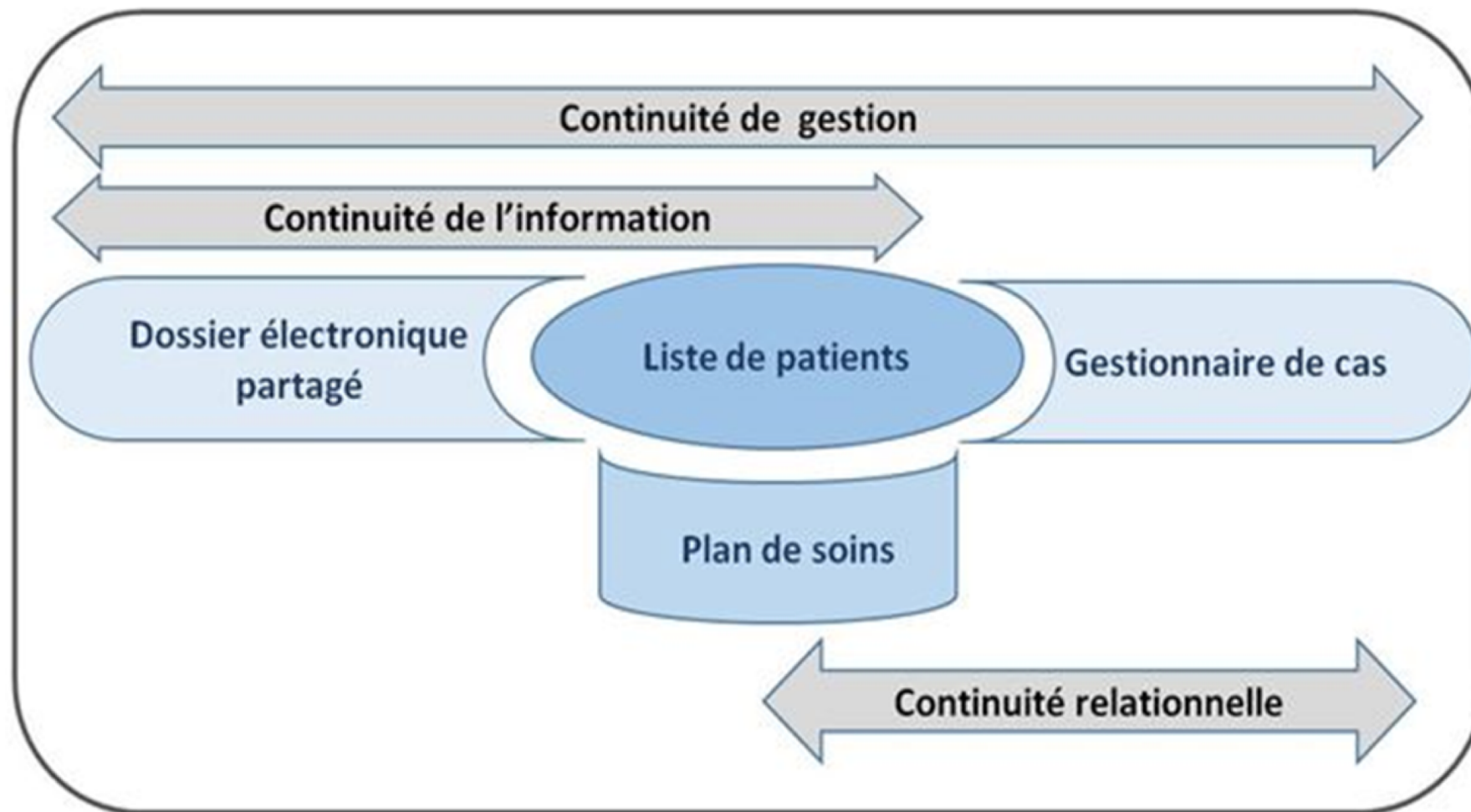
«Gestion de cas» en MF

- Activités mixtes: aspects administratifs de coordination, des activités de soins (suivi de maladies chroniques stables, réponse à l'urgence, éducation thérapeutique).
- infirmière (IPA) comme responsable « case management », travaille en équipe avec une assistante médicale
- le GC est autonome et travaille sous la responsabilité finale du médecin

Dossier informatique du patient

- Valeur ajoutée pour le modèle de coordination des soins, il n'est cependant pas indispensable. Selon les cabinets, le modèle de coordination sera intégré au DPI

Soins communautaires (CMS,...) / hôpital



Du concept à la pratique, un long chemin...



