



# RAPPORT FINAL D'ÉVALUATION « CeSOA : Centre de soins ostéoarticulaires ambulatoire »

**REES France**

Référent(s) – : Robert Launois, Elise Cabout, Elise Meto

**Rapport Final (lot1)– avril 2023**

**Mandataire du consortium Lot 1**

Antoine Georges-Picot & Mariana Beija

agp@govhe.com

06 07 68 13 86

**Direction de projet Lot 1**

Robert Launois, Elise Cabout, Elise Meto

launois.reesfrance@wanadoo.fr

06 07 82 07 45



<b>SYNTHESE.....</b>	<b>4</b>
<b>LISTE DES ACRONYMES .....</b>	<b>6</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>7</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>7</b>
<b>1. PRESENTATION SYNTHETIQUE.....</b>	<b>8</b>
<b>2. RESULTATS DU RAPPORT INTERMEDIAIRE .....</b>	<b>10</b>
<b>3. METHODOLOGIE DE L’EVALUATION.....</b>	<b>11</b>
<b>3.1 ANALYSES QUALITATIVES DES NOUVELLES FORMES ORGANISATIONNELLES .....</b>	<b>12</b>
3.1.1 L’EVALUATION REALISTE : APPROCHE PAR LE FONCTIONNEMENT .....	12
3.1.2 CHRONOLOGIE & CONTENU DES ENTRETIENS : .....	13
<b>3.2 PLAN D’ANALYSE STATISTIQUE .....</b>	<b>13</b>
3.2.1 TRAITEMENT DES DONNEES MANQUANTES .....	14
3.2.2 ANALYSES DESCRIPTIVES .....	15
3.2.3 ANALYSES COMPARATIVES .....	15
3.2.4 QUALITE DES DONNEES .....	15
<b>4. FAISABILITE : L’ENVIRONNEMENT A-T-IL ETE FAVORABLE A LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF ?.....</b>	<b>16</b>
<b>4.1 LA DEMOGRAPHIE DES RHUMATOLOGUES EN FRANCE ET EN ILE DE FRANCE.....</b>	<b>16</b>
<b>4.2 COMPOSITION DE L’EQUIPE CESOA .....</b>	<b>17</b>
4.2.1 L’EQUIPE DE RHUMATOLOGUES .....	17
4.2.2 LES INFIRMIERES .....	17
4.2.3 LE PERSONNEL ADMINISTRATIF .....	18
4.2.4 LES PROFESSIONNELS DE LA REEDUCATION.....	18
<b>4.3 MEDECINS CORRESPONDANTS.....</b>	<b>19</b>
<b>4.4 ZONE DE DESSERTE GEOGRAPHIQUE .....</b>	<b>20</b>
<b>4.5 ORGANISATION MISE EN PLACE .....</b>	<b>22</b>
<b>4.6 REACTIONS DES PATIENTS PAR RAPPORT AUX MODALITES DE LEUR ORIENTATION .....</b>	<b>22</b>
<b>5. FAISABILITE : LE DISPOSITIF A-T-IL ETE EN CAPACITE DE REpondre A LA DEMANDE ?.....</b>	<b>25</b>
<b>5.1 CARACTERISTIQUES SOCIODEMGRAPHIQUES DES PATIENTS.....</b>	<b>25</b>
<b>5.2 ACTIVITE ANNUELLE DU CENTRE .....</b>	<b>27</b>
<b>5.3 ACTIVITE PAR JOUR OUVRE.....</b>	<b>29</b>
<b>5.4 PROFIL CLINIQUE DES PATIENTS .....</b>	<b>30</b>
<b>5.5 ACTIVITE DU CENTRE PAR SCENARIO .....</b>	<b>31</b>
<b>5.6 PARCOURS DU PATIENT AU CESOA .....</b>	<b>33</b>
5.6.1 FOCUS SUR L’ACTIVITE DES RHUMATOLOGUES .....	38
5.6.2 FOCUS SUR L’ACTIVITE DE L’EAPA .....	39

5.6.3	FOCUS SUR L'ACTIVITE DE L'ERGOTHERAPEUTE .....	40
5.6.4	FOCUS SUR L'ACTIVITE DE LA KINESITHERAPEUTE .....	40
5.7	REACTIONS DES PATIENTS VIS-A-VIS DES MODALITES DE LEUR PRISE EN CHARGE.....	40

**6. EFFICACITE : L'EXPERIMENTATION A-T-ELLE RENFORCE LA COORDINATION ENTRE LES PROFESSIONNELS ET AMELIORE LEUR PRATIQUE ? ..... 42**

6.1	EN PRINCIPE, UNE ACTIVITE COMPLEMENTAIRE DE CELLE LES MEDECINS DE « VILLE ».....	42
6.2	EN FAIT, UNE ACTIVITE LARGEMENT AUTO CENTREE SUR CELLE DES PORTEURS DE L'EXPERIMENTATION .....	43

**7. EFFICACITE : L'EXPERIMENTATION A-T-ELLE AMELIORE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ? ..... 44**

7.1	INTERETS POUR LES PATIENTS D'UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE VUS A TRAVERS L'OPINION DES PROFESSIONNELS .....	44
7.1	POINT DE VUE DES MALADES VIS-A-VIS DE L'EXPERIMENTATION .....	46
7.2	PRISE EN CHARGE AU CeSOA VS PRISE EN CHARGE TRADITIONNELLE .....	47
7.3	CONDITIONS DE L'ADHESION DES PERSONNES MALADES AU DISPOSITIF .....	49

**8. EFFICIENCE : L'EXPERIMENTATION A-T-ELLE AMELIORE LA PERTINENCE DES SOINS ? ..... 50**

8.1	UN EFFET SUR L'OBSERVANCE AU TRAITEMENT ?.....	50
8.2	VERS UNE REDUCTION DE L'ERRANCE THERAPEUTIQUE ?.....	51
8.3	DES SOINS PLUS PERTINENTS GRACE A DES REGARDS CROISES.....	52

**9. EFFICIENCE : DANS QUELLE MESURE L'EXPERIMENTATION A-T-ELLE PERMIS DE REDUIRE LES DEPENSES..... 54**

9.1	UNE CHARGE FINANCIERE REDUITE.....	54
9.1.1	DES SOINS PLUS EFFICIENTS PAR RAPPORT A LA VILLE ?.....	55
9.1.2	DES SOINS PLUS EFFICIENTS QU'A L'HOPITAL ? .....	56
9.2	FACTURATION DES FORFAITS .....	56
9.3	BILAN FINANCIER.....	57

**10. CONCLUSION ..... 59**

**11. ANNEXE ..... 60**

11.1	PANORAMA DES ACTES REALISES AU CeSOA .....	60
11.2	COTATION DES ACTES REALISES AU CeSOA .....	62

## Synthèse

Le centre CeSOA est un centre de prévention et de traitement des pathologies ostéo-articulaires, offrant une prise en charge globale et pluridisciplinaire en un seul temps, un seul lieu et sans reste à charge. L'équipe est composée de médecins rhumatologues, d'infirmiers ainsi que d'une équipe de rééducateur avec un ergothérapeute, un kinésithérapeute et un enseignant d'activité physique adapté ainsi qu'un manipulateur de radiologie. Cette offre de services qui semblait répondre aux besoins de santé de l'Île-de-France était en accord avec le plan régional de santé 2018-2022 de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France et en cohérence avec la stratégie de la Mutualité Générale de l'Éducation Nationale (MGEN).

L'accès à une équipe pluridisciplinaire est un point positif qui a facilité les échanges entre les professionnels et leur a permis d'avoir une vision globale du retentissement de la maladie sur tous les compartiments de vie de leurs patients. Les patients, quant à eux, ont particulièrement apprécié le temps d'écoute que l'équipe para médicale leur ont consacré, les explications qu'ils ont reçues sur les traitements qui leur étaient prescrits par le médecin, l'éducation thérapeutique mise en place qui leur ont permis de devenir acteur de leur prise en charge et de posséder toutes les armes pour mener leur traitement à bonne fin, après leur venue au centre.

Les objectifs de recrutement initiaux étaient sûrement surévalués. Bien qu'ils aient été revus à la baisse en janvier 2022 pour les trois années de l'expérimentation, aucun d'entre eux n'a réussi à être atteint. Sans aucun doute l'épidémie de Covid est à l'origine du faible nombre de patients recrutés et de la rareté relative du nombre de professionnels de santé ayant adhéré au dispositif en 2020. Une absence de politique vigoureuse de communication peut-être également à l'origine de ces difficultés. Une reprise en main de la communication a eu lieu en 2021 à travers des multiples courriers de présentation du centre auprès des professionnels de santé, des communications dans les journaux scientifiques. Ces efforts semblent avoir porté leurs fruits – le taux de réalisation des objectifs de recrutement a atteint 87% en 2021 – mais ils ne se sont pas maintenus dans la durée. L'année 2022 a été marquée par un effondrement des inclusions du fait la démission de toute l'équipe paramédicale (ergothérapeute, kinésithérapeute, enseignante APA). La signature d'un accord de partenariat avec l'institut mutualiste Montsouris n'a pas été suffisante pour compenser ces pertes de clientèle. L'insuffisance des recrutements au regard des objectifs fixés pour les années 2020, 2021, 2022 a pour contrepartie logique le faible nombre de patients pris en charge par jour ouvré. On a également observé, durant ces trois années, la présence de différences significatives dans le rythme d'activité des rhumatologues du centre.

L'organisation mise en place du centre repose sur des procédures standardisées opérationnelles pour la prise en charge de huit scénarii cliniques. Ces procédures permettaient de standardiser le parcours des patients au sein du centre CeSOA que ce soit en termes d'imagerie, d'examens cliniques ou de qualité de vie. Cependant, cette organisation n'implique pas du seul fait de son existence qu'il y ait eu une coordination étroite entre l'équipe médicale et paramédicale. Les différents intervenants paramédicaux n'étaient pas appelés à intervenir dans le cadre de tous les scénarii. Chacune de leurs interventions était subordonnée à la décision médicale qui jugeait de l'opportunité et de la pertinence d'avoir recours à un ergothérapeute, à un kinésithérapeute ou à une enseignante d'activité physique adaptée. De ce fait, l'équipe des paramédicaux a été d'emblée surdimensionnée par rapport à l'activité du centre. Le recours aux professionnels rééducateurs est resté somme toute assez limité puisque seulement 9% à 13% des patients ont eu au moins une consultation avec un professionnel de l'équipe de

rééducation en (kinésithérapeute, ergothérapeute, enseignante APA) et seulement 49% des patients ont eu au moins un acte d'imagerie. Côté rhumatologues on constate que certains praticiens ont eu au cours de leurs trois années d'exercice dans le centre une activité restreinte dans la mesure où certains d'entre eux prenaient en charge uniquement quatre patients pendant leur jour de présence. Au total, l'équipe médicale et para paramédical semble avoir été surdimensionnée dès la création du centre

Globalement, il semble que la stratégie du centre ait été excessivement autocentrée. Les porteurs du projet ont semblé plus désireux d'offrir à leurs patients une prise en charge globale, en mettant à leur disposition un plateau technique paramédicalisé tout en évitant tout risque de détournement de clientèle au détriment de leur activité libérale, qu'ils n'ont cherché à nouer de véritables relations de partenariat avec leurs correspondants ambulatoires ou hospitaliers. Il n'est pas étonnant dans ce contexte que la majorité des patients, presque 80 %, soit venue au centre CESOA à l'initiative des rhumatologues qui étaient à l'origine de sa création. Ce fort taux d'auto-adressement amène à s'interroger sur la finalité poursuivie par l'expérimentation et sur ses possibilités de recrutement. La forte influence d'un rhumatologue sur le nombre d'inclus pose la question de la visibilité intrinsèque du centre dans son milieu professionnel.

Plus fondamentalement, c'est le concept sur laquelle reposait l'expérimentation : « l'idée même d'une clinique one stop » qui était erroné. Le centre ne devait normalement prendre en charge les patients qu'une seule fois. Ce qui excluait par principe – exception faite des ajustements de traitement requis par la mise en place d'une biothérapie – la possibilité d'une seconde venue au centre. Ce modèle exigeait pour être viable, un renouvellement permanent et continu de la patientèle difficile à obtenir quels que puissent être les efforts de communication déployés. La prise en charge des pathologies chroniques ostéoarticulaires ne pouvait pas être organisée sur la base des mêmes principes que ceux qui avaient fait le succès de SOS médecins.

## 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

<i>Tableau 1 : Équivalent Temps Plein (ETP) par année et par type de personnels du CeSOA.....</i>	18
<i>Tableau 2 : Répartition des prises en charge par an et par origine .....</i>	20
<i>Tableau 3 : Provenance des venues au centre par année .....</i>	21
<i>Tableau 8 : Caractéristiques sociodémographiques des patients .....</i>	25
<i>Tableau 4 : Activité annuelle du centre .....</i>	27
<i>Tableau 5 : Nombre de passages par patient.....</i>	28
<i>Tableau 6 : Nombre de patients pris en charge par jour ouvrés et par an.....</i>	30
<i>Tableau 7 : Répartition du nombre de visite par scénario .....</i>	33
<i>Tableau 9 : Nombre d'actes effectués à l'occasion de chaque prise en charge .....</i>	34
<i>Tableau 10 : Caractéristiques du parcours des patients par scénario de prise en charge .....</i>	34
<i>Tableau 11 : Types d'actes réalisés par année d'exercice .....</i>	35
<i>Tableau 12 : Nombre d'actes réalisés par type et par année .....</i>	36
<i>Tableau 13 : Nombre moyen d'actes par scénario de prise en charge .....</i>	37
<i>Tableau 14 : Nombre de consultations paramédicales par scénario .....</i>	38
<i>Tableau 15 : Activité par rhumatologue en exercice au centre par an .....</i>	39
<i>Tableau 16 : Moyenne du temps de diagnostic par année.....</i>	51
<i>Tableau 17 : Différence passages au centre et forfait payés .....</i>	56
<i>Tableau 18 : Rappel des besoins de financement de l'expérimentation issu du cahier des charges .....</i>	57
<i>Tableau 19 : Bilan financier du centre CeSOA par an.....</i>	58
<i>Tableau 20 : Cotation moyenne des venues au centre par protocole</i> <b>Erreur ! Signet non défini.</b>	

## Liste des figures

<i>Figure 1 : Synthèse emboîtement des problématiques .....</i>	11
<i>Figure 2 : Portée géographique des patients venus au centre CeSOA .....</i>	21
<i>Figure 3 : Évolution du nombre de visites au centre par mois et par an .....</i>	28
<i>Figure 4 : Répartition du nombre de visites par patients et par an.....</i>	29
<i>Figure 5 : Répartition des prises en charge par protocole par an.....</i>	32

## 1. Présentation synthétique

<b>Titre de l'expérimentation</b>	Projet d'organisation de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des pathologies ostéo-articulaires.
<b>Porteur(s)</b>	Mutualité Générale de l'Éducation Nationale (MGEN)
<b>Partenaire(s)</b>	9 médecins libéraux et hospitaliers spécialisés en rhumatologie
<b>Territoire(s) concerné(s)</b>	Toute la région Île-de-France Régions limitrophes : <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Grand Est : Aube, Marne</li> <li>◆ Bourgogne : Yonne</li> <li>◆ Centre : Loiret, Eure-et-Loire</li> <li>◆ Normandie : Eure</li> <li>◆ Hauts-de-France : Oise, Aisne</li> </ul>
<b>Nature du projet</b>	Régional et Interrégional
<b>Public cible et volumétrie</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>2. Lombalgie chronique</li> <li>3. Ostéoporose fracturée ou complexe</li> <li>4. Rhumatisme inflammatoire récent ou besoin d'un second avis (spondylarthrite ou polyarthrite rhumatoïde)</li> <li>5. Rhumatisme inflammatoire nécessitant une initiation de biothérapie</li> <li>6. Douleur de genou ou de hanche avec inefficacité d'un premier traitement</li> <li>7. Pathologie ostéo-articulaire complexe</li> <li>8. Prise en charge des patients en urgence non programmée</li> </ol> <p>La volumétrie est de 3600 patients par an en routine à partir de la troisième année.</p>
<b>Professionnels de santé et structures impliqués</b>	La structure est le centre de soins ostéo-articulaires ambulatoire (CeSOA). Les professionnels de santé impliqués sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Rhumatologue</li> <li>◆ Infirmier diplômé d'État</li> <li>◆ Masseur Kinésithérapeute</li> <li>◆ Manipulateur radio</li> <li>◆ Ergothérapeute</li> <li>◆ Orthopédique</li> </ul>
<b>Objectifs principaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Améliorer le parcours de soins des patients souffrant de pathologies rhumatismales</li> <li>◆ Apporter une solution à la diminution du nombre de professionnels de santé</li> <li>◆ Assurer une prise en charge efficiente de ces maladies chroniques (via une amélioration de l'accès aux soins et une</li> </ul>



	optimisation de la pertinence des soins, un accompagnement à la bonne observance et la prévention des complications)
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Réduire les délais d'accès à la spécialité</li> <li>◆ Proposer un accès à une équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle</li> <li>◆ Rendre le patient acteur de son parcours</li> <li>◆ Outiller les médecins traitants de PPS leur permettant d'optimiser le suivi de leurs patients et ainsi optimiser la coordination entre acteurs</li> <li>◆ Améliorer la pertinence des actes.</li> </ul>
<b>Coûts prévus</b>	FISS : 2 885 750 €
	FIR : 199 650 €
<b>Dates de début</b>	Arrêté : 12 juillet 2019 (mise à jour 10 février 2022)
	Première inclusion : 9 janvier 2020
<b>Durée</b>	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<sup>e</sup> arrondissement de Paris au sein d'un centre de santé de la MGEN. L'accès au service 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. Résultats du rapport intermédiaire

La réalisation des différents travaux d'analyses et d'évaluation des deux premières années de l'expérimentation CeSOA a été riche d'enseignements. 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. À 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'autoprescription témoigne du manque de visibilité de CeSOA auprès des professionnels qui devaient constituer son réseau de correspondants.

Les objectifs initiaux de 5100 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 3600 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 % des valeurs cibles. 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.

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 enrichissante 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.

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.

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.

### 3. Méthodologie de l'évaluation

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

Les orientations stratégiques résument la philosophie de l'action, en définissant dans une formule générique ce à quoi le projet va servir. Faisabilité, efficacité, efficience et reproductibilité sont les 4 mots qui résument le sens de l'action à mettre en œuvre ;

Les effets attendus par les porteurs de l'expérimentation s'inscrivent dans les 4 axes stratégiques définis par la Cellule d'évaluation CNAM-Drees (faisabilité, efficacité, efficience et reproductibilité) auxquels ils font écho dans leurs propositions et par rapport auxquels les critères opérationnels propres à chaque dimension ont été définis par les acteurs de terrain afin de leur donner un contenu plus spécifique.

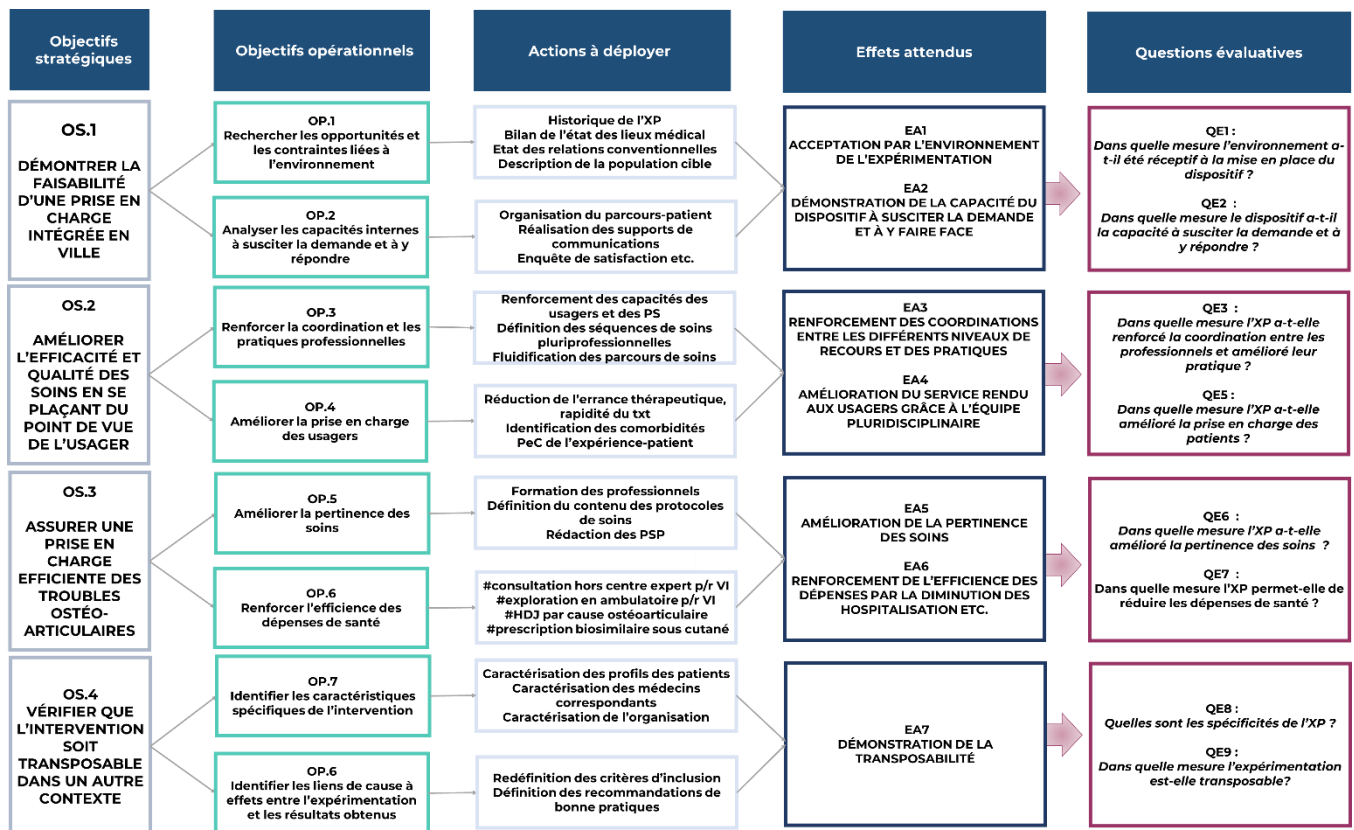


Figure 1 : Synthèse emboîtement des problématiques

À la suite de la rédaction du protocole d'évaluation et dans la continuité du rapport intermédiaire, une méthodologie mixte d'évaluation, quantitative-qualitative, a été mise en place combinant le suivi quantitatif de la montée en charge du dispositif à l'analyse du rôle qui jouent les acteurs dans le processus de changement.

