

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

Séance du 12 juillet 2019

Sur proposition de l'ARS Ile de France (IDF), le comité technique de l'innovation est saisi pour avis le 4 mars 2019 sur le projet de cahier des charges relatif à l'expérimentation dénommée « Centre de soins ostéo-articulaires en ambulatoire (CeSOA) proposé par la mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN).

Après examen en séances du 9 avril 2019 et du 4 juillet 2019, le comité technique a rendu son avis le 12 juillet 2019.

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'examen 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, sans reste à charge, 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, dont 2 ans de montée en charge pour atteindre la file active permettant un équilibre financier.

Modalités de financement du projet

Un financement par création d'un forfait spécifique pour le passage 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 (biosimilaires) lorsqu'ils seront disponibles, 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. En conséquence, il est attendu un besoin de financement de 4 743 000 € pour la prise en charge de 13 000 patients sur le FISS et de 74 052 euros sur le FIR pour couvrir les coûts d'ingénierie sur la durée de l'expérimentation. Le point d'équilibre est atteint la 3^{ème} année (1 581 000 € pour la prise en charge d'une file active annuelle de 5100 patients),

En fonction des travaux qui seront menés sur la question de la participation des assurés dans le cadre des organisations innovantes, le comité technique de l'innovation en santé pourra demander la modification, en cours d'expérimentation, du cahier des charges sur cet aspect.

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 ces différents éléments, le comité technique de l'innovation en santé émet un avis favorable à l'autorisation, par le Directeur Général de l'Agence Régionale d'Ile de France, de l'expérimentation dans les conditions précisées par le cahier des charges.

Pour le comité technique

Natacha Lemaire
Rapporteuse Générale