Nouveau modèle de coordination en médecine de famille dans le Canton de Vaud

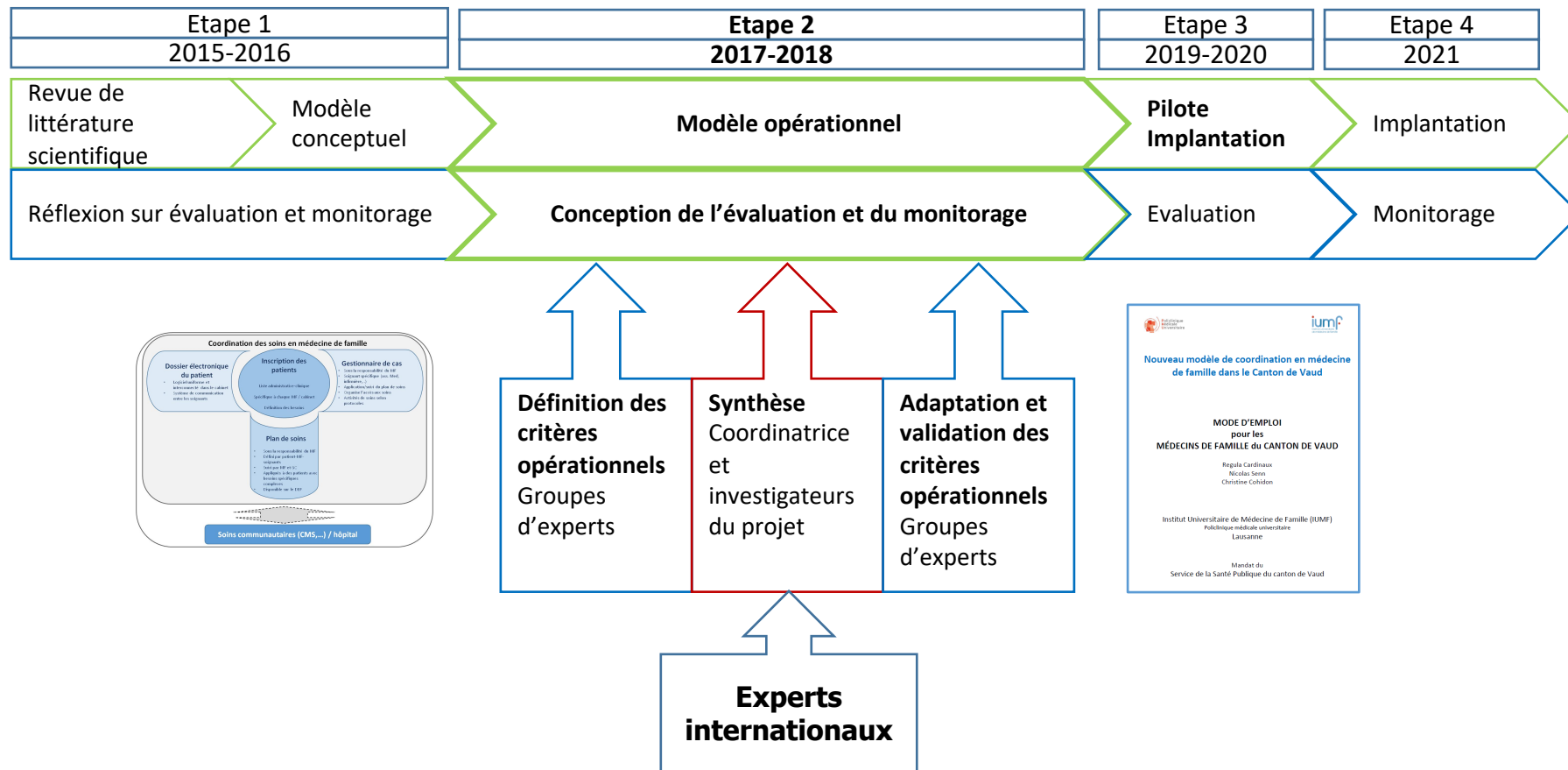
MODE D'EMPLOI pour les MÉDECINS DE FAMILLE du CANTON DE VAUD