Pour l'évaluation finale, une dernière vague d'entretiens a été réalisée auprès des professionnels et des patients. Cette vague d'entretiens a permis d'explicitier les facteurs favorisant et les facteurs bloquant la réussite du dispositif. Le recueil de l'expérience patient a permis d'enrichir les éléments d'efficacité et le ressenti de la visite au centre CeSOA. Sur le plan quantitatif, les données individuelles ont été exploitées à partir de l'extraction du système d'information du centre CeSOA sur la période de 09 janvier 2020 au 30 septembre 2022.

L'analyse de l'adéquation du forfait a pu être réalisée à partir des données individuelles, du fichier de contrôle et du fichier de facturation de la plateforme Art51. Seulement après de multiples demandes auprès des porteurs du projet CeSOA, MGEN ou même de l'ARS, nous n'avons jamais obtenu l'origine du calcul du forfait unique CeSOA de 310 €. Le calcul de ce forfait a été réalisé en 2015 à la suite d'une étude de microcosting réalisée par Alain Sommer (Professeur au CNAM).

L'objectif de ce rapport final est de pouvoir répondre à tous les critères de faisabilité, d'efficacité, d'efficience et de reproductibilité. Le but est de rendre compte du fonctionnement du centre CeSOA, ce qui a fonctionné, ce qui n'a pas fonctionné, pour qui pourquoi et comment. La reproductibilité de l'expérimentation sera aussi au cœur des analyses afin de pouvoir rendre compte de l'orientation de la suite de l'expérimentation CeSOA.

### 3.1 Analyses qualitatives des nouvelles formes organisationnelles

#### 3.1.1 *L'évaluation réaliste : approche par le fonctionnement*

L'évaluateur ne doit pas limiter son analyse à une simple analyse des résultats, savoir si l'expérimentation a atteint les objectifs qu'elle s'était fixés et/ou si les actions programmées ont réellement été déployées. Cette analyse semble plutôt être « appréciée » des porteurs de projet, car elle leur permet de juger de la performance de leur projet tant en termes de déploiement que de montée en puissance.

Le rôle de l'évaluateur est de comprendre comment et pourquoi l'expérimentation a produit ou non les résultats attendus. Il est évident que l'expérimentation elle-même ne crée pas le changement, mais c'est précisément la manière dont les acteurs de l'expérimentation réagissent aux nouveaux moyens mis en œuvre, dans un certain contexte, qu'ils créent le changement. Le but est de comprendre ce qui se passe entre la mise en œuvre de l'expérimentation et les résultats observés, d'explicitier les facteurs favorisant ou les facteurs entravant la réalisation de l'effet attendu. Ces « facteurs » recoupent à la fois des facteurs comportementaux : les réactions des parties prenantes face aux moyens mis en œuvre et des facteurs contextuels : l'environnement dans lequel s'inscrit et évolue l'expérimentation qui influence également la manière dont les acteurs réagissent. Le contexte créé par l'expérimentation et le contexte dans lequel s'inscrit l'expérimentation est deux éléments à distinguer et à prendre en compte. D'un côté, l'expérimentation par son nouveau mode d'organisation crée un nouvel environnement où les acteurs évoluent et réagissent et ainsi génèrent du changement. De l'autre, l'environnement « naturel » dans lequel l'expérimentation s'est installée et évolue dont il ne faut pas s'abstraire, car il est également à l'origine des résultats observés.

Comprendre comment et pourquoi l'expérimentation fonctionne c'est, explicitier les interrelations/les configurations entre les différentes composantes de l'expérimentation. En d'autres termes, cela revient à expliquer comment l'intervention (I) se déroulera, dans quel

contexte (C), quels en seront les acteurs (A) et comment leurs réactions (R) déclencheront (ou non) les mécanismes générateurs de changement qui produiront (ou non) les effets (E) observés.

L'évaluateur doit prendre tous ces éléments en considération pour expliciter tous les facteurs comportementaux et tous les facteurs contextuels à réunir pour que les effets attendus de l'expérimentation soient observés. Et d'expliquer, dans le cas contraire, les raisons pour lesquelles les résultats escomptés ne sont pas au rendez-vous.

Au-delà encore d'expliquer comment et pourquoi cela fonctionne, il faut aussi comprendre «pour qui» cela fonctionne. Dans la recherche de l'optimum, il y a toujours des gagnants et des perdants. Certaines interventions profiteront davantage à un certain profil de patient et moins à un autre.

Recourir à l'évaluation réaliste est sans doute indispensable dans les expérimentations Article 51 dans la mesure où elles doivent prouver qu'elles ont la capacité de transformer la prise en charge actuelle et d'être la préface d'un nouveau mode de prise en charge. Ainsi, cela paraît inenvisageable de transposer une expérimentation dans d'autres territoires sans tenir compte des éléments de contextes ayant favorisé la réussite du projet et d'espérer aboutir au même résultat dans d'autres territoires, sans tenir compte des potentielles réactions des acteurs qui sont potentiellement différentes et aboutissant ainsi à un résultat complètement différent. Regarder si cela marchera ailleurs, c'est d'abord énoncer clairement les raisons pour lesquelles cela marche ici.

### 3.1.2 Chronologie & Contenu des entretiens :

Nous avons réalisé au total trois vagues d'entretiens auprès des professionnels du CeSOA et des médecins adresseurs.

- 1<sup>ère</sup> vague du 9 septembre au 29 octobre 2021 : 7 membres du CeSOA et 6 médecins adresseurs
- 2<sup>e</sup> vague : 2 membres paramédicaux du CeSOA et 2 médecins adresseurs
- 3<sup>e</sup> vague du 22 septembre 2022 au 22 novembre 2022 : 4 patients du CeSOA, 5 membres du CeSOA et 1 médecin adresseur

Au cours de ces entretiens, nous leur avons présenté des hypothèses explicitant les mécanismes générateurs d'effets. Les hypothèses créées, enrichies et consolidées au fur et à mesure des entretiens nous ont permis de mettre en lumière, par les réactions des interviewés, les facteurs comportementaux et contextuels favorisant ou entravant la réussite de l'expérimentation. Ils sont présentés dans cette synthèse pour chacun des effets attendus de l'expérimentation à savoir : un nouveau mode de prise en charge, une coordination des acteurs, une amélioration de la prise en charge, de la pertinence des soins et de l'efficacité des soins.

## 3.2 Plan d'analyse statistique

Les analyses statistiques réalisées pour le rapport final sont issues des données individuelles transmises par le centre CeSOA ainsi que le fichier de contrôle et le fichier de facturation de la plateforme article51.

Les données individuelles du centre CeSOA sont regroupées dans 6 tables :

- **CESOA\_IDENT** : identité du patient (date de naissance, sexe, code postal, situation familiale, enfant, activité professionnelle)

- **CESOA\_ACTES** : répertorie tous les actes réalisés lors du séjour d'un patient avec son code et le nom du professionnel
- **CEOSA\_SANTE** : base du SI CESOA avec identifiant de la venue, pathologie, antécédents, questionnaires, adresseurs, date de la venue, scénario, date premier symptômes, temps dans le centre, rhumatologue concerné
- **CESOA\_APA** : base de l'APA avec identifiant du patient, date de la venue, scénario, rhumatologue concerné, réalisation d'entretiens, éducation, évaluation, exercices, programme personnalisé
- **CESOA\_ERGO** : base de l'ergothérapeute avec identifiant du patient, date séjour, scénario, rhumatologue concerné, et examens réalisés
- **CEOSA\_MK** : base du kinésithérapeute avec identifiant patient, date, scénario, et examens réalisés

### 3.2.1 *Traitement des données manquantes*

Les valeurs manquantes peuvent compromettre les résultats de toute l'étude. D'abord, l'absence de données réduit la puissance statistique c'est-à-dire la probabilité que le test rejette l'hypothèse nulle quand elle est fautive. La perte de données introduit un biais dans l'estimation des différents paramètres et rend l'échantillon moins représentatif. Ces phénomènes concomitants menacent l'intégrité de l'analyse et peuvent mener à établir des conclusions erronées.

Bien que les données manquantes introduisent des biais pour analyser les résultats, l'étude des données manquantes peut également révéler des informations. En effet, la non-réponse peut être interprétée de manières différentes selon la variable. Il faut avant tout travailler sur les données manquantes, caractériser ces dernières.

Il est possible de faire une analyse de type list-wise c'est-à-dire, d'utiliser uniquement les données pour lesquelles nous avons un jeu complet de réponses. Cette méthode, la plus fréquente n'est pas la plus adaptée dans le cadre de notre étude, en effet l'échantillon n'est pas très large, la puissance statistique chuterait drastiquement.

La déletion pairwise est une alternative. Dans ce cadre, toutes les données recueillies sont utilisées et les individus comportant des valeurs manquantes ne sont supprimés que lorsqu'ils sont mobilisés dans un test statistique. Cette approche pose problème, les différents résultats obtenus à l'intérieur de l'échantillon ne sont pas comparables entre eux, les populations changeant entre chaque test.

Il existe également les techniques d'imputation, c'est-à-dire les techniques pour lesquelles plutôt que de se séparer de la valeur, nous allons l'estimer selon les caractéristiques connues de l'individu. Cependant, un individu comporte à la fois des caractéristiques observées et inobservées. L'estimation de la valeur manquante se fait uniquement selon les caractéristiques connues. Afin de minimiser le risque d'erreur, plusieurs estimations peuvent être effectuées (nombre d'imputations) et ainsi obtenir une valeur toujours inconnue, mais cohérente. Cette technique d'imputation multiple est recommandée afin de diminuer au maximum les biais.

Dans l'analyse des données individuelles CeSOA, ces techniques vont être combinées. Le taux de réponse est variable en fonction des variables et des tables notamment avec les tables APA, ERGO et MK où les professionnels n'ont pas vu tous les patients. Tous les professionnels, rhumatologues du centre CeSOA, ne remplissent pas de la même façon le système d'information ce qui amène également à beaucoup de données manquantes, mais souvent cela représente des données non documentées plutôt que données manquantes.

### 3.2.2 *Analyses descriptives*

Les données individuelles ont été extraites du système d'information du centre CeSOA entre le 1<sup>er</sup> janvier 2020 et le 30 septembre 2022. L'identifiant unique anonymisé de chaque patient, séjour au sein du centre CeSOA est la variable NUM\_ENQ.

Les analyses statistiques seront réalisées au moyen du logiciel SAS<sup>®</sup> version 9.4 ou supérieure sur l'espace sécurisé mis en place par la Cnam.

Il existe deux types de variables les variables quantitatives et les variables qualitatives. Les variables quantitatives sont les variables continues qui peuvent être transcrites sous la forme d'une distribution de nombres. Ainsi les variables telles que l'âge, le poids, la taille sont des variables quantitatives. Les variables qualitatives quant à elles sont des variables qui ne peuvent pas être transcrites sous forme de nombre. Il peut y avoir deux raisons à cela, soit comme le sexe de l'individu les choix sont limités entre deux modalités, il s'agit des variables dichotomiques (ou polyatomiques dans le cadre de choix entre 3 modalités et plus), soit il s'agit de variables continues qui ont été mises sous forme de classe par l'investigateur, le plus souvent les revenus des personnes sont exprimés ainsi.

### 3.2.3 *Analyses comparatives*

En complément des statistiques descriptives, il est intéressant de comparer différentes populations, faire des analyses croisées selon des caractéristiques des patients. Afin de croiser ces résultats, il faut mettre en œuvre un test statistique afin de tester si la différence entre les groupes étudiés n'est pas uniquement causée par le hasard.

L'utilisation de tests statistique se fait sur l'hypothèse dite nulle, selon laquelle la différence entre les deux échantillons n'est causée que par le hasard. L'hypothèse dite alternative est l'hypothèse selon laquelle la différence entre les deux échantillons est causée par d'autres facteurs que le hasard. Le test statistique se fait en rejetant l'hypothèse nulle avec une probabilité de se tromper. Le seuil choisi ici est la probabilité de se tromper de 5 %. C'est-à-dire que la différence entre les échantillons n'est pas causée uniquement par le hasard au risque de se tromper de 5 %. Plus la probabilité de se tromper est faible, plus la relation est forte. Cependant, l'existence de cette différence ne suggère pas les causes.

Le test utilisé pour comparer les données qualitatives est le test du CHI<sup>2</sup>. Un test de CHI<sup>2</sup> nous permet de tester si les proportions observées pour une variable qualitative sont différentes des proportions hypothétiques. Pour les données quantitatives, le test utilisé sera le test-t de Student (ou le test non paramétrique de Mann-Whitney selon la distribution de la variable) pour deux échantillons indépendants. Pour la comparaison de plus de deux moyennes d'échantillons indépendants, le test utilisé est un test ANOVA à un facteur.

### 3.2.4 *Qualité des données*

La qualité des données n'est pas du tout homogène en fonction des tables à notre disposition. En effet, toutes les tables d'extraction par le centre CeSOA n'ont pas le même nombre de patients ni le même nombre de séjours. Les tables n'ont pas non plus la même amplitude des dates de soins. Par exemple, la table APA fait état des soins réalisés entre le

15/01/2020 et le 08/04/2022, la table ERGO fait état des soins réalisés entre le 09/01/2020 et le 29/09/2021, la table MK entre le 20/07/2020 et le 13/04/2022, la table ACTES entre le 09/01/2020 et le 30/09/2021, la table SANTÉ entre le 09/01/2020 et le 30/09/2022.

Il a été également assez difficile de concaténer toutes les tables ensemble afin d'avoir le parcours unique de chaque patient venue au centre dans la mesure où les tables APA, ERGO et MK ne disposaient pas du numéro de séjour du patient. Nous avons réussi à le faire à partir du NUM\_ENQ (identifiant du patient) ainsi que la date de la venue au centre.

La table SANTÉ qui est la table principale du système d'information du centre CeSOA avait toutes ses variables en caractères. Ainsi, il était indispensable pour certaines variables comme toutes les dates de venue de les transformer en variable numérique afin de pouvoir effectuer la concaténation des tables sur la date de venue dans la mesure où un patient peut être venu plusieurs fois au centre, ce qui est comptabilisé comme deux séjours distincts. Cette table comprend également beaucoup de données manquantes notamment sur toutes les variables des antécédents médicaux des patients, des comorbidités, ou encore les résultats des questionnaires spécifiques aux pathologies. Nous n'avons pas travaillé sur des données complètes sur cette table-là, c'est-à-dire qu'il est possible d'avoir des données manquantes pour ces variables-là.

De plus, nous avons également été assez surpris lors de l'analyse des données individuelles issues du système d'information de la différence du nombre de visites au centre avec les données agrégées dont nous avons eu communication pour le rapport intermédiaire et dans les rapports d'étape du centre CeSOA.

## **4. Faisabilité : L'environnement a-t-il été favorable à la mise en place du dispositif ?**

### 4.1 La démographie des rhumatologues en France et en Ile de France

En 2022, 2 578 rhumatologues exercent en France. Au niveau national, cela représente en moyenne 3,8 rhumatologues pour 100 000 habitants. En Île-de-France, la densité de rhumatologues est de 5,3 rhumatologues pour 100 000 habitants. 33 % de ceux-ci sont des salariés hospitaliers, 41 % sont des médecins libéraux et 26 % ont un mode d'exercices mixtes<sup>1</sup>.

Au 31 décembre 2020, on dénombrait 1 538 rhumatologues libéraux en France. Alors que près de la moitié des rhumatologues français ont plus de 60 ans, seuls 52 nouveaux rhumatologues se sont installés,<sup>2</sup> Les rhumatologues libéraux exercent en grande majorité exclusivement en libéral (68 %) tandis qu'environ un sur six ont un exercice mixte. Le mode d'exercice libéral et salarié représente 13 % des rhumatologues en 2020. Au niveau géographique, la densité de rhumatologues pour 100 000 habitants est plus importante en région Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur ainsi qu'en Bretagne. En Île-de-France, la densité de rhumatologue est en moyenne de 0,4 pour 100 000 habitants. Le Val-d'Oise est le département avec la densité de rhumatologue la plus faible (0,2) alors que le département des Hauts-de-Seine est celui qui a la densité de rhumatologue la plus élevée (0,8).

Les effectifs ont tendance à diminuer depuis l'année 2000 avec une réduction de 1,1 % par an en moyenne. La densité de rhumatologues par habitant a également fortement diminué, passant de 3,16 à 2,29 pour 100 000 habitants entre l'an 2000 et 2020.

---

<sup>1</sup> <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-rhumatologue/>

<sup>2</sup> [https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020\\_fiche\\_rhumatologues-liberaux\\_1.pdf](https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020_fiche_rhumatologues-liberaux_1.pdf)



En moyenne, les rhumatologues voient 1 571 patients uniques dans l'année. Cependant, la dispersion du nombre de patients est relativement étendue : les 10 % les plus actifs voient environ 2 600 patients tandis que les 10 % les moins actifs voient environ 630 patients dans l'année. Globalement, la part des femmes dans la patientèle est supérieure à celle des hommes (66 % contre 34 %). Au niveau géographique, on constate que les rhumatologues ayant le plus de patients se situent en Martinique et en région Grand Est alors que ceux ayant le moins de patients se situent en Île-de-France et en Auvergne-Rhône-Alpes. En Île-de-France, un professionnel de santé libéral voit en moyenne 1 333 patients par an. Dans le département de Paris, ce nombre moyen est de 845 alors qu'il est de 1 525 dans le département Seine-Saint-Denis et de 1 575 dans le département Seine-et-Marne.

La pharmacie est le premier poste de prescription des rhumatologues. Il représente plus de trois cinquièmes du total de leurs prescriptions en base de remboursement alors que les actes de masseurs-kinésithérapeutes sont leur deuxième poste de prescription (16 %).

## 4.2 Composition de l'équipe CeSOA

Il était prévu au départ que l'équipe du CeSOA soit composée de 10,4 ETP dont 2,9 ETP de personnel médical, 4,5 ETP de personnel paramédical et 3 ETP de personnel administratif. De nombreuses démissions sont venues bousculer ces effectifs (*Tableau 1*).

### 4.2.1 L'équipe de rhumatologues

À l'ouverture du centre CeSOA, en janvier 2020, 7 rhumatologues étaient présents dont 1 chef de service. Tous les rhumatologues sont en contrat de 10 heures par semaine correspondant à 1 jour de présence par semaine dans le centre. Le chef de service est, quant à lui, en contrat de 20 heures par semaine représentant 2 jours de présence par semaine dans le centre. Deux rhumatologues sont venus compléter l'équipe en mars 2020 et juin 2020, ce qui a amené l'équipe à 9 rhumatologues, pouvant ainsi assurer les 5 jours d'ouverture (2 rhumatologues présents par jour).

Néanmoins, 1 démission a eu lieu en octobre 2020, le rhumatologue n'a pas été remplacé, tout de suite. Ce n'est qu'en 2022 qu'un nouveau rhumatologue a rejoint l'équipe (2 CDD consécutifs suivis d'un CDI de 10 heures depuis juillet 2022).

Avec 7 rhumatologues en janvier 2020 et 9 rhumatologues au 31 juillet 2022, le nombre moyen de rhumatologues est de 8 sur les 3 années d'activité du centre. Avec 2 départs dans l'équipe de rhumatologues, le taux de turnover s'élève à 25 % sur la période de janvier 2020 à juillet 2022.

### 4.2.2 Les infirmières

À l'ouverture du centre CeSOA en janvier 2020, 2 infirmières étaient présentes dont 1 encadrante en unité de soins. La période d'essai de l'encadrante en unité de soin a pris fin à l'initiative de l'employeur au bout de 4 mois. Elle a pu être remplacée au mois de mars 2020 par un contrat 35 heures. Fin 2021, 1 démission a eu lieu. Un remplacement a été fait 2 mois après, qui s'est terminé par une rupture de période d'essai toujours à l'initiative de l'employeur. En juin 2022, il y a eu le remplacement du poste d'infirmière, mais seulement en 25 heures par semaine.

Avec 2 infirmières en janvier 2020 et 2 infirmières en juillet 2022, le nombre moyen d'infirmières sur la période d'analyse est de 2. On dénombre 3 départs, soit un taux de turnover de 150 %.

#### 4.2.3 Le personnel administratif

À l'ouverture du centre CeSOA en janvier 2020, 2 secrétaires étaient présentes en 35 heures par semaine. Au bout de 10 jours à l'initiative de l'employé, la période d'essai a été rompue. Ainsi durant 1 an et demi, il n'y a eu qu'une seule secrétaire au centre CeSOA. En 2021, on comptabilise un recrutement d'une nouvelle secrétaire, une rupture de la période d'essai à l'initiative de l'employeur et la fin d'un CDD. En 2022, on comptabilise une démission, une embauche et la fin d'un CDD.

Avec 2 secrétaires le 1<sup>er</sup> janvier 2020, et 1 secrétaire le 31 juillet 2022, le nombre moyen de secrétaires dans le centre est de 1,5. Avec 5 départs de secrétaires sur la période d'analyse, le taux de turnover s'élève à 333 %.

#### 4.2.4 Les professionnels de la rééducation

À l'ouverture du centre en janvier 2020, 1 seul membre de l'équipe de rééducation était présent. Il s'agissait d'une ergothérapeute en contrat de 35 heures.

L'équipe rééducative a été complétée en février 2020 par une manipulatrice ERM en 35 heures, par une kinésithérapeute en juillet 2020 à mi-temps (17,5 heures) et une enseignante APA en août 2020 à mi-temps (17,5 heures).

À la suite de la démission de la manipulatrice ERM en août 2021, plusieurs CDD se sont succédé sur ce poste, jusqu'à la stabilisation d'un CDI en octobre 2021. Seulement, ce poste est en contrat 30 heures, ainsi, un CDD a complété l'activité.

Par ailleurs, l'ergothérapeute ayant démissionné en novembre 2021 n'a été remplacé qu'en avril 2022 avec un contrat 14 heures.

Avec 1 ergothérapeute au 1<sup>er</sup> janvier 2020 et 4 membres de l'équipe de rééducation en juillet 2022, le nombre moyen de l'équipe de rééducation est de 2,5. On dénombre 13 départs avec les multiples CDD qui se sont enchaînés sur le poste de manipulatrice. Le taux de turnover s'élève ainsi à 520 %. La fin d'année 2022 a également été marquée par la démission de la kinésithérapeute et de l'enseignante APA. Les démissions des professionnels de la rééducation remettent en question la pertinence des soins réalisés au centre. En effet, si ces professionnels ne sont pas présents au CeSOA, quelle est la plus-value du centre par rapport à une prise en charge traditionnelle? D'autant plus que les bénéfices sanitaires et économiques du CeSOA reposent en partie, selon les promoteurs, sur les actions concomitantes d'une équipe pluridisciplinaire.

