



**PREFECTURE
REGION ILE DE
FRANCE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°IDF-023-2022-02

PUBLIÉ LE 10 FÉVRIER 2022

Sommaire

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

IDF-2022-02-08-00005 - Arrêté CESOA DIRNOV-2022-01 portant modification de l'arrêté DSTRAT-2019/09 relatif au projet d'expérimentation CESOA - Centre de Soins Ostéo-articulaires en Ambulatoire (78 pages)

Page 3

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

IDF-2022-02-10-00001 - Arrêté n°DOS-2022/819 de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France daté du 10/02/2022 relatif au bilan quantifié de l'™offre de soins par territoire de santé pour les activités de soins de médecine, de chirurgie, de gynécologie obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale, de soins de suite et de réadaptation, de soins de longue durée, de psychiatrie, d'™activités cliniques d'™assistance médicale à la procréation, d'™activités biologiques d'™assistance médicale à la procréation, d'™activités de diagnostic prénatal, d'™examens des caractéristiques génétiques d'™une personne ou identification d'™une personne par empreintes génétiques à des fins médicales, de traitement de l'™insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale, de médecine d'™urgence, de réanimation, et d'™hospitalisation à domicile en région Ile-de-France (65 pages)

Page 82

Agence Régionale de Santé

IDF-2022-02-08-00005

Arrêté CESOA DIRNOV-2022-01 portant
modification de l'arrêté DSTRAT-2019/09 relatif
au projet d'expérimentation CESOA - Centre de
Soins Ostéo-articulaires en Ambulatoire

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ ÎLE-DE-FRANCE

ARRÊTÉ N° DIRNOV-2022/01

portant modification de l'arrêté DSTRAT-2019/09 relatif au projet d'expérimentation CESOA – Centre de Soins Ostéo-articulaires en Ambulatoire

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

- VU** la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 et plus particulièrement son article 51 ;
- VU** le décret du 31 juillet 2021 portant nomination de Madame Amélie VERDIER, directrice générale de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France, à compter du 9 août 2021 ;
- VU** le décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale ;
- VU** la circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 ;
- VU** l'arrêté ARS Ile-de-France n° DSTRAT 2019-09 relatif au projet d'expérimentation Cesoa – Centre de Soins Ostéo-articulaires en Ambulatoire ;
- VU** le cahier des charges socle modifié relatif au projet d'expérimentation article 51 Cesoa – Centre de Soins Ostéo-articulaires en Ambulatoire annexé au présent arrêté ;
- VU** l'avis du Comité technique de l'innovation en santé du 24 décembre 2021 sur le projet d'expérimentation Cesoa – Centre de Soins Ostéo-articulaires en Ambulatoire ;

ARRÊTE

- ARTICLE 1^{er} :** L'article 1 de l'arrêté n° DSTRAT 2019/09 publié le 30 juillet 2019 est modifié comme suit :
- L'annexe n°1 de l'arrêté n° DSTRAT 2019/09 publié le 30 juillet 2019 est remplacée par l'annexe 1 annexée au présent arrêté ;
 - La durée de l'expérimentation est prolongée : les inclusions sont autorisées jusqu'au 31 décembre 2022.
- ARTICLE 2 :** La Direction de l'Innovation, de la Recherche et de la Transformation Numérique est chargée de l'exécution de la présente décision qui sera notifiée et publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région.

ARTICLE 3 :

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication. La juridiction administrative compétente peut être saisie par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr

Fait à Saint-Denis, le 8 février 2022

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

SIGNE

Amélie VERDIER



GR O U P E **vyv**

Article 51 du PLFSS 2018

PROJET CeSOA

Innovation en santé

Porteur du projet : Direction santé, sanitaire et social MGEN

Chef de Projet : Dr Christophe Hudry

juillet 2019

MISE A JOUR DU CAHIER DES CHARGES

Le CeSOA a inclus ses premiers patients début janvier 2020.

Le cahier des charges initial prévoyait une montée en charge progressive des inclusions (3600, 4300 et 5100 patients par an respectivement pour 2020, 2021 et 2022) avant l'atteinte du point d'équilibre à la 3^{ème} année.

En 2020, le CeSOA a connu une baisse d'inclusion de patients imputable, notamment :

- Aux grèves de décembre 2019 et janvier 2020
- A la crise sanitaire
- Au manque de visibilité de la structure concernant l'adéquation des ressources à l'activité

En outre, après une première année d'exercice, on constate que la cible initiale de l'expérimentation basée sur une file active de 5 100 séjours patients annuel était très optimiste, la décision a donc été prise conjointement par MGEN et les équipe Art. 51 de modifier le cahier des charges sur la base d'une file active cible de 3 600 séjours patients annuel, et, en conséquence une révision du besoin de financement.

Résumé du projet

Contexte : la compétence rhumatologique inégalement répartie en Ile de France

Le Projet régional de santé 2018-2022 de l'ARS Ile de France a inscrit dans ses objectifs de renforcer la prévention et la promotion de la santé pour préserver le capital santé et bien-être et éviter d'avoir à soigner ; de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ; le tout en appui notamment sur une meilleure coordination des acteurs. L'organisation des parcours de prises en charge pour répondre d'une manière mieux ciblée, plus pertinente et efficiente aux besoins des patients est un enjeu majeur.

Les pathologies ostéo-articulaires représentent 50 % des maladies chroniques après 65 ans. Elles touchent une population importante et leur incidence augmente. Ces pathologies ont des répercussions sur la qualité de vie : le maintien dans le travail, la préservation de l'autonomie... Elles représentent également un coût non négligeable pour la société : coûts des traitements, indemnités journalières d'arrêt de travail...

En Ile de France, les patients peuvent avoir, selon leur lieu de résidence, des difficultés à accéder à des avis spécialisés en rhumatologie. L'offre se divise entre l'hôpital, pas toujours adapté à des prises en charges de type bilan et orientation, et les libéraux en forte baisse démographique. Les médecins traitants plus rares et souvent sollicités manquent parfois de support spécialisé. Au total l'errance diagnostique dans le domaine ostéoarticulaire peut conduire les patients à une perte de chances.

Projet : innover en créant un centre expert totalement ambulatoire

Le projet est d'organiser de **manière innovante** la réalisation des diagnostics et des thérapeutiques adaptées aux pathologies ostéoarticulaires prévalentes et plus ou moins difficiles à traiter en permettant un accès facilité, **sans reste à charge**, à une équipe spécialisée et pluridisciplinaire, en un lieu et un espace-temps et en cohérence avec les valeurs de la MGEN.

Le projet veut démontrer son caractère innovant d'un point de vue organisationnel, son insertion dans les parcours de soins habituels, sa faisabilité, sa reproductibilité et l'efficacité du projet.

Le projet se situe dans une **position de recours expert** pour des situations cliniques ne relevant pas d'une hospitalisation (Cf. infra dans cahier des charges) mais nécessitant un avis de second recours. Le CeSOA sera un support d'une part aux acteurs de premier recours et d'autre part aux rhumatologues ayant besoin de consultations pluriprofessionnelles de bilans pour les prises en charge qui nécessitent un bilan rapide ou un second avis. Du fait des critères d'inclusion, le CeSOA sera positionné comme centre expert. Des critères permettront de **positionner le CeSOA sur son haut niveau d'expertise** et non sur les cas « simples ».

Dans le parcours patient, le CeSOA veut **raccourcir les délais de prise en charge** et **optimiser les suivis** des pathologies ostéoarticulaires complexes. Le centre sera organisé pour transmettre une information précisant les conduites à tenir à la fois pour les professionnels en contact avec les patients et pour les usagers eux-mêmes dans une démarche forte d'apprentissage.

Objectifs : allier l'accès aux soins à la pertinence des actes dans une approche parcours

En cohérence avec les objectifs généraux du Plan Régional de Santé (PRS), ce projet relève de manière volontariste les **objectifs stratégiques et opérationnels** suivants :

- **Proposer une nouvelle organisation des parcours** concourant à l'amélioration de la prise en charge **des patients** atteints de pathologies ostéoarticulaires, dans une approche qualitative pour une **meilleure efficacité** (protocolisation et respects des recommandations HAS et des sociétés savantes) du système de santé et de l'accès aux soins, en :
 - o Proposant, sur un seul lieu, une séquence de soins optimisée, temps pluri professionnel de diagnostic et d'élaboration d'un plan personnalisé de soins pour différentes pathologies ostéoarticulaires fréquentes et/ ou complexes en engageant l'avenir des patients ;
 - o Développant une **coordination des soins** participant à la structuration des **parcours de soins** dans leurs volets ambulatoires avec des médecins généralistes et des médecins rhumatologues de ville mais aussi avec des services hospitaliers ;
 - o Offrant un service susceptible de mieux répondre à des demandes d'avis émanant de patients et ou de médecins traitants issus de zones géographiques déficitaires en spécialiste (notamment la périphérie de l'Île de France voire des régions limitrophes) ;
 - o Permettant de gagner du temps médical.

- **Améliorer la pertinence des prescriptions** et, par conséquence leur **efficacité** :
 - o En intégrant une aide à l'observance et une **démarche d'apprentissage thérapeutique** directement au moment de la prescription (apprentissage et appropriation des démarches thérapeutiques) ;
 - o En modifiant les démarches cliniques pour être au plus proche des recommandations de l'HAS et des sociétés savantes.

Territoire concerné : l'Île de France concentre des besoins d'accès facilité à la spécialité

L'accès au CeSOA sera essentiellement ouvert aux patients de toute **Île de France** mais également les zones limitrophes des régions Grand Est (Aube, la Marne), Bourgogne (Yonne), Centre (Loiret, Eure-et-Loir), Normandie (Eure) ou encore Hauts-de-France (Oise et Aisne).

Le territoire de recrutement des patients est estimé à partir des adressages actuels réalisés par les médecins traitants correspondants des rhumatologues présents dans le projet ainsi que les provenances des patients issus des établissements hospitaliers (AP-HP).

Ces territoires seront mobilisés grâce à la présence de correspondants des rhumatologues engagés dans l'expérimentation CeSOA ainsi que par une information ciblée auprès des rhumatologues et généralistes notamment sur les pathologies prises en charges et leurs critères d'inclusion.

Partenaires du projet : un groupe mutualiste pour qui l'accès aux soins est une priorité

Cette initiative est portée conjointement par un collectif de professionnels de santé spécialistes de la thématique et par le groupe MGEN. La chaire économie de santé du conservatoire national des arts et métiers (Pr Alain Sommer) est partenaire.

Les professionnels de santé	Le partenariat avec MGEN
Christophe HUDRY, rhumatologue, libéral et attaché à L'hôpital COCHIN	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Groupement mutualiste déjà gestionnaire de 34 établissements et services sanitaires et médico-sociaux ✓ Présent sur des secteurs d'activité concernés par la problématique : <ul style="list-style-type: none"> - Médecine de ville (centres médicaux et dentaires) - SSR - Assurance maladie obligatoire et complémentaire Disposant de locaux à Paris et en Ile-de-France ✓ Impliqué dans le développement de prises en charge innovantes en santé
Bertrand MOURA, rhumatologue, libéral et attaché à L'hôpital A PARE	
Agnès LEBRUN, rhumatologue, libérale et attachée à L'hôpital COCHIN	
Sabina DADOUN, rhumatologue, libérale et attachée à L'hôpital Pitié-Salpêtrière	
Anne BLANCHAIS, rhumatologue libérale et attachée à L'hôpital COCHIN	
Séverine NEVEU, rhumatologue, libérale et attachée à L'hôpital COCHIN	
Valérie GABILLET, infirmière, DIU Rhumatologie, formée à l'ETP. Salariée du cabinet du Dr HUDRY Christophe.	

Le portage et la participation active de la MGEN dans cette expérimentation est en cohérence avec son projet stratégique pour sa filière santé, sanitaire et médico-sociale. Projet dont les deux premiers axes sont de contribuer à réduire les inégalités économiques, territoriales et sociales dans l'accès aux soins et de participer à l'efficacité du système de santé. Pour le « bon soin au bon moment », la MGEN souhaite développer des partenariats avec les professionnels de santé et les structures de 1^{er} recours impliqués dans la coordination des soins et favoriser de nouveaux modes de coopérations entre professionnels de santé.

La chaire économie de santé du conservatoire national des arts et métiers (Pr Alain Sommer) s'implique dans la construction du modèle de paiement par forfait des parcours patients.

D'autres partenaires seront mobilisés en phase de lancement pour optimiser le recrutement des patients : l'URPS médecin libéraux, les maisons et centres de santé ainsi que les établissements de santé franciliens.

Principaux impacts attendus : un pari gagnant/gagnant pour toutes les parties

Pour les usagers :

- Un **accès facilité** :
 - o Au diagnostic et aux soins spécialisés sans reste à charge versus honoraires en secteur 2 fréquemment proposés en rhumatologie ;
 - o Un bilan en un lieu et un espace-temps regroupant l'acte intellectuel du spécialiste et les examens complémentaires.

- Une **meilleure prise en charge** :
 - o L'accès à une équipe pluridisciplinaire avec des compétences spécialisées additionnelles présentes sur site qui permettent une prise en compte de nombreuses pathologies associées ;
 - o La définition d'un plan personnalisé de soins avec une démarche d'apprentissage thérapeutique initiée au même moment que la définition du programme thérapeutique ;
 - o La mise en relation avec des partenaires directs assurant une coordination plus efficace : information du médecin traitant, inscription dans un programme d'ETP, passage de relais à des filières hospitalières... ;
 - o Gains liés à la prévention d'évènements à venir (chronicisation, complications, comorbidités, arrêts de travail).

Pour les professionnels :

- Un **accès facilité** pour le médecin traitant à un avis spécialisé :
 - o Un avis pluridisciplinaire accessible via un numéro de téléphone et un mail dédiés ;
 - o Une expertise disponible (télémédecine) en post bilan ;
- Un outil supplémentaire pour les rhumatologues libéraux qui n'ont pas le temps de réaliser eux-mêmes des bilans ;
- Une **participation à un plan personnalisé de soins** via un relais d'information assuré ;
- La possibilité pour des rhumatologues de ville de faire réaliser un bilan avec examens complémentaires en un lieu.

Pour l'Assurance Maladie :

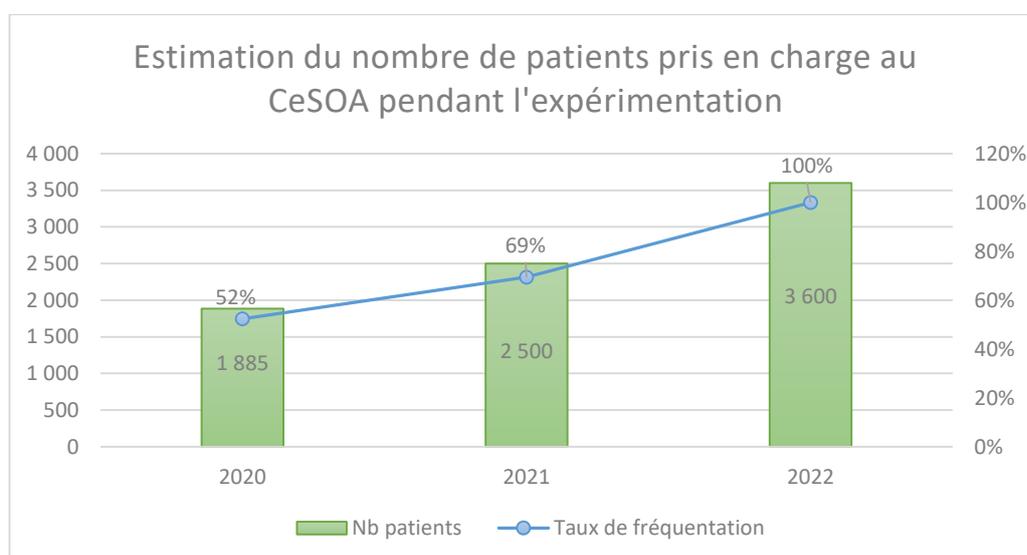
- Une **diminution des actes et examens** en ville liés à l'errance diagnostique ;
- Une **baisse du recours à l'hôpital** (ex : Hospitalisations de jour) lorsque celui-ci n'est a priori pas justifié ;
- Transition de la généralisation des prescriptions de **biosimilaires** ;
- **Amélioration de l'observance**, patient « informé et formé » : vigilance, moindre recours ;
- Une **diminution des examens prescrits** inutilement comme les IRM dans l'arthrose des membres inférieurs ;
- Gains liés à la **prévention d'évènements** à venir (chronicisation, complications, comorbidités, arrêts de travail) ;
- Une meilleure **pertinence des actes** ;
- Un renforcement de l'inscription des patients dans un **parcours de soins coordonné** par le médecin traitant.

Effectifs du projet : une quinzaine de professionnels pour un maximum de 3600 patients/an

Un total de 10 médecins rhumatologues est prévu pour faire fonctionner le Centre (à raison de 2 médecins par jour ouvré, chaque médecin intervenant une journée par semaine).

Une secrétaire, une infirmière et un kinésithérapeute compléteront l'équipe médicale.

Les ressources permettent d'envisager la prise en charge annuelle d'un maximum de 3 600 patients en routine. Des patients pourraient être pris en « soins non programmés » : 2 patients supplémentaires par jour et par médecin, dans la mesure où ces prises en charge viendraient compenser les éventuelles absences aux rendez-vous (pour mémoire, le taux d'absentéisme est de 15% en centre de santé malgré la mise en place de méthodes de rappel, d'annulation à distance etc.).



Dérogation au financement : un forfait « parcours unique »

Le CeSOA propose la création d'un **forfait unique** pour le passage dans le centre expert. Ce forfait intégrant les actes intellectuels, les gestes techniques et les prestations complémentaires comme une démarche d'apprentissage thérapeutique (avec les personnels paramédicaux, de même que l'accès à un service de télé expertise en post bilan, par exemple. **Chaque patient adressé et répondant aux critères d'inclusion sera pris en charge une seule fois par an par le CeSOA.**

Bien que les patients pris en charge par le centre, relèveront de bilans (certains mobiliseront uniquement des gestes (exemple infiltrations) ou des examens différents (exemple ostéodensitométrie) car le travail de diagnostic aura été initié en amont par le rhumatologue adresseur, d'autres justifieront d'une anamnèse complète avec revue des examens, d'autres, enfin, auront besoin d'une évaluation protocolisée (avec démarche d'apprentissage thérapeutique intégrée), le forfait sera le même.

Le forfait patient au sein du CeSOA a vocation à tester un nouveau modèle économique.

Le forfait unique comprendra :

- Un service de prise de RDV intégrant une régulation des demandes et adressage en amont de la prise de RDV au CeSOA et au besoin d'une réorientation du patient ou professionnel dans le cas où le patient ne répondrait pas aux critères d'inclusion ;
 - Un accueil ;
 - Une consultation spécialisée avec un rhumatologue ;
 - Des examens complémentaires : radiographie, radioscopie (dont produit de contraste) ;
 - Des gestes techniques : infiltrations ou lavage articulaire par exemple (dont corticoïdes) ;
 - De l'initiation de biothérapie sous-cutanée dont des bio similaires (achat du médicament non inclus dans le forfait), aide à la primo injection ;
 - Une consultation avec l'IDE et / ou le kinésithérapeute ;
 - La confection d'orthèses avec un ergothérapeute ;
 - Une démarche d'apprentissage thérapeutique
 - Le lien avec les médecins traitants avec proposant un recours d'expertise pour tout patient bilaté au CeSOA (télé expertise incluse dans le forfait) ;
- ⇒ La possibilité d'une téléconsultation de suivi à distance sera proposée. Elle aura pour but de sécuriser le parcours patient (notamment pour les patients habitants en zone déficitaire ou sans médecins traitant) et éviter la reprise d'examen intitulés.

CAHIER DES CHARGES

Table des matières

Objet et finalité du projet, enjeux de l'expérimentation	9
Contexte : Croissance des pathologies ostéoarticulaires et vieillissement	9
Des pathologies ciblées en lien avec des besoins prouvés	10
Enjeux de l'expérimentation : une nouvelle organisation de l'accès et du parcours	13
Objectifs de l'expérimentation : pertinence, efficacité et efficience.....	15
Description du projet	15
Une gouvernance plurielle	23
Des critères d'inclusion pour les pathologies prises en charge	24
Temps de prise en charge type par pathologie.....	29
Exemple de parcours patient, place du CeSOA dans l'ostéoporose	31
La population francilienne prioritairement ciblée	33
De multiples impacts attendus et réalistes.....	34
Trois ans pour que l'expérimentation puisse être jugée	35
Champ d'application territorial proposé : l'Île de France	36
Catégories d'expérimentations	37
Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement :	40
Modalités de financement de l'expérimentation	52
Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées	55
Procédure circuit du médicament.....	57
Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées .	60
Liens d'intérêts	61
Bibliographie et exemples de centres comparables à l'étranger.....	62
ANNEXE : Principales spécifications du logiciel métier	75

Objet et finalité du projet, enjeux de l'expérimentation

Contexte : Croissance des pathologies ostéoarticulaires et vieillissement

Les pathologies ostéo-articulaires représentent **50 % des maladies chroniques après 65 ans**. Elles touchent ainsi une population importante et qui augmente et leur incidence augmente en raison de l'évolution des modes de vie. Les pathologies ostéoarticulaires du rachis se distinguent en prévalence. Les rhumatismes inflammatoires se distinguent en complexité et coûts des traitements.

Ces affections des os et des articulations regroupent de très nombreuses pathologies qui ont comme point commun, le plus souvent, un **handicap locomoteur et des douleurs**. Leur prévalence augmente avec l'âge mais celui-ci ne constitue pas le seul facteur de risque de développement d'une maladie ostéo-articulaire, ce qui contribue à en faire une des familles de pathologies les plus répandues :

- 40% des femmes de plus de 50 ans feront une **fracture ostéoporotique**
- L'**arthrose** est la seconde cause de handicap chez la femme
- Les **rhumatismes inflammatoires chroniques** touchent entre 500 000 et 1 000 000 de personnes en France, à tous les âges de la vie. Pour ces malades, un diagnostic précoce est déterminant. Les premiers mois de ces maladies constituent pour ainsi dire une « fenêtre thérapeutique » au cours de laquelle le processus immunologique peut être encore stoppé ou modifié durablement. Le chemin à parcourir entre les premiers symptômes et un diagnostic précis peut s'avérer épuisant pour les personnes concernées, qui doivent souvent faire preuve d'une grande patience. Une errance diagnostique est fréquente, un second avis souvent requis.

L'**impact en termes de santé publique** est majeur et s'alourdit sans cesse du fait du vieillissement de la population ainsi que de la présence croissante de facteurs environnementaux (tabac, alcool) ou métaboliques (obésité) propices à l'initiation de pathologies dysimmunitaires et inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, rhumatisme psoriasique, pseudopolyarthrite rhizomélique, maladies de Horton, polyarthrites microcristallines).

L'augmentation du nombre de personnes concernées représente un enjeu considérable pour le système de santé national du fait des **coûts de prise en charge** des différentes pathologies, qu'il s'agisse de dispositifs médicaux (toutes articulations confondues, 200 000 implants sont posés par an) ou de médicaments (les coûts annuels des traitements de fond par biothérapies pour des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, par exemple, oscillent entre 7 600 et 25 000 € annuels selon la molécule). Enfin, les arrêts maladie viennent également grever les dépenses liées à ces pathologies.

A ces coûts de traitement s'ajoute un surcoût lié au mode de prise en charge privilégié, actuellement, sur le territoire français : l'administration des biothérapies sous perfusion dans le cadre d'une hospitalisation de jour. Cette pratique est vouée à disparaître progressivement au profit d'une administration sous-cutanée, à domicile. En effet, les molécules jusqu'ici administrées en intraveineuse sont désormais disponibles sous forme sous-cutanée, certaines depuis déjà plusieurs années. Les biosimilaires font partie des traitements à favoriser du fait des équivalences d'effets et de la baisse des prix des médicaments biologiques de référence.

Des pathologies ciblées en lien avec des besoins prouvés

Le CeSOA a vocation à prendre en charge, plus spécifiquement, certaines pathologies ostéoarticulaires et certains profils de patients.

