

Mandataire du consortium Lot 1

Antoine Georges-Picot & Mariana Beija

agp@govhe.com

06 07 68 13 86



RAPPORT INTERMEDIAIRE
« CeSOA : Centre de soins ostéoarticulaires ambulatoire »

REES France – Genactis

Référent(s) – LOT1 : Robert Launois, Elise Cabout, Elise Meto REES France –
Myriam Diard, Genactis

Rapport intermédiaire VF – juin 2022

SOMMAIRE

<u>SYNTHESE</u>	4
<u>LISTE DES ACRONYMES</u>	6
<u>LISTE DES TABLEAUX</u>	7
<u>LISTE DES FIGURES</u>	7
<u>1 PRESENTATION SYNTHETIQUE</u>	8
<u>2 CONTEXTE</u>	10
2.1 UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE	10
2.1.1 INCIDENCE DES MALADIES OSTEO-ARTICULAIRES EN ÎLE-DE-FRANCE	10
2.1.2 OFFRE HOSPITALIERE EN ÎLE-DE-FRANCE	11
2.1.3 DEMOGRAPHIE MEDICALE ET PARAMEDICALE EN ÎLE-DE-FRANCE.	11
2.2 DYSFONCTIONNEMENTS DU SYSTEME	13
<u>3 LA LONGUE MARCHÉ DES PROMOTEURS</u>	15
3.1 PREMIERES INITIATIVES	15
3.2 NEGOCIATION D'UN PARTENARIAT AVEC LA MGEN	15
3.2.1 SCENARIO N° 1 : ETABLISSEMENT DE SANTE AUTONOME	16
3.2.2 SCENARIO N° 2 : CENTRE AMBULATOIRE SPECIALISE	16
3.2.3 STRUCTURE JURIDIQUE ADOPTEE	17
3.3 AUTORISATION DE LA PREMIERE EXPERIMENTATION FRANCILIENNE « ARTICLE 51 »	17
<u>4 CADRE EVALUATIF</u>	18
4.1 QUESTIONS EVALUATIVES	18
4.2 METHODOLOGIE MIXTE	19
4.3 SPECIFICITE DES ENTRETIENS REALISTES	20
4.3.1 CHRONOLOGIE	20
4.3.2 METHODOLOGIE	20
4.3.3 METHODES D'ANALYSE DES ENTRETIENS	21
4.4 INFORMATIONS RESTANTES A RECUEILLIR	22
<u>5 FAISABILITE</u>	23
5.1 DANS QUELLE MESURE L'ENVIRONNEMENT A-T-IL ETE FAVORABLE A LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF ?	23
5.1.1 MONTEE EN PUISSANCE DES INCLUSIONS	23
5.1.2 STRUCTURE DES PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE	25
5.1.3 RYTHME DE RECRUTEMENT DES MEDECINS CORRESPONDANTS	25
5.1.4 STRATEGIE DE COMMUNICATION DE CeSOA	26
5.1.5 LES RESSORTS CACHES DU CHANGEMENT	27

5.2	DANS QUELLE MESURE LE DISPOSITIF A-T-IL EU LA CAPACITE DE REpondre A LA DEMANDE?	30
5.2.1	LOCAUX ET EQUIPEMENT	30
5.2.2	MEMBRES FONDATEURS DE L'EXPERIMENTATION	31
5.2.3	ACTIVITE DES RHUMATOLOGUES	32
5.2.4	RECRUTEMENT ET STABILITE DES EQUIPES	33
5.2.5	UNE GAMME D'OFFRE DE SERVICES ETENDUE	35
5.2.6	ORGANISATION DU PARCOURS DU PATIENT	36
5.2.7	LOGICIEL, SYSTEME D'INFORMATION	38
6	<u>EFFICACITE</u>	38
6.1	DANS QUELLE MESURE L'EXPERIMENTATION A-T-ELLE RENFORCE LA COORDINATION ENTRE LES PROFESSIONNELS ET AMELIORE LEUR PRATIQUE ?	38
6.1.1	ACTIVITES PAR CATEGORIE PROFESSIONNELLE	38
6.1.2	UNE COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE INTERNE INFORMELLE	40
6.1.3	UNE COORDINATION EXTERNE A CONSOLIDER	41
6.2	DANS QUELLE MESURE L'EXPERIMENTATION A-T-ELLE AMELIORE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ?	42
7	<u>EFFICIENCE</u>	45
7.1	DANS QUELLE MESURE L'EXPERIMENTATION A-T-ELLE AMELIORE LA PERTINENCE DES SOINS ?	45
7.1.1	AMELIORATION DE LA PERTINENCE DES SOINS	45
7.1.2	REPERCUSSIONS DU PAIEMENT FORFAITAIRE	46
7.1.3	RENFORCEMENT DE L'EFFICIENCE DES DEPENSES	47
7.2	DANS QUELLE MESURE L'EXPERIMENTATION A-T-ELLE PERMIS DE REDUIRE LES DEPENSES ?	50
8	<u>CONCLUSION</u>	54

Synthèse

Le centre CeSOA a été créé pour apporter une réponse aux besoins de santé de l'Île-de-France en matière de prise en charge des pathologies ostéo-articulaires, en accord avec le plan régional de santé 2018-2022 de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France et en cohérence avec la stratégie de la Mutualité Générale de l'Éducation Nationale (MGEN). L'offre hospitalière en matière de bilans ou d'orientations ne répondait pas toujours aux besoins au moment même où une baisse démographique de l'offre libérale était constatée. Les médecins traitants de leur côté avaient et ont toujours un besoin de soutien spécialisé dans la prise en charge de ces pathologies. Contrairement à l'hôpital, la prise en charge des patients par CeSOA devait être pour ses promoteurs, personnalisée en fonction de la nature des besoins individuels et à l'inverse de ce qui se passait jusqu'alors dans le cadre de la médecine conventionnelle, elle devait s'exercer en un seul lieu et en respectant l'unité de temps qui était celle de la demie-journée, mettant ainsi fin aux prises en charge balkanisées caractérisant le système actuel.

La méthodologie d'évaluation adoptée repose sur une évaluation mixte qui comporte à la fois un suivi rapproché de la montée en puissance de l'expérimentation et une analyse du comportement et des réactions des acteurs en fonction du contexte dans lequel ils sont immergés, mettant en pratique les principes de l'évaluation réaliste. Une immersion sur site et des entretiens qualitatifs approfondis ont été menés auprès des équipes du CeSOA et des médecins adresseurs pour mettre en œuvre cette démarche innovante de l'évaluation.

Un premier bilan dressé à mi-parcours dans le cadre du rapport intermédiaire a permis d'identifier les difficultés rencontrées, les avancées obtenues et les efforts à déployer pour l'année à venir.

Le recrutement des patients s'est avéré plus difficile que prévu du fait de la pandémie, des difficultés à recruter certaines catégories de professionnels paramédicaux et de l'absence d'une politique active de communication au moment du lancement. Le recrutement de la patientèle a ainsi reposé, pendant quelques mois, essentiellement sur les demandes de prise en charge par le centre que les membres fondateurs de l'expérimentation s'adressaient en définitive à eux-mêmes. La situation s'est depuis améliorée. Aujourd'hui le ratio évolue favorablement, avec un plus grand nombre de patients adressés par des médecins externes au centre, notamment des médecins généralistes. La coordination avec ces nouveaux interlocuteurs demeure toutefois, selon nous, insuffisante. Le système d'information en place a été une autre source de difficultés pour le centre CeSOA. Le logiciel, initialement utilisé, était un logiciel hospitalier mal adapté à une prise en charge pluriprofessionnelle ambulatoire. L'installation d'un nouveau SI est opérationnel depuis mars 2022, ce qui permettra de fluidifier la prise en charge des patients et d'améliorer la communication entre les membres de l'équipe de soins.

Tous les intervenants que nous avons interrogés ont jugé que les bénéfices d'une approche intégrée de la maladie avaient été incontestables pour les patients :

- L'unité de temps a permis aux patients d'éviter de prendre de multiples rendez-vous pour réaliser des examens et consulter des professionnels comme c'est actuellement le cas. Le fait de rencontrer l'ensemble des professionnels concernés en une seule fois leur donnait de surcroît le sentiment d'être écoutés et ils quittaient le centre en étant rassurés sur l'évolution de leur maladie.
- L'unité de lieu a également facilité les échanges entre les professionnels de santé, ce qui leur a permis de recouper leurs interrogatoires et d'avoir une vue d'ensemble de la pathologie à prendre en charge.
- L'accès à une équipe pluridisciplinaire et spécialisée dans les troubles rhumatologiques a limité l'errance thérapeutique et elle a contribué à rassurer à la fois le patient et le médecin traitant qui lui avait conseillé de prendre contact avec le centre.

L'amélioration de la stratégie de communication et de la coordination avec les médecins adresseurs apparaît comme un facteur clé du succès ou de l'échec de l'expérimentation :

- Certains adresseurs souhaiteraient être plus souvent consultés dans la mise en place du traitement de leur patient, et avoir plus d'échanges avec les rhumatologues de CESOA au cours du suivi de celui-ci.
- Certains adresseurs souhaiteraient plus de communication sur les examens réalisés avec leur patient et plus de retour sur l'éducation thérapeutique et le plan personnalisé de soin remis au patient.
- Les rhumatologues du centre souhaiteraient de leur côté se voir adresser que des patients n'ayant pas bénéficié antérieurement de prise en charge spécialisée afin d'éviter la répétition d'examens inutiles.

Liste des acronymes

ALD : Affection Longue Durée
APA : Activités Physiques Adaptées
ARS : Agence Régionale de Santé
CA : Chiffre d’Affaires
CeSOA : Centre de Soins Ostéo-Articulaires
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNAMTS : Caisse nationale d’Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
DGOS : Direction Générale de l’Offre de Soins
EAPA : Enseignante Activités Physiques Adaptées
EBE : Excédent brut d’Exploitation
EDS : Épisode de Soins
ERM : Électroradiologie Médicale
ESPIC : Etablissement de Santé Privé d’Intérêt Collectif
ESPS : Enquête Santé et Protection Sociale
ETP : Équivalent Temps Plein
FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d’Aide à la Personne privés non lucratifs
FIR : Fonds d’Investissement Régional
FISS : Fond pour l’Innovation du Système de Santé
HDJ : Hospitalisation de Jour
IDE : Infirmier Diplômé d’État
IdF : Île de France
MG : Médecin généraliste
MGEN : Mutuelle Générale de L’Éducation Nationale
SCIC : Société coopérative d’intérêt collectif

Liste des tableaux

Tableau 1 : Offre des rhumatologues en Île-de-France	12
Tableau 2 : Nombre de patients pris en charge au CeSOa en 2020 et 2021	23
Tableau 3 : Répartition des patients par type d'adresseurs en 2021	26
Tableau 4 : Réactions des acteurs et construction des hypothèses pour l'effet attendu n°1	27
Tableau 5 : Description de l'activité des rhumatologues du centre	31
Tableau 6 : Constitution de l'équipe du CeSOA par date.....	34
Tableau 7 : Nombre de rendez-vous par type de professionnel de l'équipe du CeSOA en 2020 et 2021	39
Tableau 8 : Réactions des acteurs et construction des hypothèses pour l'effet attendu n°2.....	41
Tableau 9 : Réactions des acteurs et construction des hypothèses pour l'effet attendu n°3.....	42
Tableau 10 : Réactions des acteurs et construction des hypothèses pour l'effet attendu n°4.....	45
Tableau 11 : Réactions des acteurs et construction des hypothèses pour l'effet attendu n°5.....	47
Tableau 12 : Prévision du résultat courant sur les 3 années d'expérimentation	51
Tableau 13 : Nombre de forfaits réalisés et validés pour l'année 2020 et 2021	52
Tableau 14 : Description des charges de l'activité 2020 et 2021	52
Tableau 15 : Comparaison des coûts entre les prévisions et les réalisations pour 2020 et 2021	53

Liste des figures

Figure 1 : Centres Hospitaliers Régionaux et Hôpitaux locaux en Île-de-France	11
Figure 2 : Schéma d'évolution du système de santé	13
Figure 3 : Parcours de soins non optimal antérieur au CeSOA	14
Figure 4 : Répartition des scénarios de prise en charge en 2020 et 2021	25
Figure 5 : Schéma des locaux du CeSOA	31
Figure 6 : Parcours du patient au sein du CeSOA	37
Figure 7 : Activités des rhumatologues sur l'année 2021	33

1 Présentation synthétique

Titre de l'expérimentation	Projet d'organisation de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des pathologies ostéo-articulaires.
Porteur(s)	Mutualité Générale de l'Éducation Nationale (MGEN)
Partenaire(s)	8 médecins libéraux et hospitaliers spécialisés en rhumatologie
Territoire(s) concerné(s)	Toute la région Île-de-France Régions limitrophes : <ul style="list-style-type: none"> ◆ Grand Est : Aube, Marne ◆ Bourgogne : Yonne ◆ Centre : Loiret, Eure-et-Loire ◆ Normandie : Eure ◆ Hauts-de-France : Oise, Aisne
Nature du projet	Régional et Interrégional
Public cible et volumétrie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lombalgie aiguë : patients présentant un échec de traitement de première intention dans les cas des lomboradiculalgies aiguës supérieures à 1 mois et inférieures à 3 mois 2. Lombalgie chronique 3. Ostéoporose fracturée ou complexe 4. Rhumatisme inflammatoire récent ou besoin d'un second avis (spondylarthrite ou polyarthrite rhumatoïde) 5. Rhumatisme inflammatoire nécessitant une initiation de biothérapie 6. Douleur de genou ou de hanche avec inefficacité d'un premier traitement 7. Pathologie ostéo-articulaire complexe 8. Prise en charge des patients en urgence non programmée <p>La volumétrie est de 3 600 patients par an en routine à partir de la deuxième année.</p>
Professionnels de santé et structures impliqués	La structure est le centre de soins ostéo-articulaires ambulatoire (CeSOA). Les professionnels de santé impliqués sont : <ul style="list-style-type: none"> ◆ Rhumatologue ◆ Infirmier diplômé d'État ◆ Masseur Kinésithérapeute ◆ Manipulateur radio ◆ Ergothérapeute ◆ Orthopédique
Objectifs principaux	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Améliorer le parcours de soins des patients souffrant de pathologies rhumatismales ◆ Apporter une solution à la diminution du nombre de professionnels de santé ◆ Assurer une prise en charge efficiente de ces maladies chroniques (via une amélioration de l'accès aux soins et une optimisation de la

	pertinence des soins, un accompagnement à la bonne observance et la prévention des complications)
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Réduire les délais d'accès à la spécialité ◆ Proposer un accès à une équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle ◆ Rendre le patient acteur de son parcours ◆ Outiller les médecins traitants de PPS leur permettant d'optimiser le suivi de leurs patients et ainsi optimiser la coordination entre acteurs ◆ Améliorer la pertinence des actes.
Coûts prévus	FISS : 4 817 052 €
	FIR : 74 150 €
Dates de début	Arrêté : 12 juillet 2019
	Première inclusion : 9 janvier 2020
Durée	3 ans

Le centre de soins ostéo-articulaires ambulatoire (CeSOA) est un prestataire de service, qui occupera dans le système de soins une position particulière située à mi-chemin entre la consultation « de ville » et l'hospitalisation de jour. L'accès en est facilité par l'absence de reste à charge, et la présence d'une équipe spécialisée et pluridisciplinaire disponible sur un seul lieu et dans un espace-temps clairement défini.

Ce centre est localisé uniquement rue de Vaugirard dans le 15^{ème} arrondissement de Paris au sein d'un centre de santé de la MGEN. L'accès aux services du CeSOA est ouvert à tous les patients d'Île-de-France, mais également à ceux des régions limitrophes du Grand Est (Aube, Marne), de la Bourgogne (Yonne), du Centre (Loiret, Eure-et-Loir), de la Normandie (Eure) ou encore des Hauts-de-France (Oise et Aisne). L'équipe pluriprofessionnelle est composée de 10 médecins rhumatologues, une secrétaire, une infirmière, un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un enseignement d'activité physique adaptée et un manipulateur radiologique.

La population cible est constituée de personnes atteintes de pathologies ostéo-articulaires et plus particulièrement celles qui sont atteintes de lombalgie aiguë/chronique, de polyarthrite rhumatoïde, d'arthrose et d'ostéoporose. Les patients en urgence non programmés sont également pris en charge. Les patients sont répartis selon 8 scénarios :

- Scénario 1 : Lombalgies aiguës, lombalgie et lomboradiculalgie chroniques
- Scénario 2 : Bilan rhumatisme inflammatoire récent
- Scénario 3 : Mise en place de biothérapie
- Scénario 4 : Revue annuelle d'un patient sous biothérapie et/ou prise en charge des comorbidités
- Scénario 5 : Ostéoporose complexe et tassement vertébral
- Scénario 6 : Gonarthrose / Coxarthrose
- Scénario 7 : Bilan d'une pathologie complexe des membres
- Scénario 8 : Urgences

La prise en charge financière des patients lors de leur passage dans le centre expert CeSOA repose sur le versement d'un forfait unique. Ce forfait couvre les actes intellectuels, les gestes techniques et les prestations complémentaires réalisées lors du passage du patient une seule fois dans le centre.

2 Contexte

2.1 Un enjeu de santé publique

Les maladies ostéo-articulaires représentent 50% des maladies chroniques après 65 ans. Les maladies du système ostéo-articulaire forment un groupe relativement hétérogène, regroupant plus de 150 affections de l'appareil locomoteur. Les affections ostéo-articulaires englobent des pathologies qui touchent :

- Les articulations comme l'arthrose, la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrite psoriasique, la goutte, la spondylarthrite ankylosante ;
- Les os, comme l'ostéoporose, l'ostéopénie et les fractures dues à la fragilité osseuse, les fractures d'origine traumatique ;
- Les muscles, comme la sarcopénie ;
- Le dos, comme les dorsalgies et les cervicalgies.

Certaines sont liées au vieillissement physiologique, qui se traduit par une usure des corps. C'est le cas de l'ostéoporose ou de l'arthrose. On estime que 40% des femmes de plus de 50 ans feront une fracture ostéoporotique.

D'autres sont de nature inflammatoire et peuvent survenir après une fragilisation du système osseux ou articulaire. Les rhumatismes inflammatoires chroniques touchent entre 500 000 et 1 000 000 de personnes en France, à tous les âges de la vie. Par ailleurs, dans le cadre des problématiques liées à la santé au travail, les reconnaissances de troubles musculosquelettiques en tant que maladies professionnelles se sont accrues.

Certaines pathologies ostéo-articulaires sont reconnues comme affection de longue durée (ALD) : la polyarthrite rhumatoïde grave, la scoliose structurale évolutive, la spondylarthrite ankylosante.

La prévalence et l'incidence de ces affections en font un enjeu de santé publique. En effet, l'augmentation de l'espérance de vie et des comportements à risque (consommation de tabac et d'alcool) entraînent une hausse du nombre des personnes atteintes des pathologies ostéo-articulaires. Ces dernières constituent un fardeau économique pour notre système de santé aussi bien qu'un fardeau social. Ces pathologies, difficiles à repérer, peuvent entraîner des répercussions sur l'état psychologique et la qualité de vie des personnes affectées : douleurs chroniques, perte d'autonomie et, à plus ou moins long terme, répercussion sur la vie professionnelle. Le coût pour la société est également important à la fois pour l'Assurance Maladie et les patients (coût des traitements, coûts des différents examens et actes médicaux et indemnités journalières d'arrêt de travail versées)

2.1.1 Incidence des maladies ostéo-articulaires en Île-de-France

La demande de soins ostéo-articulaires est importante en Île-de-France. En effet, appliquée à la population d'Île-de-France, la prévalence moyenne des principales affections ostéo-articulaires permet d'identifier une patientèle potentielle de :

- 71 400 patients pour la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante, dont 13 500 en ce qui concerne le territoire de Paris ;
- 195 000 patients pour l'ostéoporose susceptible d'être à l'origine de fractures dont 37 000 à Paris ;
- 2 000 000 de patients souffrant d'arthrose dont 380 000 à Paris.

Soit un total de 2 266 400 patients potentiels en Île-de-France, dont 430 500, à Paris.

Actuellement, les patients qui souffrent de pathologies rhumatismales font l'objet d'un suivi en ville d'une part (médecin traitant, rhumatologue libéral, prestations d'imagerie médicale, consommation de médicaments anti-inflammatoires courants, séances de kinésithérapie), et d'autre part d'un suivi en hospitalisation de jour pour les cas les plus lourds ou à l'occasion de prise en charge ponctuelle (diagnostic, crise inflammatoire, traitement par administration de biothérapies par intraveineuse, etc).

2.1.2 Offre hospitalière en Île-de-France

L'offre en hôpital de jour est assez développée et reconnue en Île-de-France. Parmi les 40 meilleurs hôpitaux de France, les huit principaux hôpitaux de jour (HDJ) sont situés en région parisienne tels que les HDJ du Centre Hospitalier Lariboisière (75) de la Pitié Salpêtrière (75), des CH de Cochin (75), Bichat (75), Henri Mondor (94), Poissy (78), Victor Dupuy (95), Kremlin-Bicêtre (94).

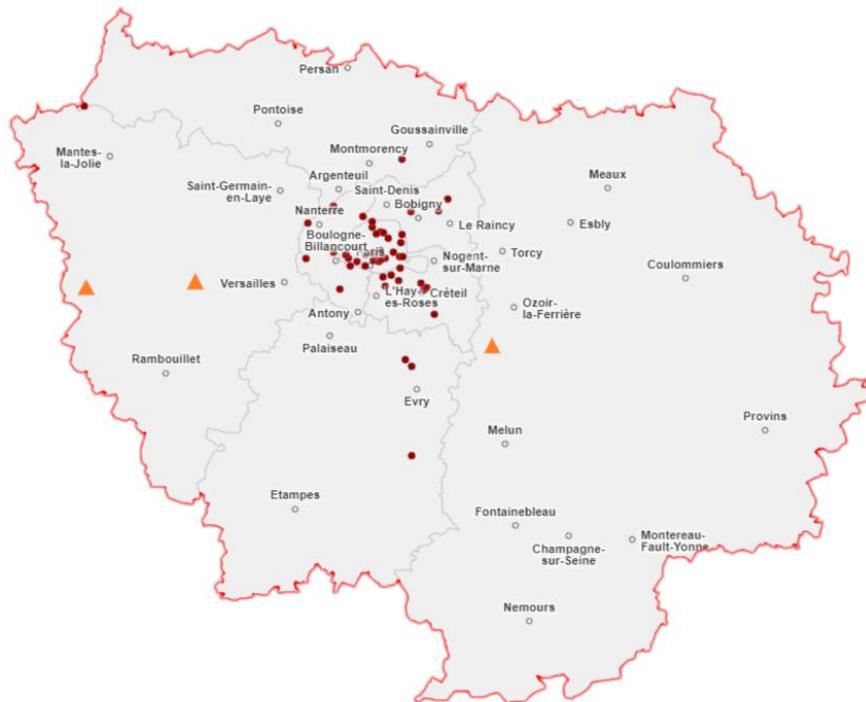


Figure 1 : Centres Hospitaliers Régionaux et Hôpitaux locaux en Île-de-France

2.1.3 Démographie médicale et paramédicale en Île-de-France.

Les acteurs concernés par les maladies ostéo-articulaires sont principalement les médecins spécialistes en rhumatologie, en rééducation fonctionnelle (libéraux et hospitaliers), en chirurgie orthopédique, les médecins généralistes libéraux, ainsi que les masseurs-kinésithérapeutes, et les ergothérapeutes. Les ostéopathes (non-médecins et non-masseurs-kinésithérapeutes) ne sont pas recensés dans le cadre des professions de santé réglementées. Il existe plusieurs associations susceptibles d'apporter des informations et un soutien aux malades. Le nombre de médecins généralistes et de médecins rhumatologues est assez important, à hauteur respectivement de 9211 et 434 médecins (2016). Mais, la substitution des hospitalisations de jour vers des consultations médicales en ville rend les parcours plus complexes et non optimaux.