Regula Cardinaux
Nicolas Senn
Christine Cohidon

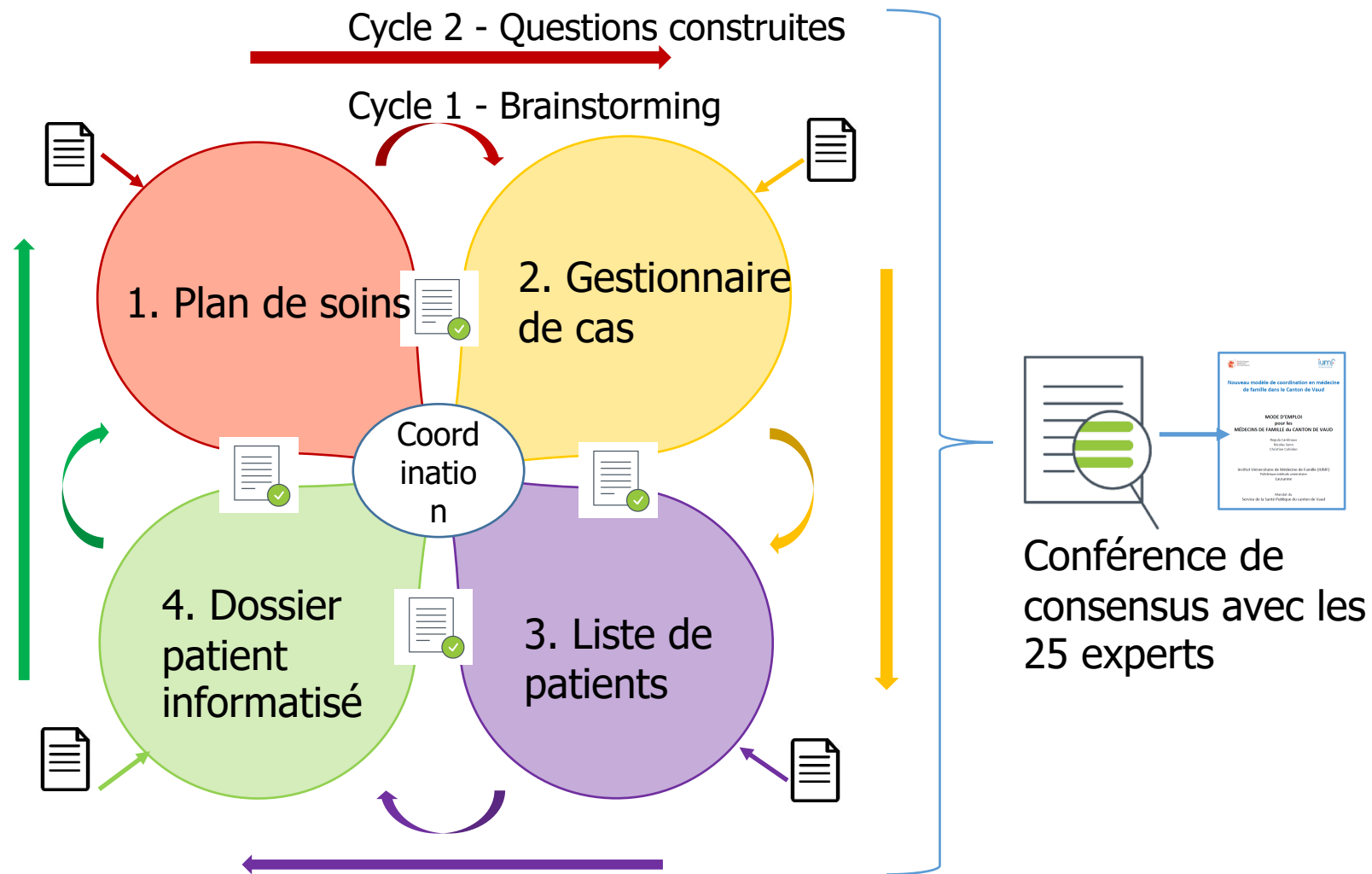
Institut Universitaire de Médecine de Famille (IUMF)
Polyclinique médicale universitaire
Lausanne

Mandat du
Service de la Santé Publique du canton de Vaud

Les étapes et le planning

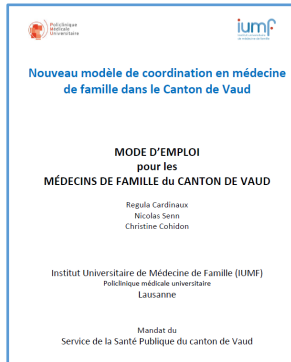


Le processus itératif, groupes de travail



Les résultats

S'adapter au contexte de chaque cabinet - Flexible - Non limitatif

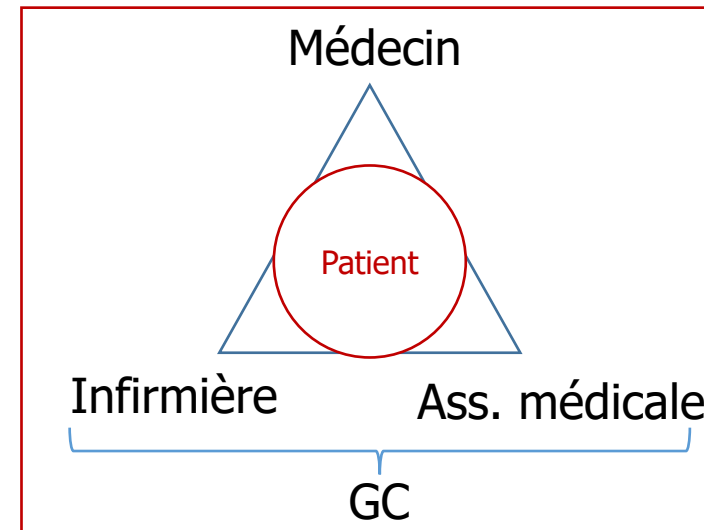


Pour les cabinets de MF de groupe ou individuel

Prérequis:

- Ordinateur pour gestion administrative
- Connexion internet
- Liste de patients à jour ou prêt à en créer une

Changement de fonctionnement du cabinet:



Liste de patients

- Ensemble des patients affiliés à un cabinet
- Élément central, indispensable, support électronique
- Données minimales démographiques et de complexité biopsychosociales
- Eligibilité des patients pour le modèle

- **Autres critères**

- Nombre de consultations au cours des 2 ans passés
- Connaissances au sujet du patient
- Etc.

