

Avis du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet d'expérimentation dénommée « Centre de soins ostéo-articulaires en ambulatoire (CeSOA) »

Mars 2023

Sur proposition de l'ARS Ile de France (IDF), le comité technique de l'innovation en santé (CTIS) est saisi pour avis le 22 février 2023 sur la modification du cahier des charges et sur la prolongation de l'expérimentation dénommée « Centre de soins ostéo-articulaires en ambulatoire (CeSOA) » proposé par la mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN).

L'expérimentation a été autorisée le 30 juillet 2019 pour une durée de 3 ans. L'expérimentation prévoyait une montée en charge progressive des inclusions les 2 premières années pour atteindre le point d'équilibre la 3^{ème} année (3 600, 4 300 et 5 100 patients par an – effectif cible total de 13 000 patients).

Cesoa a débuté les premières inclusions le 8 janvier 2020 et a interrompu son activité pendant le premier confinement. L'expérimentation a fait l'objet d'un avis du CTIS le 5 janvier 2021 sur la demande du porteur sollicitant une aide pour compenser le déficit d'activité constaté en 2020 et accentué par la crise sanitaire.

En outre, le rythme d'inclusions a été plus lent que prévu, notamment du fait des difficultés liées à l'adressage des patients vers le centre par les professionnels de ville ou par les établissements de santé (communication et information insuffisante vers les adresseurs, possible concurrence avec les HDJ hospitaliers...).

Après examen de l'activité hors périodes de confinement, le CTIS a rendu un avis favorable le 24/12/2021 à la demande du porteur de revoir à la baisse les effectifs prévisionnels (à 7 985), ainsi qu'à une prolongation de l'expérimentation de 5 mois (jusqu'au 31 décembre 2022). Le CTIS avait prévu une prolongation supplémentaire jusqu'au 31 mars 2023 avec 900 patients cibles de plus (effectif cible total de 8 885 patients) en fonction de la date de disponibilité du rapport d'évaluation. Ces modifications ont été autorisées dans les arrêtés du DG ARS Ile de France du 8 février 2022 et du 31 octobre 2022, respectivement publiés le 10 février 2022 et le 3 novembre 2022.

Le projet a bénéficié d'une séance d'accompagnement renforcé le 14/04/2022 où des actions d'identification, d'information et de communication vers les adresseurs potentiels ont été identifiées.

En février 2023, 4 612 patients ont été inclus (5 707 forfaits facturés) sur les 8 885 patients prévus.

En prévision des résultats finaux de l'évaluation attendus en juin, une prolongation de l'expérimentation est sollicitée par le porteur jusqu'au 30 juin 2023. Celle-ci tient compte d'un rythme plus lent d'inclusions et d'une réduction des effectifs cibles à 7 000 forfaits facturables (patients nouveaux et ceux qui peuvent revenir les années suivantes au premier passage).

Après examen en séance du 3 janvier 2023, le comité technique a rendu son avis le 30 mars 2023.

Les pathologies ostéo-articulaires représentent 50% des maladies chroniques après 65 ans. En Ile de France, les patients peuvent avoir des difficultés à accéder à des avis spécialisés en rhumatologie. La prise en charge est réalisée en établissement de santé, ce qui n'est pas toujours adapté à des prises en charges de type bilan et orientation et par les médecins libéraux (médecin traitant et rhumatologues) en forte baisse démographique. L'accès à une équipe pluri-professionnelle spécialisée en ville éviterait les errances diagnostiques,

raccourcirait les délais de prise en charge, la redondance d'examens et les hospitalisations (notamment de jour).

Objet de l'expérimentation

Organiser la prise en charge diagnostique et thérapeutique des pathologies ostéo-articulaires complexes (rhumatismes inflammatoires, pathologies dégénératives ou déminéralisantes, lombo-radicalgies en échec thérapeutique) ne relevant pas d'une hospitalisation mais nécessitant un deuxième recours en permettant un accès facilité à une équipe pluri-professionnelle spécialisée, dans une unité de lieu (centre ambulatoire) et de temps.

Recevabilité du projet au titre de l'article 51

Finalité

Améliorer la prise en charge de trois catégories de maladies ostéoarticulaires complexes et optimiser le suivi de ces patients, ainsi que la coordination et la pertinence des soins, raccourcir les délais de prise en charge et les errances diagnostiques.