Les rhumatologues libéraux en Île-de-France représentent environ 12% de l'ensemble des rhumatologues libéraux en France. Les rhumatologues salariés, quant à eux, représentent environ 27% des rhumatologues salariés français. Cependant, cette offre de rhumatologues libéraux ou salariés est principalement concentrée sur le seul département de Paris avec respectivement 30% et 49% des rhumatologues de la région.

En comparaison avec la moyenne des départements français, les départements de l'Île-de-France ont une offre de soins en rhumatologie tout à fait correcte. Cependant, une offre conséquente en rhumatologie n'est pas suffisante pour avoir un parcours structuré autour des pathologies ostéo-articulaires. Le principal étant la coordination des professionnels entre eux.

Tableau 1 : Offre des rhumatologues en Île-de-France

Départements	Rhumatologues libéraux	Rhumatologues salariés
Île-de-France	102	243
<i>Seine et Marne (77)</i>	7	8
<i>Essonne (91)</i>	10	7
<i>Yvelines (78)</i>	15	5
<i>Val-d'Oise (95)</i>	6	14
<i>Seine-Saint-Denis (93)</i>	9	19
<i>Val-de-Marne (94)</i>	12	40
<i>Hauts-de-Seine (92)</i>	13	31
<i>Paris (75)</i>	30	119
Départements limitrophes	58	37
<i>Oise (60 – Hauts-de-France)</i>	2	1
<i>Aisne (01 – Hauts-de-France)</i>	7	3
<i>Aube (10 – Grand Est)</i>	30	4
<i>Marne (51 – Grand Est)</i>	2	12
<i>Yonne (89 – Bourgogne)</i>	8	1
<i>Loiret (45 – Centre)</i>	0	10
<i>Eure-et-Loir (28 – Centre)</i>	5	1
<i>Eure (27 – Normandie)</i>	4	5
Total 16 départements	160	280
France	855	915
Moyenne dpt français	8	9

2.2 Dysfonctionnements du système

Un des problèmes auxquels notre système doit aujourd'hui faire face est lié à la diminution du nombre des rhumatologues en exercice depuis dix ans. On comptait près de 1 175 rhumatologues libéraux en 2010 contre 855 en 2021. (Source CNOM). Le second problème est associé à la remise en cause de l'hospitalisation de jour. (Figure 2)

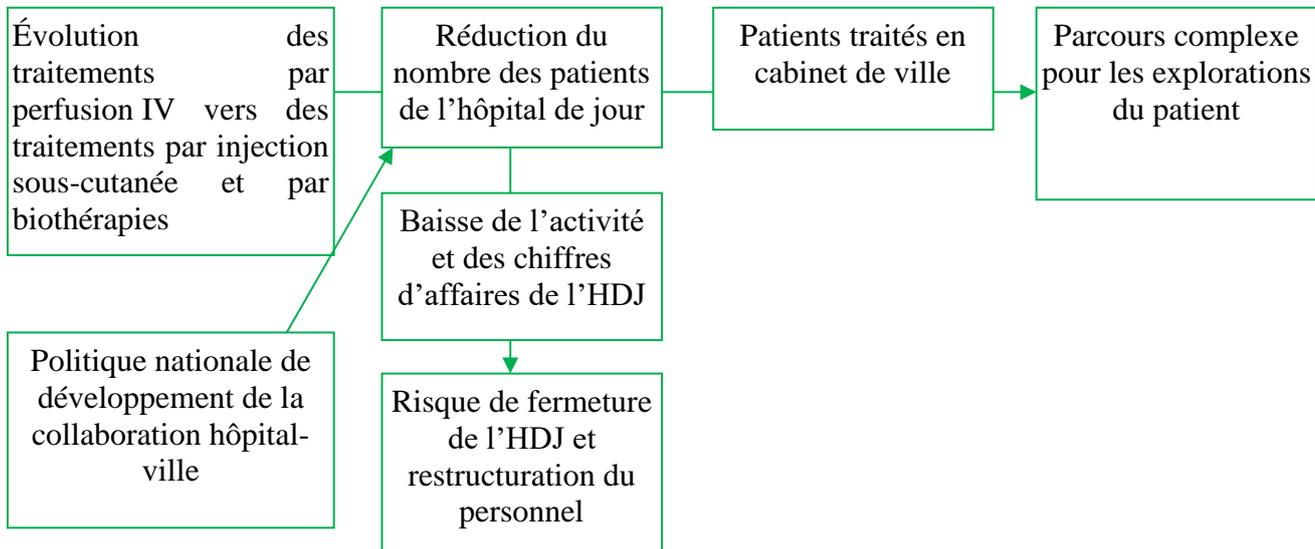


Figure 2 : Schéma d'évolution du système de santé

Le parcours de soins des patients atteints d'affections ostéo-articulaires demeure complexe et non optimal. Les patients sont victimes de ruptures de prise en charge qui allongent les délais de diagnostic tout en multipliant les coûts par des actes inutiles ou répétés. En outre, l'accès à des avis spécialisés en rhumatologie peut être difficile selon le lieu de résidence et le recours à une consultation hospitalière ou à une hospitalisation de jour ne s'avère pas toujours justifié. L'offre hospitalière en matière de bilan ou d'orientation n'étant pas toujours adaptée, les médecins traitants ont besoin de soutien spécialisé dans la prise en charge de ces pathologies. La figure ci-dessous montre qu'un patient doit attendre entre 1 mois et 6 mois en moyenne pour être soigné.

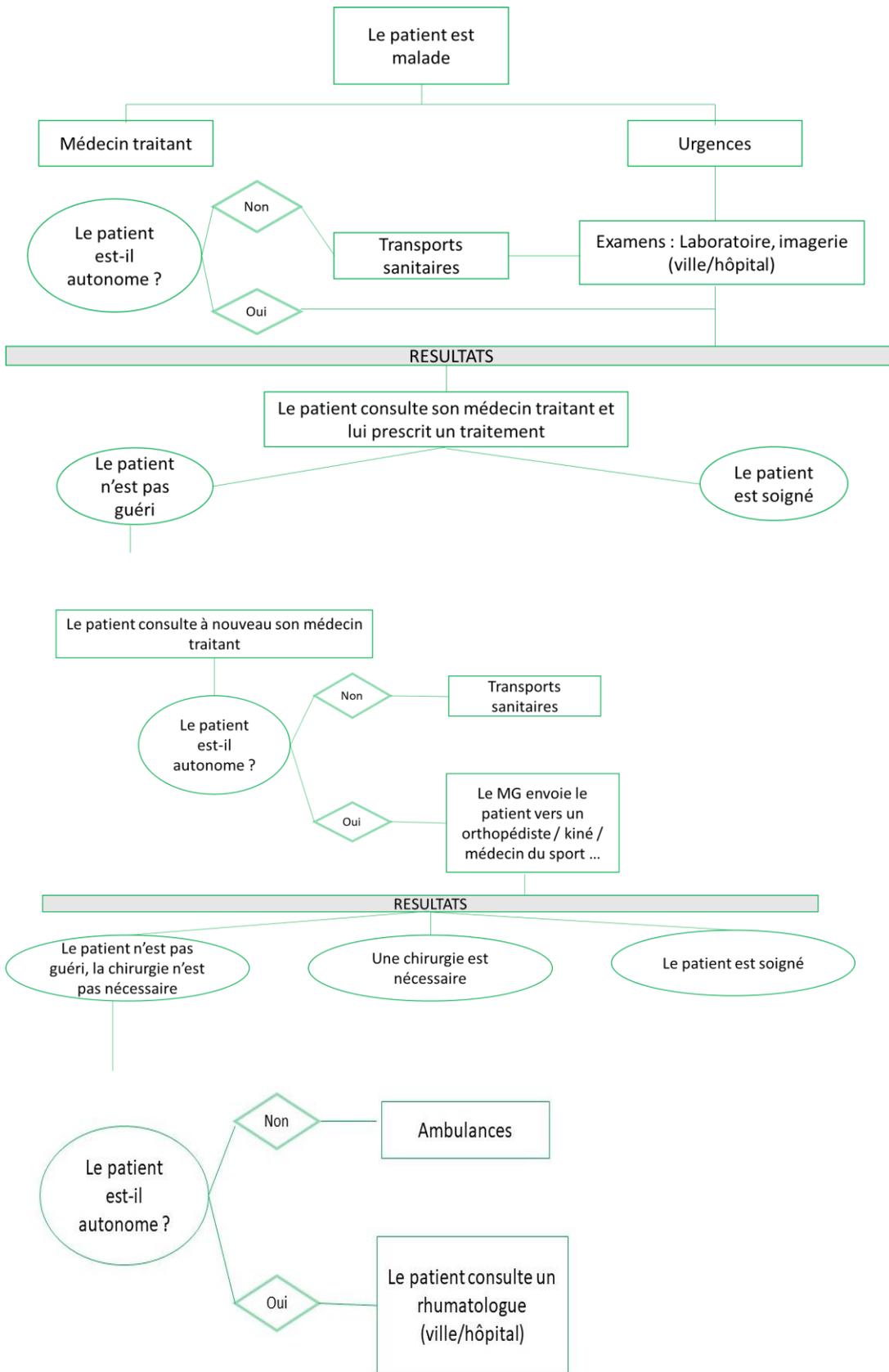


Figure 3 : Parcours de soins non optimal antérieur au CeSOA

3 La longue marche des promoteurs

3.1 Premières initiatives

En juin 2012, confronté à une offre de soins inadaptée (adressage hospitalier inadapté, errance de diagnostic en ville), le Dr Christophe Hudry adresse une lettre à Madame Marisol Touraine, alors ministre de la Santé, lui exposant les difficultés rencontrées dans le traitement des maladies ostéo-articulaires et la solution qu'il propose : la création d'un centre de soins ostéo-articulaire permettant de simplifier le parcours de soins et d'assurer une véritable interface ville-hôpital. Sans réponse de la part de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), le Dr Hudry sollicite le mois suivant l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France (ARS d'IdF) pour lui présenter son projet. Il considère que les objectifs de l'ARS concernant le développement de l'offre de soins ambulatoires, les accords de financement et les locaux disponibles dans la région sont en alignement avec son projet. L'ARS reconnaît également que le projet du Centre de soins ostéo-articulaires (CeSOA) s'inscrit dans sa démarche.

Le Dr Hudry se lance ainsi à « la chasse » aux locaux et au financement. Il est rejoint par plusieurs médecins. Après plusieurs rencontres et visites, aucune proposition permettant le déploiement du centre ne lui semble concrète. En 2015, le Dr Hudry rencontre le Directeur Médical de l'Institut Mutualiste Montsouris qui l'oriente vers la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN) où il visite un de leurs locaux vacants (le site Paris Vaugirard). Le réseau de rhumatologues et la MGEN entament des discussions sur une possible expérimentation du centre.

Le Dr Hudry se tourne à nouveau vers l'ARS pour leur faire part des prémices de l'expérimentation. Les services de l'ARS IdF ont validé l'intérêt du projet et offert leur appui à la suite de ce projet d'expérimentation. Néanmoins, la mise en œuvre de cette dernière ne pouvait être supportée entièrement par l'ARS qui a suggéré de porter le dossier au niveau de la DGOS et de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) pour valider le statut juridique le plus approprié et pour confirmer les hypothèses de financement discutées avec la MGEN.

En retour, la DGOS a déclaré qu'il n'y aurait pour le moment de leur côté aucun développement. Les relations se compliquent donc avec la MGEN, voyant que les contacts pris n'ont pas permis d'obtenir un cadre de mise en œuvre expérimental. Elle annonce que si aucun avancement n'est constaté avant 2017, elle serait contrainte de ne pas poursuivre l'accompagnement du projet. Ce n'est qu'en 2018, après rendez-vous avec la CNAMTS, que le projet est relancé avec le développement des expérimentations au titre de l'article 51. Le 17 avril 2019, le projet est retenu.

3.2 Négociation d'un partenariat avec la MGEN

Les rencontres entre le Dr Hudry et la MGEN entre 2015 et 2016 ont permis de réfléchir aux modalités juridiques et économiques que pourrait emprunter le CeSOA.

L'objectif du centre était de proposer à moindre coût une prise en charge globale (consultation, examens complémentaires, délivrance de soins), sur un même site, de patients souffrant d'affections ostéo-articulaires.

Le Dr Hudry a défendu son projet en avançant que le centre serait une structure hybride mettant en œuvre les actes et les consultations pratiqués en médecine de ville, mais avec une unité de temps, de lieu et d'équipe s'apparentant davantage à une structure d'hospitalisation de jour.

Ce dernier veut obtenir de la part des autorités de tutelle la reconnaissance du statut d'établissement de santé (EDS) ou l'adossement à un établissement de santé pour que les professionnels du centre puissent prescrire certains traitements qui de par la loi ne peuvent être administrés que dans ce type de structure ; la mise en place au titre expérimental d'un forfait spécifique se substituant à « la somme des consultations et actes techniques qui seraient facturés pour le même parcours en médecine de ville, mais distinct également de ce qui existe dans la grille de tarification à l'activité, pour l'hospitalisation de jour en rhumatologie ». Ce forfait permettrait une diminution des coûts directs de prise en charge d'un patient et des coûts indirects liés à l'aggravation de la maladie en raison d'une prise en charge non optimale a priori.

Le caractère hybride du centre a amené le Dr Hudry et la MGEN, entre 2015 et 2016, à réfléchir au montage juridique et financier que pourrait prendre le CeSOA. Deux scénarii ont été discutés et comparés :

- 1) La création du CeSOA sous forme d'établissement de santé autonome, de type Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC), géré par la MGEN et employant des professionnels salariés (y compris les médecins)
- 2) La création du CeSOA sous forme d'une structure d'exercice regroupée (de type Maison de santé), en co-gestion entre la MGEN, les médecins libéraux y étant payés à l'acte et les professionnels assurant les services supports y étant salariés (accueil, prise en charge paramédicale).

3.2.1 Scenario n° 1 : établissement de santé autonome

Comme précisé plus haut, le CeSOA nécessite une autorisation en tant qu'EDS (ou l'adossement à un EDS) pour la prescription de certains traitements. Il est naturellement envisageable d'attribuer au CeSOA le statut d'EDS autonome de type ESPIC, à l'instar des deux autres établissements déjà gérés par le groupe MGEN. Le montage juridique et financier est assez simple et les bénéfices reviennent à la seule personne morale gestionnaire. Le risque est néanmoins concentré sur une seule entité et la place des médecins dans la gouvernance est assez limitée.

Les professionnels de santé impliqués dans le CeSOA en seraient salariés. Les effectifs nécessaires au fonctionnement du CeSOA ont été calculés pour les cinq années et seraient pour la dernière année au nombre de 26. Il s'agit principalement de cadres administratifs, de secrétaires médicales, de médecins rhumatologues, de médecins radiologues, de manipulateurs radio, d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes. Les effectifs et leurs traductions en Équivalents Temps Plein (ETP) ont permis de calculer un coût prévisionnel de la masse salariale (établis sur la base des effectifs des EDS MGEN). Au cours de la dernière année de l'expérimentation, celui-ci s'élève à 1 272 579 €. Le statut de salarié répond aux demandes a priori des médecins à l'origine du projet et facilite pour l'employeur la gestion des horaires des salariés. Les limites qui ont été avancées sont que les salariés n'ont aucun intérêt financier au développement du centre, et que le coût du licenciement en cas d'échec de l'expérimentation peut être très élevé. Les recettes étant versées directement au CeSOA, le budget d'exploitation prévisionnel du CeSOA n'atteindrait l'équilibre économique qu'en fin d'expérimentation. L'intérêt serait donc de prolonger l'expérimentation au-delà des 5 ans afin de couvrir les pertes engendrées les 4 premières années. Néanmoins, des économies pourraient être envisagées pour améliorer ces résultats si le CeSOA et le Centre Médical et Dentaire mutualisaient leur service de radiologie.

3.2.2 Scenario n° 2 : centre ambulatoire spécialisé

Le CeSOA, de par sa taille moyenne n'avait pas la possibilité de couvrir l'ensemble des charges de fonctionnement induites par la création d'un établissement de santé. En revanche son activité aurait pu être assimilée à celle d'un hôpital de jour dans lequel les interventions des professionnels médicaux auraient pu faire l'objet d'une tarification CCAM ou 3C tandis que celles des paramédicaux auraient été prises en charge sous la forme d'un paiement forfaitaire du type « GHS dit intermédiaire » avec ou sans dénombrement de leurs interventions.

Les médecins qui auraient travaillé dans ce cadre au sein de CeSOA auraient eu un mode d'exercice libéral au sein du CeSOA qui se serait appuyé sur les équipements et les paramédicaux mis à disposition par le centre. Au total dans le cas de ce scénario, le nombre de professionnels à recruter pour les cinq années à venir aurait atteint 31 personnes avec un coût de la masse salariale (calculé à partir de la convention des cabinets médicaux) variant entre 218 000 € et 362 434 € de la première à la dernière année d'expérimentation. Les recettes du centre auraient été perçues par les médecins libéraux dont une partie aurait fait l'objet d'un reversement sous forme de redevance au gestionnaire du CeSOA pour couvrir l'intégralité des coûts de fonctionnement du centre.

La forme juridique la plus adaptée qui a été un moment envisagée était celle d'une société coopérative d'intérêt collectif (SCIC). Ce statut aurait permis de procéder au partage de la gouvernance du centre entre les médecins libéraux, les salariés du centre et le groupe MGEN. Les médecins libéraux se partageant les

recettes produites par les forfaits de prise en charge auraient alors été directement intéressés au développement du dispositif. La contribution économique de la SCIC à la MGEN aurait été quant à elle plus réduite. Jusqu'alors, le statut du groupe MGEN ne lui permettait pas d'adopter un statut d'exercice groupé. Pour autant, il aurait été indispensable de pouvoir intégrer au sein de la SCIC un statut de SEL (Société d'exercice libéral) pour que les médecins libéraux puissent se partager le fruit de leur activité. Faute de pouvoir le faire compte tenu du montant maximal des participations autorisées pour les non-médecins, le montage juridique et financier aurait été très difficile et il fut abandonné.

La prescription des anti-TNF alpha posait d'emblée un autre problème puisque la réglementation exigeait que ces traitements soient administrés en milieu hospitalier. Une des solutions avancées pour le surmonter aurait été de passer un accord de partenariat avec un établissement MGEN ayant déjà l'autorisation de pratiquer de telles prescriptions. Dans ce scénario, le budget d'exploitation prévisionnel aurait dû être à l'équilibre dès la première année. De surcroît, de grands doutes subsistaient sur la nature juridique des relations financières entre les médecins libéraux et le centre CESOA et sur la validité aux yeux de l'ARS de l'artifice juridique sur lequel toute l'opération proposée reposait.

Bien que ces premières analyses sur la soutenabilité économique du CeSOA n'aient pas permis à la DGOS et la CNAM de se positionner favorablement, elles ont constitué une grande avancée dans la concrétisation du centre et elles ont permis de consolider et de valider le dossier d'expérimentation en vue de l'article 51.

3.2.3 Structure juridique adoptée

Les premiers pourparlers entre le Dr Hudry et la MGEN ont permis de mettre en lumière les avantages et inconvénients des différents cadres juridiques et financiers envisageables pour mettre sur pied le centre CeSOA. Finalement, un accord a été trouvé entre les parties prenantes sur le statut juridique de CESOA. Il a été décidé d'en faire un établissement de santé autonome où des médecins installés en libéral seront salariés au titre de l'activité qu'ils exercent dans le cadre CeSOA.

La MGEN a, par ailleurs, alloué 300 000 € pour adapter et rénover les locaux. Le matériel d'examens est loué pour éviter une surcharge financière. Le mode de financement retenu déroge aux règles de tarification de droit commun, avec un forfait de 310 € sans reste à charge par patient.

3.3 Autorisation de la première expérimentation francilienne « Article 51 »

Avant tout, les négociations avec la MGEN ont permis d'établir les conditions générales d'exploitation du CeSOA. Le centre serait ouvert 5 jours sur 7 par semaine, soit un total de 45 semaines par an, dont 50 heures de présence du personnel pour 40 heures d'ouverture au public par semaine. La montée en charge du dispositif devait se faire initialement sur 5 ans et il devait prendre en charge près de 7600 patients durant cette période. Un calcul des investissements avait également été réalisé : la surface nécessaire pour que le centre dispose de locaux adaptés à été estimée à 275 m² et les coûts correspondants équipements compris s'élevaient à 615 800 €. Une première réflexion de mutualisation a vu le jour avec le Centre Médical et Dentaire de la MGEN, situé à la même adresse, pour dégager des économies sur l'achat d'une ostéodensitométrie. L'ensemble de ces investissements devrait être amorti sur 5 ans, durée prévisionnelle de l'expérimentation du CeSOA. En outre, un coût de maintenance des équipements a été estimé sur les cinq années de l'expérimentation. Il s'élève au total à 533 260 €. A ces charges prévisionnelles s'ajouteraient un coût de loyer et des charges locatives estimés à 135 000 € si le CeSOA était hébergé dans les locaux du site de Paris Vaugirard. La mise en place d'un forfait de prise en charge d'une valeur de 299 € a été calculée permettant de financer chaque passage au CeSOA. Ce forfait comprendrait l'accueil, l'entretien infirmier, les bandelettes urinaires et les examens radiologiques, les consultations et actes de rhumatologie, les actes de kinésithérapie, et la séance d'éducation thérapeutique éventuelle. Au bout de la cinquième année d'expérimentation, les recettes prévisionnelles s'élèvent à 2 270 531 €.