Questionnaire intermed

- **Auto-questionnaire Intermed**

1) Quel est votre niveau de compréhension de la langue française ?

a) Langue maternelle
 b) Bonne connaissance de la langue
 c) Connaissance moyenne de la langue
 d) Faible connaissance de la langue

2) Qui remplit ce questionnaire ?

a) Je remplis moi-même ce questionnaire
 b) Je remplis ce questionnaire avec l'aide d'un tiers

a) Membre de la famille / Ami
 b)
 c)
 d)

recherche (spécifier)

van Reedt Dortland A. K. B. et al. 2017

25 questions

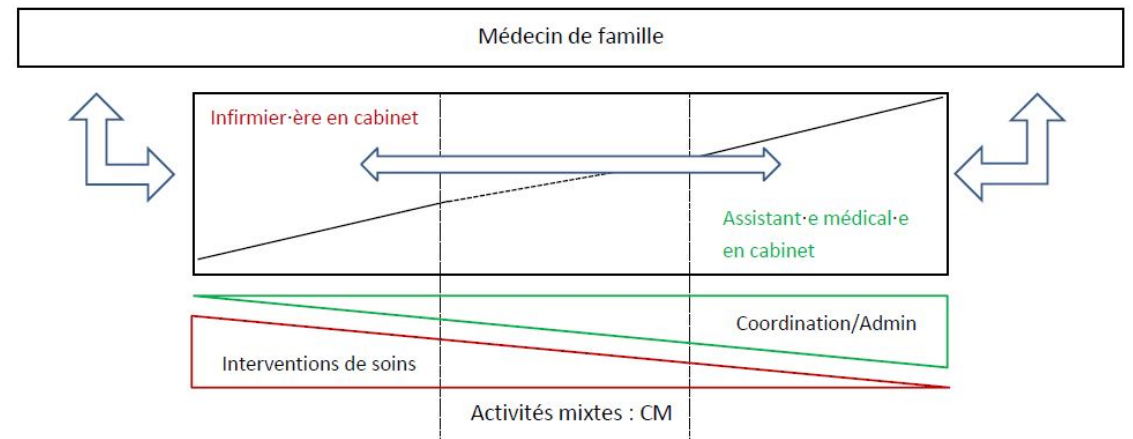
	History	Current State	Vulnerabilities
Biological	Chronicity <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Severity of symptoms <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Complications and life-threat <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	Diagnostic dilemma <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Diagnostic challenge <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Psychological	Restrictions in coping <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Resistance to treatment <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Mental health threat <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	Psychiatric dysfunction <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Psychiatric symptoms <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Social	Restrictions in integration <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Residential instability <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Social vulnerability <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	Social dysfunctioning <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Restrictions of network <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	

Case finding

Caractérisation de la population du cabinet

Gestionnaire de cas (GC)

- Activités mixtes:
 - aspects administratifs de coordination
 - activités de soins: suivi des maladies chroniques stables, réponse à l'urgence, éducation thérapeutique, entretien motivationnel.
- Profil: infirmier-ère comme responsable pour la gestion de cas (IPS quand possible), en équipe avec assistante médicale
 - Fonctionnement en binôme infirmière – assistante médicale possible
- Le GC est autonome et travaille sous la responsable médicale du médecin



Plan de soins individualisé

- Feuille de route facilitant la prise en charge coordonnées des soins
- Flexible et évolutif
- Confidentiel, degré de sécurité adéquat pour la pratique médicale
- Support électronique, imprimable
- Sous la responsabilité du GC
- Prise en considération d'un modèle électronique

PLAN DE SOINS - Données personnelles				Données médicales			Date:	Lien
Nom:	Prénom:			Critères d'inclusion:				
Prénom:	Liste des problèmes de santé, en bref:						Date:	
Genre:								
Adresse:								
N° postal/Lieu:								
N° téléphone:								
E-mail:								
Coordonnées de la personne à contacter si besoin:				Nb de visites/2 ans passés:	Nb hospitalisations:	Nb interventions-a:	Date:	
En cas d'urgence, processus:				Score Intermed:	Lien vers doc Intermed:		Date:	
Données anticipatives/souhaits pour âge avancé:				Plan de traitement, en bref:				Date:
				Observations des professionnel-le-s de la santé:				Date:
				Observations pour les professionnel-le-s de la santé:				Date:
Intervenants				Interventions en cours:				Date:
Nom/Prénom	Téléphone	Coordonnées	Fonction					
CM	ECST	ECST						
H1								
H2								
H3								
Patient-e				Interventions prévues:				Date:
Difficultés:								
Aptitudes:								
Espace pour patient-e:								

Intervention	Intervenant	Observation	Observation 2	Observation 3	Observation 4
Intervention 1	Intervention 1C	01.12.2017	2		
Intervention 2	Intervention 2C	30.12.2017	2		
Intervention 3	Intervention 3C	15.01.2018	2		
Intervention 4	Intervention 4C	15.12.2017	2		
Intervention 5	Intervention 5C	30.01.2018	2		
Intervention 6	Intervention 6C	01.01.2018	2		

Habitudes de vie:	Non	Moyen	Oui
Tobac			
Alcool			
Activité Physique			

Intervention	Intervention 2C	Intervention 3C	Intervention 4C	Intervention 5C	Intervention 6C
Intervention 1					
Intervention 2					
Intervention 3					
Intervention 4					
Intervention 5					
Intervention 6					



Dossier Patient Informatisé

- Valeur ajoutée pour le modèle
- Non indispensable
- Selon les cabinets, le modèle sera intégré au DPI



La mise en œuvre



Conseil
Formation
Suivi avec hotline
Collection des expériences
Liaison entre cabinets (partage des expériences)



Gestion administrative
Gestion opérationnelle
Coordination au cabinet
Soins cliniques simples
Etc.