Les **pathologies lombaires communes** ont une prévalence de 70%, le passage à la chronicité représente 14%. 90% des patients ne consultent plus le médecin généraliste dans les 3 mois cependant 20 à 44% ont un nouvel épisode dans l'année. Un petit pourcentage des patients est à l'origine de la majorité des coûts : en termes de repère, 5% des patients sont à l'origine de 66% des coûts. Il y a une responsabilité des médecins dans ces coûts (recommandations non suivies, prescriptions de traitements inefficaces). L'imagerie a également un rôle iatrogène (*Djais J Rheumatol 2005, Kendricks BMJ 2001, Hayward BMJ 2003 VOMIT study, Carr ISSLS 2005*). Cela occasionne des parcours complexes en ville, des hospitalisations, parfois même de la chirurgie non justifiée. Ostéoporose : Emery Cotté a procédé sur 10 ans au rapprochement des dépenses qui auraient été dénombrées si l'observance avait été celle qui prévalait dans les essais randomisés avec celles observées en vie réelle dans le cadre d'une micro-simulation de Markov. Selon son étude, le coût de la non-adhérence au traitement atteindrait en France 30,5 millions d'euros par an. [Thèse UPMC 2009]

En matière d'**ostéoporose**, ce sont les situations de sous diagnostic qui prévalent [Cnam charges et produits 2016] – Un an avant leur hospitalisation pour fracture, 3 % des patients avaient eu une ostéodensitométrie, 12 % étaient traités pour ostéoporose. Le pourcentage d'ostéodensitométries a baissé de 6% entre 2011 et 2013 passant de 683 000 à 571 000. La maladie est ainsi moins diagnostiquée et reste sous traitée. Après une hospitalisation pour fracture : [Cnam charges et produits 2016], 50 % des patients n'ont pas vu leur médecin dans le mois qui suit, 15% des patients font l'objet d'un traitement pour ostéoporose et 29 % des patients sont réhospitalisés à 6 mois. Le coût de la perte de dépendance est très important. Le coût de la non-observance est également très important.

En matière de **pathologies ostéoarticulaires des membres inférieurs**, une enquête réalisée par le réseau RHEVER (auprès de 30 rhumatologues dont 20 libéraux) a montré que 160 patients atteints d'une arthrose de la hanche ou du genou avaient un parcours comprenant de nombreux examens inutiles. Un travail réalisé par le service de chirurgie orthopédique de l'hôpital de la Croix Saint Simon, arrive à la même conclusion (près de 90% d'IRM inutiles dans la Gonarthrose). Certains patients sont vus en hôpital de jour pour la réalisation de test anesthésiques articulaires qui pourraient être faits en ville. Si les données chiffrées sont difficiles à obtenir, la prévalence de l'arthrose et des pathologies abarticulaires est telle qu'elle laisse supposer que le chiffre des examens et traitements inutiles est considérable.

Pour les **rhumatismes inflammatoires** débutants, le diagnostic, le bilan ou l'initiation voire la surveillance de la mise en route du traitement posent des difficultés. L'accès à des spécialistes exerçant en ville, peu nombreux et pratiquement tous en secteur 2, est difficile dans toute l'Île de France. La précocité du diagnostic et de la mise sous traitement est primordiale. Ce sont des pathologies graves et évolutives qui ont un coût de traitement important.

En ville, la première difficulté du médecin traitant est d'identifier le rhumatisme inflammatoire, souvent le malade enchaîne des traitements symptomatiques avant de pouvoir bénéficier d'une vraie enquête étiologique. Celle-ci repose sur un examen clinique précis, un bilan biologique et un bilan d'imagerie (radiographie standard et échographie dans la polyarthrite, radiographie et IRM dans les spondylarthrites).

Le délai diagnostique de la spondylarthrite axiale est souvent long : une étude transversale menée sur 432 patients (Vanina Masson Behar, Maxime Dougados, Adrien Etcheto, Sarah Kreis, Stéphanie Fabre, Christophe Hudry, Sabrina Dadoun, Christopher Rein, Edouard Pertuiset, Bruno Fautrel, et al. (*Revue du Rhumatisme, Elsevier, 2017*)) montre une réduction du délai diagnostic mais rapporte encore des parcours de soins complexes et onéreux pour une part non négligeable de patients.

Dans un nombre important de situations, le patient a un diagnostic après un bilan en hôpital de jour. Et si la cotation « consultations complexes » en ville est un progrès certain pour donner du temps aux médecins spécialistes pour améliorer la démarche diagnostique, elle ne concerne que les médecins qui sont en secteur 1 ou signataire de l'OPTAM en secteur 2. Or, à Paris et en région parisienne la majorité des spécialistes sont en secteur II et non signataires de l'OPTAM, la majorité d'entre eux ayant une activité hospitalière de praticien attaché non reconnue comme activité conventionnelle, ce qui constitue un frein au choix de l'OPTAM. Cela pose un problème d'accès aux soins, notamment pour ces consultations initiales si importantes, qui touchent une partie non négligeable de la population (délais d'attente ou réorientation vers l'hôpital). De plus, la réalisation des examens complémentaires avec une avance d'honoraires peut également limiter l'accès aux soins, notamment des personnes à bas revenus.

Pour leur part, les **biothérapies** font partie de l'arsenal thérapeutique des rhumatismes inflammatoires chroniques comme la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite ankylosante et le rhumatisme psoriasique. Les biomédicaments utilisés en rhumatologie représentent une part très importante des dépenses de santé en France mais sont des traitements très utiles. Les biothérapies font preuve d'une forte efficacité dans les rhumatismes inflammatoires chroniques et sont mises en route en milieu spécialisé hospitalier. Ces biothérapies obéissent à des règles d'initiation, selon les données de l'autorisation de mise sur le marché, les recommandations nationales et internationales. Ces agents biologiques font preuve d'une forte efficacité dans les rhumatismes inflammatoires chroniques.

Actuellement, les patients passent à l'hôpital pour le bilan pré biothérapie, une première fois et une seconde fois pour une initiation aux injections. Cela se fait dans le cadre d'hospitalisation de jour. Le Forfait Prestation Intermédiaire est peu utilisé¹, du fait de la difficulté à mobiliser le personnel soignant qui est déjà accaparé par l'activité d'hospitalisation, de plus le management des équipes d'infirmières en pool, empêche d'avoir les bons interlocuteurs formés au bon moment. Les financements hospitaliers restent encore peu incitatifs pour que des services opèrent pleinement un virage ambulatoire au risque de perdre des lits. Pour les patients, ces hospitalisations à répétition pour les biothérapies posent un problème d'absentéisme au travail, qui affecte notamment les patients jeunes actifs. L'arrivée de la concurrence des biosimilaires a eu un effet positif sur l'évolution des prix des biomédicaments.

Centre de santé rattaché à un établissement de santé, le CeSOA propose **d'initier des biothérapies** sous cutanées, c'est-à-dire une primo prescription et des conseils et assistance au patient pour sa primo injection sous cutanée.

¹ « Le forfait de prestation intermédiaire connaît un développement encore très limité. En France, en 2018, les données du PMSI disponibles sur Scan Santé recensent 40 000 FPI, soit 0,2 % des séjours hospitaliers. En Ile de France, selon ces mêmes données les FPI auraient même diminué, avec 970 prestations intermédiaires en 2017 et moins de 400 sur les 11 premiers mois de l'année 2018. Tout indique que, dans les établissements de la région, plus encore qu'ailleurs en France, les FPI peinent à se déployer »

Si on considère que 10 % des patients du CeSOA, sont concernés par l'initiation d'une biothérapie sous-cutanée, cela représente une économie importante au regard de la pratique actuelle². Parallèlement, l'engagement du CeSOA à promouvoir les médicaments biosimilaires devrait participer aux économies importantes attendues de cette évolution. On estime que le différentiel de prix entre le princeps et le biosimilaire est de l'ordre de 15 %. Ces économies sont hors-forfait, les coûts du médicament n'étant pas inclus dans ce dernier. Elles doivent néanmoins être prises en compte dans l'évaluation de l'efficacité globale.

Somme toute, selon les recommandations des sociétés savantes (SFR EULAR) les patients atteints de rhumatisme inflammatoire doivent se voir proposer un **dépistage des comorbidités** concernant le risque infectieux, le risque de cancer, le risque d'ostéoporose, le risque de maladies cardiovasculaires. Le dépistage se fait avec une infirmière de rhumatologie spécialisée.

Les patients ayant un rhumatisme inflammatoire finissent par ne plus voir que leur rhumatologue et ne se retournent que très rarement vers leur médecin traitant, voire se passent de médecin traitant. De ce fait, les dépistages et démarches préventives des maladies chroniques ne sont plus assurés. Sur le risque cardiovasculaire des patients atteints de polyarthrite, une enquête faite par le réseau RHEVER a ainsi montré qu'un dépistage systématique permettait de révéler dans 30% des cas des anomalies nécessitant une prise en charge. (*Challenges of cardiovascular risk assessment in the routine rheumatology outpatient setting: an observational study of 110 rheumatoid arthritis patients. Gossec L1, Salejan F, Nataf H, Nguyen M, Gaud-Listrat V, Hudry C, Breuillard P, Dernis E, Boumier P, Durandin-Truffinet M, Fannius J, Fechtenbaum J, Izou-Fouillot MA, Labatide-Alanore S, Lebrun A et al; RHEVER Rheumatology Network*).

Le Pr Dougados avec l'initiative COMEDRA a confirmé ces données sur une plus grande échelle : par exemple 25% des patientes atteintes de polyarthrite ne faisaient pas de dépistage de cancer du sein. (Ann Rheum Dis. 2015 Sep;74(9):1725-33. Impact of a nurse-led programme on comorbidity management and impact of a patient self-assessment of disease activity on the management of rheumatoid arthritis: results of a prospective, multicentre, randomised, controlled trial (COMEDRA)).

Ce dépistage des comorbidités se fait actuellement dans le cadre d'une hospitalisation de jour. Sa réalisation en ville étant plus difficile à organiser.

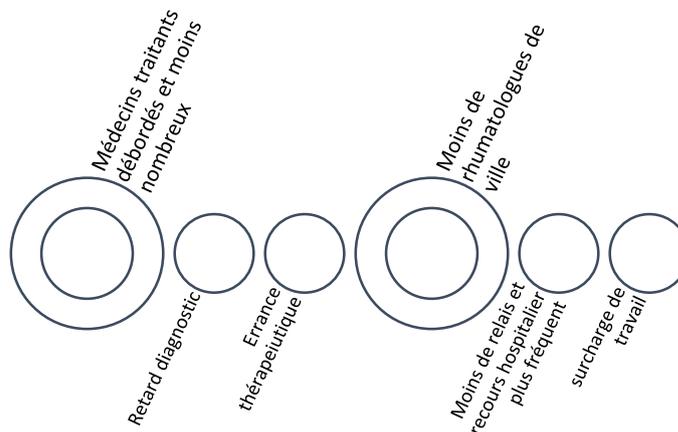
Enfin, un certain nombre de **soins non programmés en rhumatologie ou petites urgences** sont pris en charge à l'hôpital alors qu'ils pourraient l'être en ville. Les patients ayant une poussée congestive d'arthrose ou encore une arthrite et qui s'adressent aux services d'urgence ont plus souvent une radio une biologie et une attelle. Les ponctions articulaires, pourtant recommandées sont en revanche rarement réalisées, faute de médecins compétents pour ce type de geste dans les services d'urgence. De plus, les protocoles de tri préconisés en SAU ne présentent pas d'item pour les épanchements articulaires. Il y a, là encore, des prescriptions d'IRM inutiles, avec des arrêts de travail en attendant une prise en charge plus effective. Dans le cadre des pathologies rachidiennes aiguës, dès lors que le patient n'a pas de critère de gravité, il repart des urgences avec parfois une orientation pour une prise charge rhumatologique. Les malades ont du mal à avoir une consultation rapide en ville ce qui augmente les arrêts de travail et le risque de passage à la chronicité.

² L'hospitalisation de jour à raison d'une moyenne de deux séjours dans le GHM 23M091 Chimiothérapie pour affections non tumorales, niveau 1 dans la mesure où l'hospitalisation de jour aura eu pour objectif un bilan et l'injection d'anti TNF. Le Tarif des GHS dans le cas pris en charge par le CeSOA est : GHS 7970 valorisé à 849,14 €.²

Jeux de l'expérimentation : une nouvelle organisation de l'accès et du parcours

Face à une prise en charge de ces pathologies loin d'être optimale actuellement, le CeSOA vise à apporter les **améliorations innovantes** sur les points de rupture principaux des parcours :

- **L'accès aux soins** : « En ville », la démographie déclinante des rhumatologues dans les années à venir, associée à la baisse constante de la densité de médecins généralistes pose des difficultés d'accès aux avis spécialisés et aux bilans diagnostics ambulatoires. Les délais d'accès à une thérapeutique pertinente s'allongent au détriment des patients.
- **Le manque de coordination** : Les parcours sont morcelés avec des actes ou examens complémentaires démultipliés et le recours à l'hospitalisation de jour reste fréquent malgré son coût et l'évolution des traitements permettant plus de prises en charge ambulatoires.



Le projet favorisera **l'accessibilité aux soins des patients franciliens** bien au-delà de la ville de Paris. L'adossement de la MGEN au projet est garant des objectifs de réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès à la spécialité d'une part et de la volonté d'éviter au maximum la dégradation vers des maladies invalidantes. Complications ou chronicisations ont, en effet, un coût social potentiellement élevé pour les assureurs en santé.

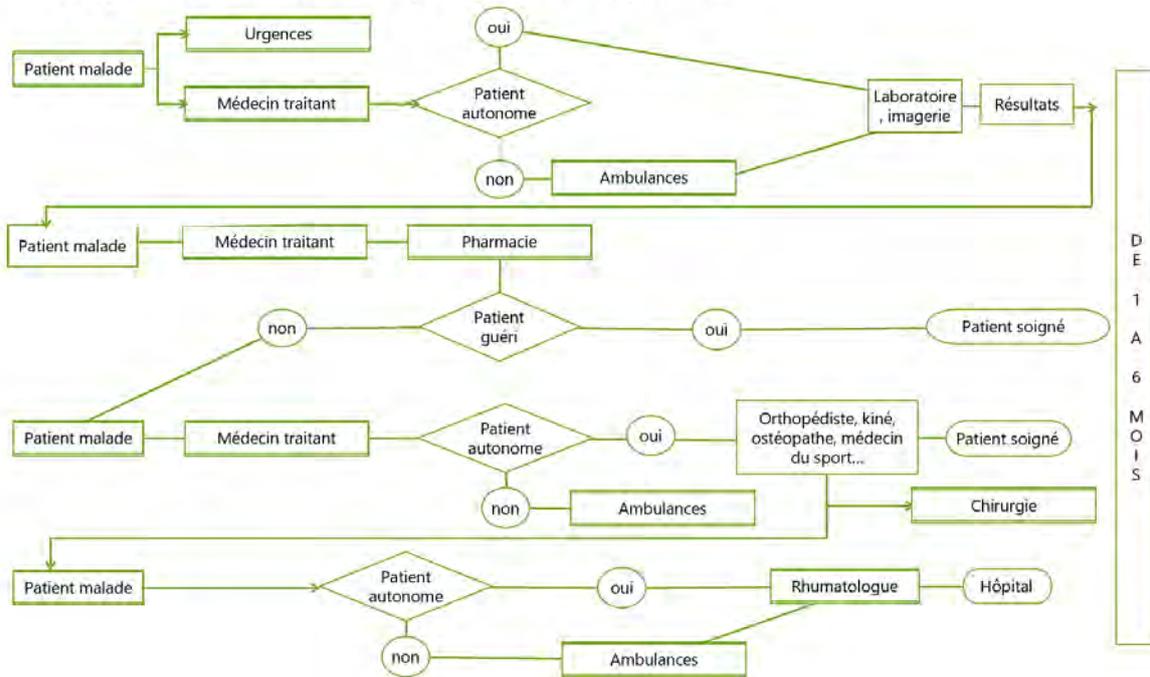
L'observation du parcours d'un patient en ville fait apparaître des errances et ruptures qui allongent les délais de diagnostic tout en multipliant les coûts par des actes inutiles ou répétés³.

La **coordination entre rhumatologues et médecins généralistes** sera améliorée. En effet, les généralistes ont besoin de diagnostiquer sans retard les différentes pathologies ostéoarticulaires, d'une part, et de pouvoir, d'autre part, rester impliqués dans la prise en charge de leurs patients diagnostiqués par les rhumatologues.

³ A l'appui de cette analyse du parcours patient, cf. les résultats de l'enquête « Consultations rhumatologiques », in *Le Livre Blanc de la Rhumatologie Française 2015*, Annexe 2, par le Syndicat National des Médecins Rhumatologues, la Société Française de Rhumatologie, et le Collège Français des Médecins Rhumatologues

La prescription des biothérapies sous cutanées par les spécialistes du CESOA sera accompagnée par les IDE qui pourront conseiller et assister le patient pour sa primo injection, qui pourra rester sous surveillance dans la salle de repos prévu à cet effet, si besoin. Pour les patients déjà sous bio thérapies sous cutanées, la bascule vers des prescriptions de bio similaires pourra aussi être proposée dans 70% des cas⁴.

Un parcours actuel du patient non optimal



En intervenant résolument sur la phase de diagnostic et d’initiation de traitement, d’une part, et en proposant des plans personnalisés de soins (PPS), d’autre part, le projet de Centre de Soins Ostéo-articulaires Ambulatoire (CeSOA) vise à **optimiser du temps médical spécialisé** et répondre plus efficacement aux besoins des patients en les inscrivant dans un **parcours de soins le plus balisé possible**.

L’originalité du projet est de proposer une **prise en charge dans une unité de temps et de lieu, à un coût moins élevé** que celui des prises en charges morcelées en ville et celui de l’hospitalisation de jour classique, tout en étant à certains égards plus complets que les prises en charge intermédiaires (rémunérées à l’hôpital par le forfait FPI). Les organisations de type CeSOA permettront une optimisation de la prise en charge en ville et, dans certains cas, le transfert de certaines prises en charge hospitalières vers la ville.

La mobilisation de rhumatologues expérimentés et le recours à des protocoles de prise en charge détaillés par pathologie conformes aux recommandations de l’HAS seront gages de qualité.

Une organisation interne optimisée permettra de combiner l'amélioration de la qualité des soins avec une plus grande efficacité des dépenses de santé.

La prise en charge proposée reposera également sur une **démarche d’apprentissage thérapeutique** pour permettre soit d’éviter des passages à la chronicité, soit de préserver leur capital d’autonomie.

⁴ Valorisation des économies liées aux prescriptions de bio similaires présentée page 52.

Objectifs de l'expérimentation : pertinence, efficacité et efficience

Objectifs stratégiques :

Le projet de création d'un centre ostéo- articulaire de type « centre expert » a ainsi pour objectif de relever **3 enjeux majeurs** :

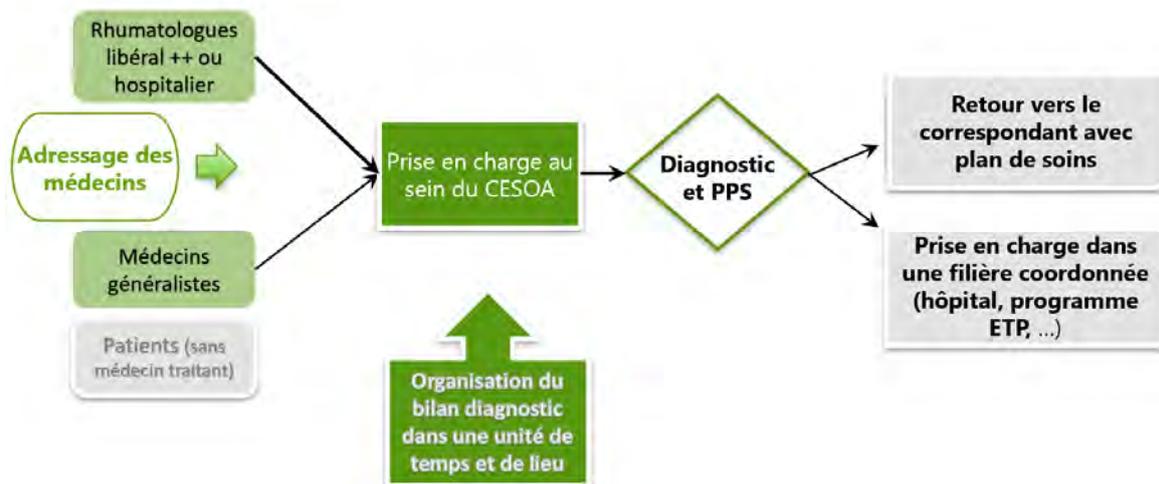
- Améliorer le parcours de soins des patients souffrant de pathologies rhumatismales
- Apporter une solution à la diminution du nombre de professionnels de la santé
- Assurer une prise en charge efficiente de ces maladies chroniques (via une amélioration de l'accès aux soins et une optimisation de la pertinence des soins, un accompagnement à la bonne observance et la prévention des complications)

Objectifs opérationnels :

- Réduire les délais d'accès à la spécialité ;
- Proposer un accès à une équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle ;
- Rendre le patient acteur de son parcours ;
- Outiller les médecins traitants de PPS leur permettant d'optimiser le suivi de leurs patients et ainsi optimiser la coordination entre acteurs ;
- Améliorer la pertinence des actes.

Description du projet

Le parcours proposé par le CeSOA



Le **parcours du patient** commencera par l'adressage par courrier d'un médecin traitant ou d'un médecin rhumatologue correspondant. Une information vers les médecins sera diffusée en amont de l'ouverture pour bien faire connaître les critères d'inclusion et d'exclusion.

Le CeSOA se positionnera vis-à-vis des **autres rhumatologues** comme une structure prenant en charge des bilans limitant le recours à des hospitalisations ou à des seconds avis.

Pour les **médecins généralistes** le CeSOA se positionnera comme un centre d'expertise. Des critères d'inclusion diffusés permettront d'éviter le « tout venant » rhumatologique.

Une procédure de régulation des adressages lors de la prise de RDV sera assurée au fil de l'eau par l'infirmière. En fonction des éléments recueillis, les médecins du CeSOA planifieront leur journée de travail dans le centre avec les infirmières.

L'accueil administratif sur site sera réalisé par la secrétaire médicale. Elle aura pour mission de créer le dossier administratif de chaque patient, de remettre les questionnaires spécifiques prévus pour chaque pathologie et sera chargée de la facturation.

Le parcours du patient dans le CeSOA se termine par l'élaboration d'un PPS (Plan Personnalisé de soins, synthèse diagnostique et thérapeutique) transmis par voie électronique ou papier au médecin correspondant et versé au DMP via le dossier informatique⁵.

Chaque motif de passage induit une **procédure standardisée** de recueil de données, de soins, et d'information du patient

Circuit des produits de santé : médicament et dispositifs médicaux ⁶:

Le CeSOA disposera de médicaments et de dispositifs médicaux pour usage professionnels dont la liste et les quantités seront définis. Aucun médicament stupéfiant ne sera détenu par le CeSOA.

Les achats seront effectués auprès d'une **pharmacie partenaire** déjà identifiée (convention de partenariat) qui fournira les médicaments et les dispositifs médicaux, leur transport sera sécurisé et les médicaments seront remis à l'IDE référente.

Les médicaments et dispositifs médicaux seront stockés dans une armoire identifiée et sécurisée.

La gestion des médicaments à conserver au froid sera organisée. Un réfrigérateur adapté pour conserver à basse température (entre +2 et +8 °C) est prévu, il sera pourvu de systèmes de contrôle et de sécurité (enregistrement automatique informatique, alarme, ...).

Les listes de dotations sont réévaluées chaque année avec les médecins.

La vérification des armoires à pharmacie par l'IDE et inventaire seront fait annuellement.

Tout transport de médicaments entre la pharmacie et le CeSOA se fera dans des conditions d'hygiène et de sécurité permettant notamment de respecter le maintien des températures pour les produits thermosensibles, de garantir la sécurité par tout système de fermeture approprié et d'assurer un transport rapide pour les besoins urgents et les produits à faible stabilité.

L'administration des médicaments relève du rôle infirmier, conformément à la réglementation en vigueur.

Le CeSOA disposera de conteneur DASRI pour l'élimination des produits de santé.

La collecte des produits de santé sera organisée en lien avec le CMD de Vaugirard.

Tout patient bénéficiant d'une thérapeutique médicamenteuse recevra une information telle que décrite dans la loi relative au droit des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 et

⁵ Si le patient ne dispose pas de DMP, il sera incité par l'équipe médico-soignante à en créer un.