L'ARS IDF a autorisé le 31 juillet la première expérimentation francilienne au titre de l'article de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 sur les innovations : le centre CeSOA. L'expérimentation, d'une durée de 3 ans, est portée à la fois par la MGEN et un collectif de professionnels de santé poursuivant

les mêmes objectifs qu'en 2016 : la création d'un centre de soins ostéo-articulaires en ambulatoire proposant une organisation de prise en charge innovante et coordonnée entre les acteurs de la prise en charge en ville et à l'hôpital. Selon Aurélien Rousseau, Directeur Général de l'ARS IdF, « l'ARS œuvre concrètement avec CeSOA et la MGEN à la mise en place d'une organisation innovante pour la prise en charge et le suivi des pathologies ostéo-articulaires, en proposant un accès facilité, pluriprofessionnel et sans reste à charge, dans une unité de lieu et de temps ». Ce centre sera implanté au sein du centre de santé de la MGEN rue de Vaugirard, dans le 15^{ème} arrondissement de Paris.

4 Cadre évaluatif

L'objectif du centre de soins ostéo-articulaires en ambulatoire était de proposer à un moindre coût à des patients souffrant de pathologies rhumatismales une prise en charge globale de leur pathologie, sur un même site. Les patients pourront bénéficier lors de leur venue au centre d'une consultation avec un rhumatologue, d'examens complémentaires, de soins et, si nécessaire d'une éducation thérapeutique. Il se voulait être un prestataire de service qui occuperait dans le système de soins une position particulière située à mi-chemin entre la consultation « de ville » et l'hospitalisation de jour. L'accès devait en être facilité par l'absence de reste à charge et la présence d'une équipe spécialisée et pluridisciplinaire sur un seul lieu et dans un espace-temps clairement défini.

Les effets attendus par les porteurs de l'expérimentation s'inscrivaient dans les 4 axes stratégiques définis par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) (faisabilité, efficacité, efficience et reproductibilité) auxquels ils faisaient écho dans leurs propositions et par rapport auxquels deux critères opérationnels propres à chaque dimension ont été définis par les acteurs de terrain afin de leur donner un contenu plus spécifique¹. Les orientations stratégiques étaient les suivantes :

- Démontrer la faisabilité d'une prise en charge intégrée des pathologies ostéo-articulaires en ville ;
- Améliorer l'efficacité et la qualité des soins en se plaçant du point de vue de l'utilisateur ;
- Réaliser des gains d'efficience ;
- Vérifier la transposabilité de l'expérimentation.

La combinaison des orientations stratégiques données par les référents nationaux ou régionaux avec les propositions opérationnelles émanant du terrain, est à l'origine des 8 questions évaluatives que nous proposons pour étudier les résultats de l'expérimentation²

4.1 Questions évaluatives

- Faisabilité d'une prise en charge intégrée en médecine de ville
 - (Q1) : Dans quelle mesure l'environnement a-t-il été réceptif à la mise en place du dispositif.
 - (Q2) dans quelle mesure le dispositif a-t-il été capable de répondre à la demande ?
- Amélioration de l'efficacité et de la qualité des soins
 - (Q3) : Dans quelle mesure l'expérimentation a-t-elle renforcé la coordination entre les professionnels et amélioré leurs pratiques ?
 - (Q4) : Dans quelle mesure l'expérimentation a-t-elle amélioré la prise en charge des patients ?

² Les objectifs opérationnels n'avaient pas été définis sous cette forme par les porteurs du projet. Ils ont été déduits des effets attendus par les dirigeants de CeSOA de l'expérimentation et regroupés en 2 catégories par l'évaluateur externe qui les a rattachés intuitivement à chacune des orientations stratégiques définies a priori par les référents nationaux et régionaux

- Amélioration de l'efficacité de la dépense
 - (Q5) : Dans quelle mesure l'expérimentation a-t-elle amélioré la pertinence des soins?
 - (Q6) : Dans quelle mesure l'expérimentation permet-elle de réduire les dépenses ?
- Transposabilité de l'expérimentation dans d'autres contextes
 - (Q7) : Quelles sont les spécificités de l'expérimentation ?
 - (Q8) : Dans quelle mesure l'expérimentation est-elle transposable?

4.2 Méthodologie mixte

À la suite de la rédaction du protocole d'évaluation validé par la Cellule Évaluation de l'équipe Article 51, une méthodologie mixte d'évaluation, qualitative-quantitative, a été mise en place combinant le suivi quantitatif de la montée en puissance du dispositif et l'analyse du rôle clé que jouent les acteurs dans le processus de changement.

Pour étudier comment les différents éléments de l'expérimentation étaient censés fonctionner, il convenait d'en analyser les composantes en détaillant les interventions (I) sur lesquelles elle reposait, dans quel contexte (C) elle s'était déroulée, quels en avaient été les acteurs (A) et comment leurs réactions (R) avaient déclenché (ou non) les mécanismes générateurs de changement qui ont été (ou non) les effets (E) observés.

L'identification des configurations possibles de ces interactions que nous désignerons désormais par l'acronyme ICARE a été au cœur des entretiens qualitatifs réalistes approfondis auxquels nous avons procédé. Ils nous ont permis de comprendre les conditions sous lesquelles le potentiel de changement dont l'expérimentation était porteuse pouvait ou non être mobilisé par les acteurs.

Pour l'évaluation intermédiaire, il était prévu une immersion sur site et la mise en œuvre de deux vagues d'entretiens qualitatifs auprès des professionnels du centre, des médecins adresseurs et des patients, suivies d'une analyse des transcrits pour identifier les hypothèses sous-jacentes à l'expérimentation.

La première immersion sur site a été réalisée le 16 juin 2021. Son objectif était d'observer et suivre le parcours un jour donné d'un/ou de plusieurs patient(s) volontaire(s) à l'occasion de leur prise en charge par le centre CeSOA, mais en l'absence de l'accord CNIL, ce suivi des entretiens avec les soignants n'a pas été possible. Aucune donnée patiente individuelle, qualitative ou quantitative, n'a donc été utilisée dans ce rapport. En revanche, la visite sur site nous a permis d'observer l'organisation générale du Centre de Soins Ostéo-Articulaires en Ambulatoire (CeSOA), et de rencontrer les différents professionnels de santé et paramédicaux afin de mieux comprendre leur rôle respectif.

En termes quantitatifs, les analyses du rapport intermédiaire ont été réalisées sur des données agrégées dans la mesure où l'accès aux données individuelles n'était pas possible en raison de l'absence d'un accord CNIL. Ces données agrégées sont issues des rapports d'activité et d'étape du CeSOA. Cependant nous avons eu à notre disposition des données globales sur l'année 2020 et des données mensuelles sur l'année 2021, uniquement pour les mois de mai, juillet, août, septembre et octobre 2021. Le rapport d'étape de l'année 2021 nous a permis d'avoir quelques données supplémentaires pour les mois de janvier à avril, juin et de novembre et décembre 2021.

Des données complètes sur l'année 2021 auraient permis d'avoir deux années entières de prise en charge dans l'expérimentation. Du fait du manque de personnel en fin d'année 2021 et début 2022, ces données n'ont pas pu nous être transmises. Les données comptables du CeSOA pour l'année 2020 et 2021 ont également été mises à notre disposition.

Le nouveau cahier des charges prenant en compte les nouveaux objectifs d'inclusion du CeSOA et ainsi que le nouveau modèle économique du fonctionnement de CeSOA publié le 10 février 2022 nous a été transmis le 22 mars 2022.

4.3 Spécificité des entretiens réalistes

4.3.1 Chronologie

Une première phase d'entretiens réalistes a été conduite du 9 septembre au 29 octobre 2021 auprès des professionnels du CeSOA et des médecins adresseurs. L'objectif de recrutement pour les entretiens qualitatifs de la première phase était de 6 professionnels du CeSOA, 10 médecins adresseurs, et 10 patients. Au total, sept membres du CeSOA (professionnels de santé et membre de la MGEN) et six médecins adresseurs (quatre rhumatologues et deux médecins généralistes) ont pu être interrogés. Les entretiens avec les patients n'ont pas pu être réalisés du fait de l'absence de l'accord CNIL. Le recrutement des adresseurs a été également difficile, seuls 6 sur les 10 entretiens ont pu être réalisés.

L'application de la RGDP exigeait que les correspondants de CeSOA soient informés par un mail de CeSOA qu'ils feraient l'objet d'une demande d'entretien de la part des évaluateurs. La messagerie sécurisée dont disposait CeSOA aurait pu être mobilisée à cet effet, mais le temps nécessaire à sa mise en œuvre a été jugé excessif par les porteurs de l'expérimentation qui nous ont demandé d'effectuer nous-mêmes ce travail en contradiction totale avec la réglementation existante. Ce que nous avons refusé de faire.

Le but de ces entretiens était de faire émerger les hypothèses de construction de l'expérimentation à travers le ressenti et l'expérience des personnes interrogées.

4.3.2 Méthodologie

La méthodologie réaliste du changement s'attache à identifier auprès des différents acteurs de l'expérimentation les a priori qu'ils avaient en tête en la lançant, explicitant ainsi les effets qu'ils attendaient de la mise en œuvre du programme, comment ils pensaient pouvoir les obtenir, au bénéfice de qui et dans quelles circonstances.

Dans ce cadre, une recherche documentaire et des discussions préalables avec les porteurs de projet nous ont permis d'identifier 5 effets attendus de l'implémentation du centre CeSOA qui ont été évalués auprès des membres de CeSOA et de médecins adresseurs au cours d'entretiens qualitatifs d'une heure.

Les effets attendus suivants ont été identifiés :

Effet attendu 1 : **Acceptation du dispositif par l'environnement.** L'ensemble des parties prenantes : médecins traitants, médecins spécialistes, patients, etc. ont accepté le nouveau modèle de parcours de soins qu'offre CeSOA (le centre CeSOA a suscité l'intérêt chez les patients, chez les médecins qui les ont adressés à CeSOA et qui suivent le plan de soins qui leur a été communiqué par le centre expert)

Effet attendu 2 : **Renforcement des coordinations.** Le parcours CeSOA permet de renforcer les coordinations et d'améliorer les pratiques (second avis d'un spécialiste, bilan réalisé en une seule fois et en un seul lieu, coordination entre les différents niveaux de recours)

Effet attendu 3 : **Amélioration des prises en charge.** Le parcours CeSOA améliore la prise en charge des patients (accès rapide à une équipe pluridisciplinaire sans reste à charge, éducation thérapeutique, plan personnalisé de soins)

Effet attendu 4 : **Structuration de la pertinence des soins.** Le parcours CeSOA améliore la pertinence des soins (réunions et visites éducatives, recommandations de bonnes pratiques, dépistage des comorbidités et prévention des complications entre professionnels)

Effet attendu 5 : **Accroissement de l'efficacité des dépenses.** Le parcours CeSOA réduit les dépenses liées à la prise en charge des patients (diminution du recours aux soins secondaires et aux hospitalisations, prescription de biosimilaire, réduction des actes d'imageries et de transports sanitaires).

Orientations stratégiques	Critères opérationnels	Questions évaluatives	Actions à déployer	Effets attendus
Démontrer la faisabilité d'une prise en charge intégrée en ville	Rechercher les opportunités et les contraintes liées à l'environnement	Dans quelle mesure l'environnement a-t-il été réceptif à la mise en place du dispositif ?	<ul style="list-style-type: none"> Historique de l'expérimentation Bilan de l'état des lieux médical Etat des relations conventionnelles secteur IJL, OPTAM Description de la population cible 	Acceptation par l'environnement de l'expérimentation
	Analyser les capacités internes à susciter à la demande et à y répondre	Dans quelle mesure le dispositif a-t-il la capacité à susciter la demande et de pouvoir y répondre ?	<ul style="list-style-type: none"> Organisation parcours des patients dans CeSOA Réalisation de supports de communication Enquêtes satisfaction des usagers et des correspondants Organisation des plannings, parcours de soins 	Démonstration de la capacité du dispositif à susciter la demande et à y faire face
Améliorer l'efficacité et la qualité des soins en se plaçant du point de vue de l'usager	Renforcer la coordination et les pratiques professionnelles	Dans quelle mesure l'expérimentation a-t-elle renforcé la coordination entre les professionnels et amélioré leur pratique ?	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement des capacités des usagers et des PS Définition des séquences de soins pluriprofessionnels Diffusion des recommandations de bonnes pratiques Fluidification des parcours de soins 	Renforcement des coordinations et des pratiques : (1) Second avis d'un spécialiste; (2) bilan réalisé en une seule fois et un seul lieu; (3) coordination entre les différents niveaux de recours
	Améliorer la prise en charge des usagers	Dans quelle mesure l'expérimentation a-t-elle amélioré la prise en charge des patients ?	<ul style="list-style-type: none"> Réduction de l'errance thérapeutique, rapidité du txt Identification des comorbidités Administration des questionnaires PROM Prise en compte de l'expérience patient 	Amélioration du service rendu aux usagers : (1) Accès rapide à une équipe pluridisciplinaire sans RAC; (2) ETP initié avec programme thérapeutique; (3) plan personnalisé de soins
Assurer une prise en charge efficiente des troubles ostéoarticulaires	Améliorer la pertinence des soins	Dans quelle mesure l'expérimentation a-t-elle amélioré la pertinence des soins ?	<ul style="list-style-type: none"> Définition des critères d'inclusion et non inclusion Définition du contenu des protocoles de soins Rédaction des plans de soins personnalisés Formation des professionnels 	Amélioration de la pertinence des soins : (1) Réunions et visites éducatives; (2) recommandations de bonnes pratiques; (3) dépistage des comorbidités et prévention des complications; (4) paiement au forfait
	Renforcer l'efficacité des dépenses de santé	Dans quelle mesure l'expérimentation permet-elle de réduire les dépenses de santé ?	<ul style="list-style-type: none"> # consultations hors centre expert p/r valeurs initiales # exploration en ambulatoire p/r valeurs initiales # hospitalisation de jour par cause ostéoarticulaire # prescriptions biosimilaires sous cutanés 	Renforcement de l'efficacité des dépenses : (1) Diminution du recours aux soins secondaires et aux hospitalisations; (2) généralisation de la prescription des biosimilaires; (3) réduction des actes d'imageries et des transports sanitaires
Vérifier que l'intervention est transposable dans un autre contexte	Identifier les caractéristiques spécifiques de l'intervention	Quelles sont les spécificités de l'expérimentation ?	<ul style="list-style-type: none"> Caractérisation des profils des patients Caractérisation des médecins correspondants Caractérisation de l'organisation 	Démonstration de la transposabilité
	Identifier les liens de cause à effets entre l'expérimentation et les résultats obtenus	Dans quelle mesure l'expérimentation est-elle transposable ?	<ul style="list-style-type: none"> Redéfinition des critères d'inclusion Définition des recommandations de bonnes pratiques 	

Figure 4 : Emboîtement des problématiques

C'est l'objet même de l'évaluation que de soumettre ces hypothèses à l'épreuve du jugement des parties prenantes en les interrogeant sur la plausibilité qu'elles leur accordent et sur les chances qu'elles se concrétisent sur le terrain. Cette analyse va permettre d'identifier les points faibles et les points forts des hypothèses adoptées sur le fonctionnement anticipé de l'expérimentation.

4.3.3 Méthodes d'analyse des entretiens

Dans un premier temps les Verbatim des personnes interrogées ont été recodés en Icare en ICARE pour expliciter les hypothèses initiales sur lesquelles reposait le projet d'expérimentation. Les hypothèses que nous avons mises à jour ont été présentées et dans la seconde vague d'entretiens aux différentes parties prenantes pour qu'elles les enrichissent ou les contestent. De l'analyse des verbatim à la formulation des hypothèses, il y a plusieurs étapes :

- Les effets attendus de l'expérimentation sont rappelés aux personnes interviewées et puis celles-ci sont interrogées pour savoir si elles ont les mêmes opinions en partage.
- Les réponses sont analysées à la lumière des composantes de l'acronyme ICARE pour expliciter les interrelations qui existent entre elles pour chacun des effets attendus.
- Les visions sous-jacentes sur l'avenir de l'expérimentation sont alors standardisées sous forme d'hypothèses en ayant recours à la même formule générique « Si... Alors... Car » pour écrire leur énoncé. Naturellement les individus n'utilisent pas exactement les mêmes mots pour décrire une situation, mais certains verbatim reflètent une idée similaire. La formulation des hypothèses est donc plus universelle que ne l'étaient les paroles des personnes interrogées et leur libellé est le même, quelles que soient les parties prenantes, lorsqu'elles sont le reflet d'une idée sous-jacente identique.

- Une fois que l'on a identifié pour chaque répondant et chaque effet, les hypothèses qui reflètent au mieux ce qu'ils pensent de l'expérimentation, on compte le nombre de leurs apparitions. Les hypothèses qui sont le plus souvent citées sont celles qui seront mises à l'épreuve dans la prochaine vague d'interviews.

Exemple de verbatim recodés en ICARE pour la formulation d'hypothèse :

- Effets testés : Effet attendu 1 : l'ensemble des parties prenantes, médecins traitants, médecins spécialistes, patients, etc. ont accepté le nouveau modèle de parcours de soins qu'offre CeSOA [Le centre CeSOA a suscité l'intérêt chez les patients, chez les médecins qui les ont adressés à Ceso et qui suivent le plan de soins qui leur a été communiqué par le centre expert]
- Verbatim : ITW 3 – Ergothérapeute CeSOA: « Et puis bah ça arrive très rarement, mais de temps en temps, un patient qui refuse après une consultation médicale. Il a fait le parcours, on va dire initial par exemple faire une radio, voir l'infirmière, voir le médecin et refuse pour le coup de voir un autre professionnel alors que le médecin pense que ce serait nécessaire. Donc pour certains, c'est par manque de temps, pour d'autres parce qu'ils n'ont pas envie. Enfin voilà, on sait que certains c'est parce qu'ils doivent partir, ils ont prévu un train, etc »
- Recodage en ICARE :
Faute de temps et d'intérêt (R), les patients (A) refusent de consulter un professionnel (E) de santé après avoir fait le parcours initial (radio, voir l'infirmière, voir le médecin) (C).
- Hypothèse : « Si les patients n'ont pas compris leur parcours à leur arrivée dans le centre, alors ils peuvent renonce à des consultations, car ils n'en voient pas l'intérêt, ou ils ont des contraintes de temps ».

Une seconde suite d'entretiens permettra alors de valider, d'enrichir et de critiquer les hypothèses initiales. La finalité de cette approche rétrospective n'est pas d'explorer les changements qui apparaissent au cours du temps dans les expériences vécues par les participants de l'étude, mais d'enrichir les connaissances de l'évaluateur sur le cadre conceptuel présidant à l'expérimentation.

4.4 Informations restantes à recueillir

En raison du manque de données quantitatives et qualitatives, notamment sur les données patients et d'efficacité, le rapport final permettra de répondre plus précisément aux questions évaluatives. La réalisation de la troisième phase de l'analyse réaliste permettra de tester et de valider les hypothèses de l'expérimentation CeSOA ; et l'accès aux données individuelles qui sera bientôt autorisé par l'accord CNIL rendront possible l'évaluation fine des données d'efficacité et d'efficience.

La deuxième vague d'entretiens a été réalisée et elle a rencontré les mêmes difficultés de mise en place que la précédente et pour les mêmes raisons, aussi bien pour interviewer les membres de l'équipe des porteurs du projet que pour organiser les entretiens avec les médecins adresseurs. Paradoxalement, aucun de nos contacts avec les membres de l'équipe projet, n'a permis de mettre en place les entretiens que nous souhaitions réaliser avec eux, le personnel étant accaparé par d'autres tâches. Au total, quatre entretiens seulement ont pu être réalisés avec seulement les correspondants médicaux du centre CESOA

La seconde immersion sur site, qui fera l'objet d'un suivi des patients tout au long de leurs parcours de soins au centre, permettra d'approfondir l'expérience et le ressenti des patients.

Enfin, le rapport final intégrera les analyses du lot 2, ce qui permettra de compléter les analyses sur l'efficacité, l'efficience et à la reproductibilité de l'expérimentation en s'appuyant sur les données du SNDS .

5 Faisabilité

5.1 Dans quelle mesure l'environnement a-t-il été favorable à la mise en place du dispositif ?

5.1.1 Montée en puissance des inclusions

L'objectif initial était de consulter 5 100 pour l'année 2020. Or, en 2020, le centre CeSOA a connu une baisse des inclusions des patients, imputables à différents facteurs tels que les grèves de décembre 2019 et janvier 2020, la crise sanitaire et les différents confinements successifs, et au manque de visibilité de la structure.

Ainsi après une année d'exercice, la cible initiale de l'expérimentation basée sur la file active de 5 100 séjours patients annuels étant très optimiste, la décision a été prise, conjointement avec le centre CeSOA - la MGEN – et l'équipe Article 51, de modifier les objectifs du cahier des charges ainsi que le chiffrage du besoin de financement. Le nouvel objectif est alors fixé à 3 600 séjours patients annuels à la fin de la troisième année c'est à dire en 2022. La montée en charge prévue est de 52% pour l'année 2020, 69% pour l'année 2021 et 100% pour l'année 2022.

Cet objectif semble être compatible avec les modalités programmées du fonctionnement de la structure. Le centre est ouvert 5 jours sur 7 pour une ouverture 45 semaines prenant en compte les 5 semaines de congés payés et les jours fériés. Chaque jour deux rhumatologues sont présents dix heures, dont huit heures de consultation et une heure et demie à deux heures dédiées à la réalisation de tâches annexes. Ainsi huit à neuf patients sont pris en charge par jour et par médecin soit 360 patients annuels par médecin. Ainsi, avec un effectif de 10 médecins au sein du CeSOA, 3 600 patients annuels peuvent être pris en charge au CeSOA.

Tableau 2 : Nombre de patients pris en charge au CeSOa en 2020 et 2021

Année / Mois	Nombre de patients	Objectif révisé ajusté	Taux d'occupation révisé ajusté	Nombre de nouvelles venues	Nombre de présents année précédente	% nouvelles venues	Moyenne journalière de séjours	
2020	Janvier	95	76,00%	95	0	100%		
	Février	116	80,00%	116	0	100%		
	Mars	69	165	41,82%	69	0	100%	
	Avril	10	165	6,06%	10	0	100%	
	Mai	76	175	43,43%	76	0	100%	
	Juin	162	175	92,57%	162	0	100%	
	Juillet	150	175	85,71%	150	0	100%	
	Août	28	50	56,00%	28	0	100%	
	Septembre	153	185	82,70%	153	0	100%	
	Octobre	172	185	92,97%	172	0	100%	
	Novembre	143	185	77,30%	143	0	100%	
	Décembre	141	155	90,97%	141	0	100%	
Total	1315	1885	69,76%	1315	0	100%	8,29	
2021	Janvier	184	190	96,84%	165	19	90%	9,2
	Février	191	200	95,50%	179	13	94%	9,6
	Mars	202	210	96,19%	183	20	91%	9,2

Avril	197	220	89,55%	188	9	95%	9,85
Mai	198	230	86,09%	179	19	90%	10,8
Juin	243	240	101,25%	210	33	86%	11,045
Juillet	220	240	91,67%	198	20	90%	10,5
Août	55	70	78,57%	51	4	93%	7,8
Septembre	217	240	90,42%	196	21	90%	9,86
Octobre	181	250	72,40%	172	9	95%	8,6
Novembre	206	260	79,23%	187	19	90%	
Décembre	151	200	75,50%	141	10	93%	
Total	2245	2550	88,04%	2049	196	91%	

En 2020, l'objectif révisé était de 1 885 patients annuels. En réalité, 1 315 patients ont été pris en charge, ce qui représente un taux de fréquentation de 70% sur l'ensemble de l'année par rapport aux valeurs cibles arrêtées. La montée en charge a été progressive tout au long de l'année respectant les objectifs d'inclusion ajustés.