Projet pilote du modèle dans le Canton de Vaud: le projet MOCCA (Modèle de Coordination dans les Cabinets)

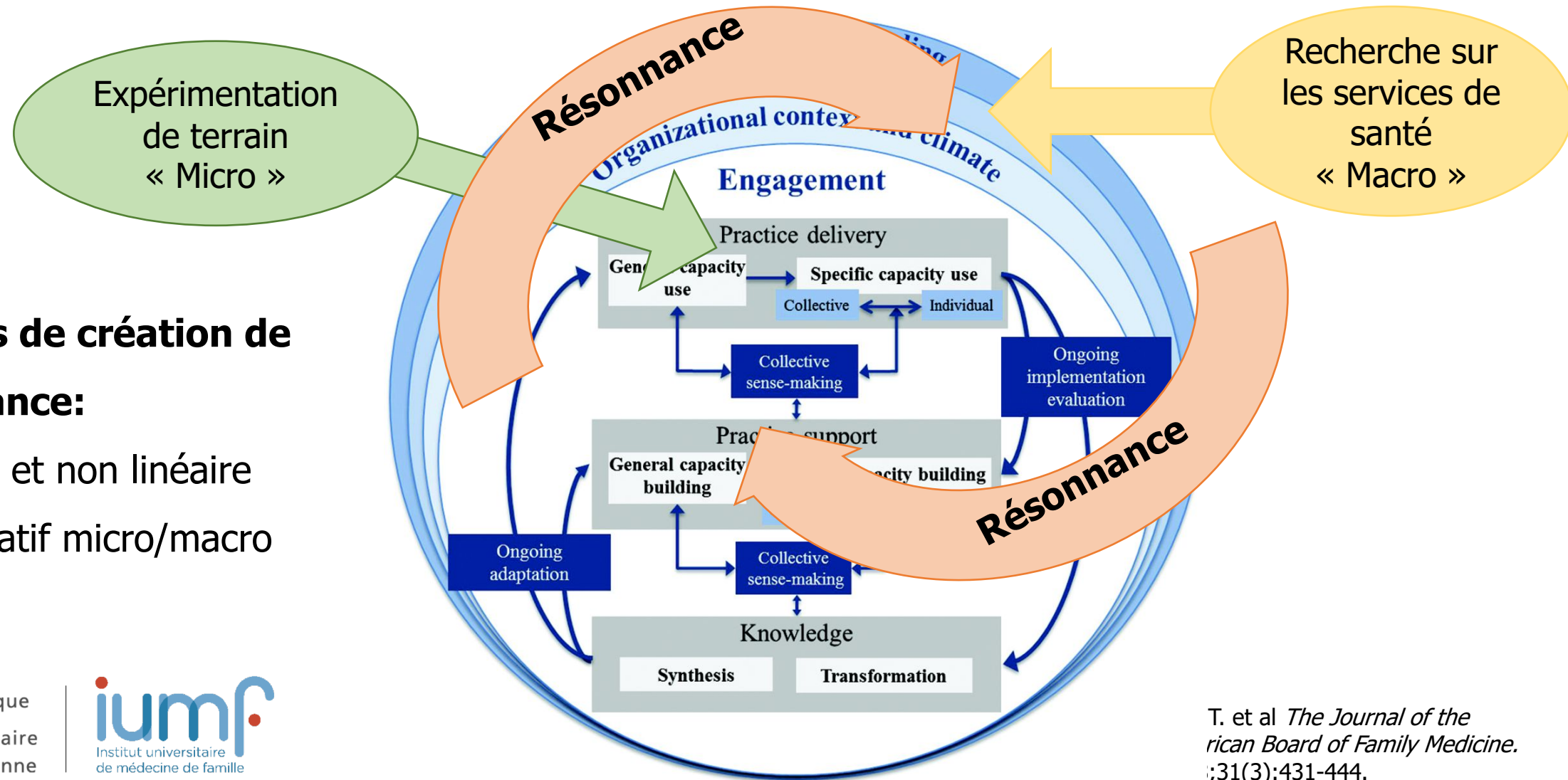
- Une dizaine de cabinets dans le Canton de Vaud
 - Différents types existants: avec et sans infirmière, ville/campagne, grand/petit
- Mise en place du nouveau modèle avec un facilitateur
- Suivi de 2-3 ans
- Gestion et collaboration entre IUMF et SSP (partenariat)
- Collaborations avec d'autres institutions: IUMSP,...
- Evaluation scientifique de l'intervention pilote (indicateurs, évaluations qualitative & quantitative, modélisation financière)



Enjeux du projet

- **Répondre aux besoins sanitaires actuels en soins de premier recours:**
 - Suivi au long cours de patients chroniques
 - Réponse à l'urgence
 - Durabilité dans la système de santé
- **Développement de l'interprofessionnalité en médecine de famille**
- **Partenariat cabinets privés / SSP / Institution académique**
- **Scale-up:** déploiement à large échelle du nouveau modèle dans les cabinets (transformation des pratiques) sur la base de l'expérience pilote
- **Juste équilibre** entre *flexibilité* (adapté on contexte de chaque cabinet) et *uniformité de pratiques* (efficacité)
- **Permettre l'intégration des évolutions technologiques** (DIP,..)
- **Complémentarité du développement:** Soutien à la mise en œuvre par SSP / opérationnalisation et évaluation du modèle dans une perspective « recherche sur l'implémentation » (IUMF)

Comment évaluer ce type d'interventions complexes? Ou comment sortir du paradigme de l'essai clinique randomisé...