Dérogation

Le projet soumis est recevable en ce qu'il déroge au paiement à l'acte par l'instauration d'un forfait global pour la prise en charge des patients par les professionnels médicaux et non médicaux (médecin, IDE, masseur-kinésithérapeute en dérogeant à l'article 162-1-7, à l'article L162-12-2, à l'article L 162-12-9, à l'article 162-5 du CSS) et incluant également des prestations non prises en charge telles que la coordination des soins, le bilan éducatif et consultation d'apprentissage de la démarche thérapeutique (dérogation au 1°, 2° et 6° de l'article L160-8 du CSS).

Détermination de la portée de l'expérimentation proposée

Le champ d'application territorial de l'expérimentation proposée est régional, le terrain d'expérimentation proposé étant la région Ile de France et les départements limitrophes de la région.

Durée de l'expérimentation : 3 ans et 11 mois.

Modalités de financement du projet

Un financement par création d'un forfait spécifique pour le passage (une seule fois par patient et par an) dans le centre expert où seront réalisés en fonction des besoins de patients les actes et prestations prévus : RDV-régulation, accueil, consultation de rhumatologie, radiographie/scopie (y compris les produits de contraste), gestes techniques (infiltrations y compris les médicaments utilisés, lavage articulaire...), initiation de biothérapies sous-cutanées dont les biosimilaires sous-cutanés, bilan éducatif et consultations d'apprentissage de la démarche thérapeutique, confection d'orthèses, télé-expertise vers le médecin traitant.

Le forfait est fixé à 310 euros par patient, facturable une seule fois dans l'année pour la prise en charge (actes et prestations décrits ci-dessus) par le CeSOA et financé par le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS). Le financement des coûts d'ingénierie est assuré par le fonds d'intervention régional (FIR) dans les conditions prévues par le cahier des charges.

Financement initialement accordé et modifié en novembre 2022 :

Le financement initialement accordé en 2019 a été modifié dans le cahier des charges révisé publié le 3 novembre 2022. Il a été ajusté à la baisse à hauteur de 3 364 400 € (3 164 400 € par le FISS et 199 650 € par le FIR) pour la prise en charge de 8 885 patients. Le point d'équilibre était prévu d'être atteint pour une file active annuelle de 3 600 patients à la 3^{ème} année. La répartition annuelle était prévue comme suit :

	Année 0	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	TOTAL
Effectifs prévus	-	1 885	2 500	3 600	900	8 885
Prestations dérogatoires (FISS)	-	584 350 €	775 000 €	1 116 000 €	279 000 €	2 754 350 €
Compensation perte d'activité lié au Covid 19 (FISS)	-	183 000 €	-	-	-	183 000 €
Charges engagées avant démarrage (FISS)	-	97 400 €	130 000 €	-	-	227 400 €
<i>Total financement FISS</i>	-	864 750 €	905 000 €	1 116 000 €	279 000 €	3 164 750 €
CAI (FIR)	74 150 €	85 000 €	40 500 €	-	-	199 650 €
TOTAL FISS + FIR	74 150 €	949 750 €	945 500 €	1 116 000 €	279 000 €	3 364 400 €

Bilan du réalisé à date en février 2023 :

A date, en février 2023, 4 612 patients ont été inclus et 1 769 170 € ont été versés au titre des prestations dérogatoires par le FISS et 199 650 € au titre des CAI par le FIR. A noter que 1 095 passages au sein du Cesoa concernent des patients revenus au moins une fois dans les années suivantes après la première fois. Par ailleurs, 328 352 € ont été versés en 2022 (FISS) relatifs à la compensation de perte d'activité lié à la crise du Covid 19 et pour couvrir une partie des charges engagées avant le démarrage. Au total, 2 297 172 € ont été versés selon le tableau ci-dessous.

	REALISE					
	2019	2020	2021	2022	2023 Jan-Fév*	TOTAL Réalisé
Effectifs = nb de patients distincts	-	2899		1514	199	4 612
Prestations dérogatoires (FISS) basées sur un nb de forfaits facturés	-	1 034 160 €		640 150 €	94 860 €	1 769 170 €**
Compensation perte d'activité lié au Covid 19 (FISS)	-	-		146 400 €	-	146 400 €
Charges engagées avant démarrage (FISS)	-	-		181 952 €	-	181 952 €
CAI (FIR)	74 150 €	85 000 €	40 500 €	-	-	199 650 €
TOTAL FISS + FIR	74 150 €	1 159 660 €		968 502 €	94 860 €	2 297 172 €

* Date de facturation (NB : les soins peuvent avoir été réalisés dans les mois précédents).