Les mois de mars, avril et mai 2020 affichent un taux de fréquentation nettement plus faible s'expliquant par la perte d'activité quasi-totale pendant la crise sanitaire. En effet le centre a été mis en chômage partiel avec seulement 3 jours d'ouverture au mois d'avril soit 10 inclusions.

Dès la fin du confinement, les inclusions ont pu reprendre avec 92% de taux d'occupation au mois de juin et 162 prises en charge. Le mois d'août a été marqué par une baisse nette de l'activité avec trois semaines de fermeture du centre en raison des congés annuels d'été. En une semaine d'ouverture, vingt-huit patients ont été inclus ce qui représente 56% de taux cible de fréquentation. À partir du mois de septembre, le nombre de patients pris en charge a poursuivi la montée en puissance avec un taux de fréquentation de 85% en moyenne sur les 4 derniers mois. Le dernier trimestre de l'année 2020 (octobre, novembre et décembre) représente 35% des patients pris en charge au CeSOA sur l'année 2020.

Au total sur l'année 2020, 1 315 patients ont été consultés au sein du CeSOA avec une moyenne de 110 patients par mois et une moyenne journalière de 8,29 patients ce qui représente bien 50% de l'objectif initial de huit à neuf patients par médecin (soit seize patients journaliers).

L'objectif pour l'année 2021 était de 2 500 patients pris en charge au sein du centre CeSOA. Au total sur l'année 2021, 2 247 patients ont été pris en charge au sein du centre CeSOA, représentant en moyenne 187 patients par mois, soit dix patients journaliers. Le taux de fréquentation de l'année 2021 atteint 88% des objectifs. Le nombre de patients pris en charge au sein du CeSOA est assez stable durant toute l'année 2021 avec un pic de 243 patients pris en charge au mois de juin 2021.

Durant l'année 2021, deux types de prises en charge ont été observés : celle de nouveaux patients, mais également celle des patients déjà pris en charge au CeSOA l'année précédente (2020). Les nouveaux patients représentent 91% des patients pris en charge en moyenne chaque mois. Les 9% restants sont des patients revenus au CeSOA pour une visite annuelle, et plus particulièrement dans le cadre du scénario 4 « Revue annuelle d'un patient sous biothérapie et/ou prise en charge des comorbidités ». Sur les dix premiers mois de l'année 2021, le nombre de patients consultés par jour ouvrés se chiffrait en moyenne à 9,6.

En 2021, 932 patients supplémentaires ont été pris en charge par CeSOA par rapport à l'année 2020. Cela représente une augmentation de 71%. Cependant, nous pouvons penser que le nombre de patients pris en charge en 2020 était moindre du fait de la crise sanitaire et des différents confinements. Le taux de fréquentation a, quant à lui, également évolué de 70% en 2020 à 89% en 2021.

Concernant le nombre de venues par jour ouvré, une augmentation de 1,4 séjours journaliers a pu être observée entre l'année 2021 et l'année 2020. Cela montre une optimisation du nombre de patients pris en charge chaque jour au centre CeSOA par les différents professionnels du centre. Cela est très

surement lié au recrutement de nouveaux professionnels de santé paramédicaux et à l'arrivée de nouveaux rhumatologues.

5.1.2 Structure des pathologies prises en charge

Les patients pris en charge au sein du CeSOA sont répartis selon 8 scénarios prédéfinis par le centre. Entre l'année 2020 et 2021, aucune évolution majeure dans cette répartition n'a été identifiée.

Pour l'année 2021, les 8 scénarios sont répartis comme suit : 23% pour le scénario 1 « Lombalgies aiguës, lombalgies et lomboradiculalgies chroniques », 22% pour le scénario 3 « Mise en place de biothérapie », 18% pour le scénario 2 « Bilan rhumatisme inflammatoire récent », 15% pour le scénario 7 « Bilan d'une pathologie complexe des membres », 8% pour le scénario 4 « Revue annuelle d'un patient sous biothérapie et/ou prise en charge des comorbidités », 5% pour le scénario 5 « Ostéoporose complexe et tassement vertébral » et le scénario 8 « Urgences », 4% pour le scénario 6 « Gonarthrose / Coxarthrose ».

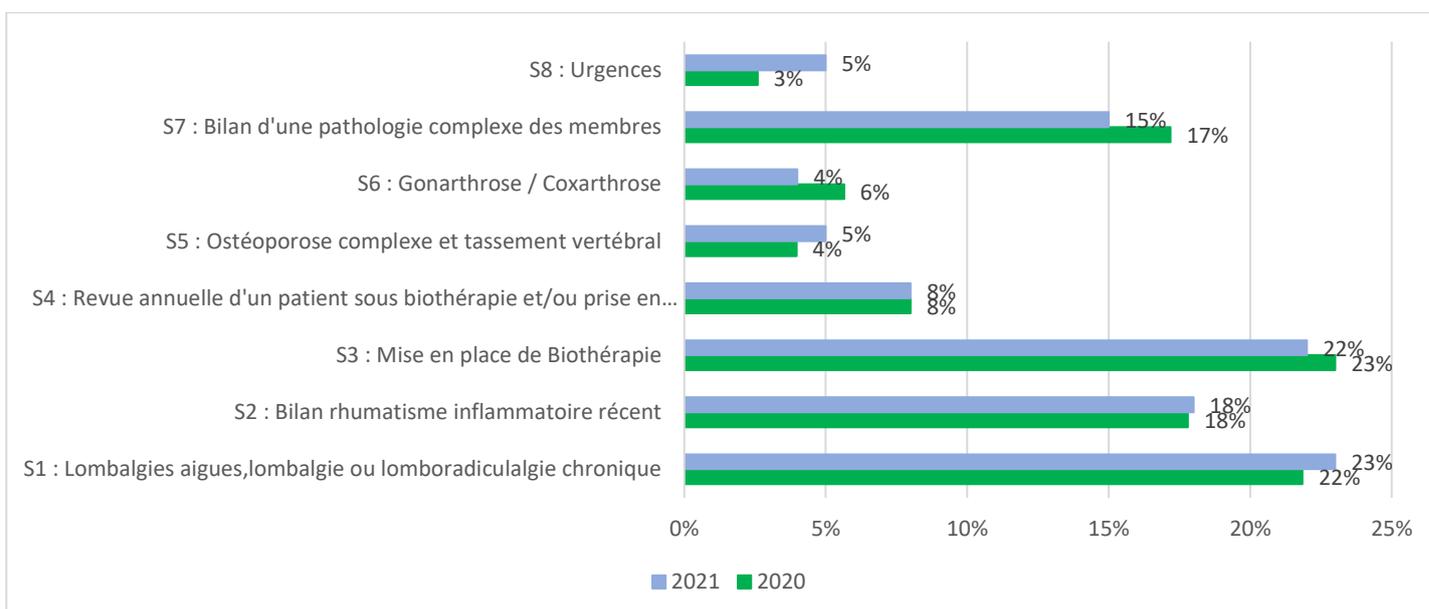


Figure 5 : Répartition des scénarios de prise en charge en 2020 et 2021

5.1.3 Rythme de recrutement des médecins correspondants

Au mois de décembre 2020, un point sur les professionnels adresseurs a été effectué. Soixante-neuf médecins généralistes correspondaient avec le CeSOA, et deux centres de santé adressaient les patients très régulièrement.

Pour l'année 2021, le tableau suivant permet de voir l'origine des patients. Sur les dix premiers mois de l'année (janvier à octobre 2021), 78% des patients ont été adressés par un rhumatologue du centre. Après les rhumatologues du centre, les médecins généralistes sont ceux qui adressent le plus de patients à hauteur de 15% des patients pris en charge au sein du CeSOA. Les rhumatologues hospitaliers n'ont adressé que deux patients au CeSOA sur les 1843 patients pris en charge pendant dix mois.

Tableau 3 : Répartition des patients par type d'adresseurs en 2021

Mois	Non précisé	Autre spécialiste	Médecin généraliste	Rhumatologue de ville	Rhumatologue du centre	Rhumatologue hospitalier	Total
janv-21	4	8	22	4	145	0	183
févr-21	4	4	20	3	156	0	187
mars-21	0	5	27	9	153	0	194
avr-21	0	6	35	6	143	1	191
mai-21	0	10	47	10	124	0	191
juin-21	0	5	34	5	195	0	239
juil-21	0	8	28	4	168	1	209
août-21	0	1	10	1	41	0	53
sept-21	1	7	33	9	165	0	215
oct-21	0	5	22	5	149	0	181
Total	9	59	278	56	1439	2	1843

5.1.4 Stratégie de communication de CeSOA

Au cours des deux années d'existence du CeSOA, la communication du CeSOA a été compliquée. Aucune communication auprès des professionnels de santé, des médecins généralistes, des médecins spécialistes et autres professionnels de santé de la région Île-de-France n'avait été faite au moment du lancement du dispositif. Il semble que l'ARS ait souhaité dans un premier temps garder la maîtrise de la communication sur l'expérimentation et qu'elle ait fait preuve d'une grande prudence dans la diffusion des informations s'y rapportant.

Dès le mois de juin 2020, le CeSOA a décidé d'adresser un courrier spécifique aux médecins généralistes et spécialistes, mais également aux associations de patients pour présenter le centre, ses objectifs, les modalités d'adressage, les critères d'inclusion, et les caractéristiques de la prise en charge. Cette communication n'a eu aucun impact significatif sur le recrutement. Une autre communication par courrier postal a été réalisée à l'initiative de la MGEN auprès de ses centres de santé, puis par courrier électronique auprès des correspondants médicaux destinataires des comptes-rendus déjà réalisés.

En 2021, diverses actions de communications ont été à nouveau menées pour présenter le centre auprès de l'ensemble des directeurs des structures mutualistes IdF, des directeurs de structures mutualistes au niveau national, de la nouvelle présidente de l'URPS, ainsi qu'aux équipes du Centre médical et dentaire (CMD). Ces campagnes de communication ont été couplées à des cours de rhumatologie et des formations en interne dispensées par les rhumatologues seniors à l'intention des ergothérapeutes sur les orthèses, et aux IDE sur la gestion de la douleur. Lors de l'envoi des courriers et comptes-rendus aux professionnels d'Île-de-France, la présentation du CeSOA et les modalités d'adressage étaient insérées dans les enveloppes expédiées.

Malgré toutes ces actions de communication, l'inclusion des patients demeure toujours inférieure aux prévisions. Notons que, dès que cette politique de communication a été réduite du fait de la reprise de la crise sanitaire, un ralentissement du nombre de patients ayant bénéficié d'une orientation vers le centre a été observé.

À côté de ces actions, divers écrits ont fait l'objet de publications et notamment un article dans « La lettre du rhumatologue » publié en mai 2021. Deux numéros de « Actualités du CeSOA » ont été publiés en février 2021 et octobre 2021. Chaque numéro comprend un cas clinique du mois, avec des explications du cas ainsi que le déroulé de sa prise en charge au sein du CeSOA et son diagnostic.

Lors de la journée Article 51 du 24 novembre 2021, le stand tenu par CeSOA a été honoré par la visite du ministre de la Santé qui s’est longuement entretenu avec le docteur Hudry. De plus, une communication active sur les réseaux sociaux (Twitter et LinkedIn) a été mise en place.

Les efforts de communication du CeSOA se poursuivront tout au long de l’année 2022, afin de continuer à faire connaître le centre auprès des professionnels de santé, des médecins généralistes, des médecins spécialistes et des centres de santé.

5.1.5 Les ressorts cachés du changement

Derrière le changement se trouvent toujours des acteurs. C'est parce que ces acteurs évoluent dans leur manière de voir les choses, en réaction par rapport aux nouveaux moyens mis à leur disposition que les choses changent.

Ce sont ces mécanismes générateurs latents, « véritables ressorts » de la prise de décision, qui dépendent du contexte et produisent des effets qu’il convient de percer à jour en mettant en œuvre des études qualitatives

Ces mécanismes sont au cœur du raisonnement et des réactions des acteurs, lorsqu’ils choisissent de tirer (ou non) parti de leurs capacités à mobiliser les moyens mis à leur disposition par l’expérimentation, pour obtenir un changement dans un environnement donné.

Le but de l’évaluation est d’essayer de comprendre ce qui se passe « dans la boîte noire » enregistrant les événements qui surviennent entre la mise en œuvre des expérimentations article 51 et les résultats observés, grâce à la génération d’une théorie explicative crédible qui permet de répondre à des questions simples : "comment cela fonctionne ? Pour qui cela fonctionne ? Pourquoi les perdants perdent, les gagnants gagnent ? et dans quelles circonstances"

La première vague d’entretiens s’est attachée à identifier auprès des différents acteurs de l’expérimentation les a priori conceptuels des gens de terrain explicitant selon eux, quels étaient les effets attendus de la mise en oeuvre du programme, comment ils ont été obtenus, au bénéfice de qui et dans quelles circonstances?

L’analyse des configurations des critères d’analyse ICARE (Intervention, Contexte, Acteurs, Réactions et Effets), a permis en exploitant les savoirs expérientiels des acteurs de terrain, autrement dit leurs théories, d’identifier les mécanismes et le contexte qui dans l’esprit des porteurs du projet devrait permettre à l’expérimentation d’obtenir les résultats souhaités. Ces hypothèses initiales ont été explicitement formulées à l’aide de l’algorithme « Si (contexte)... Alors (conséquences)... Car (mécanismes)... » pour mettre en exergue les « raisonnements cachés » des acteurs qui président à l’apparition les effets

Tableau 4 : Réactions des acteurs et construction des hypothèses pour l’effet attendu n°1

«Le nouveau modèle de parcours de soins qu’offre CeSOA a -t il été accepté par l’ensemble des parties prenantes »

Acteurs	Verbatims	Hypothèses
REACTIONS DES PATIENTS		

<p>Médecin Généraliste Adresseur (ITW1)</p>	<p>« C'est pas très loin, en même temps, c'est à une heure. Depuis Sens... moi je suis à Sens dans l'Yonne, on est à 100... un peu plus de 100 km, c'est une heure de train. »</p> <p>« À une heure, non. Franchement, je ne pense pas. Après, je veux dire, quand le médecin prescripteur – c'est-à-dire moi – est suffisamment convaincu du bien-fondé... » p.2-3</p>	<p>Si les patients sont convaincus du bien-fondé du conseil que leur donne leur médecin alors ils accepteront de se rendre au CeSOA même si cela représente des trajets d'une heure pcq ils lui font confiance</p>
<p>Médecin Généraliste Adresseur (ITW1)</p>	<p>« Mais comme moi je suis installée quand même depuis un petit moment dans le quartier, je rentre plus de nouveaux patients, c'est que des gens que je connais depuis quand même assez longtemps. Donc, quand je leur dis que c'est super et qu'il faut aller là-bas, la plupart du temps » p.7</p>	<p>Si les patients ont un médecin de famille depuis longtemps alors ils suivent son conseil de prendre un rendez-vous avec l'équipe de CeSOA pcq ils sont en confiance avec lui</p>
<p>Rhumatologue Adresseur (ITW7)</p>	<p>« Les patients sont plutôt... enfin, surtout à ce stade pour des introductions de traitement, ils sont ignorants du système hospitalier. Ils n'ont jamais mis les pieds, c'est leur premier contact, ça ne fait pas grande différence pour eux qu'ils aillent à un endroit ou un autre. Et en fait... enfin clairement, l'expérience vécue – bon après, vous allez m'en parler – par le patient, elle est beaucoup moins lourde et impressionnante dans le centre CeSOA qu'à l'hôpital. » p.2</p>	<p>Si le patient ne fait pas la différence entre les lieux où on l'envoie alors il accepte de se rendre au CeSOA sur les conseils de son médecin pcq l'expérience vécue par le patient est beaucoup moins impressionnante à CeSOA qu'à l'hôpital.</p>
<p>Kinésithérapeute CeSOA</p>	<p>« Au final, les gens sont assez contents, c'est assez rapide. Ils peuvent voir à peu près tous les professionnels donc qu'ils ont besoin de voir. » p.12</p>	<p>Si les patients voient tous les professionnels dont ils ont besoin rapidement alors ils seront satisfaits de CeSOA pcq un tel parcours prend de nombreux mois en dehors de CeSOA</p>
<p>Rhumatologue CeSOA (ITW8)</p>	<p>« Mes patients parfois mal informés sur la structure sont surpris à l'arrivée, ils sont adressés par un généraliste qui ne leur a pas expliqué ce qu'est le CeSOA, parfois ne comprennent pas pourquoi ils doivent voir une infirmière avant le médecin ; ils pensent qu'ils voient juste un médecin et qu'ils viennent en consultation » p.4</p>	<p>Si les patients ne sont pas bien informés du fonctionnement de CeSOA alors ils acceptent moins le parcours pcq ils ne comprennent pas sa logique</p>
<p>Infirmière CeSOA</p>	<p>« Ça arrive très rarement, mais de temps en temps, un patient qui refuse une consultation par manque de temps ou par manque d'envie » p.6</p>	<p>Si les patients n'ont pas compris leur parcours à leur arrivée dans le centre, ou ils sont pris par des contraintes de temps. alors ils peuvent renoncer à faire tous les entretiens pcq ils n'en voient pas l'intérêt,</p>
<p>RÉACTIONS DES GENERALISTES</p>		
<p>Médecin Généraliste Adresseur (ITW1)</p>	<p>« Quand on me dit d'aller un peu plus loin, quand je me dis qu'il faut explorer un peu plus, là aussi c'est le moment où je les contacte. » p.6</p>	<p>Si le parcours CeSOA offre aux adresseurs non-experts en maladies rhumatologiques, des rendez-vous rapides pour leurs patients, auprès d'une équipe pluriprofessionnelle engagée, alors les correspondants médicaux de CeSOA lui envoient des patients pcq ils se sentent rassurés sur la qualité de la</p>

		prise en charge de leurs patients.
Ergothérapeute CeSOA	« je sais que le fait qu'il y ait pas d'avance de frais ou de reste à charge pour les patients, c'est quelque chose d'assez... encourageant pour eux de se dire que leurs patients n'ont pas de frais à avancer » p.7	Si les patients n'ont pas de reste à charge alors les médecins seront plus enclins à les adresser à CeSOA.
Infirmière CeSOA	« Alors les médecins, la plupart sont très satisfaits, qui sont extérieurs du coup, les retours qu'on a eus, sont très contents bah du parcours. Enfin, je dirais en tout cas des retours qu'il y a eu, ça a l'air plutôt positif. Par exemple, les médecins traitants bah nous renvoient du monde » p.6	Si les généralistes correspondants ont des retours d'expérience positifs de leurs patients et qu'ils reçoivent un compte rendu détaillé de la prise en charge par CeSOA de leur patient alors ils envoient de nouveaux patients pcq ils se trouvent légitimés dans leur choix
Kinésithérapeute CeSOA	« ... on a envoyé des courriers à pas mal de médecins pour leur présenter la structure. Et on a fait venir quelques médecins... », « on a aussi eu les cas où des médecins se sont adressés en tant que patients, parce qu'ils avaient besoin d'une réelle prise en charge, et qui ont tellement adoré le concept qu'ils nous envoient tous les patients. » p.10	Si les médecins visitent ou consultent CeSOA pour eux-mêmes, alors ils adressent des patients pcq ils comprennent la logique de fonctionnement après l'avoir visité ou expérimenté.
RÉACTIONS DES SPÉCIALISTES		
Ergothérapeute CeSOA	« Les médecins spécialistes, on commence à avoir quelques-uns qui ont l'habitude de nous en envoyer régulièrement, qui sont venus visiter le service. » p.7	Si les spécialistes visitent la structure alors quelques-uns commencent à référer des patients pcq ils deviennent conscients de l'intérêt d'une prise en charge globale
Rhumatologue CeSOA (ITW5)	« Ils sont favorables. Et puis en même temps, au départ, il y avait des craintes parce que... mes collègues hospitaliers avaient des craintes, ils avaient peur que ça ait un impact sur leur activité. Puis finalement, ils sont en train de s'apercevoir que ça n'a pas trop d'impact sur leur activité, donc finalement, ils ont tendance à se détendre. » p.6	Si les rhumatologues voient que CeSOA n'impacte pas leur activité, alors ils adresseront les patients pcq ils seront rassurés.
Rhumatologue Adresseur (ITW6)	« des personnes à qui j'ai besoin de faire réaliser des gestes techniques sous une technicité particulière qui demandent en même temps la radio, l'échographie, voilà. Ce n'est pas... je ne fais pas une demande diagnostique, c'est une demande, je dirais, de prise en charge thérapeutique spécifique... spécialisée », « des gestes qui normalement se font en hospitalisation de jour à l'hôpital, donc par exemple un lavage articulaire, des gestes sous échographie, des gestes sous radio, voilà, essentiellement. » p.2	Si le patient nécessite des gestes techniques pluridisciplinaires alors les rhumatologues seront plus enclins à les adresser pcq ils ne disposent pas du temps / du matériel / des compétences pour l'ensemble de ces actes rapidement.
Rhumatologue Adresseur (ITW6)	« En règle générale, ce sont des patients que j'ai vus plusieurs fois, donc de toute façon, à qui j'étais amené à expliquer pourquoi je proposais une telle prise en charge, et dans ces conditions, pourquoi je la propose dans un centre comme celui-ci plutôt qu'à l'hôpital, puisque je suis à l'hôpital. » p.3	Si l'adresseur hospitalier est super compétent alors il ne réfère pas ses patients pcq il pense qu'il offre les mêmes conseils et les mêmes services, mais en mieux.

Nous voyons différentes réactions en fonction du type d'acteurs / de leur spécialité.