Processus de création de connaissance:

- Cyclique et non linéaire
- Collaboratif micro/macro

Table 1 Traditional versus new paradigm approaches to researching health services and systems

	Traditional approach	New paradigm (complexity-informed) approach
Goal of research	Establishing the truth, universal and enduring; finding solutions to well-defined problems	Exploring tensions; generating insights and wisdom; exposing multiple perspectives; viewing complex systems as moving targets
Assumed model of causality	Linear, cause-and-effect causality (perhaps incorporating mediators and moderators)	Emergent causality: multiple interacting influences account for a particular outcome but none can be said to have a fixed 'effect size'
Typical format of research question	"What is the effect size of the intervention on the predefined outcome, and is it statistically significant?"	"What combination of influences has generated this phenomenon? What does the intervention of interest contribute? What happens to the system and its actors if we intervene in a particular way? What are the unintended consequences elsewhere in the system?"
Mode of representation	Attempt to represent research in one authoritative voice	Attempt to illustrate the plurality of voices inherent in the research and phenomena under study
Good research is characterised by	Methodological 'rigour', i.e. strict application of structured and standardised design, conventional approaches to generalisability and validity	Strong theory, flexible methods, pragmatic adaptation to emerging circumstances, contribution to generative learning and theoretical transferability
Purpose of theorising	Disjunctive: simplification and abstraction; breaking problems down into analysable parts	Conjunctive: drawing parts of the problem together to produce a rich, nuanced picture of what is going on and why
Approach to data	Research should continue until data collection is complete	Data will never be complete or perfect; decisions often need to be made in situations of incomplete or contested data
Analytic focus	Dualisms: A versus B; influence of X on Y	Dualities: inter-relationships and dynamic tensions between A, B, C and other emergent aspects

Un (contre-)exemple: l'étude 3D sur la multimorbidité

Etude 3D, Royaume-Uni

Essai clinique randomisé en grappe «pragmatique»

30 cabinets

1500 patients

Intervention complexe basée sur:

- **(Ré)-organisation de la pratique**
- **Revue de patients (médication,..)**
- **Intégration avec les soins secondaires**
- **Intervention pour promouvoir le changement dans l'organisation des cabinets**

Practice-level change

- Flag patients with multimorbidity in electronic medical records system
- Promote continuity of care
- 3D wallet card for patients, naming their responsible doctor
- Encourage patients to ask for 3D review
- Train clinicians and receptionists
- Replace separate disease-focused 3D review
- Interactive 3D electronic data facilitates sharing of information

3D reviews

Nurse review

- Identify the health problems the patient considers most important
- How do these problems affect their life? Pain, function, daily activities, mobility
- Screen for depression and dementia
- Enquire about social situation, carers, and other services involved
- Record routine health parameters: blood pressure, body-mass index, smoking, and alcohol
- Disease-specific questions vary (automated) according to patient's conditions

Reinforcing implementation

- Each practice has a nominated 3D champion to support implementation
- Automated monthly feedback about completion of 3D reviews by comparison with peers
- Financial incentives for completed reviews

Physician review

- Review agenda from nurse consultation and pharmacist recommendations
- Review automated template prompts about guidelines for patient's conditions
- Discuss medication adherence
- Agree most important priorities and goals
- Agree how the doctor can help and how the patient can help themselves
- Agree specific actions and timeline for follow-up
- Print health plan which summarises the review
- Includes clinical findings and test results to enhance shared responsibility

.... Et les résultats publiés en juillet 2018

Qualité de vie ?

Etat de santé auto-rapporté?

Déprescription?