** Ce montant correspond à 4 612 patients distincts et 5 707 forfaits facturés au 5 février 2023.

Besoin de financement pour la durée restante de l'expérimentation :

Le besoin de financement complémentaire au titre de la prise en charge des prestations dérogatoires directement liés aux soins par le FISS s'élève à 400 830 € maximum pour la prise en charge de 1 293 forfaits supplémentaires (pour des patients nouveaux et ceux qui peuvent revenir après un premier passage au Cesoa la ou les année(s) précédente(s)) jusqu'à la fin de l'expérimentation au 30 juin 2023. A cela se rajoute 82 048 € du reliquat à versée relatif à la compensation Covid 19 et aux charges avant démarrage.

Le tableau ci-dessous rappelle le réalisé et le prévisionnel pour la durée restante de l'expérimentation :

	REALISE	PREVISIONNEL*	TOTAL DE L'EXPERIMENTATION (Réalisé + Prévisionnel jusqu'à la fin de l'expérimentation)	Différentiel financement accordé en Nov 2022 - Mars 2023
		2023 * Mars - Juin	-	-
Effectifs (nb de forfaits)	5 707	1 293 **	7 000 **	- 1 885 ***
Prestations dérogatoires (FISS)	1 769 170 €	400 830 €	2 170 000 €	- 584 350 €
Compensation Covid 19 + charges avant démarrage (FISS)	328 352 €	82 048 €	410 400 €	0
CAI (FIR)	199 650 €	-	199 650 €	0
TOTAL FISS + FIR	2 297 172 €	482 878 €	2 780 050 €	- 584 350 €

* en date de soins (dernière inclusion possible au 30 juin 2023) ; ** nb de forfaits facturables pour des patients distincts ou pour ceux qui reviennent après un premier passage

Modalités d'évaluation

L'évaluation est réalisée sous la responsabilité de la DREES et de la CNAM.

La démarche d'évaluation se focalisera donc sur :

- Idéalement une évaluation comparative de qualité, de performance et de consommation de soins est envisagée (ici/ailleurs), en fonction de la faisabilité de constituer un groupe témoin.
- L'évaluation qualitative (sur l'organisation mise en place, les facteurs clés de succès ou éléments de blocage, satisfaction des patients et des professionnels...) combinée à un suivi des indicateurs de processus qui doivent notamment permettre de suivre le déploiement du projet.

Avis sur le projet d'expérimentation :

- Faisabilité opérationnelle : La MGEN porteur du projet en partenariat avec des médecins rhumatologues en activité mixte exerçant dans 8 établissements de santé publics de la région Ile de France a conçu le projet dans une phase préparatoire préalable de manière détaillée sur l'aspect organisationnel et sur le modèle de financement, fondé sur leur expérience sur le fonctionnement de leurs centres de santé. En conséquence, l'expérimentation proposée apparaît opérationnelle dans les délais impartis.
- Caractère efficient : Compte tenu du contexte de la région IDF [peu de médecins généralistes, nombre de rhumatologues supérieur au niveau national et recours

important aux hospitalisations de jour (HDJ)], le forfait de prise en charge proposé, qui a vocation à remplacer les hospitalisations de jour et les errances diagnostiques en ville, l'expérimentation devrait produire un impact médico-économique favorable du fait des coûts évités. L'évaluation en fin d'expérimentation, devrait permettre d'objectiver l'efficacité de ce type de prise en charge comparé à la prise en charge habituelle des pathologies ciblées dans l'expérimentation.

- Caractère innovant : L'expérimentation permet de tester un parcours de prise en charge pluridisciplinaire dans une unité de lieu et de temps (tous les actes et prestations dont le patient a besoin pour son bilan et l'initiation de la thérapeutique en une seule journée et dans un même lieu), le tout financé par un forfait.
- Reproductibilité : le parcours proposé est protocolisé avec une description claire des ressources nécessaires et un panel des actes et prestations réalisables dans le centre en fonction des besoins des patients présentant les pathologies ciblées. Cela rend reproductible ce modèle d'organisation et de financement dans les territoires et structures où une équipe pluridisciplinaire spécialisée telle que décrite dans le projet est constituée et organisée pour la prise en charge de ce type de patients.

Compte tenu de la nécessité d'adaptation du calendrier en vue de la mise à disposition du rapport final de l'évaluation, le comité technique de l'innovation en santé émet un avis favorable à la prolongation de l'expérimentation jusqu'au 30 juin 2023, par la Directrice Générale de l'Agence Régionale d'Île de France, de l'expérimentation dans les conditions précisées par le cahier des charges modifié.

Pour le comité technique

Natacha Lemaire
Rapporteuse Générale