Pour les patients, leur adhésion au dispositif, dépend de leur compréhension du fonctionnement de CeSOA et de la nature de la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin traitant. Les modalités de fonctionnement de CeSOA sont très différentes de celles qui présidaient jusqu'alors à leur rencontre avec les médecins spécialistes qu'ils avaient l'habitude de rencontrer, plusieurs fois par an et qui jouaient un peu le rôle auprès d'eux de médecins de famille. Désormais c'est l'ensemble des intervenants spécialisés en rhumatologiques qui les prend en charge en une seule fois. Cette absence de contacts au cours du temps peut être déroutante au début pour les malades lorsqu'ils ne sont pas suffisamment informés par leur médecin traitant de ces nouvelles modalités de suivi. Compte tenu des avantages qu'offre une prise en charge globale en un seul lieu et une seule demi-journée, l'éloignement géographique entre le lieu de résidence des patients et le centre ne semble pas être un frein aux déplacements des malades, puisque certains patients réalisent des trajets supérieurs à une heure pour consulter les spécialistes de CeSOA.

Les médecins et rhumatologues adressent leurs patients au centre CeSOA s'ils ont confiance envers les membres de CeSOA et s'ils sont assurés que le dispositif offre une plus-value claire par rapport à ce qu'ils peuvent offrir à leurs patients. Les médecins généralistes nécessitant l'avis d'un rhumatologue du centre semblent plus enclins que les rhumatologues de ville à référer des patients, et ce dès le diagnostic. En revanche, les rhumatologues expriment des besoins plus spécifiques comme des lavages articulaires qu'ils ne peuvent pas réaliser dans leur cabinet.

Les hypothèses à affiner qui seront testées en phase II des entretiens sont les suivantes :

Si les patients sont en confiance avec leurs médecins adresseurs et s'ils ont bien été informés du fonctionnement de CeSOA, alors, ils accepteront de se rendre au centre et de consulter les différents spécialistes sur une demi-journée même si cela représente de longs trajets d'une heure, car ils seront convaincus du bien-fondé de la démarche

Si les médecins ne se sentent pas experts dans une pathologie rhumatologique (ex. médecin généraliste) / ne sont pas équipés pour un acte spécifique (ex. lavage articulaire) alors ils adresseront des patients à CeSOA, car ils seront rassurés sur la prise en charge rapide et optimale des patients.

5.2 Dans quelle mesure le dispositif a-t-il eu la capacité de répondre à la demande?

5.2.1 Locaux et équipement

Le centre CeSOA se trouve au 178 rue de Vaugirard, 75015 Paris au cœur d'un centre médical et dentaire de la MGEN.

Le centre dispose d'un accueil, d'une salle d'attente et de bureaux où sont réalisées les différentes consultations prévues pour le patient dans son parcours de soins :

- 2 bureaux de consultations pour les rhumatologues
- 2 bureaux infirmiers
- 1 bureau rééducatif (Kinésithérapeute et Enseignante d'activité physique adaptée (EAPA))
- 1 bureau ergothérapeute
- 1 bureau de soins
- 1 salle d'ostéodensitométrie
- 2 lits de repos

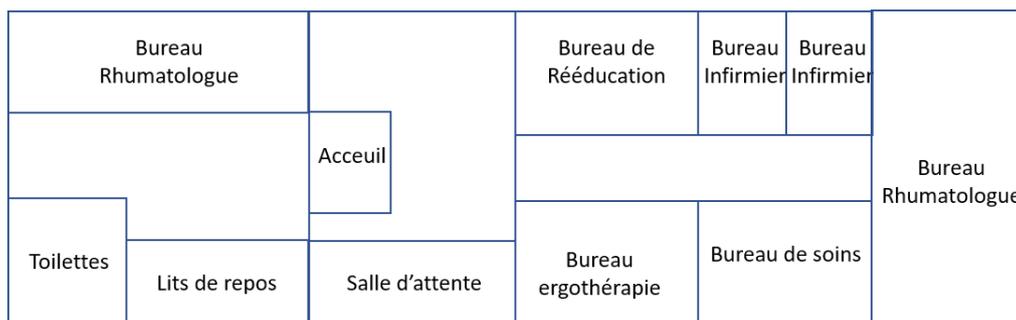


Figure 6 : Schéma des locaux du CeSOA

Accessible via l'extérieur du bâtiment, le centre dispose également d'une salle d'imagerie radiographique et d'une salle d'ostéodensitométrie. La salle d'imagerie est équipée d'un plateau de radiologie avec une table verticale et horizontale. L'ostéodensitométrie est partagée avec le centre de Santé de la MGEN, ainsi le coût d'investissement de 60 000 € est mutualisé.

Les bureaux de consultations pour les rhumatologues sont équipés d'un échographe. Le bureau d'ergothérapie est équipé du matériel nécessaire à la réalisation sur place des orthèses. Le bureau de la rééducation est équipé de matériels rééducatifs pour montrer aux patients les exercices de kinésithérapie ou d'activités physiques à réaliser. Le bureau de soins est équipé d'une armoire à pharmacie afin de pouvoir réaliser des infiltrations. Les deux lits de repos sont à disposition des patients ayant eu une infiltration afin de vérifier pendant 30 minutes minimum la réaction du patient. Les deux salles d'imagerie (radiographie et ostéodensitométrie) sont dans un bâtiment différent, accessible depuis l'extérieur.

5.2.2 Membres fondateurs de l'expérimentation

Chaque rhumatologue exerçant dans le centre du CeSOA a également une activité libérale dans un cabinet libéral ou dans une clinique privée, étant salarié du CeSOA. En effet, le statut juridique du CeSOA prévoit une activité mixte des rhumatologues. Leurs activités précédentes ou actuelles au sein de leur cabinet libéral, clinique, ou même hôpital permet d'élargir l'éventail des correspondants, et ainsi d'agrandir le cercle des contacts du CeSOA. Le tableau suivant présente les différentes activités et le réseau des différents rhumatologues du centre CeSOA. Sept rhumatologues ont une activité libérale en cabinet à côté de leur activité salariée au CeSOA. Tous les professionnels sont également attachés à un centre hospitalier. Le réseau le plus important est Paris, mais les différents rhumatologues ont également un réseau sur l'ensemble de l'Île-de-France ce qui permet d'avoir un rayon d'intervention assez large sur l'Île-de-France.

Tableau 5 : Description de l'activité des rhumatologues du centre

Rhumatologues	Ancienneté	Hôpitaux correspondants	Réseau
Dr Christophe Hudry	Cabinet depuis 1999 à Paris Attaché au CH Cochin	Hôpital Cochin	Paris (75)
Dr Stéphanie Teboul	Praticien depuis 2020 à la Clinique Marcel Sembat Attaché depuis 2020 à l'Hôpital Henri Mondor	Hôpital Henri Mondor - Créteil Clinique Marcel Sembat - Boulogne Billancourt	Hauts-de-Seine (92) Val-de-Marne (94)
Dr Sabrina Dadoun	Cabinet depuis 2015 à Paris Praticienne à la Clinique Geoffroy Saint Hilaire	Clinique Geoffroy Saint Hilaire - Paris Hôpital universitaire Pitié Salpêtrière - Paris	Paris (75)

Dr Bertrand Moura	Cabinet depuis 2005 à Paris Praticien attaché au CH Ambroise Paré	Hôpital Ambroise Paré - Boulogne Billancourt	Hauts-de-Seine (92) Seine-et-Marne (Provins - 77)
Dr Victor Audren	Cabinet depuis 2020 à Paris Praticien à l'Institut Mutualiste Montsouris	Institut Mutualiste Montsouris - Paris Centre hospitalier René Dubos - Pontoise	Paris (75) Val-de-Marne (94) Val-d'Oise (95)
Dr Agnès Lebrun	Cabinet depuis 2010 à Paris Praticienne attachée au CH Cochin	Hôpital Cochin - Paris	Paris (75)
Dr Marie Fechtenbaum	Praticienne attachée au CH Cochin Cabinet à Paris	Hôpital Cochin - Paris	Paris (75)
Dr Camille Souffir	Cabinet depuis 2020 à Paris Praticienne attachée au CH Cochin	Hôpital Cochin - Paris	Paris (75)
Dr Carole Desthieux	Praticienne libérale depuis 2018 à la Clinique Geoffroy Saint-Hilaire Praticienne attachée depuis 2018 à CH Pitié-Salpêtrière Praticienne hospitalière à l'Hôpital d'Instruction des Armées Percy	Hôpital d'Instruction des Armées Percy - Clamart Hôpital universitaire Pitié Salpêtrière - Paris Clinique Geoffroy Saint-Hilaire - Paris Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint Simon - Paris	Paris (75) Hauts-de-Seine (92)
Dr Stéphanie Laclau	Institut de Rhumatologie interventionnelle Cheffe de clinique à l'Hôpital Pierre Paul Riquet	Institut de Rhumatologie interventionnelle - Paris Hôpital Pierre Paul Riquet - Toulouse	Paris (75) Toulouse (31)

5.2.3 Activité des rhumatologues

Le centre CeSOA est ouvert 5j/7, 45 semaines par an déduction faite de cinq semaines de fermeture pour congés payés et des jours fériés. Il a été estimé jusqu'à 5 100 le nombre de patients annuels du CeSOA à partir des ressources de temps médical mobilisées.

Chaque jour, deux médecins interviennent en binôme dix heures chacun, dont huit heures de consultation auxquelles s'ajoutent une heure et demie à deux heures de tâches annexes comme la planification des soins, et la coordination avec les adresseurs.

Chaque jour, deux rhumatologues sont présents pour prendre en charge huit à neuf patients chacun. Avec un jour d'intervention par semaine pour chaque médecin, un total de dix médecins serait nécessaire pour faire fonctionner le centre. L'organisation prévoit chaque jour la présence de deux praticiens d'ancienneté différente (un rhumatologue junior et un rhumatologue sénior) afin de pouvoir échanger au besoin sur des diagnostics, ou des prises en charge.

En réalité, il existe des différences dans le nombre de jours que chaque médecin consacre au centre. Le Dr Hudry consulte deux jours par semaine au sein du CeSOA contre un jour par personne pour les autres rhumatologues. La moyenne mensuelle du nombre de consultations du Dr Hudry est de 65,75, soit 8 patients par jour de présence au centre. Le nombre moyen de consultations des autres médecins est d'environ 20 patients par mois, soit 5 patients par jour de présence au centre. Les rhumatologues seniors ont une moyenne mensuelle de 22.75 patients, soit 6 patients en moyenne par jour. Les rhumatologues juniors ont une moyenne mensuelle moins élevée de 16.93 patients, soit 4 patients par jour.

La kinésithérapeute et l'enseignante d'activités physiques adaptées se partagent également l'emploi du temps sur la semaine (mi-temps).

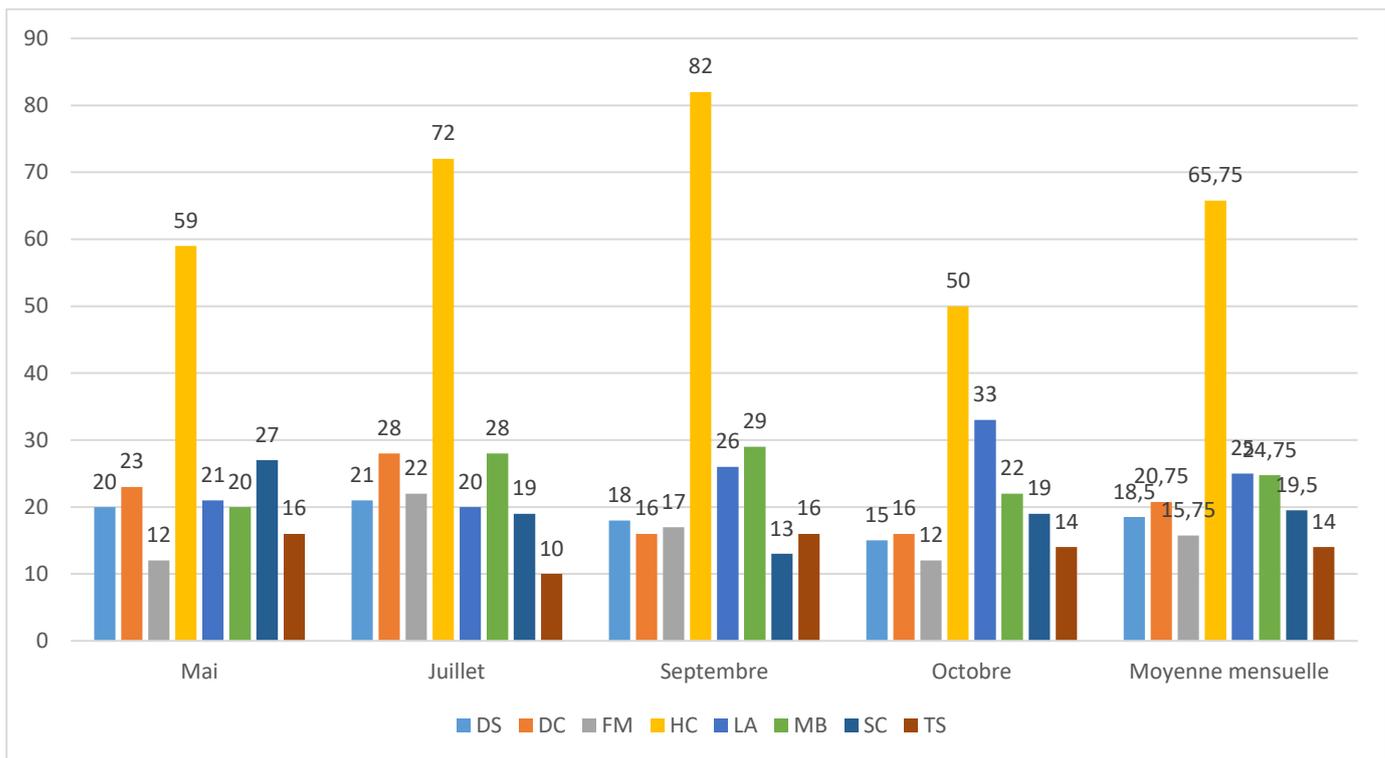


Figure 7 : Activités des rhumatologues sur l'année 2021

5.2.4 Recrutement et stabilité des équipes

Il était prévu que l'équipe du CeSOA soit composée d'une quinzaine de professionnels pour plus de 5 000 patients. Dans les faits, l'équipe du CeSOA a toujours comporté au minimum de douze professionnels.

Lors de l'ouverture du centre en janvier 2020, douze professionnels étaient présents dont sept rhumatologues, une infirmière, une coordinatrice, un ergothérapeute et deux secrétaires médicales. Les professionnels paramédicaux en kinésithérapie, professeur APA et manipulateur radio n'étaient pas encore recrutés.

En janvier 2021, ce retard a pu être comblé avec un total de quinze professionnels au sein du CeSOA : huit rhumatologues, deux infirmières dont une coordinatrice du centre, un ergothérapeute, une secrétaire médicale, un kinésithérapeute, un professeur APA et, une manipulatrice radio. Lors de la visite sur site en juin 2021, l'équipe du CeSOA était complétée d'une deuxième secrétaire médicale ce qui porta l'effectif à seize professionnels.

En janvier 2022, l'équipe du CeSOA était constituée de quatorze professionnels dont 8 rhumatologues, une infirmière coordinatrice, deux secrétaires médicales, une kinésithérapeute, un professeur APA et, une manipulatrice radio.

Lors des derniers échanges début mars 2022, un rhumatologue, une secrétaire médicale et une infirmière sont venus compléter l'équipe du CeSOA amenant à un effectif total de 16 professionnels. Il manque toujours, à l'heure actuelle, un ergothérapeute pour la prise en charge des patients au sein du CeSOA. Les 16 professionnels se répartissent comme suit :

- 9 rhumatologues ce qui correspond à l'organisation de prise en charge : 2 rhumatologues par jour 1 fois par semaine.

- 2 infirmières dont une coordinatrice ce qui correspond au schéma de prise en charge avec une consultation systématique au début du parcours du patient et une autre au besoin pour de l'éducation thérapeutique, de l'initiation à la biothérapie
- 3 professionnels de l'équipe rééducative dont il manque l'ergothérapeute
- 1 manipulatrice radio
- 2 secrétaires médicales pour la prise de rendez-vous, le planning et l'accueil des patients au centre

Tableau 6 : Constitution de l'équipe du CeSOA par date

		Janv-20	Janv-21	Juin-21	Janv-22	Mars-22
Rhumatologues	HUDRY	X	X	X	X	X
	TEBOUL	X	X	X	X	X
	DADOUN	X	X	X	X	X
	MOURA	X	X	X	X	X
	AUDREN	X				
	LEBRUN	X	X	X	X	X
	FECHTENBAU M	X	X	X	X	X
	SOUFFIR		X	X	X	X
	DESTHIEUX		X	X	X	X
	LACLAU					X
	Infirmière Diplômée d'État	NORDEE	X	X	X	
(Coordinatrice) GHANEM			X	X	X	X
(Coordinatrice) BESNARD		X				
MAZEMMO						X
Ergothérapeute	JEANNIN	X	X	X		
Secrétaire médical	LACLEF	X	X	X	X	
	PELOT	X				
	SACKO			X	X	X
	VIAU					X
Kinésithérapeute	COQUIERE		X	X	X	X
EAPA	KARAYAN		X	X	X	X
Manipulateur radio	WEHBE		X	X		
	FELLAH				X	X

Les difficultés de recrutement et de turn-over des professions paramédicales (manipulateur électroradiologie médicale (ERM), kinésithérapeute et EAPA) peuvent s'expliquer principalement par les grilles salariales de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) qui apparaissent inférieures aux rémunérations liées aux activités en ville. Le remplacement d'un rhumatologue du CeSOA, parti en octobre 2021, a été compliqué pour plusieurs raisons, de même que le remplacement d'une rhumatologue en congé depuis décembre 2021 :

1. Le profil de poste : un ancien chef de clinique capable de faire une synthèse de dossiers parfois complexe ;
2. L'expertise technique nécessaire pour réaliser des actes et des gestes médicaux ;
3. L'installation en exercice libéral ou salarié dans un établissement hospitalier puisque le CeSOA propose un exercice salarié à temps partiel est problématique à Paris face au prix de l'immobilier et de la difficulté d'obtention d'une autorisation d'exercice par les services de la mairie de Paris.

Ces difficultés impactent nettement le recrutement des patients puisque cela entraîne de reprogrammation des patients ou alors le recrutement de vacataires pour essayer de combler ce manque de personnel notamment pour le poste de manipulateur radio. Cependant, cette dernière solution ne permet pas une continuité dans les pratiques de prise en charge et une bonne cohésion de l'équipe soignante du

5.2.5 Une gamme d'offres de services étendue

Infirmière-cadre

L'infirmière réalise la première consultation du patient dès son arrivée au centre CeSOA. Lors de cette consultation, l'infirmière recueille les informations médicales du patient telles que les antécédents médicaux, les traitements en cours, ses constantes etc. Cette consultation est une préparation à la consultation avec le rhumatologue.

Une deuxième consultation avec l'infirmière est réalisée dans certains cas après la consultation avec le rhumatologue. Cette consultation permet de reprendre le diagnostic avec le patient afin de comprendre, rassurer, expliquer au patient ce diagnostic. Dans les scénarios correspondants, cette consultation avec l'infirmière permet de réaliser l'éducation thérapeutique du patient et de mettre en place un plan personnalisé de soins, de mettre sous biothérapies selon les besoins. Des brochures explicatives sur les pathologies et les prises en charge peuvent être données au patient pour qu'il puisse repartir du centre en toute autonomie vis-à-vis de son traitement avec le maximum d'informations.

Kinésithérapeute

La kinésithérapeute du centre CeSOA exerce à mi-temps (lundi après-midi, mardi matin, mercredi matin et jeudi toute la journée). Elle est arrivée au centre en juillet 2020.

Les consultations avec la kinésithérapeute ont généralement lieu après la consultation avec le rhumatologue et la pose du diagnostic. Les consultations avec la kinésithérapeute sont la plupart du temps programmées au moment de la prise de rendez-vous. Mais elles peuvent également être décidées sur place par le rhumatologue au moment de la consultation s'il le juge nécessaire.

Le recours à la kinésithérapie n'est pas systématique et cela dépend fortement de la situation du patient (selon le scénario). En effet, lorsque le patient n'a pas d'atteinte articulaire, le recours à la kinésithérapie n'est pas justifié. Les cas de lombalgie (scénario 1), de spondylarthrite (scénario 2), de l'arthrose (scénario 6) ou de l'ostéoporose (scénario 5) requièrent l'intervention du kinésithérapeute à titre principal.

La consultation avec la kinésithérapeute débute par un entretien sur le quotidien du patient, sa prise en charge clinique, ses gênes, ses douleurs, ses activités quotidiennes (travail, activités sportives), sur ce qu'il fait au quotidien. À partir de cela, la kinésithérapeute peut proposer des exercices à faire à la maison en choisissant ceux qui sont le plus adaptés à sa pathologie et à ses besoins. Ces consultations permettent de faire avec le patient un bilan complet de sa situation et durent environ 1 heure. Les exercices peuvent être proposés soit en format vidéo via l'application Axomouv soit en format papier. Papier (en fonction de l'aisance des patients avec les nouvelles technologies).

La kinésithérapeute du centre CeSOA utilise l'application Axomouv permettant d'avoir une interaction avec le patient. L'application permet de déterminer les exercices à réaliser, et comment les

réaliser. Le patient peut également utiliser l'application pour inscrire la complétion des exercices et pour remplir des questionnaires sur la qualité du sommeil et sur l'état de stress.

La kinésithérapeute envoie au patient et à son médecin traitant un compte rendu pouvant également être transmis au kinésithérapeute habituel du patient. Elle organise également une consultation « de rappel » des patients, un mois après la consultation au centre CeSOA. Cette consultation permet de faire le point sur l'observance des exercices de kinésithérapie réalisés à la maison ou dans un cabinet de ville, et d'adapter les exercices si nécessaire.

Enseignante d'activité physique adaptée (EAPA)

L'enseignante d'activité physique adaptée du centre CeSOA fait partie de l'équipe de rééducateurs du centre. Elle partage son bureau avec la kinésithérapeute.

L'APA repose sur la rééducation, la réhabilitation, la réinsertion, la réadaptation et l'insertion sociale. Les trois fondements de l'EAPA sont Bio-Psycho-Social.

La consultation avec l'EAPA commence avec un entretien motivationnel basé sur la prévention, les freins à la pratique d'activités physiques, les conseils de la pratique, les recommandations sur la pratique et les ressources adaptées. Cet entretien, d'environ 1 heure se structure autour de différentes parties :

- Ce que le patient faisait, fait et ne peut plus faire ;
- Ses capacités physiques ;
- Sa vie quotidienne ;
- Son profil (actif, inactif, sédentaire, ancien sportif) ;
- Son stade de changement de comportement ;

Les recommandations finales sont les mêmes quel que soit le patient et son profil, mais sont coconstruites avec le patient selon ses objectifs, et son profil.

Tout comme la kinésithérapeute, l'EAPA appelle les patients un mois après la première consultation afin de faire le point sur les recommandations suivies, et les réadapter si nécessaire. Le recours à l'EAPA peut se faire indépendamment de la consultation de kinésithérapie, ou d'ergothérapie, mais les différents recours sont complémentaires et souvent le patient rencontre les trois rééducatrices.