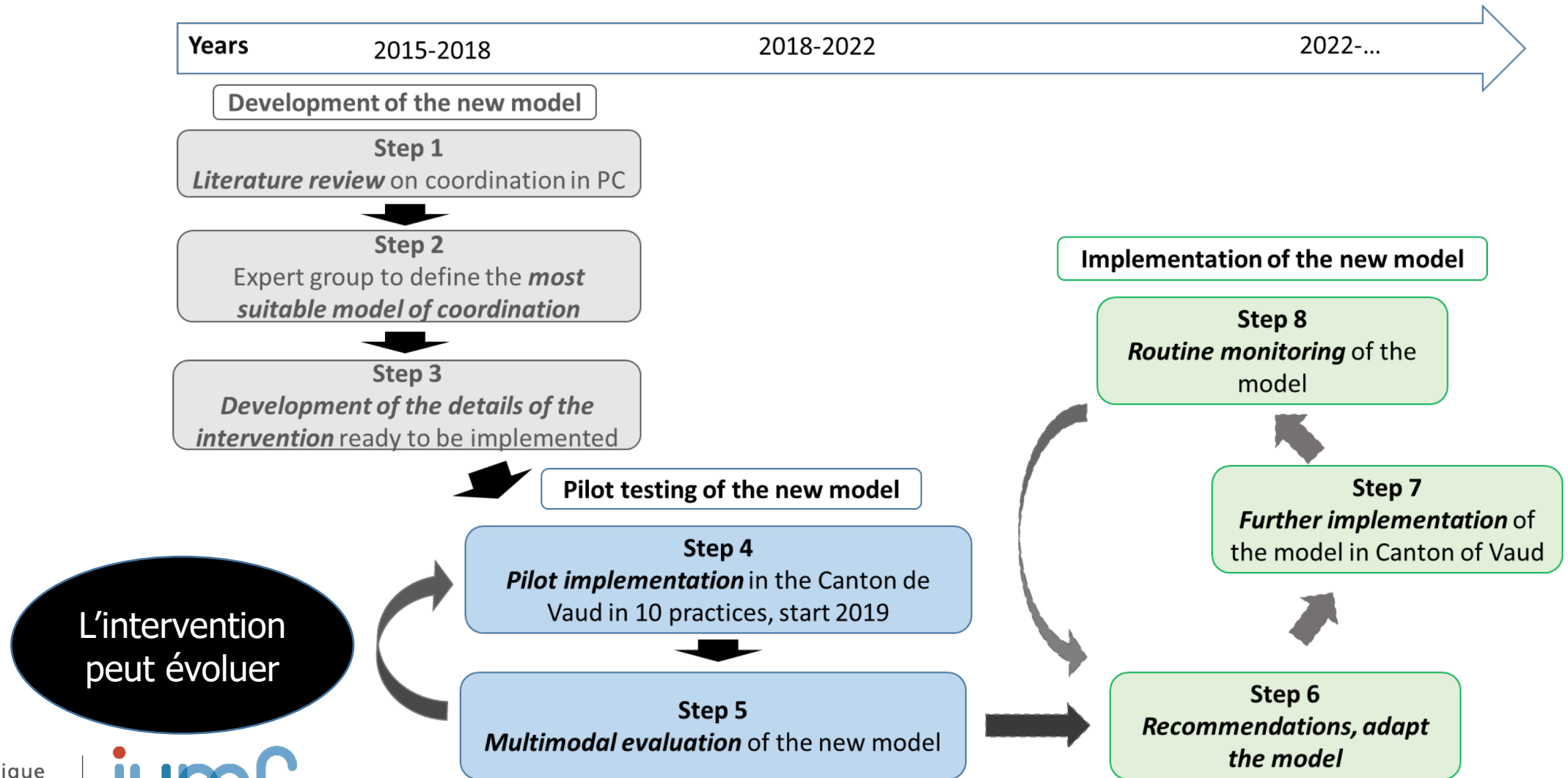
Processus de soins « centré-patient » ?
(continuité, coordination)

Satisfaction ?

	Usual care group (N=749)	Intervention group (N=797)	Adjusted difference in means (95% CI); p value
Primary outcome*			
Unadjusted mean EQ-5D-5L (SE)	0.504 (0.012)	0.533 (0.012)	0.00 (-0.02 to 0.02); p=0.93†
Secondary outcomes			
Illness burden			
Self-rated health of good or better‡	230/631 (36%)	242/642 (38%)	0.84§ (0.67 to 1.05); p=0.13
Mean Burden of Illness (BII) score¶	18.1 (1.2); n=631	16.7 (1.1); n=642	-0.64¶ (-1.54 to 0.27); p=0.17
Mean Patient Health Questionnaire (PHQ) score	16.7 (1.1); n=631	16.5 (1.1); n=642	-0.24¶ (-0.57 to 0.08); p=0.15
Mean Patient Health Questionnaire (PHQ) score	16.7 (1.1); n=631	16.5 (1.1); n=642	-0.01¶ (-0.33 to 0.30); p=0.94
Mean Patient Health Questionnaire (PHQ) score	16.7 (1.1); n=631	16.5 (1.1); n=642	-0.46¶ (-1.78 to 0.86); p=0.49
Mean Patient Health Questionnaire (PHQ) score	16.7 (1.1); n=631	16.5 (1.1); n=642	0.06¶ (-0.05 to 0.17); p=0.27
Mean Patient Health Questionnaire (PHQ) score	16.7 (1.1); n=631	16.5 (1.1); n=642	1.02 (0.97 to 1.06); p=0.46
Mean PACIC score	2.5 (0.9); n=512	2.6 (1.0); n=524	0.29¶ (0.16 to 0.41); p<0.0001
Mean CARE doctor score ²¹	37.5 (10.0); n=601	40.2 (9.7); n=617	1.20¶ (0.28 to 2.13); p=0.0109
Mean CARE nurse score ²¹	38.5 (9.5); n=462	40.8 (8.9); n=535	1.11¶ (0.03 to 2.19); p=0.044
Patients reporting they almost always discuss the problems most important to them in managing their own health‡	153/599 (26%)	256/612 (42%)	1.85§ (1.44 to 2.38); p<0.0001
Patients reporting that support and care is almost always joined-up‡	173/603 (29%)	257/614 (42%)	1.48§ (1.18 to 1.85); p=0.0006
Patients reporting being very satisfied with care‡	236/608 (39%)	345/614 (56%)	1.57§ (1.19 to 2.08); p=0.0014
Patients reporting having a written care plan, health plan, or treatment plan**	91/623(15%)	141/623 (23%)	1.97†† (1.32 to 2.95); p=0.0010

Le lien logique entre interventions complexes dans l'organisation des soins et l'effet sur la santé est complexe!
...que doit-on évaluer?