⁶ Procédure du circuit du médicament : page 57

Le CeSOA répondra aux recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information établies par la HAS.

Les procédures relatives au Circuit des produits de santé seront diffusées auprès des personnels concernés : médecins et les professionnels de santé et les secrétaires médicales.

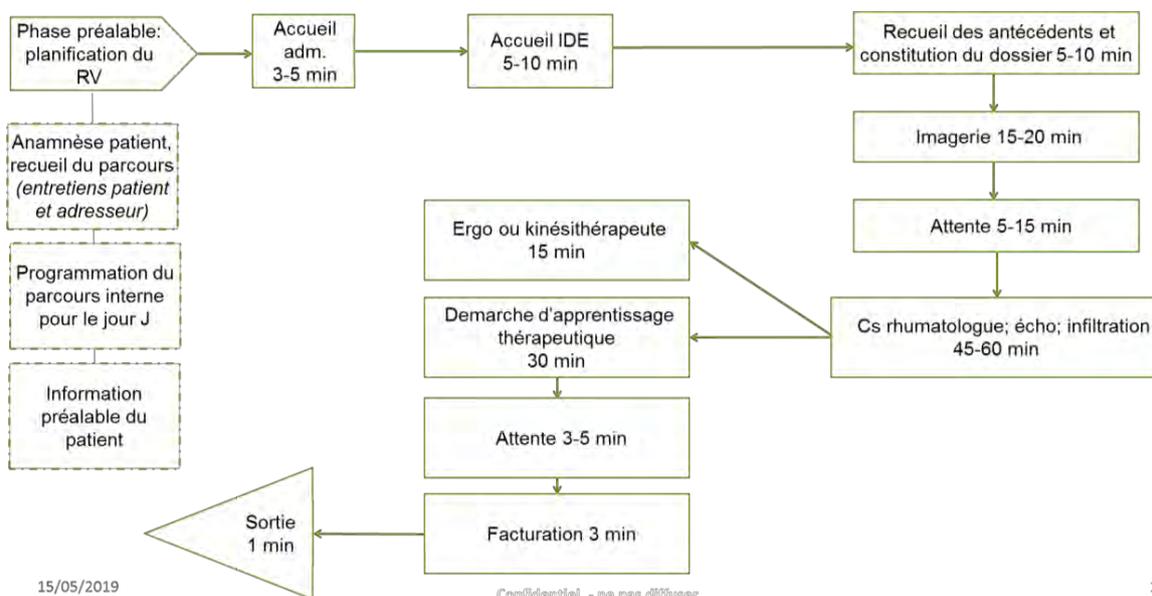
Une procédure de gestion des sacs d'urgence sera prévue.

Le dossier informatique du CeSOA

Dans le cadre de son partenariat avec la MGEN, le CeSOA choisira le système d'information proposé par la MGEN, labélisé ASIP et permettant la structuration de formulaires de suivi standardisés au regard des principaux protocoles qui seront suivis.

Le logiciel métier est **Hôpital Manager**. Les spécifications principales de ce dossier sont listées en Annexe de ce document. Le logiciel retenu est **DMP compatible** et permettra de verser dans ce dernier de façon structurée des documents à partager avec les généralistes et / ou rhumatologues adresseurs.

Schéma du parcours type forfaitisé au CeSOA



Articulation des différents intervenants et nature de la participation au projet

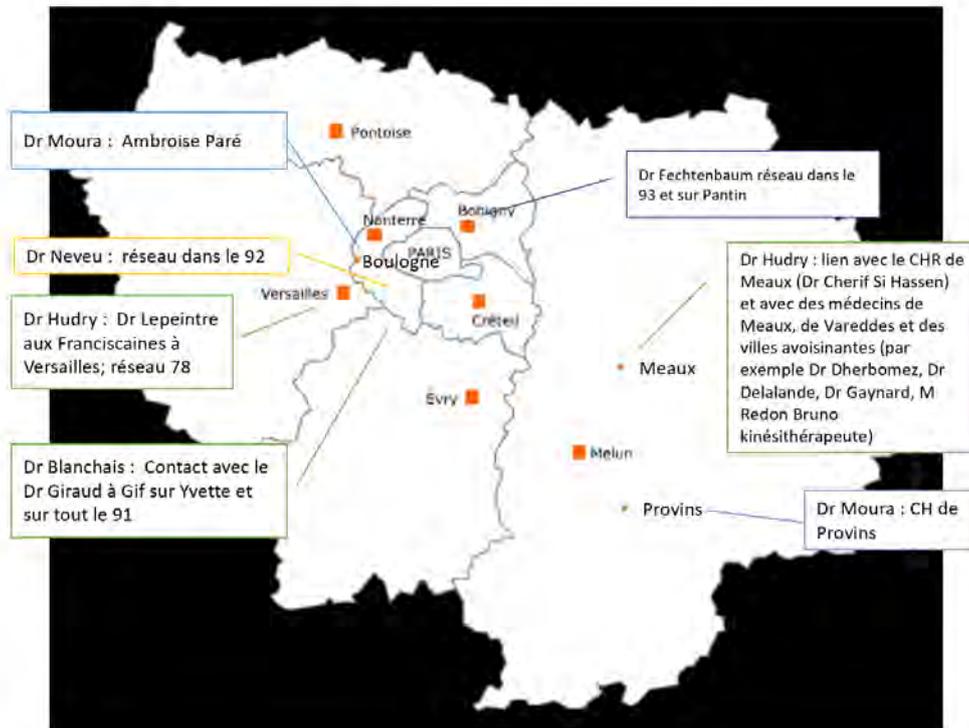
Le CESOA sera un prestataire de service, positionné entre la consultation « en ville » et l'hospitalisation. Le CeSOA travaillera au contact des médecins généralistes, des médecins spécialistes de l'appareil locomoteurs, et d'autres spécialités d'organe, pour ce qui concerne les praticiens libéraux, et les services de spécialités hospitalières.

Tous les médecins du CeSOA ont une activité mixte. Ce sont des médecins seniors, installés, ayant déjà un réseau de correspondants parmi les généralistes et les spécialistes.

Liens avec les spécialités

- Avec les **autres rhumatologues**, le lien se fera par les sociétés savantes, les vacations partagées en centre hospitalier, les séances de formation continue et les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP de cancérologie, et de gastro entérologie spécialisée dans les maladies inflammatoires chroniques (C HUDRY)
- Avec **les orthopédistes** une filière pourra être créée notamment pour les suites de fractures
- Avec **les radiologues**, le CeSOA travaillera sur la base des procédures
- Avec la Chataigneraie dédiée à la prévention du passage à la chronicité des patient lombalgie est en cours de réalisation (avec le Dr Rania Belmahfoud)
- Avec l'HDJ SSR de l'Hôpital Sainte Marie Vyv Care IDF (Paris 14^{ème}) (MGEN actionnaire à 50%)

La richesse du **réseau des rhumatologues** pressentis sera un facteur de succès du recrutement et de la diffusion des bonnes pratiques et des expertises.



Liens avec les soignants de 1^{er} recours : pour assurer leur support

Pour optimiser le recrutement des patients, des réunions seront organisées avec les médecins généralistes en s'appuyant sur leurs organisations en structures d'exercice coordonné (**Maisons ou Centres de Santé**) mais aussi en CPTS (**Communauté Professionnelle Territoriale de Santé**), en s'appuyant sur leurs représentations (URPS, Fédérations de maisons et centres de santé). Ces réunions auront pour but d'expliquer les critères d'éligibilité à un passage au CeSOA, de valoriser les procédures qui seront utilisées dans la structure. Le CeSOA proposera une diffusion d'expertise et un partage de certaines pratiques comme cela s'est fait avec le groupe RHEVER, réseau de médecins rhumatologues travaillant depuis 1999 à l'amélioration des pratiques. Des protocoles de prises en charge pour les pathologies ostéoarticulaires ne relevant pas du CeSOA pourront être proposés aux structures d'exercice coordonné.

Liens avec les universités : pour assurer la relève

La réforme du troisième cycle des études médicales, prévoit une 4^{ème} année dite de consolidation des connaissances et de la pratique en dehors des services de CHU.

Le nombre de cabinets de rhumatologues libéraux en capacité d'accueillir ces internes est très limité, la structure CeSOA est le format idéal pour accueillir et former un interne voire même un assistant, les internes seront accueillis dans un cadre structurant et pédagogique et disposeront d'une formation à l'utilisation des outils techniques (radiographie, échographie, ostéodensitométrie) et la réalisation de gestes en ambulatoire.

Les liens avec les CHU environnants seront maintenus. Le Dr Hudry a fait de la recherche clinique pendant 20 ans au sein de l'équipe du Pr Dougados à l'Hôpital Cochin, il poursuivra un travail de collaboration scientifique de haut niveau avec les équipes de l'hôpital Cochin mais aussi avec celles du Pr Bréban avec lequel il a travaillé (enquête sur les familles de spondylarthrite, ou avec les Pr Gossec et Fautrel à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière) cf. bibliographie.

Le lieu d'implantation du CeSOA : un lieu central

Le CeSOA sera implanté au sein du centre de santé de la MGEN situé rue de Vaugirard dans le 15^{ème} arrondissement de Paris. L'accès par les transports en commun est facile (métro Pasteur) et un parking est disponible pour les patients. Le centre est proche de la gare Montparnasse et de la gare Saint Lazare.

Le fait d'exercer en proximité immédiate d'un centre de santé de la MGEN n'est pas neutre : le centre génère un flux de 97 000 passages par an et des consultations spécialisées y sont délivrées ce qui peut permettre un partenariat intelligent pour les [patients sans médecin traitant](#) qui demanderaient à être pris en charge dans le cadre d'un parcours médecin traitant.

De plus, un partenariat est en place avec l'institut Curie, qui oriente 800 patientes par an vers le centre de santé MGEN pour un total d'environ 2000 consultations. Or des manifestations ostéoarticulaires inflammatoires apparaissent lors des immunothérapies anti-cancéreuses ciblant le CTLA4 Ig, ou PD1 : le fait de disposer d'une équipe de rhumatologue senior, avec un équipement rapidement mobilisable, et une solide expérience, est un avantage pour les équipes et les patients.

Le porteur du projet est la MGEN en lien avec sa propre stratégie

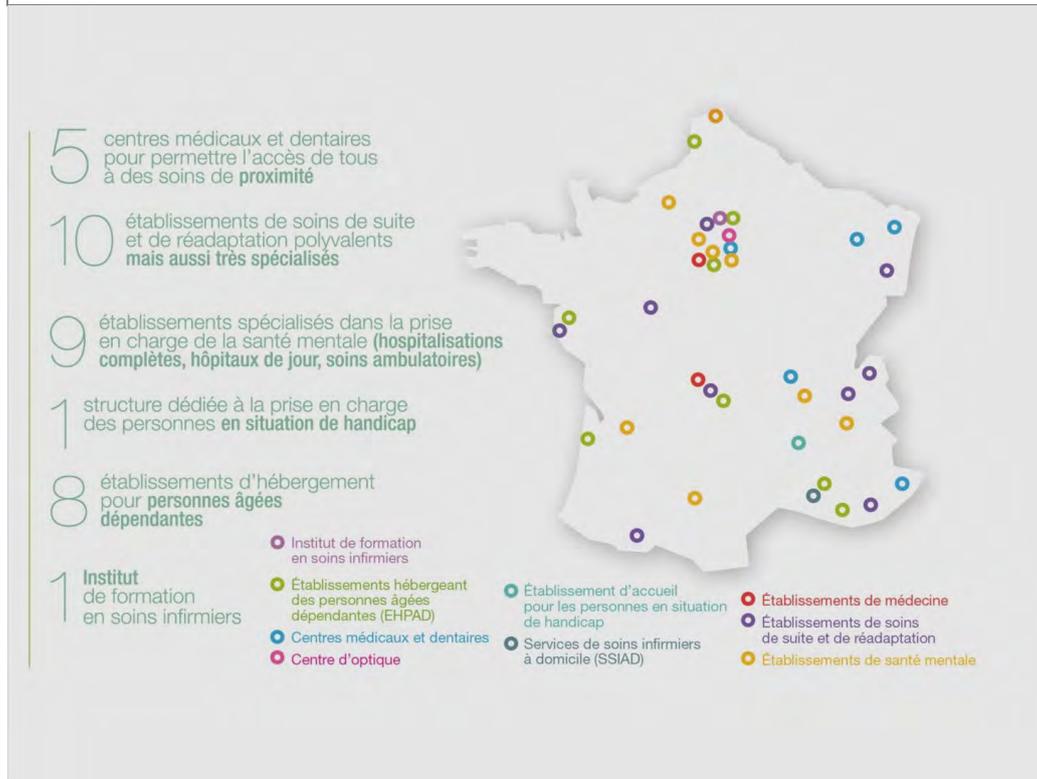
Créée en 1946, la Mutuelle gère le régime obligatoire d'assurance maladie des professionnels de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Culture et de la Communication, de la Jeunesse et des Sports. Fruit de la fusion de plus de 130 sociétés de secours mutuels d'instituteurs, la Mutuelle est porteuse, depuis sa création, des valeurs de solidarité, d'indépendance et d'innovation sanitaire et sociale au service de tous. Référencée depuis 2008 en tant qu'organisme complémentaire santé et prévoyance des personnels de ces ministères, MGEN propose également une complémentaire ouverte à tous les publics, ainsi que des contrats collectifs santé et prévoyance pour les entreprises et les associations.

Avec 3,8 millions de personnes protégées, elle est un des acteurs majeurs de la protection sociale. En 2015, elle réalise un chiffre d'affaires de plus de 2 milliards d'euros et compte 18 600 militants et 9 500 salariés. [L'ambition de MGEN est de devenir la mutuelle de référence d'une protection sociale étendue](#), ayant pour objectifs de :

- Construire une relation fondée sur les affinités mutuelles, la confiance et le [partage des valeurs](#) (la solidarité constituant la valeur fondatrice et fondamentale : solidarité entre les générations, solidarité entre malades et bien portants, solidarité entre niveaux de revenus),
- Prendre soin de chacun en [donnant accès à des services étendus](#) tout au long de la vie.

Pour cela, le Groupe est doté d'une offre de soins diversifiée, à travers ses **35 établissements sanitaires et médico-sociaux et centres médicaux et dentaires**. Avec près de 3 300 lits et places, les établissements MGEN s'inscrivent dans des réseaux de santé, offrent des compétences médicales pluridisciplinaires, une continuité dans les soins et innovent en proposant des programmes de prévention.

Chiffres clés 2017 :
5,8 milliards € de prestations versées au titre des régimes obligatoire et complémentaire
9 867 salariés
3 500 militants
3 253 postes lits et places d'hospitalisation de jour et complète
370 000 passages en centre médicaux et dentaires



Ces établissements sont ouverts à tous les assurés sociaux et ce depuis 1976 (Décrets de participation du service public hospitalier.)

Le projet de CeSOA est en cohérence avec le projet stratégique MGEN pour sa filière santé, sanitaire et médico-sociale. En effet la MGEN a défini pour sa filière santé, sanitaire et médico-sociale des axes valorisés dans le projet d'expérimentation CeSOA :

- Contribuer à **réduire les inégalités économiques, territoriales et sociales d'accès aux soins**
 ➔ Pour un accès aux soins pour tous : la MGEN soutient la dynamique de renforcement du secteur 1 (pratiquant les tarifs de la sécurité sociale) ainsi que la généralisation de la pratique du tiers payant intégral. La MGEN veille à inscrire ses actions dans les priorités des schémas régionaux de l'organisation des soins.
- Participer à **l'efficacité du système de santé**
 ➔ Pour le bon soin au bon moment : la MGEN entend organiser pour ses adhérents des parcours de santé intégrant prévention, éducation à la santé et apprentissage thérapeutique (prévention des lombalgies, prévention des chutes...). MGEN souhaite développer des partenariats avec les professionnels de santé et les structures de 1^{er} recours impliqués dans la coordination des soins et favoriser de nouveaux modes de coopérations entre professionnels de santé.
- Favoriser **l'innovation, la recherche et la qualité**
 ➔ Pour une plus-value mutualiste réaffirmée et reconnue : techniques médicales, activités de santé, modes de prises en charge ; c'est à travers des axes de recherche à haute valeur ajoutée et des expérimentations innovantes que la MGEN ambitionne de promouvoir la plus-value de l'offre de soins mutualiste.

Ces axes sont mis en œuvre au travers de chantiers prioritaires :

- Conforter et développer l'offre de 1er recours
- Faciliter et organiser les parcours de santé

La déclinaison de ces chantiers prioritaires en objectifs opérationnels et en actions concrètes constitue le corps des orientations stratégiques qui ont guidé la Direction du Réseau dans la décision de portage du projet CeSOA.

	Entité juridique et/ou statut ;	Coordonnées des contacts :	Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation
Porteur	MGEN Action sanitaire et sociale 3, square Max Hymans - 75748 PARIS cedex 15 Secrétariat 01 40 42 47 38 49	Emilie Anstett puis Amélie Lazar à compter du 01/01/2020 Responsable de coordination des projets MGEN 01.40.47.20.92 Dr Bruno Favier Directeur médical Groupe 06 70 22 18 66	
Chef de projet médical		Dr Christophe Hudry 06 84 23 52 93	Direction médicale du projet
	8 médecins spécialisés en rhumatologie libéraux et		Lettre de mission Contrat de travail

Partenaire(s) du projet d'expérimentation hospitaliers Le Conseil scientifique

Une gouvernance plurielle

Un comité de pilotage sera créé dès le démarrage du projet d'expérimentation. Il sera constitué du porteur (MGEN), le chef de projet médical, l'ARS et l'Assurance Maladie. La présence de représentants de patients (notamment pour les rhumatismes inflammatoires) pourra être proposée.

Le chef de projet assistera le porteur (MGEN) dans la communication, la promotion et la coordination des actions prévues :

- Déploiement territorial et liens avec les acteurs du 1^{er} recours
- Construction des partenariats voire des conventions à concrétiser
- Diffusion des bonnes pratiques
- Mise en place d'un site Internet (communication sur l'offre, vitrine et éventuellement lieu de prise de RDV en ligne spécifique au CeSOA)

L'équipe sollicitera des partenaires extérieurs dans le cadre d'un **comité scientifique** qui suivra l'expérimentation et son évaluation.

Sa composition prévisionnelle est :

- Dr Karim Ould-Kaci Médecin de Santé Publique et Directeur de la Fondation en santé publique de la MGEN ;
- Dr Bruno Favier ; le directeur médical groupe MGEN
- Des médecins reconnus pour leur légitimité de cliniciens ou de chercheurs en rhumatologie ;
- Un membre de la Société française de rhumatologie
- Un chef de service de rhumatologie
- Une ou plusieurs associations de patients en lien avec France Asso (exemple : Association Française des Poly arthritiques ; A.F.S. / Association France spondylarthrites)

Des critères d'inclusion pour les pathologies prises en charge

Par catégorie de pathologie décrite ci-dessus, le CeSOA propose une intervention ciblée (liste non exhaustive). Des **critères d'inclusions** sont mis en place pour chaque catégorie de diagnostic ainsi que des protocoles en lien avec les recommandations de la HAS (cahier fourni en annexe). Ces critères permettront de bien positionner le CeSOA sur son haut niveau de compétences au regard des autres professionnels et des patients :

Pour les **pathologies ostéo-articulaires du rachis** (estimation de 40% de l'activité) :

- Les pathologies rachidiennes justifiant d'une infiltration par la voie du hiatus associée éventuellement à des infiltrations articulaires postérieures pourront être proposées avec organisation du repos post infiltration et d'une démarche d'apprentissage thérapeutique (IDE et Kinésithérapeute) et la proposition d'inscription dans un programme ETP externe ou à l'école du dos (partenaire). (Coudeyre E, Rannou F Pain 2006),
- Dans les pathologies rachidiennes évoluant depuis plus d'un mois et moins de 3 mois, chez qui le risque de chronicisation est le plus important, outre le diagnostic et les soins, une démarche d'apprentissage thérapeutique sera proposée par l'infirmière et le kinésithérapeute dans le même temps que la consultation spécialisée. A ce stade, il a été démontré que cela peut diminuer de 25% le risque de passage à la chronicité. (Coudeyre E Tubach F PLoS one 2007)
- Dans les pathologies déminéralisantes complexes ou associée à des multi pathologies justifiant un bilan avec l'ostéodensitométrie, l'évaluation du risque de chute et de la présence ou non de pathologie articulaire, neurologique dégénérative associées sera effectuée dans le même temps. L'objectif sera, outre l'évaluation du risque de fracture, d'amener les patients à un programme de réentraînement à la marche et de prévention des chutes, et une optimisation de l'observance via l'apprentissage thérapeutique.
- Un lien avec des programmes extérieurs d'ETP partenaires du CeSOA sera organisé. La démarche d'apprentissage thérapeutique par IDE et Kinésithérapeute pourra proposer l'inscription dans des programmes de réentraînement à la marche et de prévention des chutes et sensibilisation aux modalités de surveillance du traitement. Un lien sera mis en place avec le service de rhumatologie de l'hôpital Cochin dans le cadre d'une filière Os.
- Les modalités de surveillance du traitement seront expliquées au patient et seront précisées dans le compte-rendu adressé au rhumatologue correspondant et au médecin traitant adresseur par voie dématérialisée (messagerie sécurisée et liens DMP)
- La démarche diagnostique de tassement vertébral (et ostéoporose) comblera la radiographie standard et la VFA pour identifier plus sûrement les déformations des vertèbres témoignant d'un processus ostéoporotique. Associé au recueil des facteurs de risque, d'un bilan étiologique standardisé, la mise en place d'une procédure de soin via une filière os avec les services partenaires sera effectuée.

Critères d'inclusion des pathologies rachidiennes	Protocoles
Echec du traitement de première intention dans les cas de lomboradiculalgies supérieur à 1 mois et inférieur à 3 mois.	<ul style="list-style-type: none"> - Régulation de l'adressage lors de la prise de RDV - Lombalgies aiguës, lombalgie ou lomboradiculalgie chronique - Injection intra-discale de corticoïdes - Démarche d'apprentissage thérapeutique
Pathologies déminéralisantes complexes ou associée à des multi pathologies	<ul style="list-style-type: none"> - Démarche diagnostic de tassement vertébral (et ostéoporose) avec une orientation dans une filière spécifique - Perfusion de Biphosphonates - Démarche d'apprentissage thérapeutique

Pour les **pathologies ostéo-articulaires des membres** (estimation de 10% de l'activité) :

- Seront prises en charge au CeSOA, les pathologies de novo évoluant depuis plus d'un mois, nécessitant un traitement symptomatique et naïf d'examen complémentaire.
- Les patients avec ou sans diagnostic après un parcours de soin associant au moins 3 examens d'imagerie dont un en coupe, chez qui un test anesthésique peut être envisagé (par exemple).
- Les patients en échec après plusieurs séquences thérapeutiques dans le cadre d'un problème diagnostic complexe ou en cas de facteurs de chronicisation. Par exemple : la situation de douleur de la racine du membre inférieur, pour laquelle, une pathologie rachidienne, une tendinopathie, une coxopathie ont été évoquées mais avec des explorations non concluantes et des échecs de traitements, ces patients peuvent nécessiter un test anesthésique de la coxofémorale, avec un nouveau bilan radio clinique qui pourra être fait au CeSOA.
- Une démarche d'apprentissage thérapeutique (IDE et Kinésithérapeute) avec proposition d'inscription dans un programme de réentraînement à la marche et sensibilisation aux modalités de prévention des complications.
- Au terme de ces passages un programme standardisé de prise en charge (PPS) est rédigé et remis au patient et adressé au médecin traitant par voie dématérialisée (messagerie sécurisée et liens DMP)

Critères d'inclusion des pathologies articulaires des membres	Protocoles
Symptômes > à 3 mois sans aucun examens complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> - Régulation de l'adressage lors de la prise de RDV - Démarche diagnostique d'une coxarthrose/ gonarthrose
Absence de diagnostic après un parcours de soin associant au moins 3 examens d'imagerie dont un en coupe	<ul style="list-style-type: none"> - Infiltration intra-articulaire - Lavage du genou (arthrose) - Compte-rendu de lavage articulaire - Test anesthésique - Démarche d'apprentissage thérapeutique

Pour les **rhumatismes inflammatoires** (estimation de 45% de l'activité) :

- Le CeSOA prendra en charge des patients adressés par un médecin correspondant (rhumatologue ou généraliste) et plus rarement (mais à ne pas exclure au vu des difficultés liées à la démographie médicale) par le malade lui-même, mais toujours avec suffisamment d'argument pour être classé comme suspicion de rhumatisme inflammatoire. La liste des critères sera adressée aux médecins traitants correspondants. (Cf. procédures). Un filtrage des appels direct éventuels sera effectué selon une grille de critères.
- La procédure aura pour objectif : de **confirmer le rhumatisme inflammatoire** (par la clinique et l'imagerie -radiographies et échographie), d'évaluer la sévérité et le pronostic, d'évaluer le traitement déjà proposé ou d'initier un traitement de fond, de rencontrer l'infirmière en charge de la démarche d'apprentissage thérapeutique pour mieux appréhender le traitement, de rencontrer le kinésithérapeute pour l'apprentissage d'auto-exercice à réaliser à domicile.
- Les modalités de surveillance du traitement seront expliquées au patient et précisées dans le compte-rendu adressé au rhumatologue correspondant et au médecin traitant.
- Pour les patients relevant d'une **biothérapie**, non prescrite en première intention, la priorité sera de l'initier avec des médicaments bio similaires en sous cutané. Le CeSOA vérifiera l'absence de contre-indication
- Le CeSOA assurera une démarche d'apprentissage thérapeutique, recueillera les éléments de comorbidités. Les modalités de surveillance du traitement seront expliquées au patient et précisées au rhumatologue correspondant et au médecin traitant pour les impliquer dans le suivi. Les patients seront orientés vers des structures externes proposant de l'Education thérapeutique du patient⁷.
- Enfin pour ces patients, conformément aux recommandations des sociétés savantes (SFR EULAR) le CeSOA proposera un **dépistage des comorbidités** concernant le risque infectieux, le risque de cancer, le risque d'ostéoporose, le risque de maladies cardiovasculaires. Le dépistage se fera avec une infirmière de rhumatologie spécialisée. Ce dépistage sera inclus dans le forfait. Selon les situations, le cas échéant, un ré adressage vers les spécialités d'organes, se fera via le médecin traitant. En cas de carence de médecin traitant, un adressage au centre de santé polyvalent de la MGEN pourra être proposé aux patients.