Manipulatrice en électroradiologie

La manipulatrice en électroradiologie est présente depuis le début de l'ouverture du CeSOA.

Les salles de radiographie sont entièrement dédiées et équipées pour le centre CeSOA. Cela permet une constante accessibilité à l'imagerie. Les actes d'imageries radiographiques ou d'ostéodensitométries sont programmés au moment de la prise du rendez-vous selon le scénario du patient et selon les différents bilans déjà effectués. Cependant, le rhumatologue peut également demander à tout moment des clichés supplémentaires au cours du parcours dans le centre CeSOA.

Il est estimé qu'environ 50% des patients passent, au cours d'une journée, par l'imagerie (radiographie et/ou ostéodensitométrie). Ce service permet également de réaliser toutes les radiographies nécessaires au bilan complet du patient, ce qui en ville pourrait justifier deux ou trois rendez-vous.

5.2.6 Organisation du parcours du patient

Pour être pris en charge, les patients ont été adressés par les médecins traitants correspondants, les rhumatologues ou par les médecins des établissements hospitaliers. Après examen de la demande d'adressage par les rhumatologues pour déterminer si les conditions d'inclusion du patient et le scénario correspondant sont vérifiés ?, les secrétaires prévoient le jour de visite du patient en constituant le parcours

du patient le jour même avec les différents rendez-vous nécessaires à sa prise en charge (rhumatologues, infirmière, radiologie, kinésithérapeute, ergothérapie et EAPA). Des questionnaires médicaux de qualité de vie (RAPID3, HAQ, BASDAI, BASFI, FIRST) sont également envoyés au patient en fonction du scénario identifié afin qu'ils y répondent pour le remettre le jour de la visite. Le jour de la consultation, le patient est accueilli par les secrétaires à l'accueil qui procèdent à la saisie des informations administratives du patient, réceptionnent les différents questionnaires envoyés et font faire un test urinaire. Après cela, le parcours du patient commence avec les différents rendez-vous prévus. Des rendez-vous peuvent s'ajouter sur place notamment avec le kinésithérapeute ou l'enseignant d'activités physiques adaptées ou encore l'ergothérapeute en fonction du besoin identifié au cours du rendez-vous avec le rhumatologue. Lors de la venue d'un patient, certaines des consultations ont été programmées d'autres non. Dans la mesure où dans une journée, un nombre fixe de patients est prévu, le professionnel pourra avoir un créneau de disponible pour une nouvelle consultation.

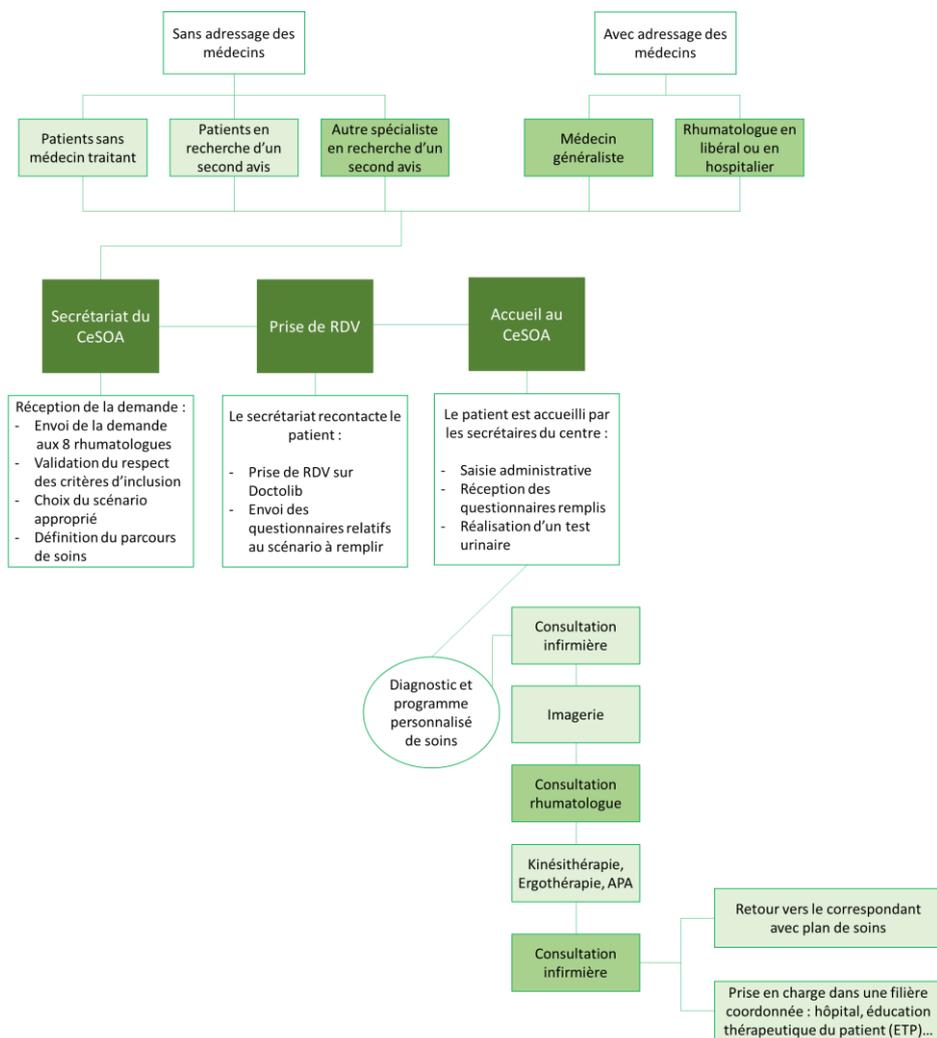


Figure 8 : Parcours du patient au sein du CeSOA

Le 16 juin 2021 lors de notre visite sur site, 16 patients étaient programmés sur la journée pour les deux rhumatologues présents ce jour-là. Le temps de parcours du patient au sein du centre CeSOA est très variable selon le scénario de prise en charge. Il est en moyenne de 3 heures, mais peut aller de 2 heures jusqu'à même 5 heures. A 10 heures, 5 patients étaient présents en même temps dans le centre : 1 était en consultation avec un rhumatologue, 2 étaient avec une infirmière, 1 était en imagerie et 1 était en salle d'attente. Le nombre de patients présents dans le centre a ainsi varié de 2 à 6 patients présents simultanément dans le centre.

5.2.7 Logiciel, système d'information

À l'origine de l'expérimentation, le système d'information du CeSOA est le logiciel métier Hôpital Manager (HM). Le logiciel retenu est compatible avec le dossier médical partagé (DMP) ce qui facilitera le partage de documents nécessaires entre les généralistes et/ou les rhumatologues adresseurs et les professionnels du centre. Une messagerie sécurisée est intégrée à ce logiciel qui garantira également une meilleure coordination avec les professionnels du CeSOA, mais également avec les médecins adresseurs.

Dès 2020, l'incompatibilité de ce logiciel avec les attentes des praticiens et l'activité ambulatoire a été pointée, malgré une période de prise en main, des aménagements et des améliorations réalisées au cours de l'année. Le logiciel a également causé la démission d'un praticien en octobre 2020 en raison de problèmes informatiques occasionnant trop de stress. De plus, lors de notre visite sur site, nous avons appris que le système d'information HM n'était pas compatible avec l'activité des professionnels paramédicaux. Ainsi, les actes, consultations et suivis des paramédicaux (kinésithérapeute, EAPA, ergothérapeute et quelques actes de l'infirmière) ne peuvent pas directement rentrer dans le SI, et avoir un suivi complet de la prise en charge du patient. Ces professionnels tiennent un fichier Excel ad-hoc pour suivre leurs patients suivis. Ce manque dans le SI HM pose problème quant au recueil des informations et sur la continuité des soins entre les consultations avec les rhumatologues, les infirmières et les professionnels paramédicaux. Une grande coordination entre les différents professionnels est indispensable pour pallier cette difficulté.

Après concertation, il a été décidé de changer de logiciel pour un logiciel répondant aux attentes et aux activités du CeSOA. Le logiciel choisi est le logiciel WEDA, déjà utilisé par bon nombre de praticiens du CeSOA pendant leur activité libérale. La prise en main du logiciel sera par conséquent plus aisée pour les praticiens. Les espoirs vis-à-vis du logiciel WEDA sont une réduction du temps informatique, une augmentation du temps de soins et une amélioration de la qualité des comptes rendus pour les médecins adresseurs. Cependant, nous n'avons aucune visibilité sur le contenu du logiciel WEDA et s'il permettra de palier les difficultés quant aux différents actes, consultations et suivis des professionnels paramédicaux présents dans le SI HM actuel. Malgré une décision prise au début de l'année 2021, le logiciel n'a été mis en place qu'au mois de mars de l'année 2022.

À côté de cela, le choix a été fait d'utiliser Doctolib pour la prise de rendez-vous. Doctolib a pu être programmé selon les différents scénarios possibles. En effet, lors de la prise de rendez-vous par les secrétaires médicales du CeSOA, le choix du scénario de prise en charge du patient permettait de programmer directement la séquence de rendez-vous avec l'IDE, le rhumatologue et l'équipe paramédicale en fonction. Des rendez-vous pouvaient également être pris en plus de la séquence préprogrammée dans Doctolib. La solution Doctolib avait également été choisie, pensant que les médecins adresseurs pourraient directement prendre rendez-vous pour leurs patients dans le temps imparti de leurs consultations. Seulement en pratique cela n'a pas été le cas, les médecins adresseurs ne prennent pas le temps de se connecter à Doctolib pour programmer ces rendez-vous. Doctolib est utilisé uniquement par les secrétaires médicales du CeSOA pour la programmation et l'optimisation des plannings des professionnels du CeSOA. Enfin aucun transfert de donnée administrative n'est possible entre les deux SI.

6 Efficacité

6.1 *Dans quelle mesure l'expérimentation a-t-elle renforcé la coordination entre les professionnels et amélioré leur pratique ?*

6.1.1 Activités par catégorie professionnelle

Tous les patients pris en charge au CeSOA ont au moins une consultation avec un rhumatologue. Ainsi le nombre de rendez-vous par un rhumatologue est égal au nombre de patients pris en charge chaque mois au sein du CeSOA. Pour les autres professionnels, le nombre de rendez-vous dépend des scénarios de prise en charge de chaque patient et du parcours patient établi au sein du CeSOA. Les scénarios sont directement établis sur Doctolib avec des chaînages entre professionnels paramédicaux et médicaux pour permettre au parcours patient d’être le plus complet possible lors de son séjour au CeSOA. Cela permet également un suivi de l’activité de chaque catégorie professionnelle et une définition de « parcours types ».

Plusieurs parcours types peuvent être identifiés :

- Infirmier – Rhumatologue – Infirmier
- Infirmier – Rhumatologue – Infirmier – Rééducation
- Infirmier – Rhumatologue – Rééducation

La rééducation comprend un rendez-vous avec au moins un professionnel : professeur d’activité physique adapté (EAPA), kinésithérapeute, ergothérapeute. Chaque acte paramédical est fait sur prescription médicale (acte technique ou éducatif).

Pour chacun des scénarios, le patient a eu au moins un rendez-vous avec un infirmier. À partir de mai 2020, le nombre de rendez-vous avec un infirmier a été supérieur au nombre de patients pris en charge. Par exemple en juin 2020, 195 rendez-vous avec un infirmier ont été pris pour 162 patients pris en charge. Ainsi trente-trois patients ont eu un parcours avec deux rendez-vous avec un infirmier après le rendez-vous avec le rhumatologue. Cela a pu se mettre en place notamment grâce au recrutement d’un deuxième infirmier pour pouvoir assurer ces différents rendez-vous. Au total sur l’année 2020, 1429 rendez-vous ont eu lieu avec un infirmier contre 1315 patients pris en charge, soit 114 patients qui ont eu un parcours avec deux rendez-vous avec un infirmier.

La kinésithérapeute a pu être recrutée à partir du mois de juillet 2020. Nous constatons une augmentation assez rapide du nombre de rendez-vous avec la kinésithérapeute attestant de l’intérêt d’une prise en charge de kinésithérapie pour les différents scénarios pathologiques pris en charge par le centre CeSOA. Cet intérêt des rendez-vous avec des professionnels paramédicaux est également visible pour EAPA, arrivé au moins d’août 2020. Sur cinq mois, 133 patients ont eu un rendez-vous avec un EAPA. Cela représente 10% des patients pris en charge. En 2021, ce chiffre reste stable.

Au total sur l’année 2020, 888 patients ont eu un rendez-vous avec un radiologue au sein du CeSOA soit 67% des patients. Nous voyons également une augmentation du nombre de patients ayant bénéficié d’une radiographie dans le cadre de son parcours-patient au sein du CeSOA. Au mois de mai 2021, 74% des patients ont eu un rendez-vous avec un radiologue, pour réaliser par exemple une radiographie, une ostéodensitométrie. En octobre 2021, ce chiffre est de 67%.

Tableau 7 : Nombre de rendez-vous par type de professionnel de l’équipe du CeSOA en 2020 et 2021

Année/Mois	Nombre de patients	Ergothérapeute	Infirmier	Radiologue	Rhumatologue	Kinésithérapeute	Enseignante APA
2020	Janvier	95	17	79	19	95	0
	Février	116	15	67	53	117	0
	Mars	69	10	65	39	68	0
	Avril	10	0	11	7	10	0
	Mai	76	9	78	59	76	0
	Juin	162	24	195	124	162	0

	Juillet	150	21	179	117	150	6	0
	Août	28	6	33	26	28	5	2
	Septembre	153	24	188	116	153	29	25
	Octobre	172	30	198	119	172	20	37
	Novembre	143	30	172	98	143	32	39
	Décembre	141	22	164	111	141	16	30
	Total	1315	208	1429	888	1315	108	133
2021	Janvier	184						
	Février	191						
	Mars	202						
	Avril	197						
	Mai	198	32	225	147	198	40	8
	Juin	243						
	Juillet	220	29	246	125	220	30	38
	Août	55	2	65	21	56	12	8
	Septembre	217	30	257	138	217	31	29
	Octobre	181	18	210	123	181	19	11
	Novembre	208						
	Décembre	151						
	Total	2247	111	1003	554	872	132	94

De nombreux professionnels paramédicaux travaillent aux côtés des médecins au sein de l'équipe CESOA. Leurs champs d'action et d'intervention très complémentaires permettent d'assurer une prise en charge globale des patients tout au long de leur passage dans le centre. Ce personnel témoigne d'une grande capacité d'écoute et de réactivité par rapport aux recommandations qui lui sont transmises par le corps médical et à la perception qu'ils se font des besoins des patients. Pour une même pathologie, un patient n'a jamais ou presque jamais le même parcours au sein du centre CeSOA. Cette prise en charge « à la carte » diffère à la fois de celle qui est offerte en milieu hospitalier plus standardisée et de celle qu'offre la médecine de ville plus atomisée. Il existe une indéniable synergie entre les interventions qui sont faites par professionnels appartenant à des corps de métiers différents. La personnalisation des soins en fonction des besoins des patients et le temps d'écoute que les soignants leur consacrent constituent selon les professionnels que nous avons interrogés la plus-value majeure du dispositif.

La fluidité des prises en charge suppose qu'il existe une certaine flexibilité dans l'organisation des plannings journaliers. Des consultations non programmées peuvent être ajoutées au programme de la journée. Dans la mesure où les paramédicaux sont présents sur site et que le nombre maximal de rendez-vous pris avec les patients par jour est fixé, il est toujours possible d'intercaler entre deux rendez-vous de nouveaux patients si nécessaire. Le planning des soignants est variable, certains jours ils peuvent ne voir aucun patient auquel cas ils rédigent les comptes rendus des prises en charge qu'ils ont effectués dans les jours précédents, et certains jours ils voient tous les patients. Cette marge de manœuvre permet de s'adapter au mieux aux besoins

6.1.2 Une coopération interprofessionnelle interne informelle

Des échanges sont constants entre les professionnels et les spécialités d'où chacun amène son expérience, son savoir-faire, ses connaissances. Ces échanges ont lieu tout au long de la journée, pour échanger sur un patient, présenter le cas pour une prise en charge par l'équipe rééducative. L'équipe de rééducation a amené un autre regard aux rhumatologues notamment sur les techniques de rééducation

puisque dans leur activité libérale, les rhumatologues n'ont que très rarement le retour du kinésithérapeute par exemple. Une démarche efficace, mais empirique qui pourrait probablement être mieux organisée et codifiée. Il est ressorti des entretiens avec les professionnels paramédicaux qu'il existait des staffs médicaux entre les rhumatologues. Une réunion d'équipe pluridisciplinaire avec tous les professionnels du centre pourrait être organisée de manière plus systématique afin d'améliorer la coordination et de faciliter la transmission des connaissances.

6.1.3 Une coordination externe à consolider

Lors des entretiens qualitatifs, l'effet attendu que l'on voulait tester était le suivant : « *Le parcours CeSOA permet de renforcer les coordinations et d'améliorer les pratiques (second avis d'un spécialiste, bilan réalisé en une seule fois et en un seul lieu, coordination entre les différents niveaux de recours).* »

Tableau 8 : Réactions des acteurs et construction des hypothèses pour l'effet attendu n°2

Acteurs	Verbatims	Hypothèses
Médecin Généraliste Adresseur (ITW1)	« je reçois vraiment le détail du bilan » p.7 « on ne discute pas avec les médecins eux-mêmes » p.10	Pas de coordination renforcée, mais échanges de bilan.
	« Quand on me dit d'aller un peu plus loin, quand je me dis qu'il faut explorer un peu plus, là aussi c'est le moment où je les contacte. » p.6	Si le parcours CeSOA offre aux adresseurs non-experts en maladies rhumatologiques, des rendez-vous rapides pour leurs patients, auprès d'une équipe pluriprofessionnelle engagée, alors les correspondants médicaux de CESOA lui envoient des patients pcq ils se sentent rassurés sur la qualité de la prise en charge de leurs patients.
Rhumatologue CeSOA (ITW5)	« Et puis dans quelques cas, les médecins osent franchir le pas et nous appeler. Ce qui nous fait vraiment plaisir, mais c'est très rare », « On a réussi à en faire une où là, on a créé du lien avec les médecins généralistes du cinquième arrondissement. Mais il faut en faire avec les médecins du 15 ^e , avec les médecins du 14 ^e , etc. Et... mais ça ne peut pas se faire en l'espace de quelques mois ou quelques semaines, ça prend des années pour faire tout... un tel lien. » p.8	Si des liens avec les médecins de proximité sont créés alors CeSOA peut renforcer les coordinations pcq ils pourront partager davantage leurs informations. (pas le cas pour l'instant)
Rhumatologue Adresseur (ITW6)	« Je me base sur le compte-rendu pour les interroger. Après, je trouve que le compte-rendu est pas très agréable à lire. C'est... c'est trop long ... Ce n'est pas pertinent, je trouve que c'est... voilà, il y a trop de cases, ils mettent absolument toute la liste. Enfin, vous voyez, vaccination : oui, non ; antécédent de cancer : oui, non. Enfin, on a un catalogue qui est pénible à lire quand on est extérieur au centre, surtout sur une lecture informatisée, c'est pas... je trouve que les messages clés ne ressortent pas. Donc il peut y avoir une perte d'informations » p.7	Si les informations transmises dans le compte rendu sont trop nombreuses alors les adresseurs ne retrouvent pas les messages clés pcq ils s'interrogent sur la pertinence des informations qui leur sont transmises
Rhumatologue CeSOA (ITW8)	« un courrier mail en général, le médecin adresseur, alors soit donne le courrier directement au patient et c'est le patient qui contacte le CeSOA, soit le médecin adresseur écrit directement au CeSOA avec la demande pour son patient. Et nous, les comptes-rendus retour, on les envoie par le logiciel	Si les échanges sont réalisés avec les adresseurs par courrier ou via une plateforme sécurisée Alors leur contenu est soit trop riche soit pas

	LIFEN où sont tous les médecins, soit ils sont inscrits sur LIFEN avec une adresse mail sécurisée type APICRYPT » p.6	assez pcq n’y trouvent pas ce qu’ils cherchent
--	---	--

Le renforcement des coordinations avec les correspondants n’a pas été mentionné par les personnes interrogées au premier entretien.

Les adresseurs témoignent d’échange par mail et réception de compte-rendus qui ne les orientent pas dans leur pratique.

Les membres de CeSOA expliquent que la crise sanitaire et les mesures barrières n’ont pas permis de réaliser les réunions prévues et que le logiciel informatique initial de CeSOA ne permettait pas la transmission des informations à l’adresseur telle que prévue dans le cadre du renforcement et de la coordination des pratiques.