Développement du projet MOCCA et son évaluation



Matrice d'évaluation de MOCCA

Approche mixte quantitative et qualitative

Objectif 1: évaluation du modèle

- Faisabilité
- Acceptabilité
- Impact
- Efficience / modélisation financière

Objectif 2: durabilité du modèle

- Ressources humaines
- Financière
- Besoins des patients
- Evidence-based care

Domains of the organization of primary care	T0	T1	T2	Data			Data type		Objective 1 Evaluation of the model			Objective 2: Sustainability				
	Before	Follow-up	After	Routine data (practice)	Ad hoc	Existing External	qualitative	quantitative	Feasibility	Acceptability	Impact	Financial modelling	Human resource	Financial	Patients' needs	Evidence based-care
Patients' needs	x	x	x	x				x	x		x	x		x	x	
Organization & structure of PC practices (including costs)																
Human resources & management	x	x	x		x			x	x			x	x	x		
Information systems (incl. Indiv care plan)	x	x	x	x	x			x	x						x	
Patients enrolment	x	x	x	x	x			x	x			x			x	
Work force development						x		x	x			x	x	x		
Facilities & equipment's	x	x	x		x			x	x					x		
Funding & Costs	x	x	x	x		x		x				x		x		
Delivery of care (processes):																
Interpersonal care	x		x		x			x	x						x	
coordination & continuity of care	x	x	x		x			x	x							x
comprehensiveness	x	x	x		x				x						x	x
Interprofessional relationship	x		x		x			x	x						x	
Outcomes																
Satisfaction / experience of care	x		x		x			x		x	x				x	
Health services utilization	x		x	x	x				x		x		x	x	x	x

Conclusions

- La coordination des soins fait l'objet de nombreux travaux de recherche au niveau international, dans un contexte de multiplication des intervenants et de parcours de soins de plus en plus complexes.
- Sur cette base, un modèle ad hoc a été développé dans le Canton de Vaud.
- Une étude pilote d'implantation du modèle et la faisabilité d'une généralisation progressive sera entreprise dans le canton de Vaud dès 2019 dans 10 cabinets.
- Un tel développement n'a de sens que si une évaluation scientifique rigoureuse est menée dans une perspective de recherche en implémentation pragmatique

Une projet récompensé!



Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences

Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften
Académie suisse des sciences humaines et sociales
Accademia svizzera di scienze umane e sociali
Academia svizra da ciencias umanas e sociais
Swiss Academy of Humanities and Social Sciences



Christine Cohidon
Regula Cardinaux
Nicolas Senn

Institut de médecine de famille, PMU, UNIL

Berne, 5 octobre 2018

Prix de l'innovation sanitaire 2018

Une collaboration interprofessionnelle

- L'équipe de recherche
 - Christine Cohidon
 - Regula Cardinaux
 - Nicolas Ochs
 - Jacques Cornuz
 - Céline Braconnier

Membres des groupes de travail d'experts pour l'élaboration du modèle opérationnel :

Groupe « Plan de soins »

<u>Dr. M. Shaha</u> ¹	Infirmière, IUFRS
Mr. C. Berger	Pharmacien en officine, président de la Société Vaudoise des pharmaciens
Dr. S. Jotterand	Médecin de famille indépendant, président des Médecins de Famille Vaud
Mme M. Karlen	Infirmière en soins à domicile, AVASAD
Mme E. Mack	Représentante des patients
Dr. O. Pasche	Médecin de famille indépendant
Mr. C. Rossier	Pharmacien indépendant

Groupe « Gestionnaire de cas »

<u>Prof. P. Bodenmann</u> ¹	Centre des populations vulnérables, PMU
Mr. T. Barez	Responsable clinique RSL
Mme A. Bramaud du Boucheron	Infirmière, gestionnaire de cas en médecine de famille
Mme E. Brantschen	Responsable des assistantes médicales, IUMF
Mme M. Canepa-Allen	Infirmière de recherche, PMU
Dr. N. Jaunin	Médecin de famille indépendante
Mme J. Tena	Responsable d'unité sociale, CHUV

Groupe « Liste de patients »

<u>Prof. N. Senn</u> ¹	Directeur IUMF, Lausanne
Mme S. Francioso	Responsable de la gestion admin. du patient, facturation, PMU
Dr. F. Héritier	Médecin de famille et de l'enfance indépendant
Mme C. Mischel	Assistante médicale en cabinet
Dr. N. Ochs	Médecin de famille indépendant
Prof. A. Oulevey Bachmann	Hes-So, Ecole la Source, Lausanne
Mme G. Romang	Infirmière, gestionnaire de cas en médecine de famille

Groupe « Dossier Patient Informatisé »

<u>Dr. J.G. Jeannot</u> ¹	Médecin de famille indépendant
Mr. J-C. Bessaud	Responsable programme eHealth, service de la santé publique VD
Mme C. Bienvenu	Représentante des patients
Mme E. Brantschen	Responsable des assistantes médicales, IUMF
Mr. R. Gauderon	Expert in sales & business development, Swisscom Health
Dr. B. Pedrazzini	Médecin de famille indépendant

¹ responsable du groupe de travail

Experts internationaux : Prof Catherine Hudon et Prof Mylaine Breton,
Université de Sherbrooke, Québec

*"We need other ways of relating to complexity, other ways for complexity to be accepted, produced, or performed"**

Merci!