**Tableau 1 : Équivalent Temps Plein (ETP) par année et par type de personnel du CeSOA**

	Professionnels médicaux (ETP)	Professionnels paramédicaux (ETP)	Personnel administratif (ETP)	Total (ETP)
<i>Prévision</i>	2,9 rhumatologues	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 IDE</li> <li>• 1 kiné</li> <li>• 1 manip radio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 cadre administratif</li> <li>• 2 secrétaires</li> </ul>	<b>10,4</b>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0,5 ergo</li> </ul>	<i>médicales</i>	
2020	2,6 rhumatologues	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 IDE</li> <li>• 0,23 kiné</li> <li>• 0,17 APA</li> <li>• 1 ergo</li> <li>• 1 manipradio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 secrétaire médicale</li> </ul>	<b>8</b>
2021	2,57 rhumatologues	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 IDE</li> <li>• 0,5 kiné</li> <li>• 0,5 APA</li> <li>• 1 ergo</li> <li>• 0,84 manip radio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,54 secrétaire médicale</li> </ul>	<b>8</b>
2022	<a href="#">SYS</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,58 IDE</li> <li>• 0,5 kiné</li> <li>• 0,5 APA</li> <li>• 0,33 ergo</li> <li>• 0,85 manip radio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0,96 secrétaire médicale</li> </ul>	<b>7,42</b>

#### 4.3 Médecins correspondants

L'analyse des données agrégées du rapport intermédiaire avait montré que 78 % des patients venus au centre avaient été adressés par un des rhumatologues du centre. Les médecins généralistes adressaient quant à eux 15 % des patients pris en charge au CeSOA.

Les données individuelles n'ont pas permis de procéder à une analyse plus fine de l'origine des médecins adresseurs au centre CeSOA. En effet, lorsque le patient avait été adressé par un médecin autre que les rhumatologues du centre, il était simplement mentionné «médecin» dans le système d'information du CeSOA.

Sur les 3 879 prises en charge effectuées sur les 3 ans par CeSOA, on constate qu'il y en a seulement 3371 pour lesquelles les cliniciens à l'origine de l'adressage ont été documentés (508 données manquantes). Environ 80 % ont été adressées par un rhumatologue du centre, 17,8 % par un médecin. Les autres patients se sont présentés au centre de leur propre initiative (et/ou sur les conseils de leur entourage).

Les prises en charge qui font suite à des recommandations émises par les rhumatologues du centre (sans que l'on sache, s'il s'agit d'auto adressage des patients pris en charge dans le cadre de leur clientèle privée ou d'orientations données dans le cadre de leur activité hospitalière) ont sensiblement baissé entre la première année et la troisième année d'exercice, passant de 84 % en 2020 à 78 %, en 2022 au profit d'une hausse des adressages par les médecins extérieurs, dont la part dans les inclusions est passée de 13,5 % en 2020 à 20 % en 2022.

L'adressage constaté chez les rhumatologues du centre est significativement différent selon les médecins ( $p < 0,0001$ ). Le rhumatologue E est responsable de plus de 1/3 des adressages par les rhumatologues du centre sur l'ensemble des trois ans d'exercice.

Le partenariat qui a été institué avec l'Institut Mutualiste Montsouris (IMM) – service orthopédie - en 2022, a été à l'origine d'une plus grande diversification des recrutements.

**Tableau 2 : Prescripteurs à l'origine des visites**

Prescripteurs	2020		2021		2022		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rhumatologues CeSOA	610	84,02 %	1701	78,86 %	381	78,07 %	2692	79,86 %
<i>Rhumatologue A</i>	4	0,66 %	1	0,06 %	0	0,00 %	5	0,19 %
<i>Rhumatologue B</i>	7	1,15 %	109	6,41 %	25	6,56 %	141	5,24 %
<i>Rhumatologue C</i>	71	11,64 %	229	13,46 %	62	16,27 %	362	13,45 %
<i>Rhumatologue D</i>	18	2,95 %	131	7,70 %	28	7,35 %	177	6,58 %
<i>Rhumatologue E</i>	300	49,18 %	574	33,74 %	114	29,92 %	988	36,70 %
<i>Rhumatologue F</i>	75	12,30 %	206	12,11 %	41	10,76 %	322	11,96 %
<i>Rhumatologue G</i>	123	20,16 %	318	18,69 %	89	23,36 %	530	19,69 %
<i>Rhumatologue H</i>	12	1,97 %	104	6,11 %	1	0,26 %	117	4,35 %
<i>Rhumatologue I</i>	0	0,00 %	29	1,70 %	21	5,51 %	50	1,86 %
Docteurs	98	13,50 %	404	18,73 %	98	20,08 %	600	17,80 %
Autres	10	1,38 %	31	1,44 %	1	0,20 %	42	1,25 %
Entourage	2	0,28 %	6	0,28 %	1	0,20 %	9	0,27 %
Lui-même	6	0,83 %	15	0,70 %	6	1,23 %	27	0,80 %
TOTAL (données manquantes = 508)	726	100,00 %	2157	100,00 %	488	100,00 %	3371	100,00 %

#### 4.4 Zone de desserte géographique

Chaque rhumatologue exerçait à la fois dans le centre CeSOA en tant que salarié et en libéral dans un cabinet ou dans une clinique privée. Les rhumatologues exerçant au CeSOA ont ainsi une activité mixte en étant un jour par semaine (soit 10h/semaine) au sein du CeSOA. Grâce à ce mode d'exercice mixte, les rhumatologues ont pu élargir l'éventail des correspondants et la portée géographique du recrutement des patients.

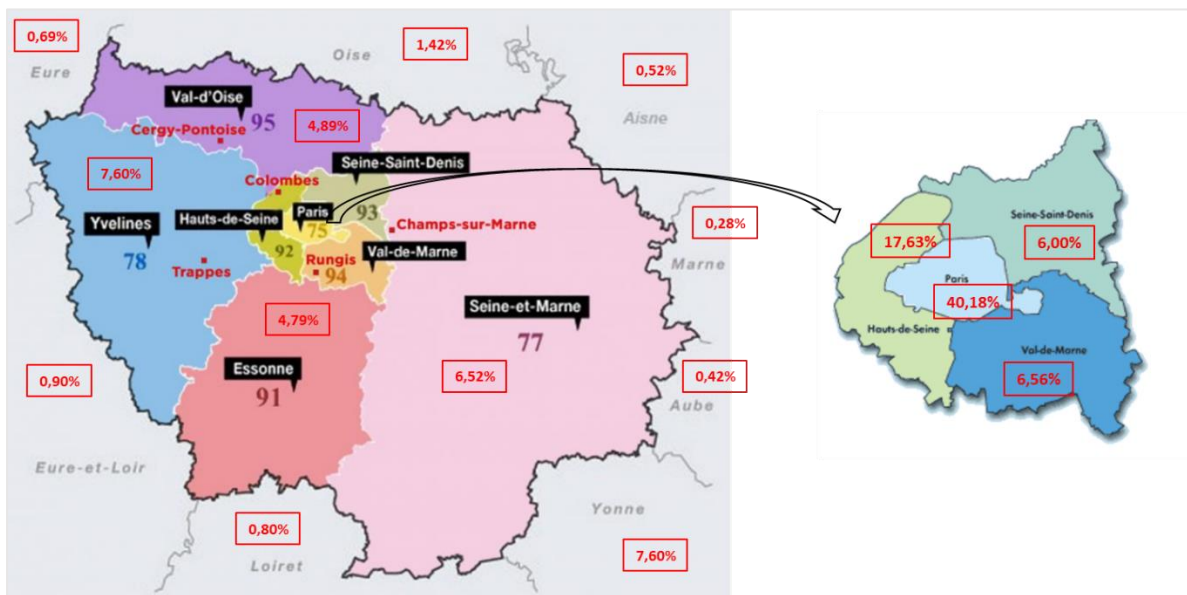
Sur l'ensemble des rhumatologues (9) ayant exercé au centre CeSOA, tous ont des vacations en milieu hospitalier, sept d'entre eux ont une activité libérale en cabinet. La majorité des rhumatologues exerçant en libéral se situe dans la capitale. La plupart des

rhumatologues de CeSOA (6/7) exerçaient au sein d'un même cabinet libéral situé dans le 8<sup>e</sup> arrondissement de Paris. Un seul d'entre eux avait une activité libérale isolée. Les 2 autres rhumatologues exerçaient en milieu hospitalier ou en centre de santé. Les différents rhumatologues ont recruté des patients sur l'ensemble de l'Île de France, ce qui est conforme avec les territoires ciblés par l'expérimentation.

Les territoires de l'expérimentation CeSOA ont été regroupés en 5 catégories :

- Paris intramuros;
- 1<sup>ère</sup> couronne : Hauts-de-Seine (92), Seine-Saint-Denis (93) et Val-de-Marne (94);
- 2<sup>e</sup> couronne : Seine-et-Marne (77), Yvelines (78), Essonne (91), Val-d'Oise (95);
- 3<sup>e</sup> couronne (départements limitrophes) : Aube (10), Marne (51), Yonne (89), Loiret (45), Eure-et-Loir (28), Eure (27), Oise (60) et Aisne (02).
- Reste de la France

De ce fait, sur 3 063 patients ayant fréquenté le centre, 94 % appartenaient aux territoires que les promoteurs de l'expérimentation CESOA se proposaient de desservir : Paris intramuros, 1<sup>ère</sup> couronne, 2<sup>e</sup> couronne et 3<sup>e</sup> couronne. Plus précisément, 38 % des patients étaient originaires de Paris intramuros, 28 % de la 1<sup>ère</sup> couronne, 22 % de la 2<sup>e</sup> couronne et 5 % de la troisième couronne. Les autres patients (6 %) provenaient du reste de la France avec par exemple 0,4 % de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 0,6 % de la région Nouvelle Aquitaine et 0,1 % d'Outre-mer.



**Figure 2 : Portée géographique des patients venus au centre CeSOA**

L'origine géographique des venues au centre n'a pas évolué significativement au cours des trois années d'activité ( $p=0,55$ ). En effet, les patients résidant à Paris représentent 37 % de la patientèle du centre, quelle que soit l'année. Dans le même sens, les patients provenant de la première couronne représentent 29 % de la patientèle en 2020, 2021 et 2022. Seulement 6 % de la patientèle totale est localisée sur la troisième couronne.

**Tableau 3 : Origine géographique des patients ayant fréquenté le centre**

Origine	2020		2021		2022		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Paris								
1 <sup>ère</sup> couronne								
2 <sup>e</sup> couronne								
3 <sup>e</sup> couronne								
Reste de la France								

Paris intramuros	269	36,80 %	806	37,01 %	368	37,94 %	1443	37,20 %
1ère couronne	197	26,95 %	630	28,93 %	282	29,07 %	1109	28,59 %
2e couronne	183	25,03 %	499	22,91 %	203	20,93 %	885	22,82 %
3e couronne	45	6,16 %	119	5,46 %	60	6,19 %	224	5,77 %
Reste de la France	37	5,06 %	124	5,69 %	57	5,88 %	218	5,62 %
<b>TOTAL</b>	<b>731</b>	<b>100,00 %</b>	<b>2178</b>	<b>100,00 %</b>	<b>970</b>	<b>100,00 %</b>	<b>3879</b>	<b>100,00 %</b>

#### 4.5 Organisation mise en place

Dès l'ouverture du centre CeSOA, des procédures standardisées et protocolisées ont été mises en place pour veiller à la bonne tenue des dossiers médicaux et pour organiser la prise en charge de chacune des pathologies traitées au centre.

Le dossier médical informatisé est composé de 3 parties : le dossier d'observation médical avec les comptes-rendus adressés aux correspondants; le dossier paramédical avec les rapports et observations faites par les infirmières, le kinésithérapeute, l'enseignante APA, l'ergothérapeute; le dossier d'examen complémentaires. Ce dossier a d'abord été informatisé via le logiciel « Hôpital Manager ». Après une première phase d'utilisation de ce logiciel, le constat fut qu'il ne permettait pas de répondre aux attentes des professionnels du CeSOA et qu'il se prêtait mal à un recueil quotidien des données patients.

La réaction des parties prenantes de l'expérimentation face aux difficultés d'utilisation du logiciel « HM » a été très longue. En effet, il a fallu 2 ans pour qu'un nouveau logiciel soit mis en place. Il s'agit de logiciel WEDA. Le passage à ce logiciel a été motivé à la fois par le fait qu'il permet une meilleure prise en main des dossiers patients, que de nombreux rhumatologues du centre l'utilisaient déjà dans le cadre de leur activité libérale, et qu'il permet de réduire le temps informatique au profit du temps de soins. Ils espéraient par ce logiciel que les comptes-rendus soient de meilleure qualité favorisant ainsi la coordination avec les professionnels adresseurs.

Logiciel WEDA est vraisemblablement plus simple à utiliser par les professionnels du centre. Cependant, le transfert des données patients entre l'ancien et le nouveau logiciel a été complexe.

#### 4.6 Réactions des patients par rapport aux modalités de leur orientation

L'analyse qualitative du centre CeSOA a été conduite sur la seule base des seuls entretiens patients que nous avons pu réaliser. Sur 80 patients sollicités, seulement 4 nous ont accordé une interview. Le ressenti des patients concerne moins de 1% des patients venus au centre et il serait vain de vouloir en tirer des conclusions générales.

Chronologie de la mise en place des entretiens professionnels et patients	
08/07/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Première demande auprès du CeSOA de constituer une liste des professionnels du CeSOA et des professionnels adresseurs à contacter pour réaliser des entretiens téléphoniques</li> </ul>
25/07/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réception de la liste des professionnels du CeSOA : sur les 6 contactés, 6 ont accepté de s'entretenir avec nous</li> </ul>
06/09/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réception de la liste des professionnels adresseurs CeSOA : sur les 10 contactés, seulement 1 a accepté de s'entretenir avec nous</li> </ul>
08/09/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Première demande auprès du CeSOA de constituer une liste de 60 patients à contacter pour réaliser des entretiens téléphoniques</li> </ul>
22/09/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relance pour obtenir la liste de patients</li> </ul>
23/09/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réception de la liste</li> <li>A partir de cette date, nous avons contacté 80 patients de la liste et seulement 4 ont accepté de s'entretenir avec nous</li> </ul>

Parmi les quatre patients interrogés, deux ont été orientés vers le CeSOA par le rhumatologue E. Le rhumatologue E exerce à la fois en cabinet privé et en tant que salarié du CeSOA.

Les deux autres patients ont été orientés vers le CeSOA par des professionnels extérieurs (médecin traitant et praticien hospitalier). Parmi ces patients, l'un a été orienté vers le CeSOA, car son état de santé justifiait d'une prise en charge par le CeSOA. L'autre patient a, quant à lui, été orienté vers le CeSOA davantage en raison de la réputation du rhumatologue E que pour la réputation du centre. *«Le rhumatologue E m'a été recommandé on n'a pas parlé du CeSOA on a parlé du rhumatologue E en particulier et on m'a dit qu'il effectuait des consultations notamment au CeSOA donc moi je suis allé le voir là, mais c'est plus le médecin que le centre qu'on m'a conseillé»* **Entretien patient n° 3, p.15.**

Deux des quatre patients que nous avons pu interviewer ont été adressés au CeSOA par le rhumatologue E afin que l'un bénéficie d'une prise charge plus rapide et complète qu'en cabinet grâce à la présence de l'équipe pluridisciplinaire. L'autre patient a été adressé au CeSOA afin que les professionnels du centre réévaluent son traitement de manière plus approfondie qu'il aurait pu l'être au cours d'une consultation au cabinet médical. Le rhumatologue E lui a confié qu'il pourrait bénéficier d'un délai de prise de rendez-vous plus court, d'une consultation avec le rhumatologue E plus longue et d'une rencontre avec d'autres professionnels participants à la prise en charge.

*«Il m'a présenté ce centre, vraiment, comme ce nouveau modèle économique de prise en charge, il y a des économies, mais en fait aussi de la rapidité. Je pense que pour le rhumatologue E c'est plus sécurisant. Pour évaluer ma maladie, parce qu'on a le temps vraiment, d'en discuter avec l'information en amont. Il a tout ce qu'il lui faut, tout est informatisé, il reçoit toutes les informations sur son écran. Il prend rapidement connaissance de ce qu'on a pu se dire avec l'infirmière. Pour lui, c'est plus approfondi qu'à son cabinet.»* **Entretien, patient n° 4, p.22.**

Les patients n'ont manifesté aucune réticence vis-à-vis de l'orientation qui leur était proposée. Les informations données par leur médecin adresseur étaient suffisamment claires pour qu'ils comprennent les motifs de la recommandation qui leur était faite. Nous avons interrogé les patients sur les réticences qu'ils auraient pu avoir concernant l'éloignement géographique du CESOA dans le cas où ils habiteraient loin de celui-ci. Les personnes à mobilité réduite et vivant «loin» du CeSOA n'ont pas eu de réticence à se rendre au centre malgré leur éloignement. Pour ce patient qui avait connu un véritable *«parcours du combattant auparavant : consultations peu concluantes et prise de rendez-vous difficile quand on n'est pas du milieu et dans certaines maladies qu'on ne connaît pas»* **Entretien n° 1, p.2**, le fait que le CeSOA soit *«à 1h30 de chez moi n'avait aucune importance»*.

Deux patients ont souligné l'importance du parking souterrain de la MGEN, notamment dans Paris *«mon fils qui a décidé que je ne prendrai pas le train et qui viendrait me chercher en voiture à la porte de mon domicile et qui me déposerait au parking souterrain de la MGEN.»* **Entretien patient n° 2, p.10**. La présence de ce parking réduit les coûts de déplacements et ainsi lève les obstacles financiers des personnes qui ne sont pas obligées de payer un stationnement ou de recourir à un service de transport sanitaire.

Les patients ont pour la plupart réagi positivement à la recommandation qui leur était faite. Elle était perçue pour un patient comme une *«évidence»* **Entretien n° 2, p.9** aux vues des difficultés qu'il a rencontrées dans la prise en charge de sa maladie du fait de la rareté des rhumatologues en exercice sur son lieu de résidence et à la difficulté de trouver un médecin capable de le soulager ses douleurs. Ce patient attendait du CeSOA *«un avis réfléchi de quelqu'un qu'il ne le connaissait pas encore»* **p.8**. Pour un autre, le CeSOA paraissait à première vue préférable à une prise en charge hospitalière *«Pour des gens dans ma situation ce n'est pas toujours forcément optimal au niveau de la prise en charge classique, des gens qui ont connu des mois et des mois d'attente avant d'être vraiment pris en charge.»* **Entretien patient n° 4 p.23**. Il attendait ainsi du CeSOA une rencontre plus rapide que celle proposée à l'hôpital.

Sur ce point, un des patients interviewés révélait qu'il avait pour habitude de se diriger vers l'hôpital public, mais qu'il avait choisi finalement d'être suivi dans le secteur privé, car ce secteur lui permettait d'obtenir des rendez-vous plus rapidement et par ce que les professionnels qui y travaillaient étaient selon lui plus réactifs. **Entretien patient n° 1, p.3**. Cependant, les coûts des soins prodigués dans le secteur privé étaient non négligeables et demandaient une organisation très rigoureuse compte tenu de la multiplicité des rendez-vous à gérer. La possibilité d'être pris en charge dans un lieu où tous les professionnels étaient réunis en ½ journée et sans reste à charge lui a paru être la meilleure solution face aux contraintes financières et organisationnelles du secteur privé et face à la lenteur de la prise en charge par les hôpitaux de jour publics.

Le souhait des patients de prendre rendez-vous avec CeSOA se trouvait renforcé par la nature des relations qu'ils entretenaient avec leur médecin. Pour la plupart, la confiance qu'ils avaient en lui les a fortement encouragés à suivre ses recommandations. Leur propension à suivre les conseils qui leur étaient prodigués était d'autant plus forte que le médecin adresseur exerçait lui-même au CeSOA. La présence de certains rhumatologues libéraux au CeSOA est indéniablement le moteur du CeSOA. Les patients qui faisaient déjà l'objet d'un suivi en ville par un des rhumatologues du centre ou qui avaient eu connaissance par le bouche-à-oreille de sa bonne réputation ont souhaité pouvoir bénéficier de l'expérimentation. En d'autres termes, l'intérêt qu'ils y voyaient était incontestablement lié à la présence du rhumatologue. *«Je n'ai pas eu de réaction particulière je pense que de toute façon quand je suis allé consulter au CeSOA je n'avais pas trop conscience de ce que représentait ce centre j'y allais plus pour voir le*



*rhumatologue qui m'avait été recommandé en tant que spécialiste plutôt que pour le centre en soit.»* **Entretien patient n° 3, p.16.**

«Le patient qui fait confiance à son médecin fera confiance aux professionnels du CeSOA.»

La confiance que les patients ont dans le système de soins est une condition nécessaire, mais pas suffisante à l'adhésion au dispositif. La motivation du patient à être pris en charge pour obtenir une réponse concrète à ses problèmes de santé est primordiale. La population prise en charge au CeSOA est une population dont la mobilité est limitée, ainsi le service rendu par le centre doit être suffisamment de qualité pour que les patients acceptent de venir au CeSOA.

«Je pense que deux/trois heures de temps pour des personnes qui viennent sur des heures de travail avec les transports, c'est que quand il y a une motivation, on a déjà on a envie d'avoir une réponse»

**Professionnel paramédical du CeSOA (transcription p.67)**

«Généralement beaucoup de patients sont prêts à faire de la route pour venir. Les patients veulent souvent des meilleurs avis ou bien même un deuxième avis complet»

**professionnel médical du CeSOA (transcription p.42)**

## 5. Faisabilité : Le dispositif a-t-il été en capacité de répondre à la demande ?

### 5.1 Caractéristiques sociodémographiques des patients

Les objectifs recrutement du CeSOA après révision du CDC en février 2022, étaient de 1 885 patients en 2020, 2 500 patients en 2021 et 3 600 patients en 2022. Sur les 3 années d'activité du CeSOA, nous comptabilisons 3 063 prises en charge, dont 673 en 2020, 1707 en 2021 et 683 en 2022. Les résultats obtenus en matière de recrutement sont très éloignés de ceux qui étaient espérés. Les taux de réalisation des objectifs cibles n'ont jamais dépassé 68 % allant de 36 % en 2020 à 19 % en 2022.

Sur 3063 patients ayant le centre, 67 % sont des femmes et la moyenne d'âge est de 59,9 ans. 37,7 % des patients sont des retraités, 22,1 % sont cadres et 21,7 % sont employés. Une majorité de patients ont au moins 1 enfant ou plus et sont mariés (49,7 %).

Une différence significative des caractéristiques des patients est présente entre les 8 scénarios de prise en charge. En effet, les patients pris en charge au titre du scénario 3 « Mise en place d'une biothérapie » ont en moyenne 49 ans alors que les patients pris en charge au titre du scénario 5 « Ostéoporose complexe et tassement vertébral » ont en moyenne 75 ans ( $p < 0.0001$ ). Assez logiquement, la part des femmes dans la prise en charge du scénario 6 « Ostéoporose complexe et tassement vertébral » est beaucoup plus importante que pour les autres scénarios à hauteur de 86 %. La différence entre les scénarios est significative selon le sexe du patient ( $p < 0.0001$ ).

**Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques des patients**

Variables	N	Effectif	Pourcentage
-----------	---	----------	-------------

Sexe	Femme		2068	67,5 %
	Homme	3063	995	32,5 %
Activités professionnelles	Artisan commerçant Chef d'entreprise		117	4,5 %
	Employé		562	21,7 %
	Profession intermédiaire		65	2,5 %
	Agriculteur		6	0,2 %
	Cadre		572	22,1 %
	Ouvrier	2586	41	1,6 %
	Retraité	(données manquantes = 477)	969	37,5 %
	Sans emploi		144	5,6 %
	En étude		59	2,3 %
	Stage		2	0,1 %
	Refus		1	0,0 %
	Arrêt de travail		48	1,9 %
	Enfants	0		235
1			249	20,4 %
2			448	36,8 %
3			200	16,4 %
4		1219	55	4,5 %
5		(données manquantes = 1844)	17	1,4 %
6			6	0,5 %
7			5	0,4 %
8			3	0,2 %
9			1	0,1 %
Situation familiale	Célibataire		474	18,7 %
	Concubinage		128	5,1 %
	Divorcé		196	7,7 %
	En couple		91	3,6 %
	Fiancé		3	0,1 %
	Marié		1250	49,4 %
	Pacsé		88	3,5 %
	Religieuse en communauté	2531	1	0,0 %
	Séparé	(données manquantes = 532)	54	2,1 %
	Union libre		1	0,0 %
	Veuf		194	7,7 %
	Vie familiale		15	0,6 %
	Vie seul		31	1,2 %
	Vie avec une amie		1	0,0 %
Refus		4	0,2 %	
Région	Auvergne-Rhône-Alpes		14	0,5 %
	Bourgogne-Franche-Comté	3063	39	1,3 %

	Bretagne		9	0,3 %
	Centre-Val de Loire		73	2,4 %
	Corse		6	0,2 %
	Grand Est		33	1,1 %
	Hauts-de-France		63	2,1 %
	Île-de-France		2714	89,0 %
	Normandie		40	1,3 %
	Nouvelle-Aquitaine		19	0,6 %
	Occitanie		9	0,3 %
	Outre-mer		4	0,1 %
	Pays de la Loire		16	0,5 %
	Provence-Alpes-Côte d'Azur		11	0,4 %
Île-de-France	Paris intramuros		1158	37,8 %
	1ère couronne		870	28,4 %
	2e couronne	3063	686	22,4 %
	3e couronne		168	5,5 %
	Reste de la France		181	5,9 %

## 5.2 Activité annuelle du centre

Le nombre de patients pris en charge au centre CeSOA est différent du nombre de passages dans le centre dans la mesure où certains patients ont eu l'occasion d'y revenir plusieurs fois au cours d'une même année. Sur les trois ans, 3879 passages ont été dénombrés pour 3063 patients inclus. En 2020, 673 patients ont été inclus pour un total de 731 visites), 1 707 patients ont été inclus en 2021 pour un total de 2178 visites et 683 patients ont été inclus en 2022 pour un total de 970 visites.

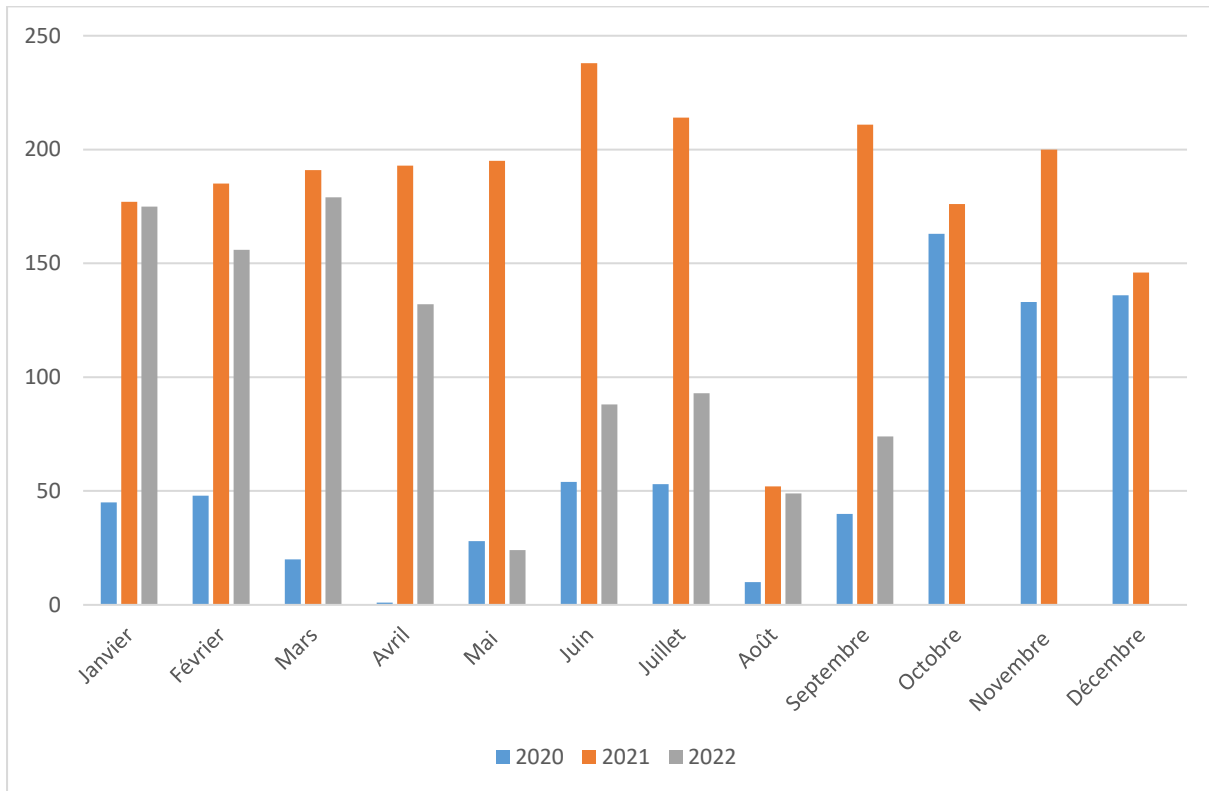
**Tableau 5 : Activité annuelle du centre**

Année d'activité	Nb patients pris en charge		Nb de passages	
	N	%	N	%
2020	673	21,97 %	731	18,85 %
2021	1707	55,73 %	2178	56,15 %
2022 <sup>1</sup>	683	22,30 %	970	25,01 %
<b>TOTAL</b>	<b>3063</b>	<b>100,00 %</b>	<b>3879</b>	<b>100,00 %</b>

*\*Les résultats obtenus s'écartent de façon sensible des données agrégées du porteur. Les données agrégées faisaient état de 1 315 venues au centre en 2020, 2 247 venues en 2021 et 2 150 venues en 2022. Nous n'avons aucun élément pour expliquer cette différence, peut-être vient-elle d'une transmission lacunaire des données individuelles du système d'information ?*

Une montée en charge progressive du nombre de passages dans le centre a été observée au cours de l'année 2020 et cette tendance a été confirmée au cours de l'année

suiuante. En juin 2021, 238 passages au centre ont été décomptés, ce qui correspond au nombre de passages mensuels le plus élevé, constaté sur les trois années d'activité. L'année 2022 a été caractérisée par une activité stable au premier trimestre et par une forte diminution de l'activité à partir du mois de mai 2022. Cette baisse brutale de l'activité est liée à la démission d'une partie de l'équipe paramédicale (kinésithérapeute, ergothérapeute) et aux différents congés qui ont été pris sur la période estivale et hivernale.



**Figure 3 : Évolution du nombre de passage au centre par mois et par an**

Le centre CeSOA tel qu'il est conçu repose sur le principe est une prise en charge unique et sélective. La notion de fidélisation de la patientèle est exclue : les patients ne viennent en majorité qu'une seule fois sur site. Cela exige un renouvellement continu de la patientèle qui est conditionnée par une visibilité toujours plus grande de la structure dans son milieu professionnel.

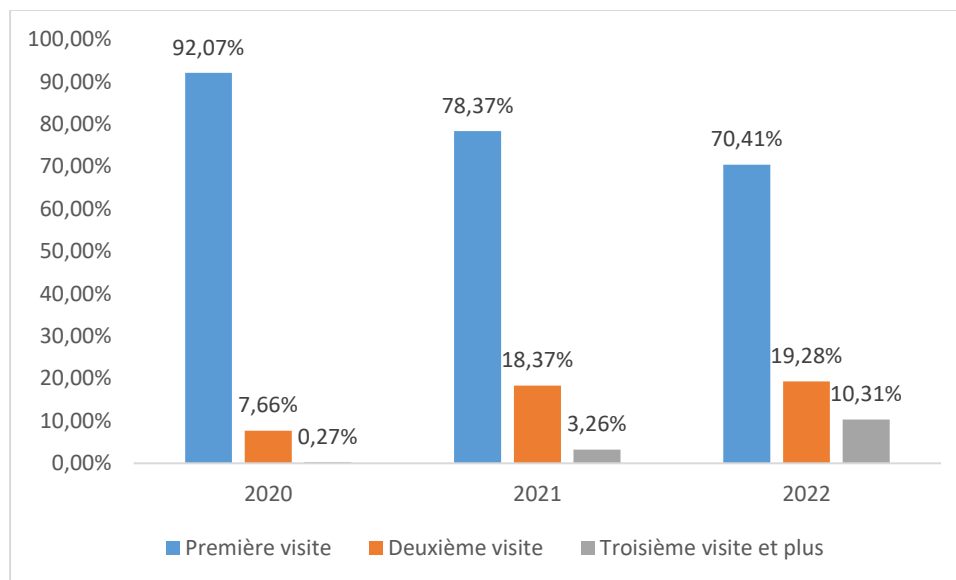
Ce modèle d'une « Clinique one stop » a été largement respecté puisque 80 % des patients ne sont venus qu'une seule et unique fois. 16 % de ces patients sont venus 2 fois. Les visites multiples, au-dessus de 3 visites, sont restées très exceptionnelles.

**Tableau 6 : Nombre de passages par patient**

	PATIENTS	
	N	%
1 visite	2419	78,97 %
2 visites	504	16,45 %
3 visites	118	3,85 %

4 visites	15	0,49 %
5 visites	4	0,13 %
6 visites	2	0,07 %
7 visites	1	0,03 %
<b>TOTAL</b>	<b>3063</b>	<b>100,00 %</b>

Dans la première année d'exercice, 92 % des visites ont été des premières visites. Les deuxièmes et troisièmes visites au centre sont logiquement plus fréquentes en 2021 et 2022, représentant, respectivement 18,37 % et 19,28 % des visites. Ces visites répétées s'expliquent principalement par le fait que ces patients reviennent pour une « revue annuelle sous biothérapie et/ou une prise en charge des comorbidités » (Scénario 4).



**Figure 4 : Répartition du nombre de passages par patient et par an**

### 5.3 Activité par jour ouvré

Un élément important dans l'organisation du centre est le nombre de patients pris en charge chaque jour ouvré au centre.

La répartition du nombre de prises en charge effectuée par jour ouvré au cours de l'année 2020 témoigne sans surprise d'une faible activité avec 24 % des jours ouvrés ayant donné lieu à l'accueil d'un seul patient par jour, et l'activité de 12 % des jours ouvrés a été consacrée à la prise en charge d'une patientèle qui ne comportait que de deux à quatre patients chaque jour. Il n'est arrivé qu'une seule fois au cours de l'année 2020 que 15 patients soient vus au centre dans une même journée.

Pendant l'année 2021, on constate une amélioration dans les taux d'activité journalière du centre avec la réception de 7 à 13 patients par jour, un chiffre qui reste toutefois bien inférieur aux prévisions de patientèle initiale qui tablaient sur 16 à 18 patients par jour ouvré.

Il existe bien une différence significative entre le nombre de patients pris en charge chaque jour et les années d'exercices du centre ( $p < 0,0001$ ). En 2020, sur les 169 jours d'activités du centre, il y a eu en moyenne 4,43 patients pris en charge par jour. En 2021, sur

les 220 jours d'activité du centre 9,84 patients ont été pris en charge par jour. Enfin en 2022, sur les 155 jours d'activité, 6,22 patients ont été pris en charge par jour. Nous constatons une forte augmentation du nombre de patients pris en charge par jour entre l'année 2020 et l'année 2021. L'année 2021 qui est la meilleure est à la moitié de l'objectif prévu de 16 à 18 patients pris en charge chaque jour.

**Tableau 7 : Nombre de patients pris en charge par jour ouvré et par an**

Nb patients/jours	2020		2021		2022		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1 patient	40	23,67 %	0	0,00 %	17	10,97 %	57	10,48 %
2 patients	20	11,83 %	2	0,91 %	17	10,97 %	39	7,17 %
3 patients	20	11,83 %	3	1,36 %	7	4,52 %	30	5,51 %
4 patients	20	11,83 %	10	4,55 %	11	7,10 %	41	7,54 %
5 patients	15	8,88 %	3	1,36 %	13	8,39 %	31	5,70 %
6 patients	14	8,28 %	14	6,36 %	15	9,68 %	43	7,90 %
7 patients	8	4,73 %	22	10,00 %	12	7,74 %	42	7,72 %
8 patients	10	5,92 %	26	11,82 %	18	11,61 %	54	9,93 %
9 patients	7	4,14 %	29	13,18 %	18	11,61 %	54	9,93 %
10 patients	6	3,55 %	14	6,36 %	13	8,39 %	33	6,07 %
11 patients	3	1,78 %	21	9,55 %	4	2,58 %	28	5,15 %
12 patients	3	1,78 %	26	11,82 %	3	1,94 %	32	5,88 %
13 patients	1	0,59 %	23	10,45 %	5	3,23 %	29	5,33 %
14 patients	1	0,59 %	11	5,00 %	1	0,65 %	13	2,39 %
15 patients	1	0,59 %	5	2,27 %	1	0,65 %	7	1,29 %
16 patients	0	0,00 %	9	4,09 %	0	0,00 %	9	1,65 %
17 patients	0	0,00 %	2	0,91 %	0	0,00 %	2	0,37 %
<b>TOTAL</b>	<b>169</b>	<b>100,00 %</b>	<b>220</b>	<b>100,00 %</b>	<b>155</b>	<b>100,00 %</b>	<b>544</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Moyenne</b>	<b>4,43</b>		<b>9,84</b>		<b>6,22</b>		<b>7,13</b>	

#### 5.4 Profil clinique des patients

Le profil clinique des patients est assez difficile à dessiner dans la mesure où beaucoup d'informations concernant les antécédents des patients et leurs comorbidités ont été mal documentées. Environ 15 % de variables sur le profil clinique des patients ont été renseignés.

La majorité des données relatives aux comorbidités ont été saisies pour les patients pris en charge au titre du scénario 4 « Revue annuelle d'un patient sous biothérapie et/ou prise en charge des comorbidités ». Celles concernant les antécédents des patients étaient majoritairement renseignées pour la prise en charge du scénario 3 « Mise en place d'une biothérapie ». Lorsque les demandes d'informations portaient les antécédents néoplasiques, les infections sévères antérieures, les sigmoïdites, tuberculeux, l'insuffisance

cardiaque, neurologique, les événements thrombotiques) et/ou les comorbidités (HTA, diabète, cardio ischémique, dépression, AVC) ont été renseignées de façon très lacunaire.

Lors de la visite avec l'infirmière, les patients devaient remplir des questionnaires spécifiques à chaque pathologie. Selon les procédures mises en place au centre CeSOA, les questionnaires suivants étaient mobilisés :

- Bilan rhumatisme inflammatoire récent : RAPID3 et HAS si atteinte périphérique ou BASDAI, BASFI et FIRST si atteinte axiale + EVA;
- Bilan d'une pathologie complexe des membres: EVA + RAPID3 + indice de Lequesne;
- Gonarthrose/Coxarthrose : EVA + indice de Lequesne;
- Lombalgies aiguës, lombalgie et lomboradiculaire chronique : EVA;
- Mise en place d'une biothérapie;
- Ostéoporose complexe et tassement vertébral : EVA;
- Revue annuelle d'un patient sous biothérapie : HAQ + RAPID3 + BIOSECURE + DAS28 + EVA.

Ces questionnaires ont été très mal renseignés. De nombreuses données manquantes sont observées.

40 % des questionnaires recommandés pour le scénario « Bilan d'une pathologie complexe des membres » ont réellement été mis en place et 73 % pour le scénario « Gonarthrose/Coxarthrose ».

Nous avons respectivement 40 % et 1 % des réponses aux questionnaires RAPID3 et indice de Lequesne pour les patients pris en charge pour un bilan d'une pathologie complexe des membres.

Dans la majorité des protocoles de prise en charge, une évaluation de la douleur était demandée au patient sur une échelle visuelle analogique. 716 évaluations de ce type ont pu être recueillies sur les 3 879 venues au centre, la douleur perçue s'élevait en moyenne à 4,84/10. Sa valeur peut être considérée comme représentative de l'errance thérapeutique caractéristique de leur parcours avant leur venue au centre, dans la mesure où ces patients sont restés de longs mois en souffrance faute de trouver une prise en charge qui répond à leurs besoins.

Cette moyenne est significativement différente selon les scénarios ( $p=0,0171$ ). La moyenne de l'EVA est de 5,22 pour le scénario « Lombalgies Aigues, Lombalgie et Lomboradiculaire » alors qu'elle n'est que de 3,33 pour le scénario « Revue annuelle d'un patient sous biothérapie ». Toutefois, cette différence est à relativiser dans la mesure où le nombre de réponses pour chaque scénario n'est pas identique et repose pour certaines indications sur seulement 6 ou 5 réponses.

## 5.5 Activité du centre par scénario

La répartition des venues au centre selon les scénarios de prises en charge reste assez stable au fil des années de l'expérimentation (*Figure 5*).

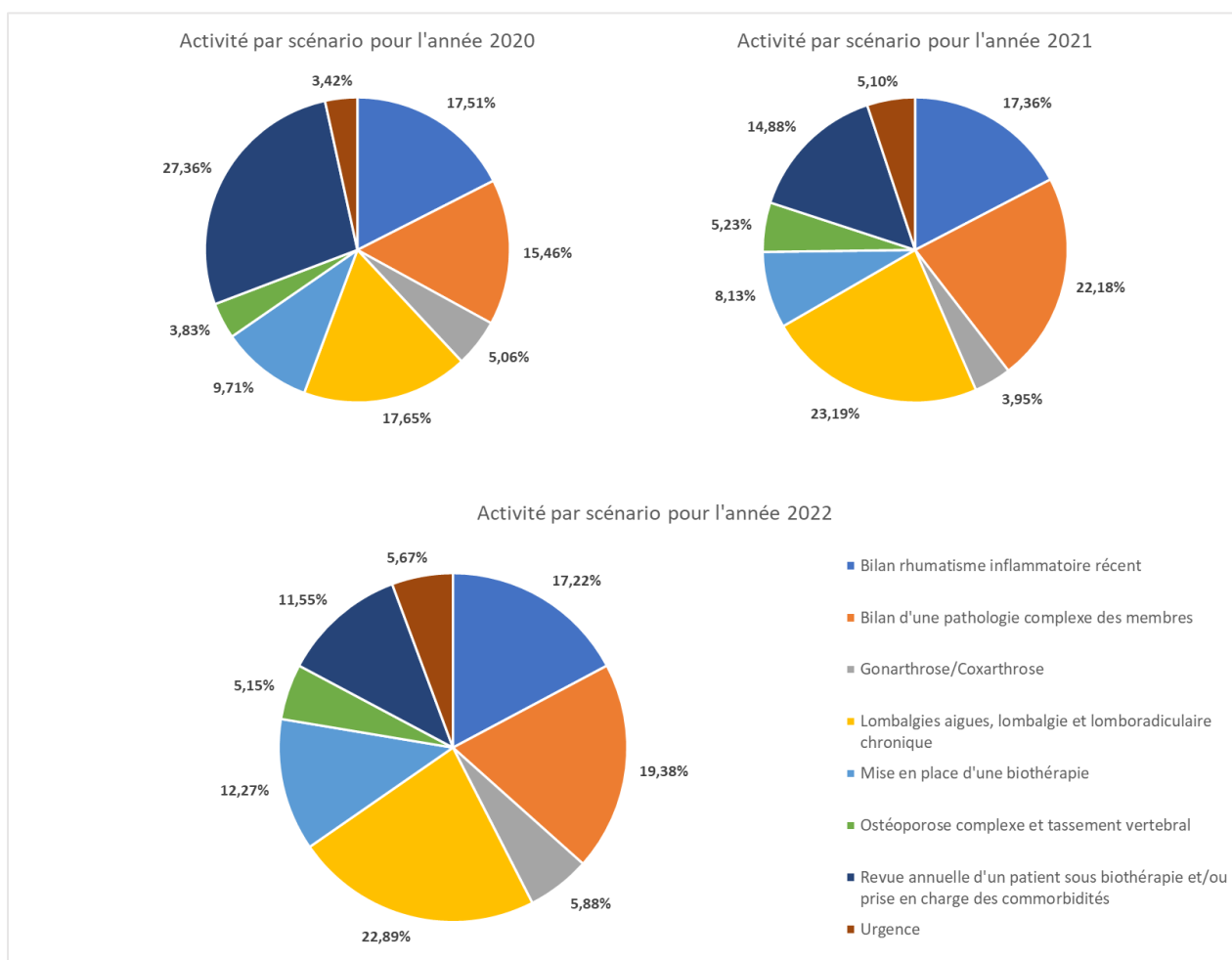
Quatre scénarii sont majoritaires dans les prises en charge, et ce quelle que soit l'année. Ils représentent, à eux quatre, 76 % de l'activité du centre. Il s'agit des :

- Bilan rhumatisme inflammatoire récent (17,35 %)
- Bilan d'une pathologie complexe des membres (20,21 %)
- Lombalgies aiguës, lombalgie et lomboradiculaire chronique (22,07 %)

- Revue annuelle d'un patient sous biothérapie et/ou prise en charge des comorbidités (16,40 %)

Le volume de prise en charge des patients venus au centre pour la mise en place de biothérapie a augmenté entre 2020 et 2022. L'initiation d'un traitement sous biothérapie représentait 9 % de l'activité en 2020 et 12 % en 2022. A contrario, le volume de prise en charge des patients revus annuellement à la suite de leur traitement sous biothérapie a diminué entre ces deux périodes. Il représentait 27 % de l'activité en 2020 et à 12 % en 2022.

La répartition des patients pris en charge dans le cadre des différents scénarios est significativement différente selon les rhumatologues ( $p < 0,0001$ ). Par exemple, la prise en charge des patients au titre du scénario 1 «Lombalgies aiguës, lombalgie et lomboradiculaire chronique» correspondait à 39 % de l'activité du rhumatologue C et à 37 % de l'activité du rhumatologue J. Au contraire, la prise en charge du protocole 4 «Revue annuelle d'un patient sous biothérapie et/ou prise en charge des comorbidités» représente 31 % de l'activité du rhumatologue E alors qu'elle ne représentait que 3 % de l'activité du rhumatologue D, 1 % de celle du rhumatologue I et 2 % pour le rhumatologue H.