⁷ **L'éducation thérapeutique du patient** est recommandée pour tout patient atteint de PR (grade B). Dans le cadre de la PR, l'éducation thérapeutique est complémentaire de la prise en charge médicale, réalisée si possible par une équipe pluridisciplinaire en accord avec le médecin spécialisé en rhumatologie et le médecin traitant. Elle contribue au développement de compétences qui permettent au patient de : connaître et comprendre la maladie et les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques ; acquérir les gestes respectant les règles de protection articulaire ; mettre en œuvre des modifications de son mode de vie (équilibre diététique, programme d'activité physique, etc.) ; prévenir des complications évitables ; faire face aux problèmes occasionnés par la maladie, etc. ; impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent. L'éducation thérapeutique du patient a fait la preuve de son efficacité concernant l'amélioration de la qualité de vie évaluée par le patient atteint de PR (niveau de preuve 2). Les bénéfices observés sur la douleur, les capacités fonctionnelles et le « faire face » sont de faible pertinence clinique. Aucune recommandation spécifique à la PR ne peut être formulée quant au contenu et aux modalités précises des programmes d'éducation thérapeutique du patient. Les données actuelles de la littérature montrent de multiples modalités sans qu'aucune en particulier ne se détache des autres (individuelle ou collective, avec ou sans les proches du patient, didactique ou interactive, de durée variable, assurée par des thérapeutes et/ou des patients, etc.)

Critères d'inclusion des rhumatismes inflammatoires	Protocoles
Second avis (adressage par rhumatologue ou médecin généraliste)	- Régulation de l'adressage lors de la prise de RDV - Démarche diagnostic d'une Arthrite récente
Patients naïfs d'examens d'imagerie de base recommandée dans ces situations,	- Démarche diagnostic d'une Spondylarthrite - Démarche diagnostic d'une Polyarthrite rhumatoïde
Patients ayant un bilan incomplet ou complexe à interpréter	- Démarche d'apprentissage thérapeutique - +/- Prescription d'orthèses
Bilan avant biothérapies	- Fiches de suivi biothérapie . Rhumatisme périphérique . Rhumatisme inflammatoire - Bilan pré thérapeutique avant mise sous biothérapie - Initiation aux biothérapies en sous cutané Démarche d'apprentissage thérapeutique
Revue des patients ayant un rhumatisme inflammatoire	- Eléments annuels à considérer pour le bilan annuel - Evaluation des facteurs de risque cardiovasculaire - - Démarche d'apprentissage thérapeutique

Enfin, il est à préciser que le CeSOA en tant que centre expert n'a pas vocation à prendre en charge des patients dit « lourds » mais des cas plus ou moins complexes. Les difficultés psycho-sociales associées dépistées pourront entraîner une orientation complémentaire vers des structures autres référencées et évidemment pas une exclusion de l'accès au CeSOA.

Le CeSOA prendra également en charge **des soins non programmés** de rhumatologie (estimation de 10% de l'activité) :

- Ces « urgences » correspondront à des patients adressés par les correspondants médecins traitants ou par des services d'urgences en relation avec les rhumatologues du centre. Dans cette catégorie d'actes seront pris en charge par exemple des épanchements articulaires aigus ou des lomboradiculalgies aigües ne justifiant pas *a priori* d'une hospitalisation.

Critères d'inclusion des pathologies articulaires des membres	Protocoles
Epanchements articulaires aigus	- Procédures d'actes thérapeutiques

Lomboradiculalgies aiguës	
---------------------------	--

Les critères d'inclusion constituant une particularité du modèle de prise en charge du CeSOA, un **contrôle qualité** est d'ores et déjà prévu.

- Procédure interne : 20 dossiers tirés au sort chaque mois par une infirmière du CESOA, 1 médecin différent chaque mois, 2 dossiers par médecin. L'auditeur vérifie si les critères d'éligibilité sont respectés, si la procédure standardisée a été respectée. En cas de non-respect de la procédure, une note explicative doit être rédigée par le médecin (par exemple, mauvaises informations fournies par le médecin correspondant ou par le patient, (si problème de communication avec une personne étrangère, panne d'un appareil, retard, etc.).
- Staff RCP au minimum un par mois
- Suivi des événements indésirables : Fiche standardisée rapportant les faits, et la nature du problème et les suggestions d'amélioration.

Temps de prise en charge type par pathologie

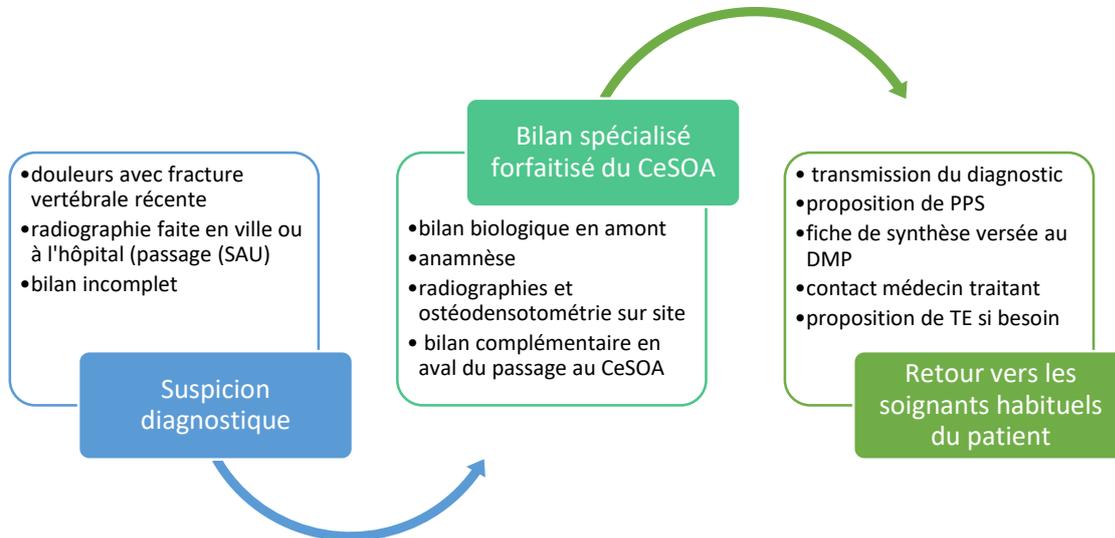
		Temps de prise en charge type pour 1 patient au vu de la pathologie											Temps de prise en charge par rapport à l'effectif annuel en h	Effectif estimé de patient	
Protocoles		IDE	Manipulateur radio			Rhumatologue				Kinésithérapeute		Ergothérapeute			Total
			Radio	Ostéodensitom.	Radiologue	Consultation	Echographie	Acte technique	Compte rendu spécifique	Evaluation	Exercice à domicile				
Pathologies rachidiennes	Echec du traitement de première intention dans les cas de lomboradiculalgies supérieur à 1 mois et inférieur à 3 mois	- Régulation de l'adressage lors de la prise de RDV - Lombalgies aiguës, lombalgie ou lomboradiculalgie chronique - Injection intra-rachidienne de corticoïdes - Démarche d'apprentissage thérapeutique	0:15				0:30		0:20		0:30	Si indication	2:10	3878	1796
	Pathologies déminéralisantes complexes ou associée à des multi pathologies	- Démarche diagnostic de tassement vertébral (et ostéoporose) avec une orientation dans une filière spécifique - Démarche d'apprentissage thérapeutique	0:15	0:15	0:15	0:15	0:30	0:20		0:30	0:30	Si indication	2:50	726	257
Pathologies articulaires des membres	Symptômes > à 3 mois sans aucun examens complémentaires	- Régulation de l'adressage lors de la prise de RDV - Démarche diagnostique d'une coxarthrose/ gonarthrose - Infiltration intra-articulaire ou - Lavage du genou (arthrose)	0:15			0:20	0:10	0:30	0:10	0:40			2:50	1452	513
	Absence de diagnostic après un parcours de soin associant au moins 3 examens d'imagerie dont un en coupe	- Compte-rendu de lavage articulaire - Test anesthésique - Démarche d'apprentissage thérapeutique							0:15		0:30	Si indication			

Temps de prise en charge type pour 1 patient au vu de la pathologie

	Protocoles	IDE	Manipulateur radio		Radiologue	Rhumatologue				Kinésithérapeute		Ergothérapeute	Total		
			Radio	Ostéodensitom.		Consultation	Echographie	Acte technique	Compte rendu spécifique	Evaluation	Exercice à domicile				
Rhumatismes inflammatoires	Second avis (adressage par rhumatologue ou médecin généraliste) - Régulation de l'adressage lors de la prise de RDV - Démarche diagnostic d'une Arthrite récente - Démarche diagnostic d'une Spondylarthrite	0:15											2:50	340	769,5
	Patients naïfs d'exams d'imagerie de base recommandée - Démarche diagnostic d'une Polyarthrite rhumatoïde		0:25		0:10	0:40	0:15	Si besoin	0:15						
	Patients ayant un bilan incomplet ou complexe à interpréter - Démarche d'apprentissage thérapeutique	0:20								0:30	Si indication				
	Bilan avant biothérapies - Fiches de suivi biothérapie - Rhumatisme périphérique - Rhumatisme inflammatoire - Bilan pré thérapeutique avant mise sous biothérapie - Recours aux biosimilaires en sous cutané - Démarche d'apprentissage thérapeutique	0:15											1:45	1796	1026
			Si besoin		si besoin		0:30			0:15					
Revue des patients ayant un rhumatisme inflammatoire - Eléments annuels à considérer pour le bilan annuel - Evaluation des facteurs de risque cardiovasculaire - Démarche d'apprentissage thérapeutique	0:30	0:40									0:15	Si indication	1:55	1470	770

Exemple de parcours patient, place du CeSOA dans l'ostéoporose

Démarche diagnostique d'un tassement vertébral (et ostéoporose)



Diagnostic en ville ou lors d'un passage hospitalier (souvent orientation vers les Services d'Urgence)

→ examen radiologique

- ⇒ Orientation d'un médecin traitant (directe ou via le patient lui-même)
- ⇒ Orientation d'un rhumatologue (directe ou via le patient lui-même)
- ⇒ Orientation ou médecin hospitalier (urgentiste ou traumatologue)

Régulation de l'adressage et de l'entrée dans le parcours CeSOA par Contact par téléphone/secrétariat

Préparation avec secrétaire selon protocole :

- Vérification des critères d'inclusion / exclusion
- Réorientation, ou inclusion, le cas échéant
- Ouverture d'un dossier, date de la consultation.
- Nom du médecin.
- Nom du patient, âge, sexe, profession.
- Traitements en cours, Antécédents

Bilan selon protocole par un rhumatologue :

- Éliminer une pathologie tumorale maligne (myélome multiple, métastases osseuses) ou d'une pathologie fragilisante bénigne (ostéodystrophie rénale, ostéose thyroïdienne, ostéomalacie, hyperparathyroïdie),
- Recherche d'une cause à une éventuelle ostéoporose.
- Histoire de la pathologie rachidienne ayant conduit au diagnostic de fracture vertébrale.
- Notion de cancer, d'endocrinopathie - Quantification de l'intoxication tabagique et/ou alcoolique le cas échéant
- Notion de corticothérapie, de toute affection inflammatoire chronique, de troubles digestifs, d'altération de l'état général.
- Antécédents gynécologiques, antécédents familiaux de fracture.
- Age de la ménopause, âge des premières règles, notions d'aménorrhée secondaire, traitement substitutif de ménopause (comportant la durée du traitement et les doses d'œstrogènes reçues).

- Facteurs de risque de chute

A l'examen physique (IDE et rhumatologue)

- Taille, et sa variation par rapport à la taille à 20 ans déclarée par le patient
- Poids.
- Raideur rachidienne, Distance C7-toise.

Examens complémentaires imagerie au CeSOA

- Ostéodensitométrie avec une VFA si possible
- Radios du rachis dans son ensemble si ce n'est pas le cas

Conclusions

- Résumé de la fracture vertébrale : unique, multiple, localisation. Si possible grade I, II ou III. Résultats des radiographies et ostéodensitométrie
- Liste d'examens complémentaires à faire ou à compléter pour la recherche d'étiologie d'une fracture vertébrale : Biologie « standard » + EPP sang, recherche de protéine de Bence Jones dans les urines, 25OHD3, PTH, TSH, ferritine et chez l'homme en plus : Transaminases, phosphatases alcalines, GGT, testostéronémie libre et totale, tryptase, homocystéinémie, Ac anti-endomysium, anti-gliadine, anti transglutaminase. Si suspicion d'1 affection maligne : IRM du rachis.
- Conclusion et proposition thérapeutique (rédaction synthétique d'un PPS) :
 - Mesures médicamenteuses et non médicamenteuses
 - Mesures pour la fracture vertébrale et mesures pour la maladie ostéoporotique.
 - Démarche d'apprentissage thérapeutique auprès de l'IDE (pour l'observance) et du kinésithérapeute (prévention des chutes et conseils). Ces personnels seront formés aux techniques de l'entretien motivationnel.
 - Orientation ou non dans la filière Os de Cochin.

Sortie du parcours CeSOA par :

- Envoi du PPS ou fiche de synthèse avec conduite à tenir pour le médecin correspondant à partir du dossier informatique du CeSOA
- Versement du PPS au DMP
- Envoi copie au patient

Au total seront compris dans le forfait : la régulation de l'adressage lors de la prise de RDV, accueil et préparation du dossier par secrétaire, préparation de la consultation par IDE, consultation spécialisée rhumatologue, synthèse thérapeutique, intervention IDE et/ou kinésithérapeute, rédaction PPS avec proposition thérapeutique, lien avec réseau extérieur. Proposition de support d'expertise une fois le patient suivi par son praticien habituel.

La population francilienne prioritairement ciblée

La situation en Ile-de-France reflète les problématiques relevées au niveau national

En Ile-de-France, région d'implantation souhaitée pour le projet, la demande de soins relative aux pathologies ostéo-articulaires est très importante. L'estimation du nombre de patients potentiels⁸ (pp) fait apparaître les effectifs suivants, par type de pathologie :

- Les rhumatismes inflammatoires
 - o Polyarthrite Rhumatoïde (PR) = 74 991 pp
 - o Spondylarthrite (SA) = 68 949 pp
- Les rhumatismes dégénératifs
 - o Arthrose = 2 036 321 pp
- Les rhumatismes périarticulaires
 - o TMS membres supérieurs = 3 143 422 pp
 - o Lombalgies chroniques : 102 023 pp
- Les ostéopathies fragilisantes
 - o Ostéoporose = 1 021 752 pp

Pour cette patientèle potentielle identifiée, la fréquence de recours au rhumatologue est variable mais les premières estimations font apparaître des besoins supérieurs à 2 M de consultations par an :

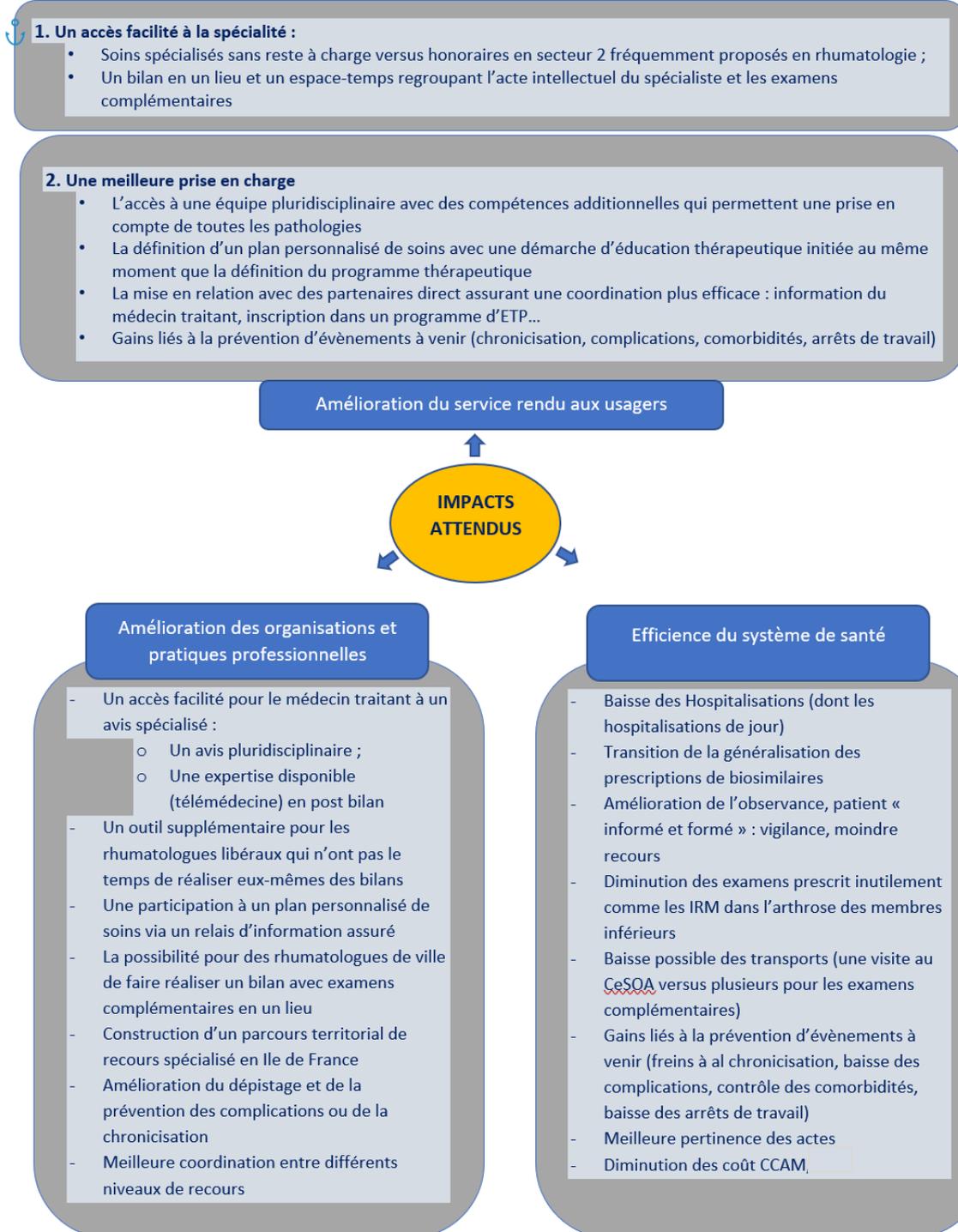
Pathologies rhumatismales	Type d'affection	Estimation nouveaux patients/an	Fréquence annuelle de recours au rhumatologue en consultation ambulatoire
Rhumatismes inflammatoires	Polyarthrite rhumatoïde	19 000 (pp) / an [40-60] ans	4 fois / an
	Spondylarthrite	10 300 (pp) / an [20 – 40] ans	4 fois / an
Rhumatismes dégénératifs	Arthrose	807 000 (pp) / an >50 ans	2 fois / an
Rhumatismes périarticulaires	Troubles musculosquelettiques	6 600 (pp) / an Déclaration accidents de travail	2 fois / an
	Lombalgies chroniques	30 000 (pp) / an Déclaration accidents de travail	2 fois / an
Rhumatismes osseux	Ostéoporose	1 000 000 (pp) / an >50 ans	1 fois / an
Nombre total de recours potentiels au rhumatologue /an en IDF			2 804 400

PP : patient potentiel

⁸ Source Situation épidémiologique : Etude réalisée par les étudiants en Master 2, gestion des établissements de santé CNAM sous la direction Du Pr Alain Sommer

De multiples impacts attendus et réalistes

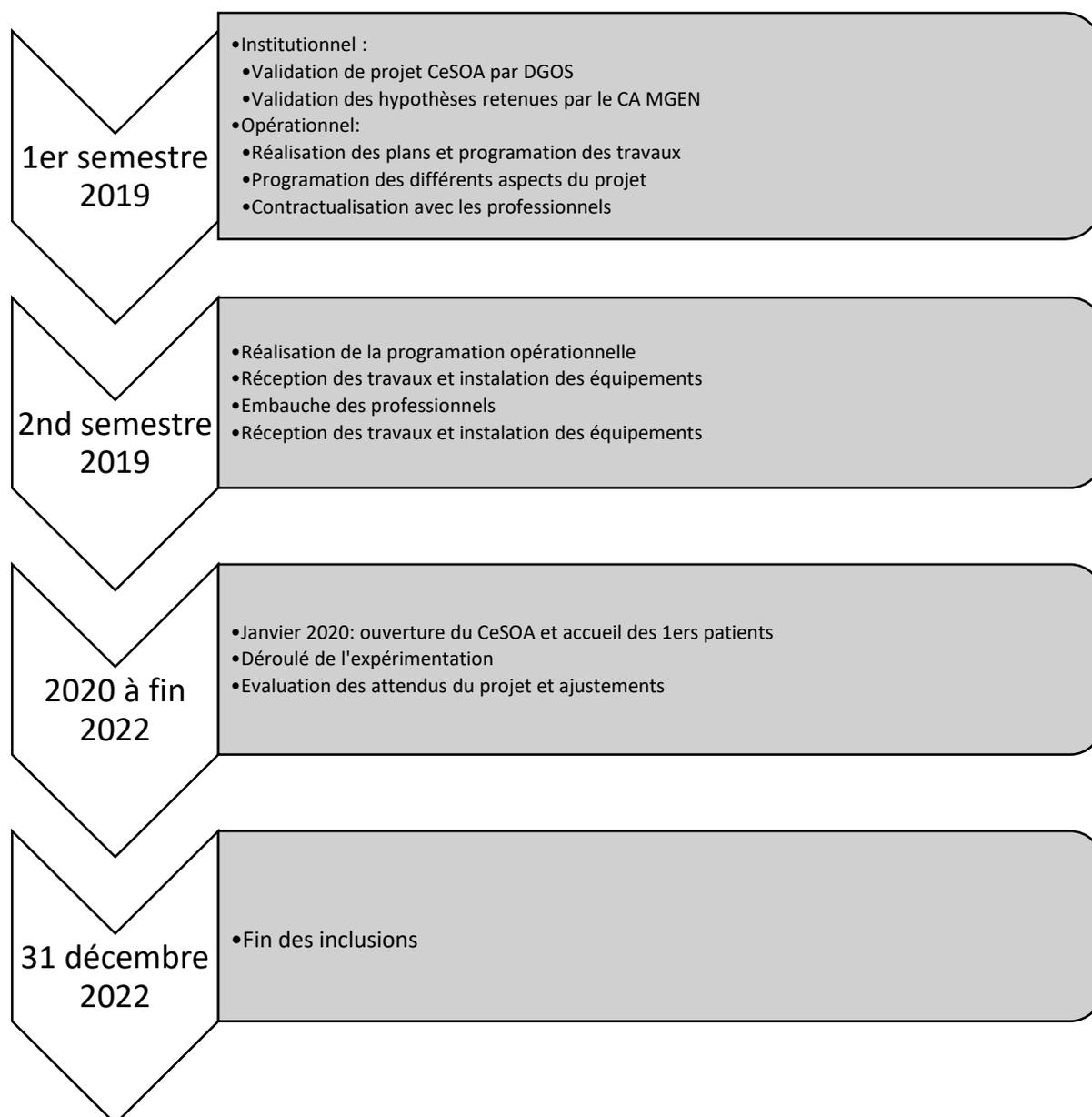
Pour une meilleure prise en charge réaffirmant le rôle pivot du médecin traitant



Trois ans pour que l'expérimentation puisse être jugée

Le projet a été conçu pour une expérimentation sur 3 ans. Cependant, 3 ans est le délai minimal nécessaire à la montée en charge de l'activité permettant de tester un fonctionnement en année pleine, d'intégrer les investissements et la diffusion auprès des confrères du modèle. Ce laps de temps est également incompressible pour la réalisation d'une évaluation du modèle de fonctionnement et du modèle économique. **La fin des inclusions est prévue au 31 décembre 2022.** Une option de prolongation jusqu'au 31 mars 2023 pourra être envisagée, après avis de la cellule évaluation et décision du CTIS, dans les mêmes conditions de financement que 2022.