6.2 Dans quelle mesure l’expérimentation a-t-elle amélioré la prise en charge des patients ?

Tableau 9 : Réactions des acteurs et construction des hypothèses pour l’effet attendu n°3

« Le parcours CeSOA améliore la prise en charge des patients (accès rapide à une équipe pluridisciplinaire sans reste à charge, éducation thérapeutique, plan personnalisé de soins). »

Acteurs	Verbatims	Hypothèses
Médecin Généraliste Adresseur (ITW1)	« En général, c’est infirmière, donc je pense éducation thérapeutique et douleurs, soit l’un soit l’autre, le rhumatologue, kiné » p.10 « ça m’a fait du bien parce que je suis sûre que je recommandais bien le bon traitement et qu’eux aussi recommandent ça. » p.11	Si le patient est pris en charge par des spécialistes - équipe pluridisciplinaire - qui recommandent un txt identique au leur, alors les adresseurs GP sont satisfaits, car ils se trouvent confortés dans leurs propres prescriptions.
Infirmière CeSOA	« le circuit est vraiment adapté à chaque patient et il peut être modifié, enfin modulé sur place. C’est-à-dire que parfois, on n’a pas eu l’information en amont, le patient vient, le médecin le voit en consultation. Et finalement, il nécessiterait une radio du rachis. À ce moment-là, on le rajoute sur le programme si c’est faisable et il fait la radio sur place. Ou il y avait pas d’ergothérapeute et finalement, le médecin se dit, ou l’infirmière : « je pense que pour ce patient-là, ça peut être très intéressant » p.11	Si le patient a besoin de consultation spécifique (type kiné, ergothérapie) alors ces consultations seront ajoutées dans leur prise en charge par CeSOA pcq la prise en charge est modulée sur place exclusivement en fonction des besoins de la personne
Infirmière CeSOA	« Et surtout l’éducation, les médecins n’ont pas souvent le temps en consultation libérale. Et là, il y a une infirmière attitrée pour. » p.2	SI une infirmière attitrée est affectée à l’éducation thérapeutique alors l’éducation thérapeutique sera faite pcq en libéral, les médecins n’ont pas le temps de faire de l’éducation thérapeutique
Ergothérapeute CeSOA	« je pense que l’accès à des professionnels, des paramédicaux auxquels ils ont pas l’habitude d’avoir accès, enfin je pense que c’est vraiment quelque chose qui est novateur pour ces patients parce que c’était des patients qui pour le coup, pour moi, n’avaient aucun à aucun moment, ou très très rarement la possibilité de rencontrer un ergo ou un APA par exemple » p.8	Si le patient a besoin de soins paramédicaux alors sa prise en charge sera d’autant supérieure à celle "de ville", car les spécialités

		paramédicales sont présentes à CeSOA
Ergothérapeute CeSOA	« Ou alors le médecin n'avait pas prévu, mais après sa consultation, il va se dire : « ah, ce serait vraiment bien qu'il fasse... enfin qu'il fasse un entretien, une consultation avec l'enseignant en activité physique adaptée » <i>p.9</i>	Si le patient nécessite une intervention non prévue dans son forfait de base alors le rhumatologue l'oriente dans la journée vers le paramédical concerné (ergo, kiné, apa) pcq n'a pas intériorisée les contraintes financières
Ergothérapeute CeSOA	« peut-être qu'il va voir la kiné après qui va lui dire : « bon bah, voilà vous avez telle problématique, tel exercice ce serait bien parce qu'il se passe ça dans votre articulation et là vous avez tel muscle qui ne prend pas assez le relais, il faudrait le renforcer », ou « là, vous avez l'articulation gonflée parce qu'il y a ci, qu'il y a ça ». Donc c'est... comment dire ? 100% à la carte, mais après, c'est... enfin dans notre métier, je pense, en tant que paramédicaux – je parle pour moi plus les filles en rééducation qui ont un peu un métier analogue au mien –, c'est beaucoup ce qu'on fait. » <i>p.11</i>	Si les paramédicaux identifient des besoins spécifiques alors ils formeront les patients sur ces aspects de leur maladie pcq Ils considèrent que cela fait partie de leur métier
Kinésithérapeute CeSOA	« ils vont avoir la chance de voir pas mal de professionnels de santé qu'en fait ils auraient beaucoup de mal à voir tous ceux... en médecine de ville. » <i>p.14</i> « Et surtout si on compare toutes ces consul-... toutes les consultations qu'on peut faire à des consultations de ville et qu'on rajoute toutes les consultations des autres, ça leur coûterait beaucoup plus cher, je pense. » <i>p.15</i>	Si les patients ont accès gratuitement à des soins paramédicaux alors leur prise en charge est améliorée, car ils n'auraient pas la capacité de financer ces soins en ville.
Rhumatologue CeSOA (ITW5)	« C'est-à-dire que moi, par exemple, je vais moins solliciter l'ergothérapeute parce que j'ai beaucoup de patients avec une spondylarthrite, qui sont jeunes et qui n'ont pas besoin de l'ergothérapeute. » <i>p.9</i>	Si les patients les patients sont jeunes et atteints de spondylarthrite alors ils ne seront pas adressés vers l'ergothérapeute pcq ils n'en pas besoin
Rhumatologue CeSOA (ITW5)	«On utilise cette technique-là pour, lors de l'entretien, utiliser des techniques de questions ouvertes pour comprendre comment le malade perçoit sa maladie, ces examens complémentaires, ces questions, ces traitements. Et par ces techniques de questions ouvertes, faire verbaliser ses peurs, ses craintes, ses opinions pour pouvoir, derrière, réajuster un certain nombre de croyances et rassurer par rapport à un certain nombre de craintes ou de peurs. » <i>p.10</i>	Si les médecins conduisent des entretiens ouverts sur la perception de la maladie alors les malades sont mieux pris en charges pcq ils vont verbaliser leurs peurs, leurs craintes et pourront être rassurés
Rhumatologue CeSOA (ITW5)	« Le programme personnalisé de soins, c'est qu'on va, par exemple, de manière très spécifique, choisir une stratégie de médicaments propre à la pathologie du malade, mais au profil du patient. Et il va y avoir des éléments dans la prise en charge non médicamenteuse, avec l'ergothérapeute, avec la kiné, avec l'APA qui vont correspondre, par exemple, à ce que le patient aime » <i>p.12</i>	Si les paramédicaux adaptent les activités aux goûts des patients alors les patients seront plus observants pcq on leur aura proposé des activités qu'ils aiment.
Rhumatologue Adresseur (ITW7)	« À l'hôpital, il y a pas du tout d'assurance d'avoir les différents intervenants le même jour, c'est-à-dire qu'il suffit que le kiné soit malade, que le patient, justement, ait des radios prévues qui vont empiéter sur le rendez-vous d'ergo, donc on peut facilement louper un intervenant à l'hôpital. Là, je crois qu'ils ont très bien cadré et structuré la matinée, en tout cas les deux heures, je crois, que le patient passe sur place, ce qui fait qu'en effet, il y a... je pense qu'ils rencontrent tous les intervenants. » <i>p.6</i>	Si les rendez-vous sont structurés et encadrés alors la prise en charge des patients sera améliorée pcq les patients pourront rencontrer l'ensemble des intervenants nécessaires (contrairement à l'hôpital).
Rhumatologue Adresseur (ITW7)	« je ne suis pas sûre qu'il y ait le temps réellement dans cette... dans ces deux heures sur place pour faire de la vraie éducation thérapeutique. En fait l'éducation thérapeutique, c'est quelque chose qui prend beaucoup de temps. Il y a pas à mon avis ce temps-là. » <i>p.6</i>	Si les patients ne reviennent pas régulièrement, alors l'éducation thérapeutique n'est pas possible pcq l'éducation prend plus de temps que les quelques heures par an passées sur place dans le centre.

<p>Rhumatologue CeSOA (ITW8)</p>	<p>« Et en plus de ça entre médecins, on a aussi régulièrement des échanges sur des dossiers difficiles, on peut demander... comme on est deux présents chaque jour, ça peut nous arriver de demander à notre collègue présent le même jour les avis Je sais que nos échanges sont... oui, c'est intéressant, c'est qu'on improvise aussi. » p.9</p>	<p>Si les médecins sont confrontés à des cas difficiles alors l'équipe pluridisciplinaire est un atout pcq elle permet l'échange au sein du centre entre les différents professionnels.</p>
<p>Rhumatologue CeSOA (ITW8)</p>	<p>« L'échange avec les autres professions apporte beaucoup aussi. On apprend beaucoup des infirmières de par ce qu'elles arrivent à percevoir des patients sur ce qu'est l'éducation thérapeutique, des adhérences, des craintes, des peurs, des croyances, ça, c'est quelque chose sur lequel on n'est pas forcément toujours très compétents. Et les infirmières en éducation thérapeutique font beaucoup mieux que nous et... enfin surtout que moi pour ça, et donc ça, ça apporte beaucoup. » p.12, « Et quand c'est un patient qu'on a l'habitude de suivre et qu'on fait venir par exemple en biothérapie, il va parfois beaucoup plus facilement et, ce que je vous disais tout à l'heure, se confier aux paramédicaux sur quelque chose qu'il n'a pas osé dire au médecin » p.13</p>	<p>Si les patients rencontrent différentes personnes dans leur parcours alors ils seront plus enclins à partager leur vécu pcq ils auront moins peur de partager des informations avec quelqu'un d'autre que le médecin.</p>
<p>APA CeSOA</p>	<p>« un exemple par rapport à la lombalgie, c'est pas rare que certains patients arrivent en disant : « moi, on m'a surtout dit de pas bouger parce que mon dos, ça allait être une catastrophe » alors qu'en fait les recommandations, c'est plutôt l'inverse, la thérapie c'est le mouvement. »</p>	<p>Si les patients souffrant de lombalgie sont exposés aux bonnes pratiques comme bouger alors ils seront mieux pris en charge pcq leur croyance initiale était de ne pas bouger.</p>

L'amélioration de la prise en charge est reconnue par l'ensemble des personnes interrogées. La qualité des soins s'en trouve renforcée et les malades bénéficient de gains de temps puisqu'ils n'ont plus à courir d'un soignant à un autre pour obtenir les soins appropriés à leur état.

L'amélioration est rendue possible par l'équipe pluridisciplinaire réunie sur un seul lieu justifiant un gain de temps pour les patients. De plus, les patients ont accès à une prise en charge médicale et paramédicale sans reste à charge ce qui est un réel avantage.

La rencontre des différents spécialistes permet également aux patients de mieux verbaliser leur vécu et de poser sans crainte les questions sur leur maladie qu'ils avaient jusqu'alors tendance à passer sous silence. Plus encore, le fait de rencontrer des paramédicaux peut permettre aux patients d'indiquer qu'ils ne sont pas toujours observants avec leurs traitements alors qu'ils n'oseraient pas faire un tel aveu face à leur rhumatologue ou à leur médecin traitant. La personnalisation des soins paramédicaux devient possible et elle fait l'objet d'une prescription immédiate d'actes qui sont immédiatement réalisés par les professionnels de santé attachés au centre. En ville ou à l'hôpital, cela nécessiterait de multiples rendez-vous : un vrai parcours du combattant !

Cependant, une limite de cette prise en charge pluridisciplinaire a été évoquée par plusieurs personnes interrogées : l'ergothérapie, l'activité physique adaptée (APA), la kinésithérapie et l'éducation thérapeutique nécessitent un suivi qui ne semble pas compatible avec une visite annuelle au centre CeSOA.

L'hypothèse affinée qui sera testée en phase II des entretiens est :

L'amélioration de la prise en charge des patients : Si les patients ont accès à une équipe spécialisée et pluridisciplinaire (incluant des soins paramédicaux) alors leur prise en charge et leur observance seront améliorées, car face à différents professionnels de santé les patients seront plus susceptibles de verbaliser leurs besoins et les professionnels de santé pourront d'autant mieux personnaliser leurs soins.

7 Efficience

7.1 Dans quelle mesure l'expérimentation a-t-elle amélioré la pertinence des soins ?

7.1.1 Amélioration de la pertinence des soins

En termes d'organisation et de coordination entre les différents professionnels exerçant au centre CeSOA, plusieurs réunions sont organisées :

- Une réunion hebdomadaire en soirée via l'application Zoom avec tous les praticiens. Cette réunion permet aux différents praticiens de parler et d'échanger sur les différents cas vus au centre ;
- Un point hebdomadaire entre le chef de service et l'Infirmière, coordinatrice (IDE) ;
- Une réunion mensuelle d'équipe avec l'IDE coordinatrice et l'équipe paramédicale ;
- Une réunion de coordination hebdomadaire entre le directeur du CeSOA et la responsable du projet ;

Des protocoles de prises en charge des scénarios ont été rédigés par l'équipe. Des procédures pour le fonctionnement du service, pour la gestion de la pharmacie, pour les commandes de matériels de bureautique, mobiliers, dispositifs médicaux ont également été mis en place.

Tableau 10 : Réactions des acteurs et construction des hypothèses pour l'effet attendu n°4

« Le parcours CeSOA améliore la pertinence des soins (réunions et visites éducatives, recommandations de bonnes pratiques, dépistage des comorbidités et prévention des complications entre professionnels) »

Acteurs	Verbatims	Hypothèses
Ergothérapeute CeSOA	« Le fait que, bon bah ce soit bien clair pour eux qu'ils ont différencié ce que c'est que le rhumatisme inflammatoire, que des douleurs mécaniques qui peuvent être prises en charge en rééducation ou soulager de... par telle et telle manière. Je pense que c'est quelque chose, une plus-value qui va limiter peut-être les soins de kiné, la consommation de médicaments, enfin je pense que c'est aussi lié à l'éducation thérapeutique. Moi, je suis la première à leur dire, bah que ce soit dans leur quotidien, de bien penser à prendre leurs médicaments à tel moment quand il va y avoir telle douleur pour telle chose liée à telle activité » p.15	Si les patients souffrant de douleurs mécaniques sont pris en charge par des ergothérapeutes alors ils limiteront leur recours aux soins kiné et médicaments, car ils sauront comment agir dès l'apparition des douleurs.
Kinésithérapeute CeSOA	« j'ai leurs dossiers avec toutes les informations dont je pourrais avoir besoin et que le patient ne citerait pas spontanément en fait. », « Oui, on a le logiciel HM. » p.22 « Et même pour le côté médecin, en fait on s'est rendu compte qu'ils ne savent pas trop ce qu'on fait en cabinet ou avec les autres professionnels. Donc en fait, ils en apprennent pas mal » p.24	Si les informations recueillies par les professionnels sont centralisées alors les soins sont améliorés, car la communication est plus aisée et les spécialistes réalisent qu'ils ne connaissent pas les activités des autres spécialités
Rhumatologue Adresseur (ITW6)	« Non, mais si vous voulez, c'est... je dirais, cet état d'esprit qui était au CeSOA, c'est l'état d'esprit auquel moi-même et on va dire la plupart de ceux qui travaillent dans le CeSOA ont déjà été éduqués à cette forme d'autoapprentissage, de... ou de partage de connaissances et d'évolution par justement cet échange. Donc oui, c'est... de toute façon, c'est sûr que c'est positif, toutes les études l'ont montré. Et donc le CeSOA se base sur ce mode de fonctionnement, et c'est certainement que positif pour tout le monde. » p.5-6, « Il y a certainement une vision différente pour chaque spécialité. Et	Si l'on confronte des visions différentes au sein de CeSOA alors les soins sont plus pertinents, car la différence est positive.

	de pouvoir la confronter, fait que de toute façon, ça améliore la vision des autres, donc c'est très bien. » p.6	
Rhumatologue CeSOA (ITW8)	« Oui, alors ça, clairement, moi, je le ressens en tant que rhumatologue, j'ai envie de dire peut-être même en tant que jeune rhumatologue. L'échange avec les autres rhumatologues apporte beaucoup, je pense qu'on progresse en apprenant les uns les autres. L'échange avec les autres professions apporte beaucoup aussi. » p.12	Si l'on met en commun des rhumatologues expérimentés avec des rhumatologues moins expérimentés alors la "nouvelle génération" progresse, car les juniors apprennent au contact de leurs aînés
Rhumatologue CeSOA (ITW8)	« On apprend beaucoup des professionnels paramédicaux, kinés et ergothérapeutes parce qu'elles nous apportent des connaissances qu'on n'a pas. Et le fait d'échanger, parfois on prescrit une orthèse demain par exemple à un patient et l'ergothérapeute vient me voir pour me dire : « en fait j'ai dialogué avec lui, il fait du piano, du jardinage, donc telle orthèse ne serait pas adaptée, moi je propose plutôt ça ou ça ». Et donc on apprend beaucoup des échanges les uns aux autres et donc on progresse pour les patients suivants qui pourraient présenter les mêmes pathologies derrière. Donc oui, je pense qu'on s'enrichit beaucoup du savoir des uns et des autres » p.12	Si l'on confronte des visions différentes au sein de CeSOA alors les soins sont plus pertinents, car la différence est positive.

Au moment des premiers entretiens, cet effet attendu n'avait pas été constaté par les personnes avec lesquelles nous nous sommes entretenus aussi bien dans le cadre des activités de CeSOA que dans leurs relations avec leurs correspondants. Les membres de CeSOA expliquent que la crise sanitaire et les mesures barrières n'ont pas permis de réaliser les réunions prévues.

Cependant, les membres de CeSOA témoignent d'un enrichissement de leur pratique au sein du centre, car ils ont l'occasion de confronter leurs points de vue et leurs pratiques entre les différentes spécialités et avec différents niveaux d'expérience.

7.1.2 Répercussions du paiement forfaitaire

D'un montant de 310,00 €, le forfait « tout compris » peut inclure au maximum selon les contextes cliniques :

- Un service de rendez-vous
- Un accueil
- Une consultation spécialisée avec un rhumatologue
- Des examens complémentaires (radiographie, radioscopie)
- Des gestes techniques (infiltrations ou lavage articulaire)
- L'initiation de biothérapie sous-cutanée
- Une consultation avec un infirmier diplômé d'état (IDE) et/ou un kinésithérapeute et/ou un enseignant activités physiques adaptées (EAPA)
- La confection d'orthèse avec un ergothérapeute
- Une démarche d'apprentissage thérapeutique
- Le lien avec les médecins traitants proposant un recours d'expertise pour tout patient ayant consulté au CeSOA

Ce forfait unique comprend toutes les différentes pathologies éligibles au CeSOA puisqu'elles ne présentent pas d'écart important en termes de temps médical / paramédical et de secrétariat dédié d'une part, et de type d'examen réalisés d'un patient à un autre, d'autre part.

Dans le droit commun, il n'existe pas de prise en charge du temps d'apprentissage thérapeutique intégrée aux consultations spécialisées des pathologies chroniques invalidantes avec un IDE ou un kinésithérapeute. La prise en charge en ville réalisée de façon très empirique avec des actes dont la

programmation est bien souvent erratique, des retards de diagnostic et des hospitalisations recommandées, mais non faites. La prise en charge hospitalière, quant à elle, est généralement une hospitalisation de jour.

La dérogation forfaitaire du CeSOA répond aux limites des règles d'organisation actuelles. Cette organisation des soins est non optimisée pour la prise en charge. L'initiation des traitements des rhumatismes inflammatoires peut faire suite à une longue période d'errance diagnostique, et néglige souvent l'observation des comorbidités. Il y a également une carence dans la prise en charge précoce des pathologies du rachis avec une chronicisation évitable et une dégradation vers des maladies invalidantes. La prise en charge au sein du CeSOA aurait permis, si l'on s'en tient aux déclarations des porteurs de projets qui ont été notre principale source d'informations faute d'avoir été mis en contact avec un nombre suffisant de correspondants médicaux du centre et faute d'avoir eu accès aux déclarations des patients en l'absence de l'accord CNIL, de réduire les délais et d'éviter les errances thérapeutiques et les ruptures de soins constatées dans le parcours qualifié de non optimal par les porteurs du projet CeSOA.

7.1.3 Renforcement de l'efficience des dépenses

Tableau 11 : Réactions des acteurs et construction des hypothèses pour l'effet attendu n°5

« Le parcours CeSOA réduit les dépenses liées à la prise en charge des patients (diminution du recours aux soins secondaires et aux hospitalisations, prescription de biosimilaire, réduction des actes d'imageries et de transports sanitaires »

Acteurs	Verbatims	Hypothèses
Médecin Généraliste Adresseur (ITW1)	« Si c'est un patient pas mobile, ça fait aussi trois ambulances en moins. » p.17	Si les patients ne sont pas mobiles alors CeSOA entraîne une réduction des coûts liés aux transports, car CeSOA permet de concentrer les consultations, soins et imagerie en un seul lieu.
Médecin Généraliste Adresseur (ITW1)	« Il y a peut-être aussi moins d'errances » p.17, « Quand ils attendent le rhumatologue, ils voient l'ergothérapeute en fait, donc c'est... il n'y a pas cette question d'attente qui... Ils savent ce qui se passe, ils sont informés du parcours au fur et à mesure de la journée. Donc ouais, du coup ils adhèrent. » p.18	Si le patient est rassuré alors il y aura une réduction des coûts, car le patient sera moins en errance thérapeutique.
Infirmière CeOSA	« Au niveau des radios, le fait de faire en une fois finalement, on économise aussi le transport sanitaire ? Oui » p.13	Si les patients ne sont pas mobiles alors CeSOA entraîne une réduction des coûts liés aux transports, car CeSOA permet de concentrer les consultations, soins et imagerie en un seul lieu.

Kinésithérapeute CeSOA	«Donc pour les personnes qui ont besoin d’être transportées par ambulance ou de chose comme ça, bah plutôt que faire quatre trajets, ils en font qu’un seul. » p.25	Si les patients ne sont pas mobiles alors CeSOA entraîne une réduction des coûts liés aux transports, car CeSOA permet de concentrer les consultations, soins et imagerie en un seul lieu.
Kinésithérapeute CeSOA	« ont erré pendant très longtemps parce qu’ils ont vu plein de professionnels qui ont leur ont dit différentes choses et qu’ils ne savaient pas trop et qu’en arrivant ici, ils ont eu une réponse claire et qu’ils ont pu voir tout le monde. Et qu’ils savaient à peu près quoi faire en sortant quoi. » p.26	Si les patients disposent d'une réponse claire de la part des différents intervenants du CeSOA alors ils seront moins enclins à l'errance thérapeutique pcq savent à peu près quoi faire en sortant du centre
Rhumatologue CeSOA (ITW5)	« Parce qu’il y a moins de recours à l’hospitalisation, moins d’hôpitaux de jour et une prise en charge beaucoup plus légère. C’est ce qu’attendaient les malades. Les malades qui ont des spondylarthrites ou polyarthrites plus jeunes, qui sont actifs et qui se retrouvent à l’hôpital, en hôpital de jour sur des journées, ça les rend malades. Ils n’en veulent pas » p.14	Si la prise en charge des malades atteints de spondylarthrites ou polyarthrites est plus légère, alors il y aura moins de recours à l’hospitalisation pcq les jeunes actifs, l’hospitalisation ils n’en veulent pas
Rhumatologue Adresseur (ITW6)	« S’il y a une prise en charge globale et une explication qui est unanime, à la fois le patient est rassuré, à la fois le patient a toute une stratégie de prise en charge d’un bout jusqu’à l’extrême ou presque. Donc normalement, oui. En théorie, ça doit faire et des économies de temps et d’argent, et d’examen, et je dirais une meilleure prise en charge pour les patients. » p.6	Si le patient reçoit un discours unanime et une prise en charge globale alors il y aura une réduction des coûts, car il y aura moins d’examens réalisés.
Rhumatologue Adresseur (ITW6)	, les pathologies dégénératives où et le patient et le médecin généraliste auraient tendance à aller aux examens les plus coûteux, et pas toujours les plus performants en fonction des pathologies. Le fait de l’adresser au centre CeSOA et d’avoir les bonnes explications fera que certains examens qui ne sont pas réellement utiles ne seront pas prescrits, et avec l’assentiment et l’accord du patient et du médecin généraliste qui l’auront adressé, parce qu’ils auront des explications, et confiance. p.7	Si le patient est atteint de pathologies dégénératives, alors les experts CeSOA limitent la prescription d’examens inutiles. Pcq ils identifient les diagnostics nécessaires à leurs pathologies.
Rhumatologue CeSOA (ITW8)	« Sur la réduction typiquement des transports, ça, c’est certain de par l’unité de lieu même si les patients viennent avec taxi conventionné ou VSL ou autre, ils ne viennent quand même qu’une fois à un endroit plutôt que d’aller dans un centre de radio puis chez le rhumato puis chez le kiné	Si les patients ne sont pas mobiles alors CeSOA entraîne une réduction des coûts liés aux transports, car CeSOA permet de concentrer les consultations, soins et imagerie en un seul lieu.