**Figure 5 : Répartition de visites par scénario et par an**

Le nombre de venues au centre constaté par patient et par an est significativement différent selon le scénario de prise en charge. Les motifs de prises en charge de la deuxième et troisième visite ne sont pas les mêmes que ceux de la première visite ( $p < 0,0001$ ). Le scénario 4 «Revue annuelle d'un patient sous biothérapie et/ou prise en



charge des comorbidités» représente 30 % et 34 % des deuxièmes et troisièmes visites. Le scénario 8 «Urgence» représente, quant à lui, respectivement 12 % et 11 % des deuxièmes et troisièmes visites. On peut voir dans ces pourcentages une variable représentative de la satisfaction des patients dans la mesure où quand ils sont confrontés à une situation d'urgence ils se tournent vers le centre ils ont consulté en premier.

**Tableau 8 : Répartition du nombre de visites par scénario**

Scénario	Première visite		Deuxième visite		Troisième visite et plus		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bilan rhumatisme inflammatoire récent	637	20,80 %	28	4,35 %	8	4,62 %	673	17,35 %
Bilan d'une pathologie complexe des membres	639	20,86 %	117	18,20 %	28	16,18 %	784	20,21 %
Gonarthrose/Coxarthrose	158	5,16 %	18	2,80 %	4	2,31 %	180	4,64 %
Lombalgies aiguës, lombalgie et lomboradiculaire chronique	757	24,71 %	79	12,29 %	20	11,56 %	856	22,07 %
Mise en place d'une biothérapie	222	7,25 %	112	17,42 %	33	19,08 %	367	9,46 %
Ostéoporose complexe et tassement vertébral	175	5,71 %	15	2,33 %	2	1,16 %	192	4,95 %
Revue annuelle d'un patient sous biothérapie et/ou prise en charge des comorbidités	379	12,37 %	198	30,79 %	59	34,10 %	636	16,40 %
Urgence	96	3,13 %	76	11,82 %	19	10,98 %	191	4,92 %
<b>TOTAL</b>	<b>3063</b>	<b>100 %</b>	<b>643</b>	<b>100 %</b>	<b>173</b>	<b>100 %</b>	<b>3879</b>	<b>100 %</b>

## 5.6 Parcours du patient au CeSOA

Tous les patients pris en charge au CeSOA n'ont pas eu le même parcours au centre. Le parcours représente tous les consultations et/ou actes dont le patient a pu bénéficier en venant à CeSOA : que ce soient des actes d'imagerie, des consultations avec les professionnels paramédicaux, des actes de rhumatologies (infiltration, évacuation) ou encore de l'éducation thérapeutique. Ce parcours est généralement différent selon le scénario de prise en charge, dont le protocole a été défini au préalable par les procédures standardisées de prise en charge par scénario.

Dans la base de données actes du centre CeSOA, tous les actes réalisés par les professionnels du CeSOA sont répertoriés entre janvier 2020 et septembre 2021. Au total, 10 808 actes ont été répertoriés pour 2 271 patients venus au centre sur cette période.

En moyenne, une visite au centre donne lieu à 4,76 actes, pouvant aller jusqu'à 13 actes pour un seul et même patient.

Entre l'année 2020 et 2021, le nombre moyen d'actes effectués en moyenne par prise en charge est statistiquement différent entre les années 2020 et 2021. 4,97 actes ont été réalisés par venue en 2020 contre 4,60 en 2021.

**Tableau 9 : Nombre d'actes effectués à l'occasion de chaque prise en charge en 2020 et 2021**

Nombre actes	2020		2021		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
1	3	0,31 %	13	0,99 %	16	0,70 %
2	10	1,05 %	8	0,61 %	18	0,79 %
3	226	23,71 %	471	35,74 %	697	30,69 %
4	225	23,61 %	338	25,64 %	563	24,79 %
5	210	22,04 %	165	12,52 %	375	16,51 %
6	85	8,92 %	89	6,75 %	174	7,66 %
7	72	7,56 %	87	6,60 %	159	7,00 %
8	58	6,09 %	66	5,01 %	124	5,46 %
9	34	3,57 %	54	4,10 %	88	3,87 %
10	22	2,31 %	17	1,29 %	39	1,72 %
11	6	0,63 %	4	0,30 %	10	0,44 %
12	2	0,21 %	5	0,38 %	7	0,31 %
13	0	0,00 %	1	0,08 %	1	0,04 %
<b>TOTAL</b>	<b>953</b>	<b>41,96 %</b>	<b>1318</b>	<b>58,04 %</b>	<b>2271</b>	<b>100 %</b>

Le nombre d'actes réalisés est significativement différent selon les protocoles ( $p < 0,0001$ ). Le scénario «Revue annuelle d'un patient sous biothérapie et/ou prise en charge des comorbidités» enregistre le plus d'actes par prise en charge (6,17). Les scénarios «Urgences», «Lombalgies aiguës, lombalgie et lomboradiculaire chronique» et «Bilan d'une pathologie complexe des membres» ont des moyennes d'actes réalisés inférieures à 4 par visite. De plus, le temps passé au centre CeSOA est significativement différent entre les protocoles de prise en charge ( $p < 0,0001$ ). Le temps moyen dans le centre tout type de prise en charge confondu est de plus de 2 heures et demie.

**Tableau 10 : Caractéristiques du parcours des patients par scénario de prise en charge**

Protocole	Nombre actes	Temps au centre
Bilan rhumatisme inflammatoire récent	5,97	2,85
Bilan d'une pathologie complexe des membres	3,8	2,78

Gonarthrose/Coxarthrose	4,15	2,44
Lombalgies aiguës, lombalgie et lomboradiculaire chronique	3,53	2,68
Mise en place d'une biothérapie	4,93	2,54
Ostéoporose complexe et tassement vertébral	4,66	2,77
Revue annuelle d'un patient sous biothérapie et/ou prise en charge des comorbidités	6,17	2,62
Urgence	3,49	2,17
<b>TOTAL</b>	<b>4,76</b>	<b>2,69</b>

Les actes réalisés sont catégorisés selon des codes CCAM. Un total de 40 codes d'actes CCAM ont été répertoriés dans les pratiques de prise en charge du centre CeSOA. La liste des codes CCAM enregistrés est la suivante (Annexe).

À cette liste d'actes, CCAM s'ajoute 5 actes propres à la prise en charge des infirmières tels que : COMORB001, EDUC001, EVAL001, INFO001, SYNTH001 représentant les actions de dépistage de comorbidités, d'éducation thérapeutique, d'évaluation standardisée, d'information auprès du patient et des réunions de synthèse pluridisciplinaire. Ces actes infirmiers sont les actes majoritairement mis en place lors de la venue des patients au centre. En effet, sur les 10 808 actes répertoriés 75 % sont des actes infirmiers.

La répartition de ces actes entre les protocoles est significativement différente entre les années 2020 et 2021 ( $p < 0,0001$ ). Nous observons une augmentation des actions d'information auprès du patient, de l'évaluation standardisée et des synthèses pluridisciplinaires réalisés par les infirmières en 2021. Le nombre d'actes d'imagerie a également augmenté. Cependant, très peu d'actes d'injections thérapeutiques ou d'évacuation et très peu d'actes techniques au sens de la CCAM ont été réalisés par les rhumatologues en 2021. Il est possible que ces actes n'aient pas été suffisamment renseignés dans la base de données correspondante, mais que des actes techniques aient quand même été réalisés en 2021 et 2022.

**Tableau 11 : Types d'actes réalisés par année d'exercice**

Types d'actes	2020		2021		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Anesthésie	1	0,02 %	0	0,00 %	1	0,01 %
Dépistage comorbidités	338	7,12 %	129	2,13 %	467	4,32 %
Éducation thérapeutique	590	12,43 %	546	9,01 %	1136	10,51 %
Évaluation avant et au cours de la venue	932	19,64 %	1280	21,11 %	2212	20,47 %
Information au patient	793	16,71 %	1280	21,11 %	2073	19,18 %
Injection, Évacuation	24	0,51 %	0	0,00 %	24	0,22 %
Radiographie, Ostéodensitométrie, Échographie	1134	23,90 %	1548	25,53 %	2682	24,81 %
Synthèse pluridisciplinaire	933	19,66 %	1280	21,11 %	2213	20,48 %
<b>TOTAL</b>	<b>4745</b>	<b>43,90 %</b>	<b>6063</b>	<b>56,10 %</b>	<b>10808</b>	<b>100,00</b>

	%
--	---

Il existe également une différence significative dans la réalisation des actes selon les protocoles de prise en charge des patients du CeSOA ( $p < 0,0001$ ).

En effet, le dépistage des comorbidités est réalisé en grande majorité pour les patients pris en charge au titre du scénario «Revue annuelle d'un patient sous biothérapie et/ou prise en charge des comorbidités» (85 %).

L'éducation thérapeutique a été majoritairement faite auprès des patients suivis, respectivement, pour un «Bilan rhumatisme inflammatoire récent», une «Mise en place d'une biothérapie» et une «Revue annuelle d'un patient sous biothérapie et/ou prise en charge des comorbidités» à hauteur de 34 %, 12 % et 38 %.

Les actes de radiographie & échographie sont davantage réalisés pour les patients suivis pour un «Bilan rhumatisme inflammatoire récent», un «Bilan d'une pathologie complexe des membres» ou une «Revue annuelle d'un patient sous biothérapie et/ou prise en charge des comorbidités». Les consultations dédiées à l'information-patient ont principalement été faites pour les patients atteints de «Lombalgies aiguës, lombalgie et lomboradiculaire chronique». Ainsi en moyenne sur l'ensemble des actes réalisés, 4 protocoles de prises en charge sont consommateur d'actes au centre CeSOA :

- «Bilan rhumatisme inflammatoire récent» (25 %)
- «Bilan d'une pathologie complexe des membres» (16 %)
- «Lombalgies aiguës, lombalgie et lomboradiculaire chronique» (17 %)
- «Revue annuelle d'un patient sous biothérapie et/ou prise en charge des comorbidités» (26 %)
- «Autres» 15 %

En termes de volume d'actes réalisés, 99 % des patients n'ont bénéficié d'aucun acte technique fait par un rhumatologue. Encore une fois, cette proportion est à prendre avec précaution dans la mesure où les données ne sont pas forcément bien retranscrites sur la partie des actes techniques.

Au total, 49 % des patients (1113) venus entre janvier 2020 et septembre 2021 ont bénéficié d'actes d'imagerie : un seul acte d'imagerie a été réalisé pour 35 % de ces personnes et 24 % ont bénéficié de deux actes d'imagerie.

De plus, 97 % des patients ont pu bénéficier d'au moins 1 acte infirmier. La majorité des patients (49 %) ont profité de 3 prestations réalisées par une infirmière.

**Tableau 12 : Nombre d'actes réalisés par type et par année**

Type d'actes réalisés	TOTAL	
	N	%
Nombre actes techniques	0	2253 99,16 %
	1	13 0,57 %
	2	6 0,26 %
Nombre d'actes d'imagerie	0	1159 51,01 %

	1	395	17,39 %
	2	269	11,84 %
	3	219	9,64 %
	4	117	5,15 %
	5	71	3,13 %
	6	28	1,23 %
	7	9	0,40 %
	8	5	0,22 %
<b>Nombre d'actes d'accompagnement infirmier</b>			
	0	56	2,46 %
	1	1	0,04 %
	2	4	0,18 %
	3	1112	48,94 %
	4	737	32,44 %
	5	360	15,85 %
	6	2	0,09 %

En moyenne, les patients venus au centre ont bénéficié, au cours de leur passage, de 1,18 acte d'imagerie, 0,01 acte technique et 3,56 actes infirmiers. Il existe une différence significative entre le nombre moyen d'actes d'imagerie, d'actes techniques ou d'actes infirmiers réalisés entre les protocoles de prise en charge ( $p < 0,0001$ ).

Trois protocoles de prises en charge se détachent des autres en termes d'actes d'imagerie réalisés. Il s'agit des :

- « Bilan rhumatisme inflammatoire récent » avec 2,18 actes d'imagerie en moyenne;
- « Ostéoporose complexe et tassement vertébral » avec 1,59 acte d'imagerie en moyenne;
- « Revue annuelle d'un patient sous biothérapie et/ou prise en charge des comorbidités » avec 1,6 acte d'imagerie en moyenne.

**Tableau 13 : Nombre moyen d'actes par scénario de prise en charge**

Protocole	Nb actes imagerie	Nb actes techniques	Nb actes infirmiers
Bilan rhumatisme inflammatoire récent	2,18	0	3,78
Bilan d'une pathologie complexe des membres	0,66	0,02	3,11
Gonarthrose/Coxarthrose	0,98	0,06	3,11
Lombalgies aiguës, lombalgie et lomboradiculaire chronique	0,47	0	3,05
Mise en place d'une biothérapie	0,96	0	3,97

Ostéoporose complexe et tassement vertébral	1,59	0,02	3,04
Revue annuelle d'un patient sous biothérapie et/ou prise en charge des comorbidités	1,6	0	4,55
Urgence	0,51	0	2,98
<b>TOTAL</b>	<b>1,18</b>	<b>0,01</b>	<b>3,56</b>

En plus des actes CCAM, le parcours du patient au sein du centre CeSOA peut être caractérisé par des consultations avec l'équipe de rééducateurs : l'enseignante APA, la kinésithérapeute et l'ergothérapeute. Au total sur les 2 272 patients dont on a pu retracer le parcours complet au sein du centre, 9 % ont eu une consultation avec l'EAPA, 12,5 % avec la kinésithérapeute et 12,8 % avec l'ergothérapeute. Les patients ayant eu une consultation avec un des membres de l'équipe de rééducateurs sont ceux pris en charge pour un « Bilan rhumatisme inflammatoire récent », « Bilan d'une pathologie complexe des membres », « Lombalgies aiguës, lombalgie et lomboradiculaire chronique », « Revue annuelle d'un patient sous biothérapie et/ou prise en charge des comorbidités ». Cela reste toutefois assez cohérent avec la répartition des patients pris en charge au centre selon leur protocole.

**Tableau 14 : Nombre de consultations paramédicales par scénario**

Protocole	Enseignante APA		Kinésithérapeute		Ergothérapeute	
	N	%	N	%	N	%
Bilan rhumatisme inflammatoire récent	31	15,12 %	44	15,49 %	72	24,83 %
Bilan d'une pathologie complexe des membres	34	16,59 %	58	20,42 %	69	23,79 %
Gonarthrose/Coxarthrose	12	5,85 %	17	5,99 %	7	2,41 %
Lombalgies aiguës, lombalgie et lomboradiculaire chronique	88	42,93 %	112	39,44 %	67	23,10 %
Mise en place d'une biothérapie	5	2,44 %	10	3,52 %	14	4,83 %
Ostéoporose complexe et tassement vertébral	10	4,88 %	11	3,87 %	10	3,45 %
Revue annuelle d'un patient sous biothérapie et/ou prise en charge des comorbidités	22	10,73 %	31	10,92 %	46	15,86 %
Urgence	3	1,46 %	1	0,35 %	5	1,72 %
<b>TOTAL</b>	<b>205</b>	<b>9,02 %</b>	<b>284</b>	<b>12,50 %</b>	<b>290</b>	<b>12,76 %</b>

### 5.6.1 Focus sur l'activité des rhumatologues

Le nombre de patients pris en charge par rhumatologue a évolué significativement sur les 3 années d'exercice du centre ( $p < 0,001$ ). Cela s'explique par les gains d'apprentissage générés par les prises en charge successives et l'arrivée des 2 nouveaux rhumatologues.

Néanmoins, le nombre de patients pris en charge est inégal entre les professionnels. En 2020, 47 % des patients ont été pris en charge par le rhumatologue E, 17 % par le rhumatologue G et 10 % par le rhumatologue F. Le départ du rhumatologue fin 2020 et l'arrivée du rhumatologue I et J durant cette même année ont permis, toutefois, de redistribuer les effectifs. Notons que la surreprésentation du rhumatologue E est liée au fait qu'il est présent au centre deux fois par semaine contre une fois pour les autres rhumatologues.

**Tableau 15 : Activité par rhumatologue en exercice au centre par an**

	2020		2021		2022		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rhumatologue A	4	0,55 %	0	0,00 %	0	0,00 %	4	0,10 %
Rhumatologue B	73	9,99 %	220	10,10 %	94	9,69 %	387	9,98 %
Rhumatologue C	27	3,69 %	215	9,87 %	88	9,07 %	330	8,51 %
Rhumatologue D	30	4,10 %	159	7,30 %	60	6,19 %	249	6,42 %
Rhumatologue E	347	47,47 %	690	31,68 %	319	32,89 %	1356	34,96 %
Rhumatologue F	75	10,26 %	240	11,02 %	128	13,20 %	443	11,42 %
Rhumatologue G	127	17,37 %	305	14,00 %	138	14,23 %	570	14,69 %
Rhumatologue H	47	6,43 %	211	9,69 %	39	4,02 %	297	7,66 %
Rhumatologue I	1	0,14 %	138	6,34 %	61	6,29 %	200	5,16 %
Rhumatologue J	0	0,00 %	0	0,00 %	43	4,43 %	43	1,11 %
TOTAL	731	100,00 %	2178	100,00 %	970	100,00 %	3879	100,00 %

### 5.6.2 Focus sur l'activité de l'EAPA

La base de données de chaque professionnel rééducateur a également été analysée individuellement afin de pouvoir décrire leur activité respective. Cependant, ces bases de données demeurent assez difficiles à traiter du fait du nombre de données manquantes.

L'activité de l'EAPA analysée s'étale entre août 2020 et avril 2022, pour un total de 292 patients suivis. La majorité des patients pris en charge par l'EAPA sont des patients suivis au centre pour le scénario « Lombalgies aiguës, lombalgie, ou lomboradiculaire chronique » à hauteur de 47 %. En suivant, l'EAPA a pu suivre 19 % de patients pris en charge au centre pour un « Bilan d'une pathologie complexe des membres ou lavage articulaire » (19 %) et pour « Bilan rhumatisme inflammatoire récent » (10 %). Il est également intéressant de voir que la coordination entre les rhumatologues et l'EAPA n'est pas la même. En effet, les patients suivis par l'EAPA sont des patients pris en charge au centre par 4 rhumatologues différents :

- Rhumatologue B (15 %)
- Rhumatologue D (24 %)
- Rhumatologue E (41 %)
- Rhumatologue F (21 %)

L'activité de l'EAPA est retranscrite selon sept éléments clés de la consultation avec le patient. Ces activités sont celles qui avaient été décrites lors de la visite sur site en juin 2021.

La quasi totalité des consultations réalisées, comportait un entretien, une séance d'éducation du patient, la démonstration des exercices à réaliser ainsi qu'un programme personnalisé. L'évaluation des capacités physiques a été réalisée pour 18 % des patients suivis par l'EAPA, l'expérimentation des exercices à réaliser a été réalisée pour 57 % des patients. Des conseils alimentaires ont été prodigués pour un seul patient.

### 5.6.3 Focus sur l'activité de l'ergothérapeute

L'activité de l'ergothérapeute a été documentée entre janvier 2020 et septembre 2021, pour un total de 364 patients suivis. Quatre scénarios de prise en charge ont contribué majoritairement à l'activité de l'ergothérapeute : «Bilan rhumatisme inflammatoire récent» (24 %), «Bilan d'une pathologie complexe des membres» (23 %), «Lombalgies aiguës, lombalgie ou lomboradiculaire chronique» (22 %) et «Revue annuelle d'un patient en biothérapie» (16 %). La totalité des rhumatologues ont prescrit au moins une consultation avec l'ergothérapeute, mais la fréquence des recours à varier entre les prescripteurs : Il existe une différence significative entre les rhumatologues : rhumatologue E (41 %), rhumatologue F (12 %), rhumatologue D (12 %), rhumatologue C (11 %).

La consultation de l'ergothérapeute peut être composée de différents éléments :

- Entretien AVQ (acte de la vie quotidienne) pour évaluer le degré de perte d'autonomie (97 %)
- Entretien sur l'activité professionnelle (53 %)
- Bilan des membres supérieurs (13 %)
- Bilan sensibilité (2 %)
- Bilan de risque de chute (4 %)

Au cours de cette consultation, une orthèse peut être réalisée pour le patient (30 % des patients). La majorité des orthèses sont pour le poignet et le pouce (36 %), pour le poignet (27 %) ou pour le tube digital un ou plusieurs doigt(s) de la main (19 %).

Aussi, l'ergothérapeute peut adresser le patient vers un autre professionnel rééducateur : EAPA (2 %), le kinésithérapeute (63 %), ou vers un SSR (2 %).

### 5.6.4 Focus sur l'activité de la kinésithérapeute

L'activité de la kinésithérapeute s'étend de juillet 2020 à avril 2022, pour un total de 448 patients suivis. Les scénarios pris en charge par la kinésithérapeute sont «Lombalgies aiguës, lombalgie ou lomboradiculaire chronique» (42 %), «Bilan rhumatisme inflammatoire récent» (16 %), «Bilan d'une pathologie complexe des membres» (19 %). La totalité des consultations est composée de l'entretien avec le patient, des conseils au patient et un bilan pour 38 % des patients. 64 % des patients reçoivent des fiches d'exercices à réaliser à la maison de la part du kinésithérapeute.

## 5.7 Réactions des patients vis-à-vis des modalités de leur prise en charge

Les entretiens réalisés auprès des professionnels ont montré que l'adhésion du patient aux modalités de prise en charge proposée au CeOSA était conditionnée par la compréhension qu'il en avait. La plupart des patients interrogés ont globalement bien compris ce qui les attendait au CeSOA. Le parcours leur avait été présenté en amont par le médecin adresseur et durant leur visite au CeSOA par les professionnels avec lesquels ils se sont entretenus. Les patients ont été satisfaits des explications qui leur étaient données *«Je trouve ça bien de le faire dès le début même avant de savoir où on allait c'était hyper*



*important et pour déjà entamer un lien de confiance»* **Entretien patient n° 1, p.4.** Preuve en est, presque aucun des 4 patients interviewés n'a refusé une consultation proposée au CeSOA. Seul un patient a refusé sa consultation de kinésithérapie, car il était déjà suivi par un kinésithérapeute à l'extérieur.