Calendrier indicatif :



Champ d'application territorial proposé : l'Ile de France

La région entière apparaît comme un territoire propice au déploiement du projet de CeSOA, dès lors que cette dernière repose d'une part sur la **mobilisation de liens professionnels** déjà existants sur le territoire régional et que d'autre part les besoins d'accès aux spécialités médicales de recours sont présentes dans tous les départements d'Ile de France compte tenu du vieillissement des rhumatologues installés en libéral dans les principales villes franciliennes.

L'offre de soins francilienne en rhumatologie est importante mais elle se concentre sur deux types : l'offre de consultation libérale « classique » et l'offre hospitalière. La région bénéficie d'une offre de prise en charge en HDJ développée et reconnue (cf. ci-dessous, la liste des principaux hôpitaux de jour, classés parmi les 40 meilleurs hôpitaux de France) qui assure 65% de l'activité totale de rhumatologie de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris :

- HDJ CH Lariboisière (75)⁹
- HDJ CH Pitié Salpêtrière (75)
- HDJ CH Cochin (75)
- HDJ CH Bichat (75)
- HDJ CH Henri Mondor (94)
- HDJ CH Kremlin Bicêtre (94)
- HDJ CH Poissy (78)
- HDJ CH Victor Dupuy (95)

En parallèle, la région présente une densité encore élevée de rhumatologues libéraux : 3,4 rhumatologues pour 100 000 habitants en Ile-de-France et 6,2 pour 100 000 à Paris, contre 2,8 en moyenne nationale.

Cependant la répartition et le mode d'exercice de ces professionnels varie selon la densité de l'offre hospitalière dans le département d'installation (cf. tableau ci-dessous). En outre, cette densité de rhumatologues et de généralistes doit être mise en perspective avec les tendances démographiques des professions concernées : 31% de ces professionnels partiront à la retraite dans les 5 ans qui viennent¹⁰ et leur remplacement posera des difficultés, l'installation en exercice libéral attirant de moins en moins les jeunes diplômés.

L'Ile de France est en revanche sous-dotée en médecins généralistes avec 66 pour 100 000 habitants contre 82 en France métropolitaine – et assez proche de la moyenne nationale à Paris à 80 pour 100 000.

Dépt.	Qualification	Hôpitaux	Libéral	Mixte	Salarié
91	Généraliste	1 CH	57,70%	4,80%	37,60%
	Rhumatologue		79,30%	6,90%	13,80%
92	Généraliste	2 CH dont 1	46,20%	4,50%	49,20%
	Rhumatologue	APHP	49,40%	13,50%	37,10%
77	Généraliste	1 CH	59,70%	9,00%	31,40%
	Rhumatologue		51,90%	29,60%	18,50%
93	Généraliste	3 CH APHP	50,60%	5,50%	43,90%
	Rhumatologue		34,80%	26,10%	39,10%
95	Généraliste	1 CH APHP	57,60%	6,60%	35,90%
	Rhumatologue		16,70%	36,10%	47,20%
94	Généraliste	1 CH APHP	50,70%	6,90%	42,40%
	Rhumatologue		34,20%	32,90%	32,90%
75	Généraliste	7 CH dont 4	41,40%	7,30%	51,30%
	Rhumatologue	APHP	25,70%	30,50%	43,80%
78	Généraliste	2 CH	59,70%	5,60%	34,70%
	Rhumatologue		52,80%	32,10%	15,10%

⁹ Fusion avec le service l'Hôpital Bichat est prévu

¹⁰ *Le Livre Blanc de la Rhumatologie Française 2015*, par le Syndicat National des Médecins Rhumatologues, la Société Française de Rhumatologie, et le Collège Français des Médecins Rhumatologues

La densité favorable de rhumatologues à Paris et en Ile de France ne signifie pas pour autant que l'accès à un rhumatologue est aisé. En effet, les rhumatologues exerçant dans Paris intramuros sont d'ores et déjà débordés : ils desservent en effet une patientèle originaire de la petite, grande couronne mais également de départements limitrophes de l'Ile de France du fait de l'accessibilité géographique de Paris.

Le virage ambulatoire attendu nécessite ainsi de nouvelles formes d'organisation. En effet, moins nombreux, les médecins généralistes ne pourront prendre en charge le suivi de leurs patients que s'ils sont accompagnés par des protocoles thérapeutiques et de suivi fournis par leurs confrères spécialistes en rhumatologie. Ces derniers pourront se recentrer sur le suivi spécialisé que s'ils ont du temps et des outils : les nouveaux actes majorés (consultation spécifique, complexe, pour patient atteint de PR -majoration PPR- et consultation de mise sous biothérapie -majoration MPB-) sont des outils, le CeSOA sera un autre outil pour faciliter et accélérer les bilans.

Champ d'application territorial

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial Et observations éventuelles
Local	NON	
Régional	OUI	Ile de France (tous les départements)
Interrégional	OUI	Limitrophe de l'Ile de France
National	NON	

Catégories d'expérimentations

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 -I-1°)	Cocher
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projet d'expérimentation d'expérimentations	
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	<input checked="" type="checkbox"/>
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	<input type="checkbox"/>

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°) ¹¹ :	Cocher
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle	<input checked="" type="checkbox"/> Pertinence et prescription des médicaments - Bio similaires
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières	<input type="checkbox"/>
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.	<input type="checkbox"/>

¹¹ Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1)

Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation

I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites du financement actuel	<p>Il n'existe pas dans le droit commun de prise en charge du temps d'apprentissage thérapeutique intégrée aux consultations spécialisées des pathologies chroniques invalidantes (IDE et kinésithérapie)</p> <p><i>En ville</i> : Actes non coordonnés, retards de diagnostic, hospitalisations évitables</p> <p><i>A l'hôpital</i> : utilisation de l'hospitalisation de jour pour des prestations possibles en ville</p>
<p><u>Dérogations de financement</u> envisagées (article L162-31-1-II-1° et 3°) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Facturation,</i> • <i>Tarifcation,</i> • <i>Remboursement,</i> • <i>Paiement direct des honoraires par le malade,</i> • <i>Frais couverts par l'assurance maladie</i> • <i>Participation de l'assuré</i> • <i>Prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux</i> 	<p>Dérogation facturation : Forfait unique pour un bilan contenant accueil consultation spécialisée, acte technique, acte infirmier et/ou kinésithérapie</p> <p>(Secteur 1 sans reste à charge pour le patient et les médicaments prescrits par les médecins et acquis par les patients en pharmacie)</p> <p>Les patients relèveront, en majorité, des régimes de bases de l'assurance maladie, la grande majorité des patients admis seront en début de maladie et n'auront pas encore effectué les démarches d'ALD (soit – de 25%).</p>

II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites des règles d'organisation actuelles	<p><i>Organisation des soins non optimisée pour la prise en charge et l'initiation des traitements des rhumatismes inflammatoires – errance diagnostique, suivi des comorbidités insuffisant, ...- , des pathologies rachidiennes liées à l'ostéoporose, chronicisation évitable de pathologies du rachis -carence de prise en charge précoce et dégradation vers des maladies invalidantes, ...- Utilisation de l'hospitalisation de jour imparfaite malgré les évolutions des financements</i></p>
<p><u>Dérogations organisationnelles</u> envisagées (article L162-31-1-II-2°):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Partage d'honoraires entre professionnels de santé</i> • <i>Prestations d'hébergement non médicalisé</i> 	<p><i>Partage du forfait entre professionnels (rhumatologues, IDE, kinésithérapeute)</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements</i> • <i>Dispensation à domicile des dialysats</i> 	<p><i>Importance de la coordination du parcours en amont (adressés sur des critères précis aux spécialistes) et en aval (travailler avec le réseau et les correspondants en leur donnant une place précise dans le suivi)</i></p>
---	---

Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement :

A. Volumétrie de patients : un modèle visant un maximum de 3 600 patients/an

Les hypothèses de l'estimation

Révision du Cahier des charges - décembre 2021

On estime à 3600 le nombre maximum de patients annuels du CeSOA. Ce nombre de patients/an est estimé à partir des ressources de temps médical mobilisées dans le cadre du CeSOA.

Le passage d'un patient au CeSOA est protocolisé autour du parcours interne du patient au CeSOA déjà décrit dans les pages précédentes.

Dans le cadre de ce circuit, chaque jour, deux médecins interviennent en binôme 10H chacun, dont 8h de consultations, auxquelles il faut ajouter 1h30 à 2h de tâches annexes (planification des soins, coordination avec les adresseurs...). Chaque médecin peut ainsi recevoir 8 à 9 patients par jour, dans le cadre des rendez-vous programmés, 2 supplémentaires pourraient être reçus en soins non programmés.

Le centre est ouvert 5 j/7, 45 semaines par an (déduction faite de 5 semaines de fermeture pour congés payés et des jours fériés). A raison de 2 médecins par jour ouvré, chaque médecin intervenant une journée par semaine, un total de 10 médecins permettra de faire fonctionner le CeSOA. Ce modèle d'organisation offre donc 100H (50 x 2 cabinets) de présence du personnel médical pour 40H d'ouverture au public chaque semaine.

Ainsi, sur ce schéma d'organisation de 8 à 9 patients par jour ouvré par médecin, sur 45 semaines dans l'année, on estime que chaque médecin peut recevoir 360 patients dans l'année, soit 3600 patients pour le CeSOA.

Cette activité cible est raisonnable, d'autant qu'elle ne tient pas compte des patients qui pourraient être pris en urgence - 2 patients supplémentaires par jour et par médecin -, dans la mesure où ces prises en charge viendraient compenser les éventuelles absences aux rendez-vous (pour mémoire, le taux d'absentéisme est de 15% en centre de santé malgré la mise en place de méthodes de rappel, d'annulation à distance etc.).

Un objectif crédible

Cette estimation à 3600 patients annuel nous semble tout à fait crédible dans le contexte régional. Rappelons qu'en Ile-de-France, on estime à 2,8 millions le nombre annuel de recours potentiels à un rhumatologue, pour près de 6,5 millions de patients potentiels. Ainsi, avec 3600 patients visés, les 10 rhumatologues du CeSOA, qui représentent 2,3 % des professionnels de la région, touchent 0,08 % des patients potentiels de toute la région, soit une cible plancher au regard de l'ampleur des besoins actuels et à venir. Un patient passe une fois dans l'année au Cesoa.

Rappelons également que l'adressage au CeSOA bénéficie dès le démarrage d'un réseau qui jouera un effet de levier propre à inscrire la structure dans le paysage. Ce réseau est constitué :

- Des 10 rhumatologues fédérés autour de ce projet,
- Des médecins spécialistes d'organes correspondants, qui ensemble représentent près de 2,5 % des professionnels de la région (434 rhumatologues), et ont un rayon d'attraction dépassant largement Paris et même l'Ile-de-France (Cf attractivité plus haut)
- Des médecins des centres de santé de la MGEN, qui touchent 100 000 patients, dont une grande majorité de femmes (67 %) et dont la moyenne d'âge est de 58 ans.

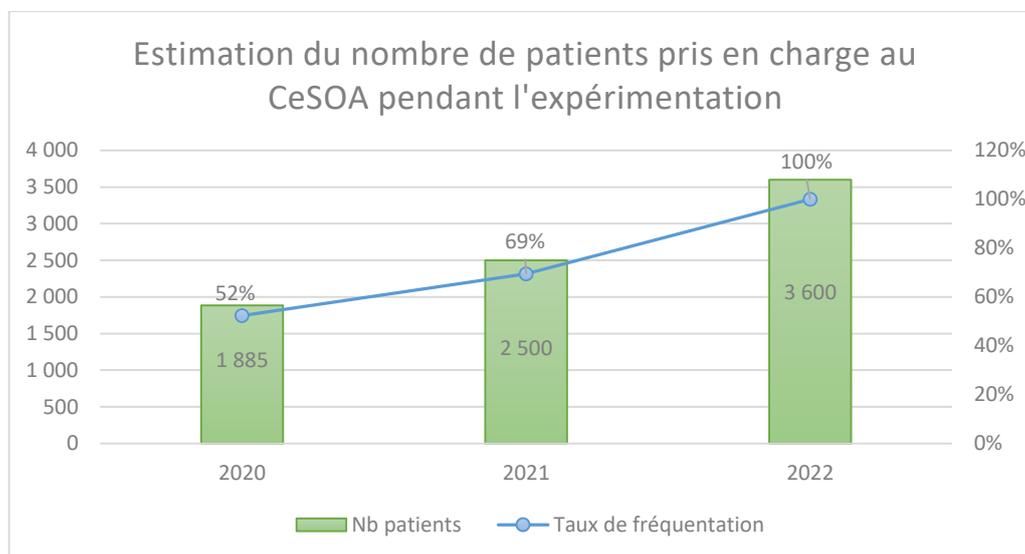
Soulignons enfin qu'à ce jour, le projet CeSOA n'a aucun équivalent et répond à un besoin attendu des professionnels libéraux. En effet, s'agissant des rhumatologues, le CeSOA cible les patients qui ne relèvent ni de la consultation spécialisée simple, ni d'une hospitalisation de jour ou *a fortiori* traditionnelle. Avec en moyenne un temps de consultation de 24 minutes en libéral, 29 minutes en hospitalier, contre 45 minutes dédiées par le CeSOA, les médecins rhumatologues ne disposent que rarement du temps nécessaire pour établir l'évaluation pluri-professionnelle, le diagnostic et le traitement proposés par le CeSOA en un seul temps. Quant aux médecins traitants, qui représentent 80 % de l'adressage aux rhumatologues libéraux, et dont le nombre diminue à Paris et dans d'autres départements de la région, ils trouveront dans cette nouvelle prestation un service inédit susceptible de raccourcir considérablement les délais et les orientations pour le suivi des patients qu'ils adressent et une réponse aux besoins spécifiques de certains de leurs patients suspectés de/atteints de pathologies ostéo articulaires (voire plus haut les critères d'inclusion).

Il se peut que certains patients s'adressent directement au CESOA mais de façon marginale : on estime, en effet, qu'un peu moins 4% des patients viennent consulter un rhumatologue sans être adressés. En tout état de cause, quel que soit le mode d'accès au Centre, les personnels du CESOA vérifieront lors de la prise de RDV si les critères d'inclusion pour une prise en charge CeSOA sont remplis, et dans le cas contraire les patients seront adressés à la consultation la plus adaptée à leur cas.

Une montée en charge progressive permettant sur 3 ans de prendre en charge 7 985 patients¹².

¹² 8 885 patients dans le cas où l'expérimentation serait prolongée jusqu'au 31 mars 2023

Le rythme de montée en charge de l'activité du CeSOA a été calqué sur celui observé par la MGEN pour l'ouverture d'une nouvelle activité de type centre de santé en ville.



L'effectif global de patients sur 3 ans serait donc de **7 985 patients** dont la prise en charge sera financée par l'expérimentation¹³.

B. Estimation financière du modèle

Le modèle fait le choix de la simplicité avec un forfait unique

Le choix du modèle de financement de l'activité du CeSOA est celui d'un forfait unique. Ce forfait unique présente l'intérêt d'être lisible, au regard des quatre profils de patients principaux ciblés par le CeSOA.

Il s'agit d'un forfait annuel patient, d'un forfait « tout compris » sur une phase définie du parcours, celle du bilan diagnostique. Son montant est estimé à 310 €

Outre sa lisibilité, le choix d'un forfait unique se justifie par :

- Des profils de patients reçus obéissant à ces critères d'inclusion bien définis
- L'application de protocoles standardisés de prise en charge pour le suivi de chaque sous-groupe de patients visés.

De ce fait, si les prises en charge pouvaient, évidemment, différer selon les patients, l'application de protocoles impliquerait des temps médicaux, de recueils d'information, des temps de synthèse qui seront assez comparables.

¹³ 8 885 patients dans le cas où l'expérimentation serait prolongée jusqu'au 31 mars 2023.

En d'autres termes, les procédures étant standardisées, on sait que les différentes pathologies éligibles au CeSOA ne présentent pas d'écart importants en termes de temps médical / paramédical et de secrétariat dédié d'une part, et de type d'examen réalisés d'autre part d'un patient à un autre, mis en œuvre dans le projet.

La composition du coût du forfait

La moitié du coût du forfait est composé des charges de personnel médical, et 61 % de l'ensemble des charges de personnel. Ces charges incluent également les indemnités de licenciement des personnels salariés, qui doivent être provisionnées sur un projet d'expérimentation à 3 ans. Les charges de personnel représentent plus de 60 % des coûts, et cela reflète le rôle clef que joue l'équipe médicale et paramédicale constituée dans la réussite du projet. Cette équipe médicale et soignante est composée comme suit :

- 2,9 ETP de rhumatologues. L'engagement et la qualité des équipes de rhumatologues étant des facteurs clefs de réussite du projet, les niveaux de rémunération de ces derniers ne doivent pas être désincitatifs. Ils ont été calculés (520 €/jour) de façon à être équivalents à leurs honoraires.
- 2 ETP IDE
- 1 ETP de kinésithérapeute
- 1 ETP de manipulateur radio
- 0.5 ETP d'ergothérapeute
- 1 ETP de cadre administratif
- 2 ETP de secrétariat

		ETP année pleine
Personnels médicaux	Médecins spécialistes Rhumatologie	2,9
Personnels paramédicaux	Infirmier diplômé d'Etat	2
	Masseur Kinésithérapeute	1
	Manipulateur radio	1
	Ergothérapeute	0,5
Personnel administratif	Cadre administratif	1
	Secrétaire médicale	2
Total		10,4

Le personnel administratif sera composé de deux secrétaires médicales pour couvrir les temps d'ouverture de la structure et d'un cadre administratif.

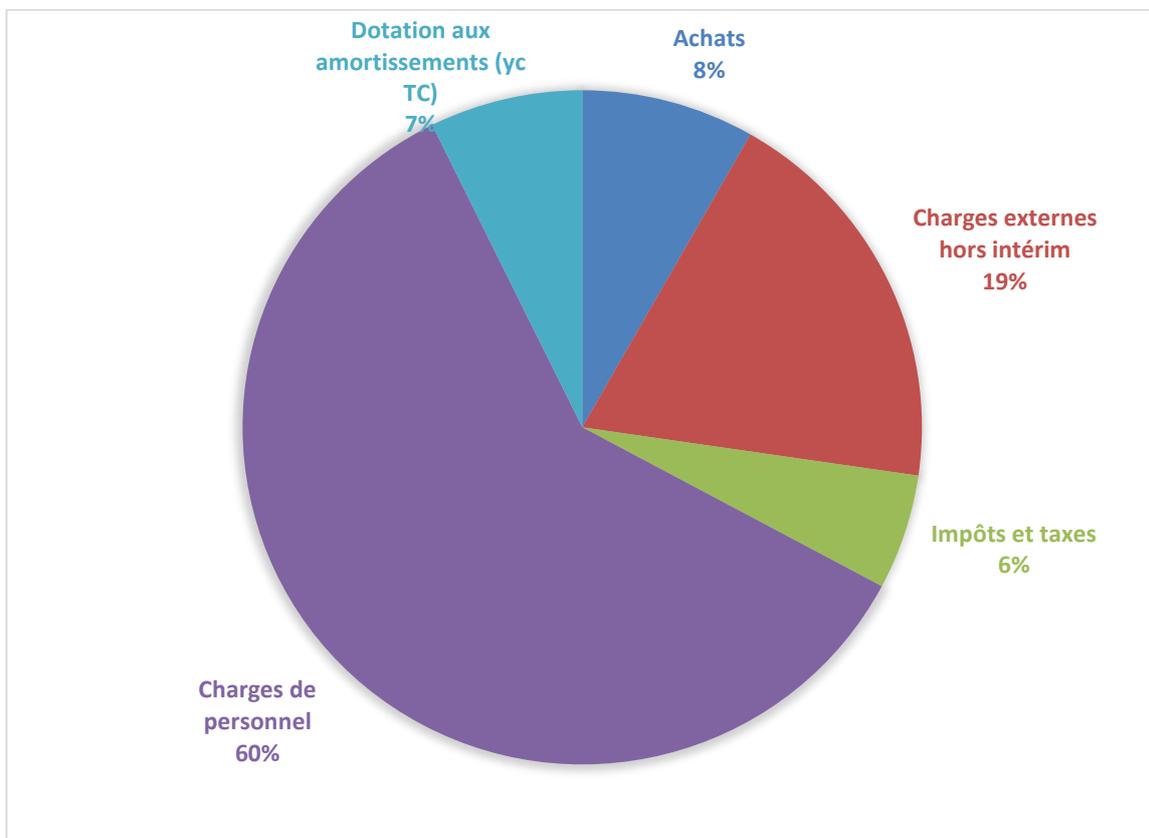
Le plateau technique sera composé de la sorte :

- Un plateau de radiologie avec scope (table verticale et horizontale) réalisé par le manipulateur radio et interprété par le radiologue en support
- Chaque cabinet médical disposera d'un échographe
- L'accès programmé à l'ostéodensitomètre du centre de santé

Les charges externes sont estimées à 17% du chiffre d'affaires. Cette estimation comprend le coût du loyer et des charges, mais aussi les vacations d'utilisation de l'ostéodensitomètre, la maintenance et location des équipements.

Les achats ont été simulés sur la base de la moyenne de ces dépenses dans les structures de la MGEN.

Au total, les coûts de fonctionnement représentent 89 % du coût du forfait. A ces derniers s'ajoutent les dotations aux amortissements, associés notamment aux travaux qu'il sera nécessaire d'entreprendre pour l'adaptation des locaux à l'activité.



Les coûts de fonctionnement sont limités grâce au portage par la MGEN et à l'adossement du CeSOA à un Centre de Santé :

- La **mutualisation des ressources** :
 - L'ostéodensitomètre est partagé, évitant un investissement de 60 000 €
 - Les locaux sont partagés, qui permettent d'appliquer un coût annuel du loyer et des charges particulièrement bas (respectivement 375€ et 75€ par m2/an)
- Le **regroupement des achats** et l'inscription dans les procédures d'achat vertueuses adoptées par la MGEN, qui jouent notamment sur le coût des licences pour les logiciels administratifs, des personnels et des professionnels de santé.
- La **maîtrise des coûts** constitue une priorité pour la MGEN. La poursuite de cet objectif se traduit par des engagements de maîtrise / réduction des charges d'exploitation et est inscrite

au sein de la ligne managériale de la structure. Ceci peut prendre la forme d'achats groupés (contrats cadres au niveau national) ou d'une externalisation sur certaines fonctions, actée dans les choix stratégiques de la MGEN au niveau national (restauration, nettoyage...). L'activité achat est répartie par catégorie de fournisseur entre les différents échelons (MGEN / groupe Vyv) pour la sélection, la négociation des prix et la contractualisation.