	<p>puis au... donc ça, c'est sûr que ça... enfin je peux dire que c'est sûr que ça va être vérifié, quand même c'est une logique implacable » <i>p.13</i></p>	
Rhumatologue CeSOA (ITW8)	<p>« Et donc je vois au CeSOA en deux heures à un coût moindre ce que je faisais... exactement les mêmes patients que ce que je pouvais faire en hôpital de jour sur une journée entière à un coût bien plus élevé à l'hôpital. », « il y a 80 % des patients du CeSOA, c'est des patients que j'ai eu l'occasion de voir à l'identique à l'hôpital pour donc des journées qui faisaient du 7h30-18 h pour eux avec un coût nettement supérieur ; je sais plus quel est le coût du HDJ, mais c'est genre 800 ou 1 000 € une HDJ à l'hôpital. » <i>p.14</i></p>	<p>Si les visites, tests diagnostiques et soins sont regroupés sur une 1/2 journée, Alors CeSOA réduit le coût des patients pcq ceux-ci passerait 1 journée en hôpital de jour si CESOA n'existait pas</p>
Rhumatologue CeSOA (ITW8)	<p>« Je dirais peut-être juste les lombalgies sortent du lot parce que les lombalgies, bah quand ils en arrivent à un stade de chronicité au point d'avoir besoin du CeSOA, souvent le cas si c'est chronique, ils ont souvent déjà eu des imageries en coupe, donc scanner ou une IRM avant de venir, ce n'est pas des choses qu'on fait ici. Donc nous, on complète par des radios standards s'ils en ont pas eu. Mais généralement, il y a pas forcément de... on n'évite pas forcément la multiplicité des examens, je dirais, donc peut-être que je me trompe, je n'ai pas l'impression que là-dessus, on attend un gain spécialement, mais je peux me tromper » <i>p.14</i></p>	<p>Si le patient est bien pris en charge alors CeSOA n'entraîne pas d'économie, car les examens, diagnostics et consultations ont déjà été faits.</p>
APA CeSOA	<p>« Après, c'est aussi un gain dans le sens où, voilà, il y a aussi des choses qui sont faites par les professionnels ici et donc de la prévention et donc très certainement réduire un coût aussi déjà en termes d'activités physiques, on réduit beaucoup les choses en termes de... enfin, en termes d'hospitalisation, etc. Il y a plein de choses qui peuvent être modulées... enfin, aidées. Plus de la mise en place de traitements adaptés,. Donc ça, très certainement que ça influence sur les dépenses. » <i>p.18</i></p>	<p>Si le message de prévention et d'activité physique dispensé par l'équipe de soignants est entendu ,Si les traitements adaptés sont choisis alors les coûts sont réduits, car tout est sur place et tout est diagnostiqué assez rapidement.</p>
Médecin Généraliste Adresseur (ITW10)	<p>« Bah écoutez, encore une fois, lorsqu'il y a pas d'errance diagnostic, que vous avez un diagnostic et qu'il y a une coordination entre le médecin généraliste – c'est-à-dire moi ou un autre – qui envoie au CeSOA et que les choses se passent bien, nécessairement, il me semble que vous</p>	<p>Si le patient rencontre les bons spécialistes dès le début alors il y aura moins d'errance thérapeutique donc moins de dépenses pcq les choses se sont bien passées entre le médecin traitant et .</p>

	allez réduire de manière importante toutes les dépenses qui vont être afférentes à la pathologie. Pour moi, ça me paraît évident. » p.11	
Médecin Généraliste Adresseur (ITW10)	« Donc ça permet de prendre le temps de faire un peu de pédagogie, d'expliquer aux gens de quoi il en retourne. Je pense que quand les gens sont satisfaits, bah voilà, ils sont rassurés, il me semble. Et si en plus dans la suite, le traitement proposé ou les traitements proposés apportent un mieux-être, bah il est évident que les réductions de dépenses vont forcément en découler quoi. » p.13	Si le patient reçoit les informations nécessaires et est écouté alors il y aura moins d'errance thérapeutique, car il aura confiance dans son traitement

Le renforcement de l'efficacité des soins s'appuie sur la réduction des transports et de l'errance thérapeutique pour les patients. La réduction des transports est liée au fait que les patients trouvent en même lieu différentes spécialités et actes médicaux évitant ainsi d'avoir recours aux ambulances et taxis pris en charge par l'assurance maladie.

De plus, la personnalisation des soins et la prise en charge pluridisciplinaire permettent une meilleure prise en charge des patients mieux soulagés, et ayant des traitements / exercices plus adaptés à leur pathologie et à leur mode de vie (notamment via l'APA) seront plus observants et n'auront plus besoin de consulter de multiples spécialistes / professionnels paramédicaux pour être soulagés, réduisant ainsi l'errance médicale.

Renforcement de l'efficacité des soins :

- Si les patients sont atteints dans leur mobilité alors leur prise en charge par CeSOA entraîne une réduction des coûts des transports sanitaires, car CeSOA permet de concentrer les consultations, soins et imagerie en un seul lieu.
- Si les patients reçoivent des soins complets et pluridisciplinaires alors ils sauront moins sujets à l'errance thérapeutique, car ils auront un traitement adapté à leurs besoins et modes de vie et dans lequel ils auront confiance.

7.2 Dans quelle mesure l'expérimentation a-t-elle permis de réduire les dépenses ?

Le modèle de financement choisi par le CeSOA est un forfait unique complémentaire au droit commun s'appuyant sur une organisation resserrée dont les coûts sont maîtrisés par la gestion rigoureuse de chacune des composantes.

Les charges externes sont estimées à 17% du chiffre d'affaires (CA). Cette estimation comprend le coût du loyer et des charges, mais aussi les vacations d'utilisation de l'ostéodensitométrie, la maintenance et la location des équipements. Au total, les coûts de fonctionnement représentent 89% du coût du forfait. A ces derniers s'ajoutent les dotations aux amortissements, associés notamment aux travaux qu'il sera nécessaire d'entreprendre pour l'adaptation des locaux à l'activité. Les coûts de fonctionnement sont limités grâce au portage par le MGEN et à l'adossement du CeSOA à un Centre de Santé (mutualisation des ressources, regroupement des achats, maîtrise des coûts). Le montant du forfait est estimé à 310 € par patient.

Selon l'avis du CTIS, les montants du fonds d'investissement régional (FIR) et du fond pour l'innovation du système de santé (FISS) accordés à l'expérimentation CeSOA sont les suivants :

- FISS : 2 885 750 € dont 2 475 350 € au titre des prestations dérogatoires pour 7 985 patients sur 3 ans suivant une montée en charge de 52% la première année, 69% la deuxième année et 100% la troisième année de 3 600 patients et 410 400 € au titre d'une compensation de perte d'activité liée au Covid calculé à partir de l'effectif effectué au 10 décembre 2020 et du crédit d'amorçage correspondant à deux mois d'activité pour l'année 2020 (1 885 patients / 12 mois * 2 mois * 310 € = 97 400 €) et l'année 2021 (2 500 patients / 12 mois * 2 mois * 310 € = 130 000 €).
- FIR : 199 650 € au titre du crédit d'ingénierie à hauteur de 74 150 € et du crédit d'amorçage pour l'année 2020 et 2021.

Avec un forfait à 310 € pour une activité de 3 600 patients annuels, le modèle économique du CeSOA prévoit un équilibre à partir de la 3^{ème} année. En effet, avec les hypothèses d'évolution de l'activité à 3 ans (52% la 1^{ère} année, 69% la 2^{ème} et 100% la 3^{ème}), et en supposant dans le prévisionnel que l'activité à 100% en n3 donnera 95% des recettes pour les partenaires, le résultat courant est déficitaire de respectivement -79% puis -43% et le modèle demeure à l'équilibre à la troisième année.

Tableau 12 : Prévision du résultat courant sur les 3 années d'expérimentation

	Année 1	Année 2	Année 3
Produits de l'activité			
Nombre de forfaits	1885	2500	3600
Forfaits "Passage CeSOA"	584 350 €	775 000 €	1 116 000 €
Charges de l'activité	1 042 792 €	1 028 009 €	1 039 468 €
Achats	95 241 €	95 956 €	92 427 €
Charges externes	211 376 €	211 948 €	213 538 €
Impôts et taxes	61 033 €	61 491 €	61 952 €
Charges de personnel	675 142 €	658 614 €	671 551 €
Excédent brut d'Exploitation (EBE)	-458 442 €	-253 009 €	76 532 €
<i>en % du CA</i>	<i>-78%</i>	<i>-33%</i>	<i>7%</i>
Dotations aux amortissements	5 583 €	78 683 €	81 683 €
Résultat courant	-464 025 €	-331 692 €	-5 151 €
<i>en % du CA</i>	<i>-79%</i>	<i>-43%</i>	<i>0%</i>

L'analyse économique a permis de confronter ces données prévisionnelles avec les données comptables et le nombre de forfaits accordés durant les deux premières années de CeSOA.

En 2020, 1 273 forfaits ont été validés par l'Assurance Maladie sur les 1 315 patients pris en charge, soit 96% des forfaits réalisés. Cette différence représente 13 020 € de manque à gagner pour le centre CeSOA. Au total, les forfaits facturés représentent 407 650 € pour l'année 2020 soit 70% des recettes liées au financement dérogatoire estimée.

En 2021, sur les 10 premiers mois de l'année, 1 856 forfaits ont été validés par l'Assurance Maladie sur les 1 888 patients inclus soit 98% des forfaits réalisés. La différence entre les forfaits réalisés et les forfaits validés pour l'année 2021 représente un manque à gagner de 9 920 € pour le centre CeSOA.

Tableau 13 : Nombre de forfaits réalisés et validés pour l'année 2020 et 2021

Mois	Réels	Validés	Rejets CPAM	Forfaits	Total normalement dû	Correctif	Delta
2020	1 315	1 273	42	310 €	407 650 €	394 630 €	13 020 €
janv-21	184	180	4	310 €	57 040 €	55 800 €	1 240 €
févr-21	191	187	4	310 €	59 210 €	57 970 €	1 240 €
mars-21	202	199	3	310 €	62 620 €	61 690 €	930 €
avr-21	197	195	2	310 €	61 070 €	60 450 €	620 €
mai-21	198	197	1	310 €	61 380 €	61 070 €	310 €
juin-21	243	242	1	310 €	75 330 €	75 020 €	310 €
juil-21	220	215	5	310 €	68 200 €	66 650 €	1 550 €
août-21	55	54	1	310 €	17 050 €	16 740 €	310 €
sept-21	217	212	5	310 €	67 270 €	65 720 €	1 550 €
oct-21	181	175	6	310 €	56 110 €	54 250 €	1 860 €
2021	1 888	1 856	32	310 €	585 280 €	575 360 €	9 920 €

Le tableau suivant présente la comparaison comptable entre les prévisions et la réalité issues du résultat comptable annuel du CeSOA.

Pour l'année 2020, les produits de l'activité présentent une différence entre les prévisions et la réalité. Les produits perçus par le CeSOA sont supérieurs de 175 765 € par rapport aux prévisions. Les charges d'activité sont identiques entre les prévisions et l'exercice comptable du CeSOA. Les dotations aux amortissements sont supérieures dans l'exercice comptable du CeSOA par rapport aux prévisions de 14 896 € ce qui fait une différence entre les prévisions et de l'exercice courant de 160 868 € l'exercice comptable du CeSOA.

Pour l'année 2021, le CeSOA a perçu 77 232 € de moins que les prévisions sur 2 500 patients annuels. En ce qui concerne les charges de l'activité, le centre CeSOA a eu des charges supérieures de 8 455 € par rapport aux prévisions de l'année 2021. Plus précisément, les achats et les charges de personnel ont été inférieurs, mais les charges externes et les impôts ont été supérieurs aux prévisions. Les dotations aux amortissements sont moindres que les prévisions de 28 541 €. Ainsi, au total, le résultat courant est supérieur dans l'exercice comptable de l'année 2021 par rapport aux prévisions.

Les charges externes comprennent la location des locaux, les locations de matériels médicaux ainsi que toutes les dépenses d'entretiens, d'assurance, de téléphonie, d'informatiques, de transports et les prestations de services. Après une analyse des charges de l'activité de l'année 2021, les achats représentent 4,5%, les charges externes 25%, les impôts et taxes 6%, les charges du personnel 59% et les dotations aux amortissements 4,6% des charges liées à l'activité. En comparaison à la composition du forfait CeSOA de 310 €, les charges externes représentent une part trop importante. A contrario les achats et les dotations aux amortissements prennent une part moins importante que les prévisions du forfait.

Tableau 14 : Description des charges de l'activité 2020 et 2021

	2020		2021	
ACHATS	95 241 €		49 221 €	
<i>Produits pharmaceutiques</i>	21 337 €	22%	0 €	0%
<i>Achats non stockés (énergie et fournitures)</i>	45 843 €	48%	21 142 €	43%

<i>Fournitures médicales</i>	28 061 €	29%	28 079 €	57%
CHARGES EXTERNES	211 376 €		274 340 €	
<i>Locations non médicales</i>	150 000 €	71%	150 000 €	55%
<i>Entretiens, assurances</i>	2 824 €	1%	5 493 €	2%
<i>Locations médicales</i>	17 556 €	8%	21 700 €	8%
<i>Informatiques</i>	5 573 €	3%	3 251 €	1%
<i>Télécom</i>	3 168 €	1%	1 212 €	0%
<i>Prestations de services (nettoyage, alimentations)</i>	23 747 €	11%	36 156 €	13%
<i>Frais de déplacement + transports</i>	290 €	0%	783 €	0%
<i>Frais de siège</i>	0 €	0%	30 116 €	11%
<i>Divers</i>	8 218 €	4%	25 629 €	9%
IMPÔTS ET TAXES	61 033 €		66 832 €	
CHARGES PERSONNELS	675 142 €		646 071 €	
<i>Rémunération personnels extérieur à l'établissement</i>	44 593 €	7%	9 143 €	1%
<i>Rémunération personnels en CDI</i>	192 865 €	29%	213 164 €	33%
<i>Rémunération personnels médicaux</i>	32 088 €	5%	4 187 €	1%
<i>Rémunération praticiens hospitaliers</i>	217 266 €	32%	221 014 €	34%
<i>Prévoyance</i>	180 868 €	27%	187 445 €	29%
<i>Charges sociales</i>	7 462 €	1%	11 118 €	2%

Entre 2020 et 2021, les charges de l'activité du centre ont diminué de 0,6% alors que l'activité du centre a augmenté en termes de nombre de patients pris en charge. Les achats ont baissé de 48% alors que les dotations aux amortissements ont augmenté de 144%. Les charges de personnels ont diminué entre l'année 2020 et 2021 cela s'explique notamment par une nette réduction de la rémunération des personnels extérieurs à l'établissement et des personnels médicaux.

Cependant, le résultat courant pour l'année 2020 et 2021 est déficitaire. Ce résultat déficitaire a augmenté entre 2020 et 2021 passant de -303 157 € à -388 838 € (soit une augmentation de 28% du déficit) alors que celui-ci devait diminuer. Le résultat courant représentait -40% du CA en 2020 et il est passé à -56% en 2021, contrairement à ce qui était prévu (-79% en 2020 et -43% en 2021).

Tableau 15 : Comparaison des coûts entre les prévisions et les réalisations pour 2020 et 2021

	2020			2021		
	<i>Prévision</i>	<i>Réalité</i>	<i>Différence</i>	<i>Prévision</i>	<i>Réalité</i>	<i>Différence</i>
Produits de l'activité	584 350 €	760 115 €	175 765 €	775 000 €	697 768 €	-77 232 €
Nombre de forfaits	1885	1315	-570	2500	2247	-253
FIR (Fonds d'intervention régional)		475 600 €	475 600 €		697 250 €	697 250 €
FISS (Fonds pour l'innovation du système de santé)	584 350 €		-584 350 €	775 000 €		-775 000 €
Autres subventions d'exploitation et participation		284 515 €	284 515 €		518 €	518 €
Charges de l'activité	-1 042 792 €	-1 042 793 €	-1 €	-1 028 009 €	-1 036 464 €	-8 455 €
Achats	-95 241 €	-95 241 €	0 €	-95 956 €	-49 221 €	46 735 €
Charges externes	-211 376 €	-211 376 €	0 €	-211 948 €	-274 340 €	-62 392 €
Impôts et taxes	-61 033 €	-61 034 €	-1 €	-61 491 €	-66 832 €	-5 341 €
Charges de personnel	-675 142 €	-675 142 €	0 €	-658 614 €	-646 071 €	12 543 €
Excédent brut d'Exploitation (EBE)	-458 442 €	-282 678 €	175 764 €	-253 009 €	-338 696 €	-85 687 €

	<i>en % du CA</i>	-78%	-37%	-33%	-49%	
Dotations aux amortissements		-5 583 €	-20 479 €	-14 896 €	-78 683 €	-50 142 €
Résultat courant		-464 025 €	-303 157 €	160 868 €	-331 692 €	-388 838 €
	<i>en % du CA</i>	-79%	-40%	-43%	-56%	

8 Conclusion

La réalisation des différents travaux d'analyses et d'évaluation des deux premières années de l'expérimentation CeSOA a été riche d'enseignement.

L'expérimentation CeSOA a été autorisée au titre de l'article 51 en juillet 2019. Après des travaux pour la construction et l'aménagement des locaux sur le dernier trimestre de 2019, le premier patient a été inclus le 8 janvier 2020. La fin des inclusions est prévue pour le 31 décembre 2022. La première année a été marquée par le fort impact de la crise sanitaire et des confinements successifs, mais également par une communication insuffisante de l'ARS et/ou de CeSOA vers les correspondants potentiels auxquels l'expérimentation souhaitait s'adresser. A partir du mois de septembre 2020, des actions ont été menées directement par le centre pour se faire connaître. Néanmoins en 2021, 78% des patients pris en charge au sein du CeSOA étaient encore adressés par un rhumatologue exerçant au centre, ce taux élevé d'auto-prescription témoigne du manque de visibilité de CeSOA auprès des professionnels qui devaient constituer son réseau de correspondants.

Les objectifs initiaux de 5 100 patients par an avec une montée en charge progressive : 70% la première année, 85% la deuxième année puis 100% la troisième année, péchaient par excès d'optimisme. Ils ont été revus à la baisse dans le nouveau cahier des charges publié en février 2022 avec des objectifs plus raisonnables de 3 600 patients par an et une montée en charge plus progressive : 52% la première année, 69% la deuxième année et 100% la troisième année. Au regard de ces nouveaux objectifs révisés à la baisse sur la base des taux de fréquentation observés, le rythme des recrutements des patients peut sembler avoir été atteint puisqu'il s'élève désormais à 70% et 88%. Force est cependant de constater que la moyenne journalière des venues au centre n'est pas atteinte puisqu'elle ne dépasse pas les 10 patients par jour sur la deuxième année de l'expérimentation alors que l'objectif initial était de 8 patients par jour pour chacun des deux rhumatologues présents. Avec l'allègement des mesures sanitaires, la communication vers la médecine de ville et les établissements hospitaliers devra être améliorée pour densifier le réseau de correspondants de CeSOA et faciliter le recrutement par le centre de nouveaux patients. Suite à la révision de la population cible et ainsi aux besoins de financement du centre, les charges d'activité sont relativement compatibles avec les prévisions que ce soit en termes de charges de personnel, d'achat, ou de charges externes. Le résultat courant du centre est ainsi déficitaire pour les années 2020 et 2021. Cependant, nous observons une augmentation de ce déficit entre 2020 et 2021 passant de -40% à -56% alors que celui devait diminuer passant de -79% du CA à -43%.

L'équipe du centre est une équipe pluridisciplinaire comprenant des professions paramédicales comme une ergothérapeute, une kinésithérapeute et une enseignante d'activités physiques adaptées. Des réunions hebdomadaires entre les professionnels du centre permettent une coordination et une approche pluridisciplinaire importante dans la prise en charge complète des patients et enrichissantes pour la pratique des professionnels. Cette approche contribue à améliorer la prise en charge des patients. Cependant, quelques difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnels ont pu être observées au cours des deux premières années de l'expérimentation, ce qui a pu nuire à la continuité des pratiques et avoir une incidence sur le rythme des inclusions.

Le système de prise de rendez-vous est géré en interne par les secrétaires et le logiciel de gestion des consultations et des patients Doctolib. Ce système semble bien fonctionner. Il permet de fluidifier les prises de rendez-vous et de mieux articuler les emplois du temps des différents professionnels participant à la prise en charge chaque jour. Le système d'information interne initial n'était pas adapté aux pratiques

des professionnels du centre. Il n'avait pas été conçu pour être utilisé par les professionnels paramédicaux pour indiquer les différents actes réalisés (kinésithérapeute, EAPA), ainsi ces professionnels tiennent des fichiers Excel ad-hoc pour suivre les patients et les différents actes ou consultations et suivis réalisés. Un changement du SI était une des revendications permanentes des porteurs du projet, qui n'a obtenu satisfaction au mois de mars 2022..

La coordination entre l'équipe du CeSOA et ses correspondants médicaux de ville ou hospitaliers est insuffisante ce qui explique pour partie la difficulté que nous avons rencontrée pour organiser les entretiens prévus dans le protocole avec les professionnels de santé. À l'avenir il conviendra que les relations entre CeSOA et ses correspondants soient améliorées aussi bien pour l'envoi au médecin traitant des comptes-rendus post- visite, que pour le suivi des patients, ce qui devrait être possible avec la mise en place du nouveau système informatique.

La répartition des huit scénarios de prise en charge au sein du CeSOA est assez stable sur les 2 années et conforme aux prévisions. Trois types de parcours au sein du CeSOA se dessinent après les deux premières années de l'expérimentation. Le premier parcours comporte relativement peu de contacts avec seulement un rendez-vous avec l'infirmière et le rhumatologue, mais sans rééducation. Les deux autres parcours comprennent de la rééducation. 34% des patients pris en charge au sein du CeSOA ont eu au moins un rendez-vous avec un membre de l'équipe paramédicale, ce qui veut dire que 66 % n'en ont pas eu. 88% des patients se sont vu prescrire une imagerie.

Le caractère global de la prise en charge est apprécié aussi bien par les professionnels qui travaillent dans le centre que par les malades qui le fréquentent. La prise en charge au sein du CeSOA pourrait diminuer les coûts de transports et serait susceptible selon ses promoteurs, de réduire l'errance thérapeutique du fait de la présence de plusieurs spécialités en un même lieu et de la mise en place d'un traitement adapté à la pathologie et au mode de vie du patient. L'éducation thérapeutique nécessiterait cependant aux yeux de tous les participants qu'elle prenne place dans un temps long pour qu'une amélioration de l'observance puisse être constatée. La configuration des locaux a suscité un certain nombre de suggestions pour qu'ils soient mieux adaptés aux situations d'handicap créés par les maladies ostéo-articulaires : ne pas avoir d'escalier entre les différents accès pour faciliter l'accueil des patients en fauteuil roulant ou marchant avec un déambulateur. Le nombre de professionnels exerçant dans le centre devrait augmenter avec l'accroissement de l'activité.