L'organisation des soins au CeSOA a été différente selon les patients. Les patients ont passé en moyenne 1h30 à 2h au centre pour réaliser soit une unique consultation de rhumatologie soit une consultation avec un rhumatologue et avec l'équipe paramédicale. *«Là toute première fois que je suis allé c'était vraiment à l'ouverture de CeSOA, j'ai rempli les questionnaires. Après ils font l'évaluation de la maladie, de la douleur, etc. Ils font des scores, il y a un accueil, ils prennent le temps. Il y a un prélèvement d'urine à l'arrivée ensuite, et j'ai rencontré une infirmière, elle fait le point sur les examens sanguins, etc. Elle saisit toutes les données. De mémoire, c'est à peu près tout le temps pareil. Oui, elle me pose des questions-là, refait elle-même une évaluation de la maladie au moment et sur l'histoire passée. Des choses comme ça, et ensuite on voit le médecin.»* **Entretien patient n° 4, p.21.**

Deux des patients interrogés ont réalisé une seule visite au CeSOA tandis qu'un patient a été vu 2 fois au CeSOA et un autre 5 fois. Pourtant, la prise en charge au CeSOA est en principe «one stop». Les patients ayant effectué plus d'une visite au CeSOA sont les patients suivis en ville, adressés et ayant été pris en charge au CeSOA par un rhumatologue du centre tandis que les patients qui ont été vus qu'une fois au CeSOA ont été adressés par un médecin extérieur au centre. Les patients suivis par le rhumatologue du centre en ville profitent du CeSOA pour réaliser un entretien avec une infirmière, et faire les examens d'urine. **Les patients prévoient leur rendez-vous en ville ou avec CeSOA en fonction des jours ou leur rhumatologue consulte dans l'une ou l'autre structure.** Il n'y a pas eu un véritable partage des tâches entre les médecins du CeSOA et les médecins de ville puisque plus de 80 % des patients pris en charge sur les 3 ans consultaient le même médecin à son cabinet libéral ou dans le cadre de sa prise en charge CeSOA. *«On convient d'un rendez-vous et en général, bah moi je sais que mon rhumatologue, en général il est là le mercredi donc je fais en sorte d'être disponible ces jours-là.»* **Entretien n° 4, p.22.**

Les patients n'ont rencontré aucune difficulté à exprimer leurs besoins et le CeSOA a parfaitement ciblé et répondu à leurs attentes. Les consultations leur ont paru très pédagogiques. S'ils rencontraient des difficultés durant de leur prise en charge ils étaient rassurés de pouvoir contacter le secrétariat.

Des dysfonctionnements des patients ont néanmoins été constatés. Un patient a rencontré des difficultés au niveau de la prise de rendez-vous par et la transmission du dossier par internet. Le téléphone est à privilégier pour entrer en contact avec le CeSOA quand ce n'est pas la secrétaire qui contacte directement le patient. Le CeSOA n'a pas appelé le patient directement, car le dossier était perdu. Au bout de 3 appels, le patient a pu avoir RENDEZ-VOUS. *«J'ai téléphoné on m'a dit oui bah écoutez les médecins n'ont pas encore répondu, j'avais envoyé les documents qui étaient demandés et on m'a dit écoutez attendez quelque temps et on va vous rappeler et puis j'ai dû retéléphoner une 2e fois puis une 3e et c'est la 3e fois qu'on m'a dit mais votre dossier il est perdu.»* **Entretien n° 2, p.10.**

Ce même patient a aussi été déçu de ne pas avoir pu profiter d'une consultation avec le kinésithérapeute du CeSOA qui lui aurait fait le plus grand bien. Cette dernière étant en congé, le patient a dû s'orienter vers une prise en charge en ville. Ce qui est dommage quand on connaît les avantages de la prise en charge pluriprofessionnelle sur un seul lieu (meilleur partage de l'information, concertation des professionnels sur l'état du patient, etc.).

Une autre limite adressée au CeOSA est qu'il n'assure pas le suivi du parcours du patient, il a uniquement pour objectif de coordonner sa sortie auprès du professionnel adresseur ou du spécialiste assurant le suivi. Plusieurs patients ont déploré ce manque de suivi. Les verbatims suivants reflètent cette déception :

«on doit changer de parcours, on ne peut pas avoir de second RENDEZ-VOUS au centre alors que le traitement initié au CeSOA a connu à terme ses limites» **Entretien patient n° 3, p.17;**

«c'est un petit peu dommage qu'il n'y ait pas la possibilité d'avoir un suivi au centre avec ce médecin bon cela dit, elle a un cabinet en ville» **Entretien patient n° 2, p.8.**

## **6. Efficacité : L'expérimentation a-t-elle renforcé la coordination entre les professionnels et amélioré leur pratique ?**

### 6.1 En principe, une activité complémentaire de celle des médecins de «ville»

L'objectif du CeSOA n'est pas de faire concurrence à l'activité des rhumatologues de ville. Au contraire, l'activité du CeSOA cherche à être complémentaire à celle des médecins de ville. Cette complémentarité a été évoquée lors des entretiens. Étant connaisseurs des interventions réalisées par le CeSOA, les rhumatologues libéraux qui ne peuvent pas réaliser certains actes dans leur propre cabinet, comme des lavages articulaires ou la mise en place de biothérapies faute de moyens, orientent de préférence leurs patients plutôt que vers l'hôpital.

*«J'ai des collègues rhumatologues qui exercent uniquement en ville et elles adressent quand même pas mal de leurs patients à CeSOA notamment par exemple pour faire des lavages articulaires du genou pour mettre en place des biothérapies parce que c'est plus simple de les adresser chez nous qu'à l'hôpital et que ce ne sont pas des choses qu'elles peuvent faire en ville.»*

#### **Professionnel médical du CeSOA (transcription p.42)**

La prise en charge en hôpital de jour a été décrite comme étant trop longue et trop complexe (multiples rendez-vous, délais de prise de rendez-vous assez longs). Si les médecins de villes sont satisfaits de l'intervention des professionnels du CeSOA, alors l'orientation vers le centre deviendra une routine.

La réactivité du CeSOA dans la prise en charge des patients est capitale (délais pour obtenir des rendez-vous plus courts qu'à l'hôpital, contact systématique des patients par la secrétaire du CeSOA). Les déclarations du chirurgien adresseur au CeSOA confirment ce constat :

*«J'ai tout sur place j'ai des appareils de copie pour faire des infiltrations j'ai même un scanner pour faire des infiltrations compliquées j'ai tout le matériel de surface. Ce qui m'a fait basculer pour adresser des malades aux CeSOA c'est l'encombrement et les mises en attente pour les examens au sein de mon établissement avec une disponibilité et une réactivité plus grande auprès de CeSOA»*

#### **Chirurgien adresseur au CeSOA (transcription p.47)**

Ainsi, les médecins suffisamment équipés et «compétents» n'orientent pas leurs patients vers CeSOA pour profiter des services proposés, mais pour désengorger leur propre établissement. Il est primordial que le centre conserve ses qualités en termes de disponibilité et de réactivité pour être attractif. Sinon, ces médecins ne verront plus d'un bon œil le CeSOA.

Des erreurs d'adressage ont été constatées par les professionnels du CeSOA. La population cible est constituée de personnes atteintes de pathologies ostéoarticulaires et plus particulièrement des personnes 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. Bien que des actions de communications aient été menées auprès des médecins de quartier et aux alentours, elles n'ont pas été suffisantes dans la mesure où certains médecins n'ont pas encore saisi toutes les spécificités de la prise en charge au CeSOA. Le canal de communication utilisé a principalement été le « mailing ». Ce mode de communication est le moins efficace. Les modes de communication à privilégier sont les rencontres physiques et les visites sur sites, car il est plus facile d'expliquer le fonctionnement du CeSOA. Les médecins doivent comprendre que le CeSOA n'est pas une simple consultation de rhumatologie, mais une prise en charge pluridisciplinaire à destination d'une population cible bien définie. Pour éviter les erreurs d'adressage, le CeSOA doit expliquer le fonctionnement du centre de vive voix, une brochure publicitaire ne suffit pas.

*« Il faut vraiment préciser que ce n'est pas juste une consultation simple de rhumatologie. Mais certains types de pathologie dont on s'occupe et que ceci doit être coordonnés par un médecin et pas juste le patient tout seul. C'est un problème, il faut que l'adressage effectivement soit respecté sinon on est obligé de dire non et que ce ne soit pas juste une consultation, mais le côté pluridisciplinaire il y a des médecins vraiment qui adressent juste pour une consultation de rhumato et qui n'ont pas cette notion-là »*

### **Professionnel médical du CeSOA (transcription p.32)**

#### 6.2 En fait, une activité largement auto centrée sur celle des porteurs de l'expérimentation

Le CeSOA ayant pour ambition de coordonner et de structurer au mieux le parcours des malades, après que ceux-ci sont repartis en ville. Les professionnels du CeSOA doivent partager leur diagnostic et leurs recommandations avec leurs adresseurs. Une proximité entre les professionnels du centre et le médecin adresseur est nécessaire pour que l'ensemble des informations disponibles sur le patient soit connu de tous. Un meilleur partage de l'information aboutit à une meilleure prise en charge. Le turn-over incessant des professionnels du CeSOA et la rotation quotidienne des rhumatologues du centre n'ont pas permis de créer dans le temps des liens solides avec leurs interlocuteurs naturels que devraient être les médecins de villes et de partager avec eux suffisamment les informations :

*« J'ai dû recevoir 5 ou 6 comptes-rendus sur 30 »*

### **Chirurgien adresseur au CeSOA (transcription p.49)**

Les patients doivent également être prévenus que leur prise en charge au sein du CeSOA porte sur la réalisation de bilans ou sur l'initiation à un plan de traitement et en aucun cas sur un suivi à long terme afin d'éviter toute surprise.

*« On ne vole pas les patients aux généralistes ni aux spécialistes c'est à dire quand une biothérapie est réalisée chez nous, ici on répète bien aux patients qu'il n'est pas suivi par un rhumatologue du centre, que ce sera son rhumatologue de ville à qui il faudra se référer et si y a besoin de réajuster où s'il y a une urgence à ce moment-là le rhumatologue de ville peut nous adresser le patient. »*

### **Professionnel paramédical du CeSOA (transcription p.61)**

Le CeSOA doit sur le plan pratique envoyer systématiquement les comptes-rendus de visite et trouver des solutions sur le plan organisationnel pour créer des liens plus solides afin d'assurer une bonne coordination avec l'extérieur. Sinon, le patient se retrouvera dans la même situation qui l'a amené à consulter le CeSOA : en errance et en difficulté pour

consulter les spécialistes de la ville. Le CeSOA est une prise en charge ponctuelle qui aura parfois du mal à changer le parcours du patient à long terme.

*«On ne s'attend pas trop à des miracles, mais cela permet de réaliser certains actes et d'initier un traitement médical afin de repousser dans le temps le passage au bloc opératoire pour certaines pathologies.»* **Entretien professionnel adresseur**

Cette impression n'est pas totalement partagée par les patients. Bien qu'un patient ait été orienté par un rhumatologue du centre, le CeSOA était en contact avec le médecin traitant du patient avec échange de courrier. Selon ce patient, cela permet à la fois à son médecin traitant de suivre les recommandations du CeSOA et au médecin traitant de partager certaines informations qu'il avait par-devers lui. Le partage d'information s'est fait dans les deux sens dans la mesure où le patient a été vu 5 fois au CeSOA. Un autre patient adresse lui-même les comptes-rendus du CeSOA à son médecin traitant. Le CeSOA n'a envoyé aucun compte-rendu directement. Enfin, un patient ne sait pas si des comptes-rendus ont été envoyés à son médecin traitant.

Le CeSOA doit se faire connaître des professionnels extérieurs. Les entretiens ont montré que les professionnels du CeSOA regrettent une communication insuffisante sur le centre auprès des médecins adresseurs. Le contexte sanitaire difficile au moment du démarrage n'a pas favorisé les rencontres et les visites sur site qui sont plus efficaces que la communication virtuelle, le mailing ou le papier pour comprendre le fonctionnement du CeSOA et ainsi éviter des erreurs d'adressage. Des réelles actions de communication doivent être menées pour que le CeSOA soit connu des médecins aux alentours et qu'ils comprennent la complémentarité qui existe entre leur activité et celle du centre. Deux propositions de communication sont apparues au décours des entretiens : les actions de communication pourraient être réalisées par un «commercial» ou via des institutions comme la HAS.

## **7. Efficacité : L'expérimentation a-t-elle amélioré la prise en charge des patients ?**

### 7.1 Intérêts pour les patients d'une prise en charge globale vus à travers l'opinion des professionnels

Les patients rencontrent, au cours de leur visite au CeSOA, différents professionnels de santé du secteur médical et paramédical. Ces diverses consultations présentent l'avantage aux patients de pouvoir verbaliser leurs problèmes de manière répétée et s'exprimer de façon plus libérée avec certains professionnels. En effet, les patients craignent parfois de dire certaines choses aux médecins, car ils ont une vision plus «dure» de leur comportement à leur égard, ils les considèrent comme étant un peu moins à l'écoute de leurs attentes. Ils préfèrent, ainsi, en discuter avec des professionnels paramédicaux qui leurs paraissent plus accessibles et plus à l'écoute. Dans le même sens, cela permet à certains patients qui peuvent rester très silencieux au début de leur prise en charge de se dévoiler au fur et à mesure des consultations.

*«Le patient peut-être plus à même de révéler des choses à l'infirmière qu'au médecin.»*

**Médecin du coût de de vent C à la froidure de avant de très bien eSOA (transcription p.43)**

«Ce processus va crescendo de voir différents professionnels qui vont arriver à débloquent certaines situations à la fin. C'est très rare, mais en général je trouve que ça délie la situation.»

### **Professionnel paramédical du CeSOA (transcription p.68)**

En somme, en proposant aux patients «plusieurs espaces pour s'exprimer, suivant les spécificités des professionnels» **Professionnel paramédical du CeSOA (transcription p.36)**, les professionnels ont une vision globale et complémentaire du patient. Ceci permet d'améliorer nettement la qualité de la prise en charge, à condition bien sûr que les informations collectées sur les patients soient partagées entre les professionnels. Le traitement holistique du patient où plus on multiplie le personnel d'une équipe qui rencontre le patient, plus on obtient des informations est décrit précisément par un professionnel du CeSOA :

«Les patients vont pouvoir évoquer toutes les difficultés liées à leur pathologie, et le médecin aura forcément, aussi les réponses correspondant à son activité de médecin, mais c'est un médecin, et il n'a pas forcément du coup les compétences complémentaires d'un professionnel paramédical. On se complète donc l'entretien infirmier déjà permet de faire le point global sur leur situation, et après avec les autres paramédicaux, la kiné, dit si elle peut se prononcer ou pas et moi, en tant qu'ergothérapeute, du coup après enfin j'ai un autre entretien avec le patient.»

### **Professionnel paramédical de CeSOA (transcription p.35)**

Il ressort des entretiens une certaine satisfaction des professionnels du CeSOA à propos du temps d'écoute laissé au patient. Ils considèrent que les consultations doivent être suffisamment longues pour que le patient ait l'opportunité de se confier. Ils seraient difficiles, selon eux, de rencontrer les patients dans un temps court et limité. Un arbitrage a donc été opéré entre quantité et qualité. Le nombre de patient vus quotidiennement est assez bas pour que les consultations soient plus longues. Inévitablement, l'augmentation du nombre de patients pris en charge accroîtrait les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous, la réactivité et la disponibilité du CeSOA pourraient être mises à mal, et réduiraient le nombre de patients qui seraient orientés vers CESOA par les médecins voulant désencombrer leur cabinet.

L'intérêt des consultations avec l'équipe paramédicale ne s'arrête pas uniquement à la verbalisation des besoins, car une unique consultation avec un médecin n'est, selon eux, pas suffisante pour des personnes atteintes de maladies ostéoarticulaires. En effet, l'objectif du CeSOA n'est pas de prescrire uniquement un traitement thérapeutique, mais réside également dans l'amélioration de l'autonomie de la personne. Les professionnels paramédicaux proposent des mesures concernant l'adaptation du logement, de l'activité, etc. Ces mesures doivent également être rapportées et recommandées par les professionnels paramédicaux auprès du médecin de ville qui assure le suivi du patient «*en tout cas tous les éléments qu'on aura apportés sont transmis au médecin de ville aux généralistes où aux spécialistes ce qui permet de donner parfois des recommandations au médecin qui suivent le patient*» **Professionnel paramédical de CeSOA (transcription p.56)**

Enfin, la prise en charge pluridisciplinaire a permis de changer la vision des chirurgiens orthopédiques sur leur manière de traiter leur patient. Auparavant, ils réparaient les fractures sans que le patient ou le professionnel n'associe cette fracture à une fragilité osseuse, susceptible d'être la conséquence d'une maladie chronique. En orientant vers le CeSOA, les chirurgiens sont conscients que leurs patients seront passés au

crible et que cela permettra d'éviter des interventions chirurgicales répétées qui sont dommageables pour le patient.

*«On travaille avec la chirurgie orthopédique de l'institut mutualiste Montsouris et quand on l'a rencontré pour leur expliquer le fonctionnement du coup ça leur a permis d'ouvrir les yeux sur un certain type de patients qu'ils traitaient d'une façon en gérant les symptômes donc en réparant les fractures, mais ils ne regardaient pas s'il n'y avait pas une autre maladie chronique associée qui provoquait ça donc on a récupéré la patientèle ostéoporotique pour la prise en charge»*

### **Professionnel paramédical du CeSOA (transcription p.55)**

Globalement, les professionnels interrogés perçoivent les différentes actions mises en œuvre au CeSOA comme bénéfiques pour le patient. Les délais pour obtenir un rendez-vous sont plus courts qu'à l'hôpital. Les délais sont en moyenne inférieurs, selon un professionnel médical du centre, à 1 mois tandis qu'ils sont en moyenne de 3/4 mois pour obtenir un rendez-vous à l'hôpital. La réactivité du CeSOA est une qualité partagée par le professionnel adresseur interrogé.

Les mérites attribués à la présence d'une équipe pluridisciplinaire agissant de concert par les professionnels interrogés sont l'amélioration la prise en charge des patients : l'infirmière aide les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec leur maladie, le rhumatologue examine et évalue le patient et guide sa prise en charge, les ergothérapeutes ou kinésithérapeutes complètent certains examens; et la réduction de l'errance thérapeutique : les professionnels agissent ensemble pour améliorer la prise en charge du patient afin qu'il ressorte du CeSOA avec un véritable plan de soins.

Il n'en demeure pas moins qu'il y a toujours des gagnants et des perdants. Ces entretiens nous ont permis de savoir pour qui le CeSOA fonctionne mieux ou moins bien. Un des paramédicaux du CeSOA nous a confié que les résultats du CeSOA en termes d'amélioration de la prise en charge profitent davantage aux patients atteints de douleurs chroniques qu'au patient très algique, car les traitements des patients chroniques sont plus longs, leur parole est mieux écoutée, alors que les patients très algiques ont besoin de réponses urgentes qui ne fonctionnent pas du premier coup).

## 7.1 Point de vue des malades vis-à-vis de l'expérimentation

Entretien patient n°1: le patient a été très satisfait de sa visite au CeSOA sur plusieurs aspects. Sur le plan financier *«Je suis satisfaite : de la prise en charge globale, du zéro reste à charge»* et sur le plan médical *«Grâce à ce parcours j'ai trouvé le traitement qui m'allait, que je n'ai pas lâché, j'ai pu reprendre mon travail, ma vie, je ne crois pas que j'en serai la aujourd'hui»* *«Ça fait maintenant 4 ans que je vis avec cette maladie. Je me sens bien maintenant, j'ai une vie normale, je n'avais pas ça il y a 2 ans ou j'étais en mi-temps thérapeutique quand j'étais arrêté il y a 2 ans complètement et maintenant je vis normalement. Je suis un cas parmi tant d'autres alors je suis très satisfaite d'avoir connue et d'avoir été prise en charge au CeSOA.»* **p.7**. Sur le plan paramédical, bien qu'il n'ait pas consulté le kinésithérapeute durant sa visite au CeSOA, car il était déjà suivi à l'extérieur, le patient a été rassuré de savoir qu'il pouvait bénéficier d'aides à l'autonomie. *Néanmoins, la consultation avec le rhumatologue et l'infirmière lui ont permis d'affiner ses connaissances sur sa maladie.*

Entretien patient n° 2: le patient a globalement été satisfait de sa visite au CeSOA malgré quelques dysfonctionnements. Il a été ravi de pouvoir réaliser des examens très complets *«Là j'ai eu une consultation de rhumatologie remarquable dans des délais malgré des petits aléas dans la prise de rendez-vous en 3 semaines donc j'ai eu la qualité et le regard de quelqu'un de compétent qui m'a examiné comme jamais je n'avais été examiné et qui essayait de faire le point, parce que quand je vais voir un chirurgien des membres inférieurs ils regardent les hanches ils ne regardent pas le dos et donc c'était important pour moi de rencontrer quelqu'un et d'avoir un avis.» p.8* Il appuie également sur le fait que le CeSOA propose des délais de rendez-vous très rapides et des consultations réalisées sans retard. Selon lui, sa prise en charge a été de qualité supérieure à celle qu'il avait rencontrée auparavant *«j'ai rencontré et une infirmière et une rhumatologue et la consultation de rhumatologie m'a paru très satisfaisante par rapport aux consultations rhumatologiques que j'avais eues auparavant, j'ai été examiné sur toutes les coutures et vraiment je crois que ça ne pouvait pas être mieux.» p.5*

Il reste toutefois déçu de ne pas avoir pu bénéficier d'une consultation avec le kinésithérapeute qui lui aurait permis d'être en meilleur état plus tôt. *«Le jour de mon de ma consultation la kinésithérapeute n'était pas là or je pense que si j'avais vu une kiné le 30 juin on aurait déjà pris des gestes élémentaires que la kiné que j'ai vu à mon domicile m'a appris depuis et qui m'ont aidé à mieux marcher, à présent il se peut que comme tout le monde il y a eu un problème quand on m'a dit écoutez excusez-nous là la kiné n'est pas là aujourd'hui je suis rentré à mon domicile, c'est un petit inconvénient on peut pas revenir sur les sur les faits j'aurais préféré rencontrer une kiné ce jour-là.» p.9*

Entretien patient n° 3: Ce patient a été enchanté d'avoir bénéficié d'examens complets et rigoureux *«Le rendez-vous que j'ai eu avec (le rhumatologue E) a été je pense idéal en termes de prise en charge c'est-à-dire que c'est un rendez-vous qui a duré pas loin d'une heure je pense et j'ai vraiment eu l'impression que mon dossier avait été étudié avec patience, il a pris du temps pour aller dans les détails pour regarder, pour m'expliquer concrètement tous les facteurs qui pouvaient jouer et qui avaient une influence sur le diagnostic ce que concrètement ça allait représenter d'avoir une spondylarthrite ankylosante, donc je suis très satisfait de ce premier rendez-vous» p.14*. En revanche, il déplore une certaine rupture entre la qualité du rendez-vous au CESOA et le suivi de la prise en charge. Le traitement initié au CeSOA a connu ses limites. Ainsi, le patient a décidé de recontacter le CESOA qui l'a orienté vers la ville et précisément vers le cabinet du rhumatologue E (qui a été le professionnel consulté au CeSOA). Le patient a été déçu de constater que les délais pour obtenir un rendez-vous dans le cabinet du rhumatologue E étaient bien plus longs qu'au CeSOA. *«C'est vraiment sur le sur le rendez-vous de suivi moi je n'ai pas très bien compris en fait pourquoi est-ce qu'il y a eu cette rupture entre le suivi CeSOA et le suivi dans le cabinet privé du médecin qui m'avait suivi au sein du CesOA je me serais attendu à ce qu'en fait toute ma prise en charge soit faite au sein du CeSOA, la qualité des rendez-vous et du suivi que j'ai eus au début sur la saison était très bien, mais je n'ai pas bien compris cette rupture.» p.15*. Il est assez étonnant de constater que certains patients pris en charge à la fois au CESOA et en ville par le rhumatologue E ont pu se rendre plus d'une fois au centre.