- Par exemple un contrat Groupe sur la pharmacie représente un montant annuel de 8.3M d€ avec une centrale d'achat spécialisée (la CACIC) dans l'achat de médicaments et des dispositifs médicaux permet une efficacité importante et une maîtrise des coûts.
- L'objet du contrat avec la CACIC est aussi qualitatif et prévoit :
 - La mise à disposition à l'ensemble des établissements de La MGEN des conditions négociées des spécialités pharmaceutiques et des dispositifs médicaux par la Centrale
 - La mise à disposition d'un outil de passation de commandes (EDI)
 - La réalisation d'audits ciblés, recommandations et plans de progrès
 - Un reporting mensuel des consommations

L'équilibre du modèle

Avec un forfait à 310 € pour une activité de 3600 patients annuel (un patient ne passe qu'une fois par an), le modèle économique du CeSOA s'équilibre à partir de la 3^{ème} année.

Activité augmente de 50% à 100% d'occupation en 3 ans	Année 1	Année 2	Année 3
Produits de l'activité			
Forfaits "Passage CESOA"	584 350 €	775 000 €	1 116 000 €
Charges de l'activité			
Achats	95 241 €	95 956 €	92 427 €
Charges externes hors intérim	211 376 €	211 948 €	213 538 €
Impôts et taxes	61 033 €	61 491 €	61 952 €
Charges de personnel	675 142 €	658 614 €	671 551 €
EBE	-458 442 €	-253 009 €	76 533 €
En % du CA		-33%	7%
Dotation aux amortissements (yc TC)	5 583 €	78 683 €	81 683 €
Résultat courant	- 464 025 €	-331 692 €	-5 151 €
En % du CA	-78%	-43%	0%
Total des dépenses	1 048 375 €	1 106 692 €	1 121 151 €

Les modalités de paiement

Pour lisser les éventuelles difficultés de trésorerie associées aux rythmes d'évolution de l'activité sur un plan de charges qui ne peut être adapté qu'à la marge, le CeSOA propose une facturation au forfait, par douzième sur l'activité prévue chaque année.

Un modèle économique performant

L'analyse de la composition des charges entrant dans le forfait unique proposé par le modèle du CeSOA montre que le modèle s'appuie sur une organisation resserrée, dont les coûts sont maîtrisés par la gestion rigoureuse de chacune de leurs composantes.

La comparaison du coût du forfait du CeSOA avec les modalités actuellement en place pour la réalisation des diagnostics et bilan n'est pas aisée puisque par définition le projet porte un modèle nouveau, dont les contours ne sont comparables à terme ni aux consultations complexes en ville, ni à l'hospitalisation de jour ni même aux prestations intermédiaires qui peinent tant à s'organiser à l'hôpital.

En effet, pour comparer le montant du forfait avec un parcours de consultations en ville, il faudrait d'une part retracer les allers/retour préalables à la consultation de diagnostic, mais aussi prendre en compte les temps annexes d'élaboration de démarche d'apprentissage thérapeutique, réalisés par l'IDE en lien avec le kinésithérapeute et pris en compte dans le forfait du CeSOA. S'ils sont réalisés sur le temps médical, ils sont nécessairement plus coûteux.

De même, la comparaison avec les 110 € du forfait prestation intermédiaire (FPI) n'est pas pertinente. D'abord, le FPI est une modalité encore très marginale de prise en charge : 1000 FPI¹⁴ en Ile de France en 2018 (données Scan Santé M12). L'une des raisons réside sans doute dans la complexité des critères définissant l'éligibilité des situations dans lesquelles sont appliqués les FPI, et les litiges qu'ils soulèvent. L'autre raison tient à des difficultés d'organisation rencontrées par les équipes médicales et paramédicales pour multiplier les modalités de prise en charge à côté d'une activité d'hospitalisation, qui reste structurante dans les services concernés.

Par ailleurs, d'un point de vue strictement économique, les deux modèles ne couvrent pas les mêmes périmètres. Le FPI vient financer en moyenne les coûts non valorisés dans le cadre d'une facturation externe, comme les temps de coordination et de synthèse ou l'intervention de professionnels dont les avis ne sont pas répertoriés dans la nomenclature des actes. Le FPI est donc un complément et non un « tout compris » comme le forfait proposé par le CeSOA. A titre d'illustration, et pour donner des ordres de grandeur, si on ramenait le forfait CeSOA à ce périmètre du FPI, on en réduirait significativement le montant. En effet, le modèle d'organisation compte 20 % de temps médical dédié aux travaux de synthèse ou de coordination, tandis que 80 % du temps des rhumatologues relève de la consultation et de la réalisation des actes techniques (écho, infiltrations...) compris dans le forfait. Si on retire ces 80% de temps médical que le FPI facture en sus, pour ne garder que 20 % de temps de coordination et synthèse, le montant du forfait diminue de 40 %, pour atteindre 121 €, soit un montant peu éloigné de celui du FPI.

Le forfait du CeSOA offre donc une prestation qui n'existe pas encore, la simplicité, la lisibilité, d'un schéma économique globalement aligné sur les coûts en vigueur dans les autres secteurs. Mais son intérêt premier réside aussi et surtout dans les économies plus globales qu'il permet de réaliser sur les prises en charge en rhumatologie.

¹⁴ Il s'agit des FPI liés à l'activité de diabétologie et de rhumatologie sans connaître la répartition entre les deux pathologies.

C. Soutenabilité financière du projet d'expérimentation (bénéfices identifiés/ coûts évités/ économies potentielles.)

Les économies sur les prises en charge précoces et l'observance : l'exemple des pathologies ostéoarticulaires du rachis

Le CeSOA propose, dans des conditions strictement définies, le passage de patients atteints de pathologies ostéoarticulaires du rachis. Le coût annuel direct des soins des pathologies ostéoarticulaires du rachis est estimé à 6 000 €/an (Rapport de l'Académie de médecine, Oct. 2018). Avec un montant d'à peine plus de 300 €, qui comprend diagnostic et programme coordonné de soins en filière organisée, le CeSOA propose un forfait qui représente 5% du coût annuel des soins directs (6 000 €/an) par patient. Or, les économies attendues en termes de prescriptions, si elles sont difficilement chiffrables, sont bien plus importantes. En effet, on constate aujourd'hui encore que ces parcours de diagnostic portent des surcoûts significatifs, avec le suivi insuffisant des recommandations par les médecins, les prescriptions souvent inefficaces, les examens redondants car mal coordonnés.

Ces surcoûts sont trop dispersés pour faire l'objet d'une évaluation précise. Pour autant, ils se cumulent et s'ils sont évités pour les patients dont le parcours passe par le CeSOA, les **économies permises** remboursent, si ce n'est l'intégralité du forfait de cette nouvelle offre, du moins une grande partie de son montant.

Une seconde source d'économies à attendre du CeSOA sur les pathologies rachidiennes est plus significative encore, et réside dans le **coût indirect de ces pathologies**. Ce coût indirect est 7 fois plus élevé que celui des soins directs, s'élevant à 44 000 € par an par patient (INRS, lombalgies, oct. 2018). Ce coût indirect est associé à l'impact de ces pathologies sur la situation professionnelle des personnes atteintes, et en particulier sur les Accidents du Travail. La démarche thérapeutique proposée dans le cadre du forfait CeSOA, met l'accent sur la prise en charge précoce, l'observance et la prévention des risques de chronicisation. Le passage au CeSOA permet par exemple d'orienter le patient vers des programmes d'ETP externes adaptés, comme le ré-entraînement à la marche, ou la prévention des chutes. L'objectif est clair : il s'agit d'éviter les risques associés à l'évolution de cette pathologie.

Le calcul économique est tout aussi clair lorsque l'on sait que 85 % des coûts indirects sont liés aux lombalgies chroniques, qui concernent 10 % des patients atteints de pathologies rachidiennes (« Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses ». *Propositions de l'Assurance Maladie pour 2017*).

Supposons que le CeSOA prenne en charge 2 000 patients atteints de ces pathologies rachidiennes, dans les conditions définies par ses critères d'inclusion, soit 40 % de sa patientèle annuelle ;

Si on retient par ailleurs :

- Les chiffres de l'assurance maladie, avec un passage à la chronicité qui concerne aujourd'hui 10 % des patients atteints ;

- Les évaluations de l'étude de Coudeyre E, Tubach, F. Plosone de 2007 selon laquelle l'ETP permet de réduire de 25 % le risque de chronicité.

Dans ces conditions, le chiffre de 200 patients présentant un risque de chronicité peut être réduit de 25 %. Le CeSOA pourrait ainsi **éviter la chronicisation de 50 patients**. Outre le considérable service médical rendu, compte tenu des coûts indirects estimés à 44 000 par an, le CeSOA permettrait une économie de 2,2 millions d'euros, soit un montant 3,7 fois supérieur à celui du coût du forfait annuel pour les 2000 patients souffrant d'une pathologie rachidienne.

Le montant des **économies potentielles**, pour une estimation à 44 000 € / an de coûts indirects, est sans commune mesure avec le montant du forfait, qui ne représente que 0,7 % de ces coûts indirects. Sur 2000 patients, 14 évitant le passage à la chronicité suffisent à générer des économies substantielles pour l'assurance maladie.

Economies sur l'hospitalisation : l'exemple des nouvelles biothérapies sous-cutanées

Le CeSOA propose **d'initier en ville des biothérapies** sous cutanées aujourd'hui exclusivement réalisées en hospitalisation dans les conditions qui ont été décrites, impliquant dans la grande majorité des cas deux séjours, parfois avec ou mais le plus souvent sans nuitée, à l'hôpital.

Si on considère que 15 % des patients du CeSOA, soit 513 patients, sont concernés par l'initiation d'une biothérapie, cela représente un coût de 156 465 €. L'hospitalisation de jour pour un nombre équivalent de patients, à raison d'une moyenne de deux séjours est plus onéreuse. Le groupage dans la situation évoquée se fera le plus souvent dans le GHM 23M091 Chimiothérapie pour affections non tumorales, niveau 1 dans la mesure où l'hospitalisation de jour aura eu pour objectif un bilan et l'injection d'anti TNF. Le Tarif des GHS dans le cas pris en charge par le CeSOA est : GHS 7970 valorisé à 849,14 €.¹⁵

Parallèlement, l'engagement du CeSOA à promouvoir les médicaments biosimilaires devrait participer aux économies importantes attendues de cette évolution. On estime que le différentiel de prix entre le princeps et le biosimilaire est de l'ordre de 15 %. Ces économies sont hors-forfait, les coûts du médicament n'étant pas inclus dans ce dernier. Elles doivent néanmoins être prises en compte à un niveau plus global.

Economies sur le resserrement des délais de diagnostic : l'exemple des bilans de rhumatisme inflammatoire débutant ou la fin de l'errance médicale

L'estimation des coûts de la prise en charge de patient atteints de rhumatismes inflammatoires, dans la phase diagnostique, thérapeutique et de suivi, y compris pour la prévention des comorbidités, n'est pas aisée. On sait cependant que les différentes sources mobilisées permettent d'estimer que :

- Les coûts de soins directs, dans les conditions actuelles, sont compris en 9 216 et 11 575 € / an

¹⁵ Références utilisées : guide de codage du PMSI en rhumatologie édité par la Société Française de rhumatologie (voir page 63). Arrêté du 28/2/2018 fixant pour l'année 2018 les éléments tarifaires... (c'est-à-dire les tarifs des GHS en MCO pour 2018)

- Les soins directs non médicaux sont de 4 857€/an
- Les coûts indirects associés principalement aux arrêts de travail sont estimés à 5 076€.

En première approche, on ne retient que les coûts de soins médicaux, ceux qui sont principalement engagés dans la phase diagnostique et thérapeutique sur laquelle le CeSOA est positionné. On retient un coût moyen direct de 10 400 €/an. Le forfait CeSOA représente moins de 3% de ces coûts de soins directs.

Les **économies attendues sont de différents ordres**, au premier rang desquelles on trouve la réduction des délais de diagnostic, qui permet un traitement précoce, favorable au pronostic. Par ailleurs, d'autres économies sont attendues qui relèvent de la diminution des prescriptions inutiles. Une étude réalisée par le réseau RHEVER portant sur 160 patients atteints d'une arthrose de la hanche ou du genou a montré que les parcours comprenaient un nombre important d'examens inutiles. De même, un travail réalisé par le service de chirurgie orthopédique de l'Hôpital de la Croix Saint-Simon¹⁶ estime que les prescriptions d'IRM ne sont dans leur grande majorité d'aucune utilité. Par exemple, 84 % des IRM prescrits pour l'arthrose du genou sont jugées d'aucune utilité. Les deux tiers de ces prescriptions émanent des médecins traitants, un tiers des rhumatologues.

Intérêt de l'IRM par articulation						
		Hanche	Genou	Arthrose	Ligament, ménisques...	Chevilles et pied
				73%	27%	
Radiographie		100%	56%	60%	44%	67%
Prescripteur IRM	Médecin T	65%	78%	74%	89%	50%
	Rhumatologue	35%	18%	24%	4%	25%
Intérêt IRM	Aucun	95%	74%	83%	41%	67%
	Diagnostique	5%	26%	17%	48%	33%
	Thérapeutique	0%	10%	1%	33%	8%
IRM demandée par chirurgien	Non	95%	85%	99%	52%	83%
	Oui	5%	15%	1%	48%	17%

¹⁶ Coûts réduction IRM inutile : Etude interne du service de chirurgie, Dr Wilfried Graff, H de la Croix Saint Simon

Chiffrer précisément ces économies sans disposer des données précises sur un panel de patients est un exercice périlleux. Néanmoins, pour donner un ordre d'idée, on peut examiner deux cas de figures, avec une même situation où le CeSOA verrait 1300 patients souffrant de rhumatismes inflammatoires.

- Une hypothèse « haute »¹⁷, où les économies de prescriptions et de délais diagnostic permettent de réduire les soins directs de 30 %, ramenant les coûts directs de soins de 10 400 à 7 280€ par patient. Ramenées aux 1300 patients du CeSOA, ces économies s'élèvent à 4 millions d'euros, soit un montant 10 fois supérieur au coût des forfaits (391 315€).
- Une hypothèse « basse »¹⁸, où les économies permises permettent de réduire les soins directs de 10 % et sur une moitié seulement des 1300 patients adressés au CeSOA. Même dans ce cas de figure peu optimiste, les économies permises sur les soins directs (677 040 €) restent deux fois plus élevées que le coût du forfait pour les 1300 passages de patients au CeSOA.

Il apparaît ici que même si le projet CeSOA ne se substitue pas immédiatement à la somme des consultations redondantes et examens inutiles, même si ce processus requiert du temps, le temps normal de la montée en charge de l'activité du CeSOA et le temps de l'inscription de cette nouvelle offre ambulatoire dans le paysage régional, les coûts du forfait sont rapidement compensés par des économies sur les coûts de soins directs. Par ailleurs, ces résultats montrent aussi le potentiel très important de cette expérimentation, dès lors qu'elle prouverait pouvoir être répliquée sur une échelle plus importante.

¹⁷ Cette hypothèse renvoie à la première version du cahier des charges

¹⁸ Cette hypothèse renvoie à la première version du cahier des charges

Modalités de financement de l'expérimentation

Tenant compte de la nature du projet et du contexte de crise sanitaire, l'ensemble des parties (porteur, niveau régional, niveau national) s'est entendu sur :

- **une révision de la montée en charge de la file active**
- **une révision du besoin de financement telle que précisée ci-dessous, reposant sur :**
 - (i) une révision des crédits d'amorçage pour 2020 et 2021 uniquement, financés à titre exceptionnel :

- sur une partie du FISS : aide correspondant à deux mois d'activité pour les années 2020 et 2021

- sur une partie du FIR pour une aide correspondant à 85k€ en 2020 et 40,5 k€ en 2021

- (ii) une aide exceptionnelle du FISS au titre de la perte d'activité liée à la crise Covid 19 de 183k€ en 2020 (basée sur le calcul suivant : $1885-1295^{19}=590$ patients * 310 €)

Dans le cas où la file active serait inférieure à celle révisée pour 2021, il ne pourra y avoir de révision des crédits d'amorçage à titre exceptionnel.

Dans le cas où la file active serait supérieure à celle révisée pour 2021, le montant des crédits d'amorçage à titre exceptionnel sera actualisé avec l'activité réelle de 2021.

Le besoin de financement pour l'expérimentation Cesoa est ainsi revu et récapitulé ci-dessous :

	2019	2020	2021	2022	Total
Nombre de patients estimé en fonction de la montée en charge (nouvelle version)	-	1 885	2 500	3 600	7 985
Recettes liées au financement des prestations dérogatoires (FISS)	-	584 350 €	775 000 €	1 116 000 €	2 475 350 €
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 €	-	-	-	74 150 €
Total	74 150 €	949 750 €	945 500 €	1 116 000 €	3 085 400 €
<i>sous total financement FISS</i>		864 750 €	905 000 €	1 116 000 €	2 885 750 €
<i>sous total financement FIR</i>	74 150 €	85 000 €	40 500 €		199 650 €

En conséquence, il est attendu un besoin de financement révisé de

¹⁹ Nombre d'inclusions au 10 décembre 2020 (données porteur)

- **2 885 750 € sur le FISS dont 2 475 350 € au titre des recettes liées au financement des prestations dérogatoires, 227 440 € au titre de crédits d’amorçage et 183 000 € au titre de la compensation liée au Covid 19 ;**
- **199 650 € sur le FIR dont 125 500 € pour les frais d’amorçage et 74 150 € pour couvrir les coûts d’ingénierie.**

Dans le cas où l’expérimentation serait prolongée jusqu’au 31 mars 2023, le besoin de financement revu serait le suivant :

	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Nombre de patients estimé en fonction de la montée en charge (nouvelle version)	-	1 885	2 500	3 600	900	8 885
Recettes liées au financement des prestations dérogatoires (FISS)	-	584 350 €	775 000 €	1 116 000 €	279 000 €	2 754 350 €
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 €	-	-	-	-	74 150 €
Total	74 150 €	949 750 €	945 500 €	1 116 000 €	279 000 €	3 364 400 €
<i>sous total financement FISS</i>	-	864 750 €	905 000 €	1 116 000 €	279 000 €	3 164 750 €
<i>sous total financement FIR</i>	74 150 €	85 000 €	40 500 €	-	-	199 650 €

Cette option de prolongation jusqu’au 31 mars 2023 ne pourra être envisagée que sous deux conditions

- Après avis de la cellule évaluation et décision du CTIS
- En considérant pour le trimestre complémentaire de 2023 les mêmes conditions de financement que pour 2022, à savoir aucun financement FIR ou FISS hors financement des prestations dérogatoires

Dans le cas où cette option serait retenue, le besoin de financement révisé serait de :

- **3 364 400 € sur le FISS dont 2 754 350 € au titre des recettes liées au financement des prestations dérogatoires, 227 440 € au titre de crédits d’amorçage et 183 000 € au titre de la compensation liée au Covid 19**
- **199 650 € sur le FIR dont 125 500 € pour les frais d’amorçage et 74 150 € pour couvrir les coûts d’ingénierie.**

Pour l'ingénierie du projet, nous avons estimé les charges incombant à MGEN de la manière suivante. (Voir tableau ci-dessous). L'ingénierie de démarrage du projet d'avril à octobre 2019 nécessite un budget estimé à 74 150€ pourra être pris en charge par le FIR.

Temps (en jour/homme) Mars 2019 -octobre 2019	Fonctions support MGEN										TOTAL	
	Resp. coordination projets	Dr Hudry	Direction médicale	RH	Juriste	Immobilier	Achats	Fin, compta	SI	Directeur CMD		
Réunions de cadrage site d'accueil Césoa	2	1										3
Préparation et organisation des réunions sur site (CMD Paris)	3											3
Suivi du volet économique dans la mise en œuvre du projet	3	2										5
Réunion opérationnelles	5	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	25
Réunions avec les partenaires	4	2										6
Prestation architecte	2	1				10						
Réunion tutelles	3	1	2									
Démarches de suivi et relances internes	2											2
Suivi de chantier	10					2						
Suivi comptable du projet	4	1						2				7
Suivi du volet SI	4								6			
Mise en œuvre de l'activité	18	10	2	5	5	10	3	5	15	5	5	78
												0
TOTAL	60	22	6	7	7	24	5	9	23	7	7	129
Coût moyen chargé du J/H	400 €	550 €	700 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	550 €		
Coût total	24 000 €	12 100 €	4 200 €	2 800 €	2 800 €	9 600 €	2 000 €	3 600 €	9 200 €	3 850 €		74 150 €

Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées

L'expérimentation intégrera dès sa phase de démarrage en lien avec le comité scientifique des indicateurs :

- Des indicateurs de performance et d'atteinte des objectifs
- Des indicateurs de satisfaction des patients
- Des indicateurs de processus, de suivi du déploiement du projet

Pistes d'indicateurs de qualité et de performance :

- Concernant les patients en ALD 30 au titre des rhumatismes inflammatoires :
 - o Comparaison de la consommation de biens de santé, par rapport aux patients hospitalisés pour bilan ou initiation de biothérapie (données PMSI). Des études spécifiques menées dans l'année qui suit le passage dans le CeSOA versus un échantillon de patients hospitalisés pour le même diagnostic
 - o Pourcentage de patient mis sous bio similaires
- Concernant les patients atteints de pathologie ostéoarticulaires du rachis et des membres :
 - o Le parcours de soins sera comparé aux patients de la base SNIRAM ayant eu au moins une imagerie en coupe. Comparaison de la consommation de bien de santé dans l'année chez les patients vu dans le CeSOA pour une pathologie arthrosique des membres versus un échantillon de patient apparié (âge, IMC, comorbidité ayant eu une radio du genou ou de la hanche en externe). Cette même méthodologie d'appariement sera également proposée pour les pathologies déminéralisantes fracturaires versus les données du PMSI.
 - o Nombre d'arrêts de travail et durée par patient et par profil
- Concernant le dépistage des comorbidités :
 - o Pourcentage de patient chez qui une comorbidité a été découverte et qui a nécessité une action de prévention ou de prise en charge sera précisé.

Pistes d'indicateurs de satisfaction des patients :

- Questionnaire de satisfaction et « expérience » des patients
 - o Facilité d'accès
 - o Qualité d'accueil
 - o Compréhension des messages délivrés
 - o Etc.
- Evaluation de la qualité de vie
 - o Evaluation de la douleur
 - o Capacité de déplacement
 - o Etc.

Des indicateurs de processus, de suivi du déploiement du projet

- Nombre de patient suivis
- Provenance des patients
- Nombre de correspondants
 - Généralistes
 - Rhumatologues
 - Orthopédistes
- Temps de consultation moyen et médian
- Nombre de vacations par rhumatologues
- Nombre de démarche d'apprentissage thérapeutique réalisées
 - IDE
 - Kinésithérapeute
- Activité liée au dossier médical
 - Nombre de transmissions DMP
 - Activité messagerie
 - Evaluation de l'application des protocoles d'intervention permettant un alignement réel des pratiques sur les recommandations HAS / sociétés savantes.
 - Reconstituer le temps d'accès à un diagnostic / bilan / examen et de les comparer à des études existantes.

Des critères de reproductibilité du projet seront discutés en comité scientifique.

Procédure circuit du médicament

Le CeSOA disposera de médicaments et de dispositifs médicaux pour usage professionnels dont la liste et les quantités seront définis. Aucun médicament stupéfiant n'est détenu par le CeSOA

ACHATS :

Une pharmacie partenaire (convention de partenariat) fournit les médicaments, leur transport est sécurisé et les médicaments sont remis à l'IDE référente.

La gestion du sac d'urgence est traitée dans une procédure de gestion des sacs d'urgence.

DETENTION/STOCKAGE :

Les médicaments et dispositifs médicaux sont stockés dans une armoire identifiée et sécurisée.

Le stockage et l'étiquetage des médicaments détenus sont conformes à la réglementation en vigueur.

Un Audit sera réalisé régulièrement par l'IDE référente pour contrôle des conditions de stockage.

La gestion des médicaments périmés est organisée.

La gestion des médicaments à conserver au froid est organisée.