Entretien n° 4: le patient interrogé a été très satisfait de sa prise en charge au centre de la rue de Vaugirard. Il félicite le CeSOA pour la rapidité des rendez-vous. *«Je pense que CESOA c'est magique pour quelqu'un qui n'est même pas encore sous traitement, qui est en début de la prise en charge. Cette réactivité permet une prise en charge plus rapide de la douleur» p.22*.

## 7.2 Prise en charge au CeSOA vs prise en charge traditionnelle

Il est important de connaître les avantages du CeSOA par rapport à une prise en charge traditionnelle de ville ou en hôpital de jour. Les effets attendus du CeSOA par le porteur de projet étaient une amélioration de la prise en charge en termes de temps et de moyens (équipe pluriprofessionnelle), un renforcement de la pertinence des soins et une réduction des inégalités d'accès aux soins. Ces ambitions ont-elles été partagées par les patients ?

Les patients voient d'un bon œil le regroupement des professionnels de santé sur le plan médical et sur le plan pratique. Sur le plan médical, ils ont pu être examinés *«sous toutes les coutures»*. Leur prise en charge est améliorée, car les professionnels se concertent sur les dossiers *«en pensant à plusieurs, on peut être au plus près de la demande»* rapporte un patient (**Entretien patient n° 1, p.6**). Sur le plan pratique, c'est un gain de temps dans la prise en charge. Les patients peuvent tout faire sur un même lieu d'autant plus pour des personnes dont la mobilité est difficile. *«C'est un gain de temps on voit tout le monde en une seule fois et on sort avec ce qu'il faut et s'il y a besoin on revient après une évaluation de ce qui est mis en place donc oui clairement.»* **Entretien patient n° 1, p.75**; *«la plus-value de devoir se rendre au CeSOA c'est de voir tous les professionnels de santé en une seule fois»* **Entretien patient n° 4, p.26**.

La prise en charge est également plus rapide grâce à la grande réactivité et disponibilité des professionnels de CeSOA. Les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous sont réduits par rapport à la prise en charge traditionnelle. *«Entre l'appel de la secrétaire et le rendez-vous, une semaine s'est écoulée alors qu'en ville c'est 10 mois»* **Entretien patient n° 2, p.9, 11**.

Les patients sont extrêmement satisfaits de leurs consultations avec chacun des professionnels rencontrés. Contrairement aux consultations de ville, les professionnels prennent le temps d'écouter et d'examiner le patient. Les professionnels savent comment prendre en charge le malade, ils sont tous présents et un temps particulier est consacré au patient par chaque professionnel. Cela donne confiance aux patients, car ils sont conscients qu'ils sont bien pris en charge et que les soins seront adaptés. Les professionnels savent comment prendre en charge le malade, ils sont tous présents et un temps particulier est consacré au patient par chaque professionnel.

Les patients soulignent également que les examens leur paraissent plus complets et plus ciblés pour leur maladie que ceux réalisés en hôpital de jour. Les professionnels prennent le temps de lire le dossier du patient. Un patient arrivant avec un dossier complet, facilite l'état des lieux fait par l'infirmière.

Toutefois, tous les patients n'ont pas pu profiter des avantages de la prise en charge pluridisciplinaire, plébiscitée par les porteurs de projet et les professionnels du CeSOA. Aucun des patients interrogés n'avait rencontré le kinésithérapeute ou l'ergothérapeute du CeSOA, car ils avaient un suivi suffisamment satisfaisant à l'extérieur ou car le kinésithérapeute n'était pas présent le jour de leur venue au CeSOA. Néanmoins, ils ont pu rencontrer l'infirmière, ce qui leur a permis de faire une bonne synthèse de leur état de santé et au cours de laquelle des conseils leur ont été prodigués pour apprendre à vivre avec leur maladie.

En bref, des différences nettes entre le CeSOA et l'hôpital de jour ont été partagées par l'ensemble des patients ayant eu une expérience dans ces deux établissements. Le CeSOA est un *«gain de temps»*, les *«délais d'attente sont plus courts»*, *«le parcours est plus fluide»*, *«les professionnels prennent leur temps tandis que l'hôpital s'apparente à une usine»*, **Entretien n° 2, p.10**. La concentration en un même lieu des différents postes techniques est un également avantage du CeSOA par rapport à l'hôpital de jour, d'autant plus pour des personnes atteintes de maladies ostéoarticulaires *«on ne nous fait pas faire trois fois le tour de l'hôpital»*. **Entretien n° 4, p.24**.



### 7.3 Conditions de l'adhésion des personnes malades au dispositif

Expliquer le fonctionnement du dispositif est le véritable ressort de l'adhésion des patients au dispositif *«Pour que le patient soit acteur de sa santé, il n'ait pas à subir les ordonnances pour comprendre»* **Professionnel paramédical du CeSOA (transcription p.57)**

Chacun des acteurs, médecins adresseurs et professionnels du CeSOA doit expliquer clairement ce qui attend les patients au CeSOA et pourquoi ils sont orientés vers le centre.

*«Il faut qu'ils informent le patient que oui ils seront évalués par une équipe pluridisciplinaire que cette équipe-là donnera la suite de la conduite à tenir, mais qui doit être revue ensuite après ce rendez-vous-là pour coordonner la suite et que le suivi ne se fait pas dans le centre il faut que ce soit communiqué par le médecin»*

**professionnel médical du CeSOA (transcription p.31)**

*«Le médecin qui les envoie leur a expliqué ce qui les attend en venant au CeSOA et pourquoi ils venaient et c'est mieux compris mieux accepté donc une fois qu'on reçoit nous la demande du médecin adresseur de notre côté également on va expliquer aux patients une fois qu'on a validé avec un rhumatologue ce qui va se passer on l'explique à l'oral on leur écrit par mail pour les convoquer et surtout quand ils arrivent en entretien avec l'infirmière surtout on réexplique aussi le pourquoi du comment des rendez-vous avec les différentes professionnelles sur place»*

**professionnel paramédical du CeSOA (transcription p.55)**

Malgré tout, certains patients ne saisissent pas le processus de prise en charge pluriprofessionnelle.

*«Il y a un appel systématique du secrétariat, déjà pour dire bon, ben voilà, on valide bien votre prise en charge chez nous, mais bon parfois ça passe, ça passe à la trappe»*

**professionnel paramédical du CeSOA (transcription p.67)**

Certains patients faute d'être réceptifs au discours des professionnels paramédicaux, ou de s'être investis dans ce qui leur était proposé ne voient pas l'intérêt de rencontrer l'équipe paramédicale après avoir vu un médecin. Il faut ainsi agir sur ces points pour «capter» ces patients, en expliquant davantage le rôle de ces professionnels avant la consultation de rhumatologie, faute de quoi le patient pourrait renoncer aux soins ou ne pas appliquer les recommandations faites par les paramédicaux. Un professionnel du CeSOA propose ainsi que *«Lorsque le médecin nous adresse, un patient, ce serait peut-être bien que le médecin, nous adresse le patient juste avant la consultation, que le patient comprenne l'importance de rencontrer le kiné là-bas ou l'ergothérapeute, par rapport à sa pathologie et lui expliquer un petit peu, qu'est-ce qu'on peut lui apporter avant qu'on reçoive le patient en consultation»* **Professionnel paramédical du CeSOA (transcription p.36)**

Faute d'intérêt, le risque existe qu'un patient n'ait aucune attente particulière vis-à-vis de CESOA et qu'il assimile sa pratique à une simple consultation de rhumatologie, dans ce cas est fort possible qu'il renonce à se rendre à CESOA une fois sur place, il n'assiste pas à toutes les consultations qui lui ont été prescrites. Le temps passé au CeSOA (d'1/2 journée en moyenne) lui paraît trop long comparé à une consultation classique de ville.

*« Il y en a beaucoup qui nous plantent et/ou alors qui arrivent et qui pense même après les explications que c'est une simple consultation et qu'ils n'ont pas envie d'attendre qui ont prévu des rendez-vous derrière malgré les explications donc ça, je pense que c'est quelque chose qui se rencontre un peu partout ce sont des gens qui sont bornés qui veulent tout, tout de suite »*

### **Professionnel paramédical du CeSOA (transcription p.56)**

Pour d'autres patients, dont la visite au CeSOA est un dernier « espoir » pour éviter un traitement chirurgical, se révèlent peu réceptifs à cette nouvelle organisation, ils ne sont pas « époustouflés » par la prise en charge pluridisciplinaire proposée par le CeSOA. CeSOA est pour eux, un simple passage dans leur parcours de soins.

*« Malheureusement je pense qu'on n'est pas du tout dans la même relation avec le patient. Avec de tels patients, c'est chirurgie ou pas chirurgie quoi, souvent c'est : ça marche très bien je vais beaucoup mieux merci au revoir. On se voit quand vous avez besoin et puis sinon si vous n'avez pas besoin bah ok, va discuter éventuellement un traitement chirurgical »*

### **Professionnel paramédical du CeSOA (transcription p.48).**

*« Je n'ai jamais trouvé pour l'instant à mon expérience des patients qui ont dit « waouh trop bien ma vie a été transformée depuis que j'étais au CeSOA ».*

### **Chirurgien adresseur au CeSOA (transcription p.51)**

De plus, les déclarations de l'infirmière démontrent que l'attitude du patient vis-à-vis de sa santé est encore une fois un véritable facteur de l'adhésion au positif. Par exemple, un patient habitué à aller dans les hôpitaux pour se faire soigner aura du mal à se rendre dans un centre de soins. Cet obstacle sera rencontré partout, car *« c'est propre à l'humanité, peu importe la maladie chronique, ce sera le même problème ».* **Professionnel paramédical du CeSOA (transcription p.61)**

## **8. Efficience : L'expérimentation a-t-elle amélioré la pertinence des soins ?**

### **8.1 Un effet sur l'observance au traitement ?**

Pour les professionnels adresseurs, l'objectif premier du CeSOA n'est pas d'améliorer l'observance des patients à leur traitement. Ils recherchent plutôt l'avis d'un rhumatologue ou la réalisation d'un acte spécifique. Les adresseurs sont conscients qu'il faut tout de même respecter une certaine ligne pour éviter que le patient ne s'y perde.

*« En effet si y a une incohérence aussi le patient qui considère qu'on ne lui dit pas la même chose dans un cabinet et dans un autre ça ne va pas améliorer l'observance c'est sûr donc il faut en effet qu'il y ait quand même une sorte de compatibilité entre le médecin dresseur et ses droits. »*

### **Chirurgien adresseur au CeSOA (transcription p.51)**

En revanche, pour certains professionnels du CeSOA, l'impact du CeSOA sur l'observance des patients à leur traitement n'est pas moins bon qu'en ville. Certains professionnels ne voient pas la prise en charge en « one stop » comme un frein à l'observance du patient, car une seule consultation en ville peut également suffire à jouer un rôle dans l'observance du traitement. Et dans le cas où plusieurs consultations seraient nécessaires, il n'est pas

certain que la solution soit en ville. En effet, les patients n'ont pas forcément accès à davantage de consultations en ville en raison des dépassements d'honoraires et des délais de rendez-vous assez longs.

Pour d'autres professionnels du CeSOA, ce n'est pas à eux de vérifier l'observance du patient au traitement. Le but du CeSOA n'est pas de revoir les patients régulièrement, mais de coordonner le parcours à la sortie en ville. C'est ainsi au médecin adresseur de mettre en place les recommandations des professionnels du CeSOA et de vérifier si le patient les suit bien.

*«J'ai fixé la prochaine étape je l'ai écrit dans le courrier de communication au médecin généraliste. Les rendez-vous qui sont pris et les rendez-vous honorés c'est autre chose aussi c'est la vraie vie»*

### **professionnel paramédical du CeSOA (transcription p.31)**

## 8.2 Vers une réduction de l'errance thérapeutique ?

Peu d'informations étaient disponibles sur le parcours antérieur du patient dans le système de soins. Nous ne pouvons ainsi rien dire quant à l'errance de diagnostic vécu par les patients avant l'arrivée CeSOA, mis à part qu'entre le moment d'apparition des premiers symptômes liés à une maladie ostéo-articulaire et la venue au centre CeSOA, il s'est écoulé en moyenne 2,29 ans.

**Tableau 16 : Moyenne du temps de diagnostic par année.**

		Temps diagnostic
2020	N	349
	Moyenne	2,29
2021	N	1044
	Moyenne	2,08
2022	N	141
	Moyenne	2,3
TOTAL	N	1534
	Moyenne	2,29

La région parisienne étant marquée par un fort nomadisme des patients, qui rencontrent des difficultés à obtenir des rendez-vous chez des spécialistes, l'objectif du CeSOA est de gagner du temps dans le trajet, mais aussi dans la prise en charge et le diagnostic. Le CeSOA veut éviter que les patients soient en errance de diagnostic trop longtemps. En proposant une prise en charge rigoureuse et complète, le CeSOA permettrait à court terme de faire des économies en réduisant les consultations excessives et redondantes à l'extérieur et à long terme en améliorant l'autonomie des personnes qui sauront vivre avec leur maladie.

Exception faite, par ailleurs, pour les patients considérés comme « surconsommateurs » de soins. Pour ce type de patient qui vient au CeSOA pour demander un « quatrième ou un cinquième avis », et qui réalise à chaque fois de nouveaux examens, le CeSOA ne ralentira pas les dépenses de santé.

*« Il y avait sur consommateurs où ils vont se faire prescrire 15 fois le même traitement parce qu'il y a une addiction parce qu'ils ont l'impression que c'est le seul moyen de de survivre c'est ça, mais pareil je ne pourrais pas vous le chiffrer. »*

### **Professionnel paramédical du CeSOA (transcription p.61)**

L'attitude du patient à l'égard du CeSOA est encore une fois un facteur non négligeable de l'efficacité et l'efficience du CeSOA. Un professionnel du CeSOA témoigne en ce sens : les patients en recherche de solution urgente ne seront pas sensibles à la prise en charge du CeSOA. De cette façon, l'errance de diagnostic ne sera pas systématiquement écourtée.

*« Ce ne sont pas forcément des gens qui ont des rhumatismes chroniques, mais plutôt sur des gens, des personnes en urgence. Ce que j'ai pu observer en passant aussi à l'imagerie, c'est qu'ils ont consulté, ils ont quand même mal. Peut-être qu'on n'a pas répondu assez rapidement à leur demande. Voilà y a quand même une sorte de patient qui va donc consulter ailleurs pour essayer pour refaire une autre infiltration, cette infiltration ne refonctionne pas où ils n'ont pas encore compris là, le fait qu'une infiltration on a besoin parfois d'en faire plusieurs, mais il faut laisser du temps, mais y a toujours un paramètre un peu je trouve complètement dépendant du patient, et ce patient peut aller voir 2/3 différents radiologues où centres pour refaire des infiltrations. Et on le retrouve après en fin de course parce que le, patient est toujours en souffrance, on est toujours dans une démarche d'urgence. On leur dit : mais pourquoi vous n'avez pas écouté ? Ils répondent : mais fallait que je parte en vacances, ou j'avais besoin de solutionner le problème et là du coup il y a une errance. En tout cas, il y a une multiplicité d'examens coûteux qui n'a pas forcément fonctionné et voilà. Donc parfois oui, sur ce que je vous disais sur des profils un peu têtus, qu'on peut retrouver une errance. »*

### **Professionnel paramédical du CeSOA (transcription p.70)**

De plus, le CeSOA ne donnant qu'un avis ponctuel, il n'y a aucun suivi ou rappel du patient dans le temps. Ainsi, le parcours de soins doit être repris par un médecin généraliste ou un rhumatologue de proximité. Il n'est pas certain que le CeSOA parvienne à consolider l'environnement médical du patient, car rien ne prédit que le patient appliquera les recommandations des professionnels paramédicaux et rien ne prédit que le médecin adresseur prendra note des recommandations des professionnels du CeSOA. En conséquence, le patient pourra être à nouveau en rupture de soins.

**Au regard de ces éléments, nous pouvons nous interroger sur la pertinence d'une prise en charge unique dans le traitement des maladies chroniques. Il est difficile d'imaginer que les maladies chroniques soient prises en charge en une seule fois, d'autant plus lorsque la coordination entre le CeSOA et les professionnels extérieurs est très limitée.**

## 8.3 Des soins plus pertinents grâce à des regards croisés

En confrontant leur vision sur l'état du patient après leur consultation, les professionnels du CeSOA réfléchissent ensemble à la meilleure façon de répondre aux besoins et d'accompagner en équipe ceux qui les consultent. L'attitude du professionnel

du CeSOA à l'égard de ses collègues et le contexte dans lequel ils évoluent favorisent le partage d'informations.

Les entretiens ont montré que l'intérêt de la présence quotidienne d'un binôme de rhumatologues junior et senior, car cela permet à ces derniers d'échanger sur l'état du patient en confrontant leurs expériences et leurs savoirs qui peuvent différer en fonction de l'âge et de leur formation. Les jeunes diplômés comprennent davantage l'intérêt du partage de connaissances et d'expériences, car cet aspect leur est enseigné durant leur formation. Ils sont conscients que cela leur permet d'améliorer la qualité des soins, de progresser dans leur activité et de gagner du temps en évitant la répétition de questions et d'actes.

Un contexte favorisant ces échanges certes, mais à condition qu'ils communiquent ouvertement, que ce soit de manière formelle par des réunions de concertation pluridisciplinaire organisées deux fois par mois, jugées «*suffisantes et pertinentes*» ou que ce soit de manière informelle.

*«Il m'arrive en semaine d'aller voir un rhumatologue et de lui poser des questions sur un patient afin de valider la prise en charge.»*

### **Professionnel médical du CeSOA (transcription p.43)**

La coopération ne doit pas être considérée exclusivement entre les rhumatologues, mais également avec les professionnels paramédicaux entre eux (consultations en présence des deux professionnels paramédicaux en même temps) et avec eux. L'activité et rôle de chacun des professionnels doivent être valorisés et considérés par tous pour que cette association fonctionne. Les médecins n'agissent plus seuls dans leur cabinet, mais de concert avec les professionnels paramédicaux. Néanmoins, si les rhumatologues gardent un esprit «cabinet» où ils gardent leurs savoirs et si aucun échange n'a lieu alors les prises en seront beaucoup moins efficaces.

*«Le rhumatologue qui vient et qui garde cet esprit, on va dire de cabinet ne partage pas particulièrement, j'ai besoin de radio, j'ai besoin d'une infirmière, mais ne nous dit pas le pourquoi du comment. Je pense que si une personne est fermée, qui reste très personnelle dans son métier et bien on peut avoir effectivement là, avoir beaucoup moins de dialogue.»*

### **Professionnel paramédical du CeSOA (transcription p.69)**

L'essence même du CeSOA, la prise en charge en un seul lieu et en un seul temps, pousse les professionnels à partager leur vision. Ils affirment que c'est la clé de réussite la réussite dispositif :

*«Ils sont amenés à revenir dans d'autres circonstances, mais en une fois si on ne fait pas ça correctement et si on ne partage pas tous les éléments en équipe ça ne s'appellerait pas le CeSOA. Donc en fait, c'est du fait de savoir qu'ils peuvent venir qu'une fois qu'on est vraiment dans le maximum»*

### **professionnel paramédical du CeSOA (transcription p.58)**

Malgré tout, cette coopération n'est pas nécessaire à tout le monde. L'état de santé de certains patients ne justifie pas une prise en charge pluridisciplinaire et précisément paramédicale.

*«Si par exemple, le patient n'a pas de difficulté fonctionnelle dans ses activités, moi en tant qu'ergothérapeute, je suis peut-être moins avoir à apporter de choses aux patients»*

## Professionnel paramédical du CeSOA (transcription p.37)

**Nous pouvons alors nous poser la question : quelle est la valeur ajoutée du CeSOA pour ces patients ?**

### 9. Efficience : Dans quelle mesure l'expérimentation a-t-elle permis de réduire les dépenses

#### 9.1 Une charge financière réduite

Aux yeux des patients, leur charge financière est réduite sur plusieurs plans : *« Cela coûte beaucoup moins cher c'est énorme, je n'ai même pas le parking à payer quand je vais au CeSOA, dans toutes les autres consultations à Paris maintenant c'est que des parkings payants au CeSOA on arrive, on repart on est sur place on n'a même pas à marcher non rien à dire. »* **Entretien n° 1, p.5.** Les patients ont également moins recours aux transports sanitaires pour se rendre à leur consultation.

La politique du zéro reste à charge pour les patients est sans surprise un avantage majeur. Les patients n'ont pas à subir les dépassements d'honoraires des professionnels du privé. Ils ont ainsi accès plus facilement aux soins. Certains patients avancent également que la prise en charge au CeSOA représente une économie pour le système de soins : *« Je pense qu'il y a une économie pour la sécurité sociale et pas de reste à charge pour nous les patients. En hôpital de jour, j'ai repassé directement une IRM, une radio, une ostéodensitométrie osseuse, une prise de sang. »* **Entretien n° 4, p.6.** Ce patient regrette que l'hôpital de jour réalise des examens répétés et redondants sans regarder ce que le patient a déjà fait.

*Les entretiens professionnels ont montré que le CeSOA doit investir dans un plateau technique plus complet. Il n'y a ni scanner ni IRM. Cette limite dans la prise en charge a été rencontrée par un patient durant son parcours au CeSOA.*

*« On m'a prescrit de prendre des médicaments que j'ai pris puis de faire un IRM, l'IRM je l'ai fait début juillet à l'hôpital de Melun et à la suite des résultats de l'IRM j'ai recontacté la rhumatologue du CeSOA et qui à ce moment-là elle a changé un peu son point de vue et m'a dit « je ne peux pas vous prescrire une nouvelle infiltration c'est beaucoup mieux de voir un chirurgien du dos »* **Entretien patient n° 2, p.24.**

Les dires de ce patient reflètent bien les limites du CeSOA dans la prise en charge des patients ayant besoin de réaliser un IRM. Ces patients sont obligés de se rendre ailleurs pour réaliser ces examens. Ils reflètent également les limites du CeSOA dans le suivi du patient. Ce patient doit changer de parcours.