Le réfrigérateur pour les médicaments à conserver à basse température (entre +2 et +8 °C) est adapté aux besoins du CeSOA. Il est pourvu de systèmes de contrôle et de sécurité (enregistrement automatique informatique, alarme, ...). Il est exclusivement dédié au stockage des médicaments (ni boissons, ni aliments, ni prélèvements biologiques...).

Les listes de dotations sont réévaluées chaque année avec les médecins.

Vérification des armoires à pharmacie par l'IDE et inventaire annuel.

TRANSPORT :

Tout transport de médicaments entre la pharmacie et le CeSOA doit se faire dans des conditions d'hygiène et de sécurité permettant notamment de respecter le maintien des températures pour les produits thermosensibles, de garantir la sécurité par tout système de fermeture approprié et d'assurer un transport rapide pour les besoins urgents et les produits à faible stabilité.

- la sécurité des médicaments est assurée par le personnel de la pharmacie :
 - avec des caisses identifiés et scellés ;
 - avec un transport rapide pour les besoins urgents et les produits à faible stabilité ;
 - en respectant la chaîne du froid, respect de l'abri de la lumière, pour les médicaments qui le nécessitent ;
 - avec organisation de la réception (lieu, professionnels en charge...).
- l'hygiène : les médicaments sont délivrés dans le conditionnement approprié.

Le responsable du transport des médicaments de la pharmacie au CeSOA est le personnel de la pharmacie (préparateurs/ pharmacien).

Un système spécifique de transport permet de répondre à la demande ponctuelle, incluant l'urgence, et de limiter les déplacements des personnels.

ADMINISTRATION

L'administration, dernière étape du circuit du médicament, succède aux étapes de prescription et dispensation.

Cette étape repose sur :

- la prise de connaissance de la prescription médicale ;
- la planification des actes d'administration des médicaments (plan d'administration) ;
- la préparation de l'administration des médicaments ;
- l'acte d'administration proprement dit ;
- l'enregistrement de l'acte d'administration ;
- l'information du patient ;
- la surveillance thérapeutique du patient.

L'administration des médicaments relève du rôle infirmier conformément à la réglementation en vigueur. Les étudiants en soins infirmiers peuvent participer, en fonction de leurs acquis professionnels, à l'administration des médicaments.

1- Contrôles préalables à la préparation de l'administration

- adéquation entre la prescription validée, la dispensation des produits à administrer et l'identité du patient;
- concordance identité patient / prescription : principes actifs, dosages, concentrations, formes galéniques adaptées aux voies d'administration ;
- concordance entre la prescription et l'état clinique du patient ;
- qualité des médicaments : aspect général, intégrité de l'emballage, date de péremption, conditions de conservation.

2- Reconstitution des doses ou préparation de l'administration

- calcul et vérification des calculs ;
- contrôle de compatibilité solvants/produits notamment pour les médicaments injectables ;
- reconstitution ;

3- Enregistrement de l'administration du médicament

- médicament, forme, dose, voie d'administration, date, heure, soluté de perfusion, durée et date d'arrêt s'il y a lieu, difficultés ou absence de prise, signature...

ELIMINATION

Le CeSOA disposera de conteneur DASRI pour l'élimination des produits de santé

La collecte sera organisée en lien avec le CMD de Vaugirard

INFORMATION DU PATIENT

Tout patient bénéficiant d'une thérapeutique médicamenteuse doit recevoir une information.

Cette information est décrite dans la loi relative au droit des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 et répond aux recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information établies par la HAS.

La loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé renforce notamment l'information du patient en matière de prescription hors-autorisation de mise sur le marché.

L'information du patient est une activité partagée entre les prescripteurs, l'équipe soignante et le pharmacien. Elle fait l'objet d'une politique d'établissement qui définit les rôles et les responsabilités des différents acteurs : prescripteurs, équipe soignante et pharmacien.

L'information du patient est consignée par tous les intervenants dans le dossier du patient de même que la traçabilité de la réflexion bénéfice/risque. De la qualité de cette information dépend le consentement du patient à ses soins, et notamment aux choix thérapeutiques qui le concernent et à leur mise en œuvre.

Les actions d'information sont adaptées à la situation propre à chaque patient (pathologie, niveau de compréhension, culture, habitudes de vie...). Elles sont conduites dans un climat de confiance et formulées de façon compréhensible, claire et précise. Les intervenants s'assurent de leur compréhension par la personne hospitalisée et son entourage proche s'il est présent.

INFORMATION DES PERSONNELS

Les procédures relatives au Circuit des produits de santé seront diffusées auprès des personnels concernés : les professionnels de santé et les secrétaires médicales.

Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées

Les données de santé de l'ensemble des patients seront stockées dans le logiciel MGEN choisi. Les mêmes critères de sécurité que ceux employés dans les établissements de la MGEN seront appliqués.

Les données seront partagées après accord du patient avec le médecin adresseur (via messagerie sécurisée)

Un formulaire de consentement concernant le partage des données et l'information sur la sécurité des données sera proposé au patient à l'entrée dans le CeSOA

Dans le cas d'études (par exemple pour l'évaluation) les données seront anonymisées.

Liens d'intérêts

Déclaration sur l'honneur du Dr HUDRY Christophe exerçant au 5 square du Roule Paris 75008 et à l'Hôpital Cochin, Paris 75014

A Paris, le 31 Janvier 2018.

1° Je ne dispose d'aucun lien permanent ou durable avec l'industrie pharmaceutique

2° Je n'ai pas représenté l'industrie dans des commissions d'enregistrement ou d'évaluation des médicaments.

3° Moi, et mes proches ne disposons d'aucune actions, obligations ou participations financières avec l'industrie pharmaceutique, un organisme privé, industriel ou commercial qui pourrait tirer profit ou désavantage de mes prises de parole.

4° Au cours des 5 dernières années j'ai eu des liens ponctuels, à l'occasion de Board, de symposium, d'EPU, ou de congrès avec les entreprises suivantes : MSD Sandoz novartis BMS Pfizer Roche Nordic Abbvie UCB Amgen Celgene Genevrier Lilly.

Dr Hudry



Bibliographie et exemples de centres comparables à l'étranger

IRM inutiles : Etude chirurgiens croix saint Simon

Enquête au sein des chirurgiens de la croix saint Simon pour des patients vu en consultation

La question est celle de l'intérêt de l'IRM dans le cadre du diagnostic ou du traitement.
Il apparaît dans les pathologies arthrosiques des hanches et des genoux l'IRM n'a aucun intérêt.

IRM

133 IRM ont été analysées par 6 chirurgiens orthopédistes

Hanches	20	?	15%
Genoux	99	?	74%
Chevilles	4	?	3%
Pieds	8	?	6%
Autres	2	?	2%

Les examens demandés avant la réalisation de l'IRM :

Radiographies standards	84	?	63%
Echographies	5	?	4%
Scanner	4	?	3%
Arthroscanner	2	?	2%

Les prescripteurs étaient

Médecin traitant	96	?	72%	
Rhumatologue		28	?	21%
Orthopédiste	9	?	3%	
Autres	1	?	1%	

L'IRM apportée a présenté un intérêt pour le chirurgien consulté :

Aucun	98	?	74%
Diagnostique	32	?	24%
Thérapeutique	12	?	9%

L'IRM aurait été demandée par le chirurgien consulté :

Oui	19	?	14%
Non	114	?	86%

La Clinique Rhumatologique du Western Toronto Hospital

http://www.uhn.ca/Arthritis/PatientsFamilies/Clinics_Tests/Rheumatology_Clinic

Rattachée à un établissement hospitalier, ce centre de référence traite une vaste gamme de pathologies ostéo-articulaires.

Ouvert 5 jours par semaine, il fonctionne avec une équipe de 12 rhumatologues hospitaliers. Les patients, reçus sur adressage préalable par un médecin extérieur (généraliste ou spécialiste), y effectuent un passage d'environ 2 heures qui comprend des analyses biologiques, l'étude de leurs précédents examens d'imagerie et/ou la réalisation d'examen complémentaires, ainsi qu'une consultation rhumatologique.

Le fonctionnement de ce service est donc assez proche de celui envisagé pour le CeSOA.

La Clinique d'Accès Immédiat de l'Hôpital Général de Vienne

Créée en 2007, cette structure a été mise en place pour réduire les délais d'accès à une expertise rhumatologique et à des traitements adaptés, dans des pathologies où une prise en charge précoce (fenêtre d'intervention de 3 mois à partir de l'apparition des premiers symptômes) permet de prévenir les premières dégradations des articulations touchées et ainsi, d'améliorer le pronostic d'évolution de l'état de santé du patient.

Son fonctionnement vise à garantir aux patients qui y sont orientés un rendez-vous avec un rhumatologue dans un délai de 24h à 2 semaines maximum : le spécialiste qui les reçoit ne fournit alors qu'un premier avis, puis propose des analyses et examens permettant de confirmer la pertinence de ce diagnostic initial et de la thérapeutique afférente.

En 2009, la Clinique d'Accès Immédiat a fait l'objet d'une étude sur les caractéristiques des patients traités, la nature des pathologies diagnostiquées, la fréquence de confirmation du diagnostic initial par les examens complémentaires, ainsi que les devenir des patients pris en charge par rapport à un échantillon comparable qui n'a pas bénéficié de ce dispositif.

L'étude a mis en évidence la pertinence du diagnostic rapide (confirmé dans 75% des cas), ainsi qu'une meilleure situation des patients pris en charge 6 à 12 mois après leur passage à la Clinique, par rapport à des patients suivis dans le système de soins classique et qui n'avaient pas bénéficié d'un accès rapide au diagnostic et au traitement.

Le texte intégral de l'article publiant les résultats de cette étude (2011) est présenté ci-après.

EXTENDED REPORT

Immediate access rheumatology clinic : efficiency and outcomes

Miriam Gärtner,¹ Julia P Fabrizii,¹ Elisabeth Koban,¹ Martin Holbik,² Lorenz P Machold,¹ Josef S Smolen,¹ Klaus P Machold¹

Ann Rheum Dis 2012;**71**:363–368. doi:10.1136/annrheumdis-2011-200315

ABSTRACT

Objective and methods In order to facilitate access and shorten waiting times to rheumatologist assessment, an immediate access clinic (IAC) was established.

Patients were assessed at presentation in the clinic and after 6–12 months, either in the clinic or by telephone.

Data regarding diagnostic accuracy, pain levels and care were analysed.

Results From February to December 2009, 1036 patients were assessed. 223 (21.5%) patients had symptoms for 3 months or less. 660 were available for re-assessment after 6–12 months. Initial tentative diagnoses were confirmed in over 75% of patients suspected of having rheumatoid arthritis (RA), spondylarthropathy and osteoarthritis. Men suspected of having spondylarthropathy had a significantly longer symptom duration than women (median (IQR) 54.0 (18.0–120.0) vs 24.0 (6.0–66.0) months; $p=0.0082$).

There was no significant gender difference regarding pain. At follow-up, the visual analogue scale for pain in RA patients admitted to further care in the clinic ($n=61$) had significantly decreased by a median (IQR) of 37.5 mm (10.5–50.5), whereas this improvement was only 6 mm (–26–33.5) in the 22 RA patients followed outside the clinic ($p=0.0083$).

Conclusions The IAC resulted in considerable waiting time reduction for rheumatology assessment. A substantial minority was seen before 3 months' symptom duration. 'Positive predictive correctness' of the assessing rheumatologists regarding the presence of inflammatory rheumatic conditions was over 75%. Patients with RA cared for in the clinic had substantially lower pain levels after 6–12 months' follow-up than patients treated elsewhere.

Rheumatic diseases constitute major health and societal burdens.¹ Rheumatoid arthritis (RA) with an estimated prevalence of 0.5–1% affects approximately 5–10 million individuals in industrialised countries,² more than 150 million have osteoarthritis or any other form of arthritis, approximately 50 million have osteoporosis and more than 350 million have spine problems.³ The societal burden is underscored by the fact that after 5 years 22% of patients with RA were unable to work⁴ or by the significant excess mortality in patients with osteoporosis.⁵

RA, the most common chronic inflammatory rheumatic disease, is a destructive progressive immune-mediated disorder leading to joint erosions in 60% of patients within 1 year.^{6,7} Ten per

cent of those presenting early (median of 8 weeks from first symptoms) have joint erosions at the first visit.⁸ It was postulated that early application of disease-modifying antirheumatic drugs (DMARD) improves the outcome of RA.^{6–9–18} Furthermore, it was shown that there is a 'window of opportunity' especially within the first 3 months.^{11–19} The delay from symptom onset to the first visit with a rheumatologist or start of therapy ranges from several months up to more than 1 year.^{20–23} This delay has several reasons: neglect or negation of rheumatic diseases in general,²⁴ lack of information,^{25–26} lack of knowledge about available therapies,²⁷ limited availability and (geographical) proximity of specialists, or a mix thereof.²⁸ As early and easy access to rheumatology assessment and treatment is regarded as mandatory,²⁹ early arthritis clinics have been established in many countries such as The Netherlands, Germany, the UK, Austria and North America.^{30–32}

As a result of the lack of rheumatologists, however, waiting times frequently exceed by far the desired and recommended period of maximally 3 months from the onset of symptoms, thus precluding the start of therapy within the 'window of opportunity'. Therefore, we decided to establish an 'easy access' clinic, the so-called immediate access clinic (IAC; German: 'Akutbegutachtungsambulanz'), in which patients are seen usually within 1 day to 2 weeks from referral by other physicians or upon patients' self-referral, but only for a brief encounter and evaluation.

In the present study we describe the spectrum of patients' diagnoses and clinical characteristics at presentation and after 6–12 months. The aims of this study were: (1) to describe the characteristics of the patients evaluated in the IAC with respect to demographic data and initially suspected diagnoses; (2) to evaluate the accuracy of the initial diagnostic categorisations when compared with the 'final' diagnoses after 6–12 months; (3) to analyse differences between diagnostic categories with respect to disease duration, gender and pain levels; (4) to compare outcomes after 6–12 months with respect to pain levels and treatments between patients who continued to be cared for in our clinic and those cared for at other facilities.

PATIENTS AND METHODS

Patients for this study were first seen in the IAC of the Vienna General Hospital between February and December 2009. There are no formal restrictions regarding referral to the IAC, ie, patients are referred by their general practitioner, by another of their initial contact or upon visiting the IAC that they will receive only a brief encounter by an

experienced rheumatologist who will assess their disease to decide on further diagnostic or therapeutic management. The rheumatologist takes a brief history regarding duration and clinical symptoms. In addition, a short symptom-centred physical examination is performed and a preliminary decision is made to assign the patient to one of two groups: patients in group A are referred to the regular outpatient clinic for further work-up; patients in group B are assigned to other specialist care/work-up or back to the referring physician with appropriate recommendations for further care. There are no formal decision criteria for assigning a patient to either group A or B; however, patients suspected of having inflammatory rheumatic diseases (eg, RA, spondylarthropathies, connective tissue disease (CTD), etc.) are preferentially assigned to group A, whereas patients with osteoarthritis, chronic pain syndromes and non-inflammatory (eg, soft tissue rheumatism or presumably degenerative spine disease) are usually assigned to group B. Nevertheless, under special circumstances (such as a RA patient under care by another rheumatologist referred for a 'second opinion' or an osteoarthritis patient qualifying for a therapeutic study or further assessment), these informal rules are modified. Demographic data, tentative diagnoses, symptom duration and pain (assessed using a 100 mm visual analogue scale; VAS) as well as the time between the date of referral (taken from the referring physicians' request forms) and the day of assessment were recorded at baseline (first presentation to the IAC) and entered into an electronic spreadsheet. If the duration of symptoms exceeded 10 years, '120 months' was recorded. For this analysis, all patients' suspected diagnoses were grouped into the following categories: RA, seronegative spondylarthropathies, CTD, fibromyalgia syndrome (FMS)/central sensitivity syndrome (CSS), osteoarthritis, 'other inflammatory' (such as reactive arthritis, viral arthritis, gout, etc.) and 'other non-inflammatory' diseases.

For follow-up after 6–12 months, group A patients had to be divided into two subgroups: group A1 were patients who were regularly followed in the outpatient rheumatology clinic, data regarding

diagnoses (given by the treating outpatient clinic rheumatologist, mostly on clinical grounds supported by classification criteria and grouped according to the above-mentioned categories) and pain were extracted from the patients' charts.

Patients initially allocated to group A who did not return for follow-up visits within the 6–12-month timeframe (group A2) were called for a telephone interview. Group B patients were structured questionnaire was used. In addition to numerical pain rating and current diagnosis, current care (general practitioner, specialist or none) as well as the reason for non-attendance were assessed during this telephone follow-up. Patients who could not be reached by telephone over a period of 2 months on several occasions and different times of the day were defined as lost to follow-up.

The study was approved by the local ethics committee and conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki. Written informed consent was given by all participants.

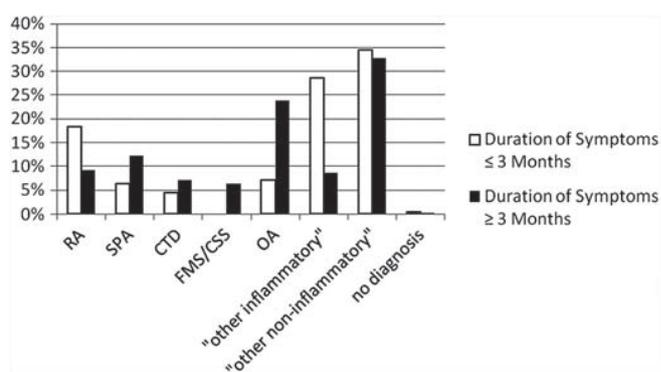


Figure 1 Distribution of patients with duration of symptoms shorter or longer than 3 months. The proportions of patients suspected of having rheumatoid arthritis and 'other inflammatory' diseases were significantly higher among the 223 patients with symptoms for 3 months or less, whereas the longer presence of symptoms was reported by patients suspected of having spondylarthropathy, CTD, FMS and osteoarthritis ($p < 0.0001$). CSS, central sensitivity syndrome; CTD, connective tissue disease; FMS, fibromyalgia syndrome; OA, osteoarthritis; RA, rheumatoid arthritis; SPA, spondylarthropathy.

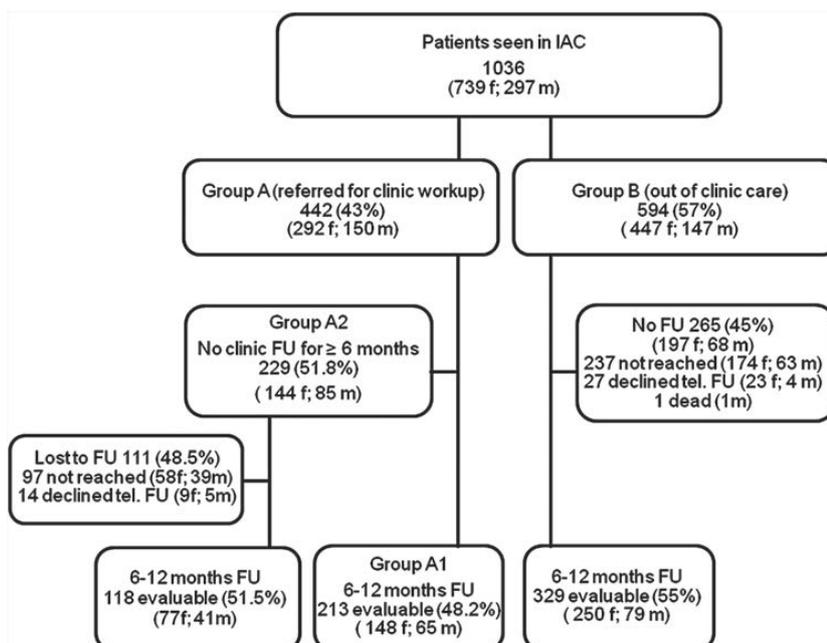


Figure 2 Follow-up of the patients included in the IAC between February and December 2009. FU, follow-up; IAC, immediate access clinic.

Table 1 Diagnoses suspected by the referring physicians and at first assessment in the IAC

	RA	Spondylarthropathy	CTD	FMS/CSS	Osteoarthritis	'Other inflammatory'	'Other non-inflammatory'	No diagnosis
All referral diagnoses (n=1036)	325	114	91	34	47	137	107	181
GP (n=493)	158 (32%)	31 (6.3%)	32 (6.5%)	19 (3.9%)	32 (6.5%)	78 (15.8%)	47 (9.5%)	96 (19.5%)
Other specialist (n= 469)	167 (35.6%)	82 (17.5%)	59 (12.6%)	15 (3.2%)	15 (3.2%)	58 (12.4%)	59 (12.6%)	14 (3%)
Self-referred (n=74)	0	1 (1.4%)	0	0	0	1 (1.4%)	1 (1.4%)	71 (95.9%)
Diagnoses suspected at first assessment in the IAC	115 (11.1%)	111 (10.7%)	68 (6.6%)	51 (4.9%)	208 (20.1%)	134 (12.9%)	341 (32.9%)	8 (0.8%)

Patients were referred to the IAC by their GP, by any other intramural or extramural specialist or they were self-referrals. Specialists tended to refer more patients suspected as CTD than GPs, whereas GPs suspected more osteoarthritis. It was remarkable that 19.5% of the patients referred to by a GP had no suspected diagnoses, even 3% of patients referred by other specialists were referred without provision of a specific suspected diagnosis. Substantially fewer patients were suspected of having RA by the rheumatologist compared with other specialists or GPs.

CSS, central sensitivity syndrome; CTD, connective tissue disease; FMS, fibromyalgia syndrome; GP, general practitioner; IAC, immediate access clinic; RA, rheumatoid arthritis.

Table 2 Diagnoses suspected by the rheumatologist at baseline and percentage of confirmed diagnoses by chart review for patients of group A1 (follow-up visit in our clinic)

Diagnosis (n=213)	Suspected at baseline (n (%*))	Confirmed by chart review (n (%†))
RA	61 (28.6)	47 (77.0)
Spondylarthropathy	51 (23.9)	41 (80.4)
CTD	43 (20.2)	36 (83.7)
FMS/CSS	1 (0.5)	0 (0.0)
Osteoarthritis	16 (7.5)	13 (81.3)
'Other inflammatory'	14 (6.6)	9 (64.3)
'Other non-inflammatory'	27 (12.7)	10 (37.0)

*Percentage of total population in columns.

†Percentage of diagnoses as initially suspected.

CSS, central sensitivity syndrome; CTD, connective tissue disease; FMS, fibromyalgia syndrome; RA, rheumatoid arthritis.

Statistical analysis

Data were analysed using GraphPad 5. Tests were performed for continuous data, analyses of variance were conducted for multiple group comparisons and Pearson's χ^2 tests were used to

analyse categorical variables. For analysis of the suspected diagnoses' accuracy descriptive statistics were performed. Values less than 0.05 were regarded as statistically significant, for multiple comparisons Bonferroni's correction was applied.

RESULTS

Patients

Between February and December 2009, 1036 patients were seen in the IAC during 112 clinic days. A median (IQR) of 10 (7–12) patients was examined per day. The median (IQR) lag time between referral and consultation at the IAC was 8.0 (4.0–13.25) calendar days. Groups A1, A2, and B did not differ significantly with regard to referral delay. The mean (SD) age of the patients was 50.3 years (15.9), median (IQR) duration of symptoms was 24 months (5–72), median (IQR) pain rating on a 100 mm VAS was 54 mm (34–73.5). Seven hundred and thirty-nine (71% of the patients) were women, there were no significant gender differences regarding age, disease duration and VAS for pain (data not shown); 223 (21.5%) patients had a symptom duration of 3 months or less (figure 1). Within the timeframe of 6–12 months after initial assessment, patients in both groups A and B were re-assessed. The patient disposition with regard to follow-up is shown in figure 2.

Suspected diagnoses

Frequencies of diagnoses suspected by the referring physicians are given in table 1. Approximately one third of the patients was referred because of suspected RA; however, in only 80 of them (7.7%) this diagnosis was also considered by the assessing rheumatologist. The majority of these patients were then referred for

further outpatient clinic care (group A).