Il a été demandé aux patients si leur état de santé avait été le même si le CeSOA n'existait pas. Voici leurs réponses :

*« Le diagnostic n'aurait pas été aussi rapide et je n'aurais pas pu rencontrer autant de professionnels de santé en si peu de temps »* **Entretien patient n° 1, p.6.**

*« Je n'aurais pas été suivi de la même manière, car j'aurais dû trouver un rhumatologue seul et il n'est pas sûr que ce dernier m'aurait orienté vers le bon spécialiste »* **Entretien patient n° 2, p.13** (le patient a été orienté par le rhumatologue du CeSOA vers un chirurgien du dos)

Ce patient n'était pas en mesure de dire *«si un rhumatologue classique en dehors du CeSOA aurait pris autant de temps pour mon premier rendez-vous, mais en tout cas c'est vraiment c'est quelque chose que j'apprécie»* **Entretien patient n° 3, p.18.**

*«Aujourd'hui, je suis prise en charge par mon médecin, pour moi, elle est identique. Elle est aussi bonne que celle faite en cabinet, la plus-value de devoir se rendre au CeSOA c'est de voir tous les professionnels de santé en une seule fois».* **Entretien patient n° 4, p.26.** Ce patient est suivi par un des rhumatologues du centre en ville.

### 9.1.1 Des soins plus efficaces par rapport à la ville ?

Le centre regroupe en un seul lieu différents professionnels et un plateau technique. Cette concentration de savoir-faire et de matériel paraît alléchante pour le système de soins à la fois en termes de réduction des coûts de transports et en termes de réduction des coûts liés aux consultations redondantes en ville et à l'hôpital. La réduction des coûts de transports est selon les interviewés relativement vraie pour les personnes dont la mobilité est très réduite. Le regroupement des différents professionnels et de l'imagerie leur évite de recourir de nombreuses fois aux transports sanitaires.

*«C'est une économie, il y a les coûts de transport entre le domicile pour faire un examen d'imagerie et puis peut-être euh, votre consultation en amont, redondante, de rhumatologue ou de médecins traitants qui s'économisent par rapport à la prise en charge.»*

#### **Professionnel paramédical du CeSOA (transcription p.69)**

Néanmoins, l'enthousiasme des professionnels du CeSOA sur les économies réalisées par le CeSOA sur le plan des transports sanitaires n'est pas partagé par le professionnel adresseur avec lequel nous nous sommes entretenus. Ce professionnel n'adresse pas leurs patients au CeSOA pour qu'ils profitent des services d'imagerie, mais plutôt pour qu'ils profitent d'une discussion avec un rhumatologue ou d'un acte médical précis. Les patients adressés ont déjà réalisé un bilan radiographique complet. L'impact du CeSOA sur la réduction des coûts de transports est totalement nul pour ces patients dont la dépense aura déjà été supportée. Ainsi, qu'ils consultent un rhumatologue de ville ou un rhumatologue du CeSOA, la dépense sur ce plan est la même.

*«En vrai pour être très honnête tous les malades que j'ai adressés au CeSOA ils ont déjà un bilan radiographique complet c'est-à-dire qu'ils viennent pour une discussion d'intervention. Donc ils arrivent avec un bilan compétence moi je ne les adresse pas pour la radio ou pour quoi que ce soit je les adresse essentiellement pour faire une infiltration, discuter avec le rhumatologue voir ce qu'il est possible d'optimiser le traitement algique et ça s'arrête là donc du coup en fait le plateau technique radiologique de du CeSOA. Moi je ne m'en sers pas du tout quoi finalement les malades ils arrivent avec tout»*

#### **Chirurgien adresseur au CeSOA (transcription p.49)**

Le CeSOA doit investir dans un plateau technique plus complet. En effet, au CeSOA, il n'y a ni scanner ni IRM. La seule présence d'une manipulatrice en radiologie limite l'activité du CeSOA à la pratique de l'ostéodensitométrie. Ces patients devront avoir réalisé leur scanner ou IRM en amont de leur visite au CeSOA. La réduction des coûts de transport évoquée par les porteurs du projet CeSOA relativement à la prise en charge traditionnelle en ville ne sera ainsi pas automatique dans la mesure où les quelques personnes recourant aux

transports sanitaires dans le cadre de leurs soins devront se déplacer pour réaliser des examens en amont de leur visite au CeSOA si ces examens sont indispensables.

### 9.1.2 Des soins plus efficaces qu'à l'hôpital ?

Selon certains professionnels du CeSOA, la valeur ajoutée du centre de soins de l'avenue Vaugirard par rapport à l'hôpital de jour réside dans le fait que toutes les consultations dont le patient a besoin sont réalisées sur le même lieu, la même journée tandis qu'à l'hôpital, il est fort probable que les patients doivent revenir, car tous les professionnels n'étaient pas présents le jour de « l'hospitalisation ».

*« Y a qu'à voir à l'hôpital aussi si par exemple on fait un geste et que du coup sur le plan organisationnel on n'a pas l'autre spécialiste pour faire le geste suivant on fait reconvoquer le patient ça coûte une fortune en hôpital de jour et pareil on ne gagne rien alors que nous ici du coup on a affuté l'organisation »*

#### **professionnel paramédical du CeSOA (transcription p.58)**

Au-delà d'être nécessaire pour le patient, la présence de tous les professionnels susceptibles de concourir à la prise en charge des maladies ostéoarticulaire est une condition sine qua non de la réussite du CeSOA en tant qu'alternative, efficace et efficiente, à l'hôpital de jour.

À l'heure actuelle, l'ergothérapeute et la kinésithérapeute ne sont pas jamais présents le même jour au CeSOA. Le patient en visite au CeSOA qui aurait besoin des compétences du kinésithérapeute devra alors revenir si ce jour-là c'est l'ergothérapeute qui est présente.

Le CeSOA doit respecter de fortes contraintes organisationnelles pour être compétitif.

## 9.2 Facturation des forfaits

La base de données facturation qui répertorie tous les forfaits payés par l'assurance maladie dans le cadre de l'article 51 a été utilisée pour l'analyse des forfaits. Elle rend compte des forfaits payés entre janvier 2020 et juillet 2022. Au total, 2 155 forfaits ont été payés au titre de l'article 51 pour un total de 1 626 patients pris en charge au centre CeSOA. Cela représente 55 % des passages au centre sur les 3 années. Il est important de noter que 18 % des forfaits n'ont pas été payés c'est-à-dire en statut « Non approuvé ». La répartition des forfaits payés par l'assurance maladie entre les trois années d'activité du centre CeSOA sont de 37 % en 2020, 54 % en 2021 et 8 % en 2022.

**Tableau 17 : Différence entre les passages au centre et les forfaits payés**

	2020	2021	2022	TOTAL
Passage au centre	731	2178	970	3879
Forfaits payés	808?	1171	176	2155
Forfaits non approuvés	0	484	0	484
Total paiement	250 480 €	363 010 €	54 560 €	668 050 €



Selon les données de facturation à notre disposition, les forfaits payés par l'Assurance malade au titre des recettes liées au financement des prestations dérogatoires (FISS) représentent seulement 24 % de ce qui avait été prévu dans le cahier des charges.

**Tableau 18 : Rappel des besoins de financement de l'expérimentation issu du cahier des charges**

	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
Nombre de patients estimé en fonction de la montée en charge		1885	2500	3600	900	8885
Recettes liées au financement des prestations dérogatoires (FISS)		584 350 €	775 000 €	1 116 000 €	279 000 €	2754350 €
Compensation perte d'activité liée au Covid 19 (FISS)		183 000 €				183 000 €
Charges engagées avant démarrage (FISS)		97 400 €	130 000 €			227 400 €
Charges engagées avant démarrage (FIR)		85 000 €	40 500 €			125 500 €
Frais d'ingénierie (FIR)	74 150 €					0 €
<b>TOTAL</b>	<b>74 150 €</b>	<b>949 750 €</b>	<b>945 500 €</b>	<b>1 116 000 €</b>	<b>279 000 €</b>	<b>3290250 €</b>
<i>Sous total financement FISS</i>	<i>0 €</i>	<i>864 750 €</i>	<i>905 000 €</i>	<i>1 116 000 €</i>	<i>279 000 €</i>	<i>3164750 €</i>
<i>Sous total financement FIR</i>	<i>74 150 €</i>	<i>85 000 €</i>	<i>40 500 €</i>	<i>0 €</i>	<i>0 €</i>	<i>125 500 €</i>

### 9.3 Bilan financier

Le tableau suivant présente le bilan financier du centre CeSOA pour l'année 2020, 2021 et 2022. Le bilan financier de l'année 2022 est issu du rapport « Bilan et Avenir de l'expérimentation » du centre CeSOA de novembre 2022 donc issu de prévision du bilan financier de l'année 2022.

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 5,5 %

- Les charges du personnel 59 % et
- Les dotations aux amortissements 5,3 %

En comparaison à la composition prévue 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.

Les charges de personnels ont diminué entre l'année 2020 et 2021 ce qui peut s'expliquer par la baisse de l'effectif des rhumatologues du centre, démission non remplacée. En 2022, les charges du personnel sont revenues à hauteur de l'année 2020 avec tout de même des démissions dans l'équipe de rééducateurs.

Le résultat courant pour l'année 2020, 2021 et 2022 est déficitaire. Il y a eu une augmentation de ce déficit entre l'année 2020 et 2021 (une augmentation de 28 % du déficit) alors que celui-ci devait diminuer selon les prévisions. En 2022, le déficit prévisionnel du centre CeSOA devait largement diminuer passant à -62 908 € sans que l'on sache si ce résultat à été atteint. Cette diminution s'expliquerait principalement par les aides exceptionnelles versées au CeSOA au titre des compensations COVID et FIR à hauteur de 453 852 €. Sans ces aides exceptionnelles, le déficit du centre devrait en toute logique augmenter dans la mesure où les charges de services extérieurs, et les charges de personnel ont augmenté entre l'année 2021 et 2022.

**Tableau 19 : Bilan financier du centre CeSOA par an**

	2020	2021	2022 Prévisions
Produits activités hospitalières	475 600 €	697 250 €	651 930 €
Autres produits de l'exploitation*	284 515 €	518 €	453 852 €
<b>Chiffres d'affaires</b>	760 115 €	697 768 €	1 105 782 €
<b>Achats</b>	-95 241 €	-49 221 €	-52 244 €
<b>Services extérieurs</b>	-211 376 €	-274 340 €	-319 069 €
<b>Impôts et taxes</b>	-61 033 €	-66 832 €	-65 418 €
<b>Charges du personnel</b>	-675 142 €	-646 071 €	-685 184 €
<b>Charges d'exploitation</b>	-1 042 792 €	-1 036 464 €	-1 121 915 €
<b>Excédent Brut d'Exploitation</b>	-282 677 €	-338 696 €	-16 133 €
<b>Taux EBE %</b>	-37,2 %	-48,5 %	-1,5 %
<b>Transfert de charges</b>	14 944 €	43 €	0 €
<b>Produits et charges de gestion courante</b>	0 €	0 €	0 €
<b>Dotations aux amortissements et provisions</b>	-20 479 €	-50 142 €	-46 775 €
<b>Résultat d'exploitation</b>	-288 212 €	-388 795 €	-62 908 €
<b>Produits financiers</b>	0 €	105 €	0 €
<b>Charges financières</b>	-47 €	-48 €	0 €
<b>Résultat courant</b>	-288 259 €	-388 738 €	-62 908 €

Produits exceptionnels	0 €	0 €	0 €
Charges exceptionnelles, participation & impôts	0 €	0 €	0 €
Résultat net	-288 259 €	-388 738 €	-62 908 €

\* les autres produits d'exploitation comprennent les aides exceptionnelles **attribuées** au centre (FIR, COVID)

## 10. Conclusion

Le centre CeSOA, implanté au cœur de Paris, est un centre pluridisciplinaire de prise en charge des pathologies ostéo-articulaires. Le parcours du patient au sein du centre est organisé autour des différents entretiens que le malade peut avoir avec le rhumatologue spécialisé du centre ainsi qu'avec les membres de l'équipe paramédicale qui l'accompagne dans sa démarche avec la possibilité de réaliser les bilans, les actes d'imagerie et d'éducation thérapeutique indispensable dans le cadre d'une prise en charge globale en un seul lieu, dans un espace-temps limité et sans reste à charge.

L'expérimentation ayant commencé en 2020 a connu dès le début des difficultés liées au contexte sanitaire. Celui-ci a eu des conséquences à la fois sur le recrutement des patients, sur l'attractivité du centre vis-à-vis de ses correspondants ambulatoires et sur la possibilité de mener une politique de communication efficace. En 2021, la situation s'est nettement améliorée aussi bien dans le nombre de patients inclus que dans l'accélération du recrutement de ses correspondants. L'activité du centre a atteint, cette année-là, 87% des nouveaux objectifs d'activité qui avaient été arrêtés d'un commun accord avec l'ARS Île-de-France. La troisième année d'exercice (2022) a été marquée par une série de démissions massives au niveau de l'équipe paramédicale qui a sans aucun doute eu un impact important sur le recrutement de l'établissement qui voyait disparaître sa raison d'être. Ce qui a provoqué un effondrement du nombre de patients accueillis chaque jour dans l'établissement et ceci malgré la passation d'un accord de partenariat avec l'institut mutualiste Montsouris organisant la prise en charge des patients ostéoporotiques qui étaient accueillis dans son service d'orthopédie et l'installation d'un nouveau système d'information. Au total, en 2020, sur les 169 jours d'activités du centre, il y a eu en moyenne 4,43 patients pris en charge par jour. En 2021, sur les 220 jours d'activité du centre 9,84 patients ont été pris en charge par jour. Enfin en 2022, sur les 155 jours d'activité, 6,22 patients ont été pris en charge par jour. L'année 2021 qui est la meilleure est à la moitié de l'objectif prévu de 16 à 18 patients pris en charge chaque jour.

Les quatre patients interviewés patients ont été globalement satisfaits de leur expérience au centre. L'écoute des patients, le temps consacré à l'éducation thérapeutique ainsi que l'explication détaillée de la prise en charge au centre sont des atouts indéniables pour que le patient puisse devenir un acteur de sa prise en charge. Mais la réaction positive des patients vis-à-vis de la spécificité des services offerts par l'expérimentation CESOA s'explique aussi par la confiance qui était la leur, dans la parole du médecin qui les avait encouragés à prendre rendez-vous avec cette nouvelle organisation de soins et ceci même lorsque l'éloignement géographique aurait pu paraître constituer un obstacle à leur déplacement. Force est cependant de constater que le consultant CESOA et l'adresseur étaient bien souvent une seule et même personne. Le taux d'auto-adressement des rhumatologues du centre est demeuré en permanence très élevé pendant les 3 années d'activité : 84% en 2020 et 79% en 2021 et 2022. Cette proximité des patient avec leur médecin ne les a cependant pas empêchés de déplorer le manque de suivi après leur passage au centre, qui semble avoir caractérisé les relations entretenues par les médecins du centre avec leurs correspondants ambulatoires.

Le retour des professionnels vis-à-vis cette nouvelle organisation a été également positif. Toutefois, les correspondants externes du centre regrettent le manque de coordination et de communication entre le centre et eux. En effet, l'envoi des comptes-rendus aux professionnels adresseurs après la prise en charge au centre n'est pas systématique et ainsi ils n'ont eu que très peu de retours formels des soins réalisés et des préconisations faites. Cela engendre un réel manque de continuité dans le parcours du patient. Les porteurs libéraux du projet semblent avoir été plus soucieux de faire bénéficier leurs patients d'un plateau technique et d'une équipe de paramédicaux sans courir le risque d'être victimes de détournement de clientèle qu'ils n'ont cherché à nouer de véritables relations de partenariat avec leurs correspondants ambulatoires et hospitaliers. Il n'est pas étonnant dans ce contexte que la majorité des patients, presque 80 %, soit venue au centre CESOA à l'initiative des rhumatologues qui étaient l'origine de sa création. Ce fort taux d'adressage amène à s'interroger sur la finalité poursuivie par l'expérimentation et sur son potentiel de recrutement, d'autant qu'une large partie de celui-ci reposait sur les épaules d'un seul professionnel.

## **11. Annexe**

### 11.1 Panorama des actes réalisés au CeSOA

- AFLB007 : Injection thérapeutique péridurale d'agent pharmacologique, sans guidage
- LAQK003 : Radiographie du crâne et/ou du massif facial selon 1 ou 2 incidences

- LDQK001 : Radiographie du segment cervical de la colonne vertébrale selon 1 ou 2 incidences
- LDQK002 : Radiographie du segment cervical de la colonne vertébrale selon 3 incidences ou +
- LDQK005 : Radiographie du segment cervical et du segment lombal de la colonne vertébrale
- LEQK001 : Radiographie du segment thoracique de la colonne vertébrale
- LEQK002 : Radiographie du segment thoracique et du segment lombal de la colonne vertébrale
- LFQK001 : Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 4 incidences ou plus
- LFQK002 : Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 1 à 3 incidences
- LHQK007 : Radiographie de la colonne vertébrale en totalité
- MAQK001 : Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 3 ou 4 incidences
- MAQK002 : Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 5 incidences ou +
- MDQK001 : Radiographie de la main ou du doigt
- MDQK002 : Radiographie bilatérale de la main et/ou du poignet, selon 1 incidence sur un seul cliché de face
- MFQK001 : Radiographie du coude selon 3 incidences ou plus
- MFQK002 : Radiographie du coude selon 1 ou 2 incidences
- MGQK003 : Radiographie du poignet selon 1 ou 2 incidences
- MZJB001 : Évacuation de collection articulaire du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage
- MZLB001 : Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage
- NAQK007 : Radiographie de la ceinture pelvienne selon 2 incidences
- NAQK015 : Radiographie de la ceinture pelvienne selon 1 incidence
- NAQK023 : Radiographie de la ceinture pelvienne selon 3 incidences ou plus
- NAQK049 : Radiographie de la ceinture pelvienne selon 1 incidence et radiographie bilatérale de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidences par côté
- NAQK071 : Radiographie de la ceinture pelvienne selon 1 incidence et radiographie unilatérale de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidences
- NDQK001 : Radiographie unilatérale du pied selon 1 à 3 incidences

- NDQK002 : Radiographie bilatérale du pied selon 1 à 3 incidences par côté
- NFQK002 : Radiographie bilatérale du genou selon 1 ou 2 incidences par côté
- NFQK003 : Radiographie du genou selon 3 ou 4 incidences
- NFQK004 : Radiographie du genou selon 5 incidences ou plus
- NGQK001 : Radiographie de la cheville selon 1 à 3 incidences
- NGQK002 : Radiographie de la cheville selon 4 incidences ou plus
- NZJB001 : Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage
- NZLB001 : Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage
- PAQK007 : Ostéodensitométrie sur 2 sites, par méthode biphotonique
- PAQK008 : Ostéodensitométrie du corps entier par méthode biphotonique, pour affection osseuse constitutionnelle chez l'enfant
- PAQK900 : Ostéodensitométrie du corps entier, par méthode biphotonique, pour affection osseuse autre que constitutionnelle
- PBQM001 : Échographie unilatérale ou bilatérale de plusieurs articulations
- PBQM003 : Échographie unilatérale ou bilatérale d'une articulation et de son appareil Capsulo ligamentaire
- ZBQK002 : Radiographie du thorax
- ZZLP025 : Anesthésie générale ou locorégional complémentaire niveau 1

## 11.2 Cotation des actes réalisés au CeSOA

Code	Libellé	Tarif CCAM
AFLB007	Injection thérapeutique périurale d'agent pharmacologique, sans guidage	44.90 €
LAQK003	Radiographie du crâne et/ou du massif facial selon 1 ou 2 incidences	23.94 €
LDQK001	Radiographie du segment cervical de la colonne vertébrale selon 1 ou 2 incidences	31.00 €
LDQK002	Radiographie du segment cervical de la colonne vertébrale selon 3 incidences ou +	31.00 €
LDQK005	Radiographie du segment cervical et du segment lombal de la colonne vertébrale	91.77 €
LEQK001	Radiographie du segment thoracique de la colonne vertébrale	31.92 €
LEQK002	Radiographie du segment thoracique et du segment lombal de la colonne	74.48 €

	vertébrale	
LFQK001	Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 4 incidences ou plus	40.60 €
LFQK002	Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 1 à 3 incidences	40.60 €
LHQK007	Radiographie de la colonne vertébrale en totalité	101.08 €
MAQK001	Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 3 ou 4 incidences	30.65 €
MAQK002	Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 5 incidences ou +	30.65 €
MDQK001	Radiographie de la main ou du doigt	19.95 €
MDQK002	Radiographie bilatérale de la main et/ou du poignet selon 1 incidence sur un seul cliché de face	19.95 €
MFQK001	Radiographie du coude selon 3 incidences ou plus	23.23 €
MFQK002	Radiographie du coude selon 1 ou 2 incidences	23.23 €
MGQK003	Radiographie du poignet selon 1 ou 2 incidences	24.06 €
MZJB001	Évacuation de collection articulaire du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	83.60 €
MZLB001	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	26.13 €
NAQK007	Radiographie de la ceinture pelvienne selon 2 incidences	33.25 €
NAQK015	Radiographie de la ceinture pelvienne selon 1 incidence	19.95 €
NAQK023	Radiographie de la ceinture pelvienne selon 3 incidences ou plus	46.55 €
NAQK049	Radiographie de la ceinture pelvienne selon 1 incidence et radiographie bilatérale de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidences par côté	31.29 €
NAQK071	Radiographie de la ceinture pelvienne selon 1 incidence et radiographie unilatérale de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidences	23.47 €
NDQK001	Radiographie unilatérale du pied selon 1 à 3 incidences	19.95 €
NDQK002	Radiographie bilatérale du pied selon 1 à 3 incidences par côté	23.94 €
NFQK002	Radiographie bilatérale du genou selon 1 ou 2 incidences par côté	25.86 €
NFQK003	Radiographie du genou selon 3 ou 4 incidences	25.86 €
NFQK004	Radiographie du genou selon 5 incidences ou plus	25.86 €
NGQK001	Radiographie de la cheville selon 1 à 3 incidences	23.86 €
NGQK002	Radiographie de la cheville selon 4 incidences ou plus	23.86 €
NZJB001	Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	60.30 €
NZLB001	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	30.82 €
PAQK007	Ostéodensitométrie sur 2 sites, par méthode biphotonique	39.96 €
PAQK008	Ostéodensitométrie du corps entier par méthode biphotonique, pour affection osseuse constitutionnelle chez l'enfant	39.96
PAQK900	Ostéodensitométrie du corps entier par méthode biphotonique pour affection	39.96

	osseuse autre que constitutionnelle	
PBQM001	Échographie unilatérale ou bilatérale de plusieurs articulations	37.80 €
PBQM003	Échographie unilatérale ou bilatérale d'une articulation et de son appareil capsuloligamentaire	37.80 €
ZBQK002	Radiographie du thorax	21.28 €
ZZLP025	Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 1	48.00 €