Analyses of differences in age, VAS for pain and duration of symptoms between patients' tentative diagnostic categories demonstrated significant differences between these categories: osteoarthritis patients tended to be significantly older than patients with spondylarthropathy, CTD, FMS/CSS and 'other inflammatory' / 'non-inflammatory' diseases; FMS/CSS patients reported the longest symptom duration and the highest degree of pain (significantly different from all other categories). RA patients had significantly shorter symptom duration (median (IQR) 9 months (2–48)) than spondylarthropathy (median (IQR) 30 months (8.5–114)), FMS/CSS (median (IQR) 120 months (36–120)) and osteoarthritis (median (IQR) 24 months (12–120)).

Detailed results are given in supplementary table S1, available online only.

Gender distribution patterns within the diagnostic categories were in line with established epidemiological data. Solely among patients suspected of having spondylarthropathy, men had a significantly longer duration of symptoms (median (IQR) 54.0 months (18.0–120.0)) than women (median (IQR) 24.0 months (6.0–66.0); $p=0.0082$). Details can be found in supplementary table S2, available online only.

Patient follow-up after 6–12 months

Group A (referred to further care in clinic)

Suspected diagnoses in patients allocated to group A who had a follow-up visit after 6–12 months (group A1) are shown in table 2. The diagnosis in patients classified initially as RA, spondylarthropathy, CTD or osteoarthritis was confirmed in over 75% of cases. The median VAS for pain (IQR) of this subgroup was 60 (41–75) at baseline and 31 (7.25–50) ($p<0.0001$) at follow-up. Analysis of baseline diagnosis distribution in groups A1 and A2 revealed that significantly fewer patients in group A2 (stopped clinic attendance) had initially been categorised as 'inflammatory rheumatic disease', such as RA, spondylarthropathy and CTD (table 3). With regard to the 'type' of referral, no differences in diagnoses of inflammatory rheumatic diseases (RA, spondylarthropathy or CTD) were discerned for self-referred compared with physician-referred patients (data not shown).

We evaluated why group A2 patients did not return to our clinic. Among the 118 patients (51.8%, see figure 2) who were evaluable, 32 (27.1%) regularly visited specialists, including rheumatologists, for their rheumatic disease and 22 (18.4%) saw other specialists or their general practitioner because of other non-rheumatic diseases. Forty-four (37.3%) indicated that their problems had resolved and therefore did not require further care. Only four (3.4%) of the patients indicated dissatisfaction with the treatment at our outpatient clinic and the remaining 16 (13.6%) patients gave no reason why they did not attend follow-up visits at our clinic.

The median (IQR) VAS for pain in group A2 at baseline was 57 (35.5–72.22) and 30 (0–60) at follow-up by telephone interview.

Forty-four patients indicated that they had no further problems. Therefore, we calculated the VAS for pain separately for the 74 patients who answered that they still had rheumatological complaints. This subgroup had a median VAS (IQR) of 50.0 (17.5–71.25) at follow-up, significantly higher than group A1 ($p=0.0042$). Because the distribution of diagnoses in groups A1 and A2 was different, we analysed pain improvement in patients with a diagnosis of RA separately: RA

patients' pain VAS in group A1 (n=61) improved by a median (IQR) of 37.5 mm (10.5–50.5), whereas this improvement was only 6 mm (–26 to 33.5) in RA patients followed elsewhere (group A2, n=22; p=0.0083).

Group B (referred to further care outside the rheumatology clinic)

After 6–12 months, telephone follow-up was possible in 329 (55%) of the 594 patients (see figure 2). One hundred and ninety-nine (60.5%) indicated

Table 3 Diagnosis suspected at baseline for patients with (group A1) or without (group A2) follow-up visit in our clinic

N=331	RA (n=83)	Spondylarthropathy (n=74)	CTD (n=52)	FMS/CSS (n=2)	Osteoarthritis (n=26)	'Other inflammatory' (n=32)	'Other non-inflammatory' (n=61)	No diagnosis (n=1)
Group A1 (n (%)) (follow-up in the clinic)	61 (28.6)	51 (23.9)	43 (20.2)	1 (0.5)	16 (7.5)	14 (6.6)	27 (12.7)	0
Group A2 (n (%)) (stopped clinic attendance)	22 (18.6)	23 (19.5)	9 (7.6)	1 (0.8)	10 (8.5)	18 (15.3)	34 (28.8)	1 (0.8)

In the patients initially assigned to follow-up in the outpatient clinic (group A), and who were followed for 6–12 months, distribution of diagnoses suspected at baseline differed significantly between groups A1 and A2 (p<0.0001; χ^2 test).

CSS, central sensitivity syndrome; CTD, connective tissue disease; FMS, fibromyalgia syndrome; RA, rheumatoid arthritis

Therapy

A total of 192 (90.1%) group A1 patients received further treatment: depending on diagnosis, 25–73% were treated with DMARD, 0–25% with biological agents, 4.8–56% with glucocorticoids and 1.7–17.4% with physiotherapy. Supplementary table S4 (available online only) gives details of treatment according to diagnosis.

Of the 118 group A2 patients who had no follow-up visit in our outpatient clinic but were interviewed by telephone, 45 (38.1%) received further therapy at the time of interview. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAID) were the most common treatment (42.2% of patients), biological agents were used in 15.6%, synthetic DMARD and physiotherapy each in 13.3% and glucocorticoids in 4.4%.

In group B, 137 (41.6%) of the 329 patients who could be reached for follow-up indicated that there were under further medical treatment: 29 (8.8%) by a general practitioner and 108 (32.8%) by a specialist; 32.3% of the treated patients received physiotherapy, 30.5% NSAID. Synthetic DMARD were used in 1.2%, 4.9% were under treatment with glucocorticoids, biological agents were used in 1.2%, and 7.9% were treated with a combination of these therapies.

DISCUSSION

Rheumatologist assessment as early as possible has been recommended in several guidelines for

that their medical problems had fully resolved. Details regarding the suspected diagnoses at baseline and reported at follow-up can be found in supplementary table S3, available online only. Because of the notorious inaccuracy of self-reported diagnoses, further analyses were not performed.

managing arthritis patients.^{10 33} The aim of the IAC is to facilitate early access to an experienced rheumatologist. In 2007, at the time the IAC was established, wait time for a (first) appointment frequently exceeded 4 months, ie, in January 2007, 'new referrals' received appointments in June and so on. This constituted a substantial barrier to early referral, which had been encouraged at the department previously through administrative changes,³⁴ but still met considerable, mostly logistic, obstacles. The reasons for delayed presentation of patients with rheumatic complaints were recently shown to be hesitance of both patients and referrers, frequently rooted in uncertainty about diagnostic recommendations and shortage of rheumatologists.^{35 36} The latter also holds true for the Austrian healthcare system, in which only very few rheumatologists are working in private practice and most rheumatological care is centre/hospital based. Through the IAC waiting times were substantially shortened, rarely exceeding a few days. However, only a minority of patients (21.5%) presented with symptoms of less than 3 months.

Some aspects of this analysis of a population of unselected rheumatology referrals merit mention. First, at follow-up, over 75% of the diagnoses of inflammatory rheumatic diseases initially suspected at the IAC proved to be correct. This indicates high reliability of these initial categorisations by an experienced rheumatologist, which often have to

be made within only a few minutes, compared with a later and mostly 'criteria-based' classification.

Second, although patients suspected of having RA presented earlier than others, a median symptom duration of 9 months (only 41 of the 115 suspected RA patients had a duration of symptoms of ≤ 3 months) by far exceeds the postulated 'window of opportunity'. Although some of these 'RA' patients came for a 'second opinion' and had been treated appropriately with DMARD, the majority had not been treated except with NSAID and thus are likely to have experienced avoidable/unnecessary damage.

Third, gender analysis showed that in line with common epidemiological knowledge men were more often categorised as spondylarthropathy, whereas the majority of patients categorised as osteoarthritis or FMS/CSS were women. Interestingly, men with spondylarthropathy had a significantly longer symptom duration than women; this observation contrasts with a recent report that did not find such differences,³⁷ but may be in line with the observation of more severe symptoms in women than in men.³⁸ It may be speculated that male patients might more frequently misinterpret spondylarthropathy as non-specific lower back pain.

Fourth, no difference in the frequency of final diagnosis of an inflammatory rheumatic disease between physician and self-referred individuals was apparent. While this finding has to be interpreted with caution due to the low number of self-referrals, physicians did not appear to be more accurate in discriminating inflammatory rheumatic disease (which rightly should be referred to a tertiary care centre) from other rheumatic diseases or complaints. No specific advertisements were made to the public; however, through several local meetings with possible referrers, the existence of the IAC and the recommended peripheral work-up as well as contact details were made available (mostly in the context of educational talks on diagnostic and therapeutic procedures in rheumatic diseases). Therefore, it might have been expected that the physicians' referral accuracy should have been higher, which was not the case.

Finally, among the RA patients in group A1 (followed at our clinic) VAS for pain was substantially reduced, whereas RA patients treated elsewhere only had a marginal reduction.

Whereas the question as to whether care within the framework of a highly specialised centre is 'better' than 'routine' care would be a randomised trial of care, this finding indicates that centres with a higher standard of care such as a university hospital/clinic

are significantly better suited for more complex cases and reduce their burden of disease accordingly.

One of the limitations of our study is the potential inaccuracy of telephone interview data. Therefore, we did not analyse data further with respect to diagnoses. However, 27.1% of the patients in group A lost to follow-up (group A2), were still treated by rheumatology specialists outside our clinic. The main reasons for the patients to seek treatment elsewhere were geographical proximity and shorter waiting times for follow-up visits. In group A2 37.3% of the patients indicated they had no further problems at all. This finding is in line with the higher level of 'other inflammatory' and thus mostly self-limiting diseases such as reactive arthritis in this group. Conversely, patients in group A2 who indicated they still had problems had a surprisingly high median VAS for pain of 50 mm.

Another limitation with regard to the interpretation of the follow-up data is the percentage of patients lost to follow-up (approximately 36%). There is, however, no indication to believe that these individuals differed substantially from the patients for whom follow-up data were available. For most, symptom disappearance may have been the main reason for not returning; in addition, technical obstacles, such as change of telephone numbers may have precluded more complete follow-up.

Our initiative may serve as a model in similar settings: lack of practising rheumatologists, concentration of experts in large centres, high diagnostic and therapeutic insecurity on the part of primary physicians or non-rheumatology specialists (exemplified by the extremely high proportion of 'suspected RA' compared with the categorisation by the expert). In addition, our setting constitutes an opportunity to see and treat truly early RA patients rather than RA patients whose referral had already been delayed and whose wait time for an appointment, previously being several months, precludes them from more timely diagnosis and therapy. For different circumstances, for example, in areas with many practising rheumatologists overwhelmed by primarily degenerative or pain problems, the role of the 'expert rheumatologist' quickly categorising or assigning patients might approach, an expert rheumatology nurse or other health professional might, with appropriate training, be able to fulfil certain roles as 'gatekeeper' or counsel in order to provide at least basic information, for example, regarding diagnostic tests needed by primary physicians or practising specialists as well as patients seeking advice.

Another interesting aspect was our finding that despite the short time of interaction between patient and rheumatologist, the time of the visit to the IAC, complaints about insufficient attention were very rare. Apparently, patients appreciated the fact that they had an immediate opportunity to discuss their problems with a specialist, albeit for a short time, and to receive an initial diagnostic assessment and therapeutic recommendation.

In summary, this analysis shows that an IAC allows for a substantial reduction of waiting times for individuals with musculoskeletal problems with a 'positive predictive correctness' of the initial diagnosis by an experienced rheumatologist regarding the presence of inflammatory rheumatic conditions amounting to over 75%. The IAC presented here may thus serve as a model for other institutions to reduce overall waiting times for appointments and at the same time allow early recognition and timely appropriate therapy for patients in need of a rapid intervention, such as RA or CTD.

Contributors MG: data collection, entry, cleaning, analysis, manuscript writing. JPF and EK: data collection, entry, cleaning, analysis. MH: data analysis, statistics. LPM: data collection, entry. JSS: data review, manuscript writing. KPM: project management, data collection, manuscript writing.

Acknowledgements The authors wish to thank Ms Bertha Reach for her assistance in managing patients' files and contact data.

Competing interests None.

Patient consent Obtained.

Ethics approval The study was approved by the Ethics Committee of the Medical University of Vienna.

Provenance and peer review Not commissioned; externally peer reviewed.

REFERENCES

1. WHO Scientific Group on the Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millennium. The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium: report of a WHO Scientific Group. Geneva: WHO, 2003, http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_919.pdf (accessed 20 August 2011).
2. **Villiger PM**, Seitz M. *Rheumatologie in Kürze*. Stuttgart: Thieme 2006.
3. Statistik Austria. Auswertungen der Daten aus der Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. http://www.statistik.at/dynamic/wcmsprod/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&dID=50772&dDocName=030263 (accessed 17 August 2011).
4. **Young A**, Dixey J, Cox N, *et al*. How does functional disability in early rheumatoid arthritis (RA) affect patients and their lives? Results of 5 years of follow-up in 732 patients from the Early RA Study (ERAS). *Rheumatology (Oxford)* 2000;**39**:603–11.
5. **Panula J**, Pihlajamäki H, Mattila VM, *et al*. Mortality and cause of death in hip fracture patients aged 65 or older: a population-based study. *BMC Musculoskeletal Disord* 2011;**12**:105.
6. **Plant MJ**, Jones PW, Saklatvala J, *et al*. Patterns of radiological progression in early rheumatoid arthritis: results of an 8 year prospective study. *J Rheumatol* 1998;**25**:417–26.
7. **van der Heijde DM**. Joint erosions and patients with early rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1995;**34**(Suppl 2):74–8.
8. **Machold KP**, Stamm TA, Eberl GJ, *et al*. Very recent onset arthritis – clinical, laboratory, and radiological findings during the first year of disease. *J Rheumatol* 2002;**29**:2278–87.
9. **Egsmose C**, Lund B, Borg G, *et al*. Patients with rheumatoid arthritis benefit from early 2nd line therapy: 5 year followup of a prospective double blind placebo controlled study. *J Rheumatol* 1995;**22**:2208–13.
10. **Emery P**, Breedveld FC, Dougados M, *et al*. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. *Ann Rheum Dis* 2002;**61**:290–7.
11. **Lard LR**, Visser H, Speyer I, *et al*. Early versus delayed treatment in patients with recent-onset rheumatoid arthritis: comparison of two cohorts who received different treatment strategies. *Am J Med* 2001;**111**:446–51.
12. **Pincus T**. Aggressive treatment of early rheumatoid arthritis to prevent joint damage. *Bull Rheum Dis* 1998;**47**:2–7.
13. Stenger AA, Van Leeuwen MA, Houtman PM, *et al*. Early effective suppression of inflammation in rheumatoid arthritis reduces radiographic progression. *Br J Rheumatol* 1998;**37**:1157–63.
14. Symmons DP, Jones MA, Scott DL, *et al*. Longterm mortality outcome in patients with rheumatoid arthritis: early presenters continue to do well. *J Rheumatol* 1998;**25**:1072–7.
15. van der Heide A, Jacobs JW, Bijlsma JW, *et al*. The effectiveness of early treatment with ‘second-line’ antirheumatic drugs. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 1996;**124**:699–707.
16. Weinblatt ME. Rheumatoid arthritis: treat now, not later! *Ann Intern Med* 1996;**124**:773–4.
17. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis: 2002 update. *Arthritis Rheum* 2002;**46**:328–46.
18. Quinn MA, Emery P. Window of opportunity in early rheumatoid arthritis: possibility of altering the disease process with early intervention. *Clin Exp Rheumatol* 2003;**21** (5 Suppl 31):S154–7.
19. Nell VP, Machold KP, Eberl G, *et al*. Benefit of very early referral and very early therapy with disease-modifying anti-rheumatic drugs in patients with early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2004;**43**:906–14.
20. PERI Consulting GmbH. Österreichischer Patientenbericht. PERI Report 2009. http://www.patientenbericht.at/files/ergebnisse/Ergebnisse_Rheumatoide_Arthritis.pdf (accessed 9 August 2011).
21. Lard LR, Huizinga TW, Hazes JM, *et al*. Delayed referral of female patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2001;**28**:2190–2.
22. Qian J, Ehrmann Feldman D, Bissonauth A, *et al*. A retrospective review of rheumatology referral wait times within a health centre in Quebec, Canada. *Rheumatol Int* 2010;**30**:705–7.
23. van der Linden MP, le Cessie S, Raza K, *et al*. Long-term impact of delay in assessment of patients with early arthritis. *Arthritis Rheum* 2010;**62**:3537–46.
24. Woolf AD, Zeidler H, Haglund U, *et al*. Musculoskeletal pain in Europe: its impact and

a comparison of population and medical perceptions of treatment in eight European countries. *Ann Rheum Dis* 2004;63:342–7.

25. Davis P, Suarez-Almazor M. An assessment of the needs of family physicians for a rheumatology Continuing Medical Educational program: results of a pilot project. *J Rheumatol* 1995;22:1762–5.

26. Wardt EM, Taal E, Rasker JJ. The general public's knowledge and perceptions about rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 2000;59:32–8.

27. Sheppard J, Kumar K, Buckley CD, et al. 'I just thought it was normal aches and pains': a qualitative study of decision-making processes in patients with early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2008;47:1577–82.

28. Machold KP, Köller MD, Pflugbeil S, et al. The public neglect of rheumatic diseases: insights from analyses of attendees in a musculoskeletal disease awareness activity. *Ann Rheum Dis* 2007;66:697–9.

29. Khanna D, Arnold EL, Pencharz JN, et al. Measuring process of arthritis care: the Arthritis Foundation's quality indicator set for rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 2006;35:211–37.

30. Cush JJ. Early arthritis clinic: a USA perspective. *Clin Exp Rheumatol* 2003;21 (5 Suppl 31):S75–8.

31. Machold KP, Eberl G, Leeb BF, et al. Early arthritis therapy: rationale and current approach. *J Rheumatol* 1998;53:13–19.

32. van Aken J, van Bilsen JH, Allaart CF, et al. The Leiden early arthritis clinic. *Clin Exp Rheumatol* 2003;21(5 Suppl 31):S100–5.

33. Combe B, Landewe R, Lukas C, et al. EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of a task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2007;66:34–45.

34. Machold KP, Nell VP, Stamm TA, et al. The Austrian Early Arthritis Registry. *Clin Exp Rheumatol* 2003;21(5 Suppl 31):S113–17.

35. O'Neill L, Kitchen J, Coughlan RJ, et al. Impediments to early referral and assessment of patients with early inflammatory arthritis – a primary care perspective. *Ann Rheum Dis* 2011;70(Suppl 3):S423.

36. Raza K, Stack R, Kumar K, et al. Delays in assessment of patients with rheumatoid arthritis: variations across Europe. *Ann Rheum Dis* 2011;70:1822–5.

37. Slobodin G, Reyhan I, Avshovich N, et al. Recently diagnosed axial spondyloarthritis: gender differences and factors related to delay in diagnosis. *Clin Rheumatol* 2011;30:1075–80.

38. Roussou E, Sultana S. Spondyloarthritis in women: differences in disease onset, clinical presentation, and Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity and Functional indices (BASDAI and BASFI) between men and women with spondyloarthritis. *Clin Rheumatol* 2011;30:121–7.

ARD

Immediate access rheumatology clinic: efficiency and outcomes

Miriam Gärtner, Julia P Fabrizii, Elisabeth Koban, Martin Holbik, Lorenz P Machold, Josef S Smolen and Klaus P Machold

Ann Rheum Dis 2012 71: 363-368 originally published online October 11, 2011

doi: 10.1136/annrheumdis-2011-200315

Updated information and services can be found at:
<http://ard.bmj.com/content/71/3/363>

These include:

Supplementary Material

Supplementary material can be found at:
<http://ard.bmj.com/content/suppl/2011/10/11/annrheumdis-2011-200315.DC1.html>

References

This article cites 34 articles, 12 of which you can access for free at:
<http://ard.bmj.com/content/71/3/363#BIBL>

Email alerting service

Receive free email alerts when new articles cite this article. Sign up in the box at the top right corner of the online article.

Topic Collections

Articles on similar topics can be found in the following collections

[Pain \(neurology\)](#) (882)
[Degenerative joint disease](#) (4632)
[Musculoskeletal syndromes](#) (4942)
[Osteoarthritis](#) (930)
[Connective tissue disease](#) (4245)
[Immunology \(including allergy\)](#) (5131)
[Rheumatoid arthritis](#) (3252)

Bibliographie

- Ann Rheum Dis doi:10.1136/annrheumdis-2016-209233 Recommendation : Points to consider for reporting, screening for and preventing selected comorbidities in chronic inflammatory rheumatic diseases in daily practice: a EULAR initiative. Athan Baillet, Laure Gossec, Loreto Carmona, Maarten de Wit, Yvonne van Eijk-Hustings, Heidi Bertheussen, Kent Alison, Mette Toft, Marios Kouloumas, Ricardo J O Ferreira, Susan Oliver, Andrea Rubbert-Roth, Sander van Assen, William G Dixon, Axel Finckh, Angela Zink, Joel Kremer, Tore K Kvien, Michael Nurmohamed, Desirée van der Heijde, Maxime Dougados

- Revue du rhumatisme 81 (2014) 303–312 Recommandations de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde. Cécile Gaujoux-Viala,1, Laure Gossec, Alain Cantagrel, Maxime Dougados, Bruno Fautrel, Xavier Mariette, Henri Nataf, Alain Saraux, Sonia Trope, Bernard Combe

Joint Bone Spine. 2014 Jan;81(1):6-14. doi: 10.1016/j.jbspin.2013.12.002. Epub 2014 Jan 10. Recommendations of the French Society for Rheumatology (SFR) on the everyday management of patients with spondyloarthritis. Wendling D, Lukas C, Paccou J, Claudepierre P, Carton L, Combe B, Goupille P, Guillemin F, Hudry C, Miceli-Richard C, Dougados M; French Society for Rheumatology (SFR).

Ann Readapt Med Phys. 2004 May;47(4):179-89. Chronicity, recurrence, and return to work in low back pain: common prognostic factors. Fayad F, Lefevre-Colau MM, Poiraudreau S, Fermanian J, Rannou F, Wlodyka Demaille S, Benyahya R, Revel M.

Ann Readapt Med Phys. 2006 Nov;49(8):600-8. Epub 2006 May 26. The role of an information booklet or oral information about back pain in reducing disability and fear-avoidance beliefs among patients with subacute and chronic low back pain. A randomized controlled trial in a rehabilitation unit. Coudeyre E, Givron P, Vanbiervliet W, Benaïm C, Hérisson C, Pelissier J, Poiraudreau S.

Pain. 2006 Oct;124(3):305-11. Epub 2006 Jun 5. Fear-avoidance beliefs about back pain in patients with subacute low back pain. Poiraudreau S, Rannou F, Baron G, Le Henanff A, Coudeyre E, Rozenberg S, Huas D, Martineau C, Jolivet-Landreau I, Garcia-Macé J, Revel M, Ravaud P.

Rheumatology (Oxford). 2006 Jun;45(6):718-23. Epub 2005 Dec 23. Outcome of subacute low back pain: influence of patients' and rheumatologists' characteristics. Poiraudreau S, Rannou F, Le Henanff A, Coudeyre E, Rozenberg S, Huas D, Martineau C, Jolivet-Landreau I, Revel M, Ravaud P.

BMC Musculoskelet Disord. 2016 Mar 28;17(1):139. doi: 10.1186/s12891-016-0994-y. Impairment in the activities of daily living in older adults with and without osteoporosis, osteoarthritis and chronic back pain: a secondary analysis of population-based health survey data. Stamm TA, Pieber K, Crevenna R, Dorner TE.

Clin Rehabil. 2015 Sep 22. pii: 0269215515605553. [Epub ahead of print] Long-term effects of a progressive and specific balance-training programme with multi-task exercises for older adults with osteoporosis: A randomized controlled study. Halvarsson A1, Oddsson L2, Franzén E3, Ståhle A3.

Rev Prat. 1998 Jun 1;48(11):1243-8. Review. French. Hip pain: diagnostic direction Revel M, Ghanem N.

J Am Acad Orthop Surg. 2012 Jul;20(7):434-42. doi: 10.5435/JAAOS-20-07-434. Hip-spine syndrome. Devin CJ1, McCullough KA, Morris BJ, Yates AJ, Kang JD.

Orthopedics. 2003 Feb;26(2):173-4; discussion 174. Overdiagnosed sciatica and stenosis, underdiagnosed hip arthritis. Swezey RL.

ANNEXE : Principales spécifications du logiciel métier

