

# **Avis du Comité technique et du Conseil stratégique de l'innovation en santé sur l'opportunité de généraliser d'expérimentation « Programmes de réhabilitation respiratoire coordonnés au domicile »**

**Décembre 2023**

Le conseil stratégique de l'innovation en santé a été saisi le 15 novembre 2023 pour avis sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « programmes de réhabilitation respiratoire coordonnés au domicile » arrivant à échéance le 31 décembre 2023.

Elle a été autorisée par arrêté du 22 juin 2020 pour une durée initiale de 36 mois. Elle a fait l'objet d'un arrêté modificatif publié le 1<sup>er</sup> novembre 2023 pour une prolongation de deux mois dans l'attente du rapport d'évaluation.

Après examen du rapport d'évaluation et de l'avis du comité technique du 7 novembre 2023 l'avis du conseil stratégique de l'innovation en santé a rendu son avis le 6 décembre 2023.

## **Contexte**

La progression de l'incidence des maladies respiratoires chroniques, leur rang croissant en terme de mortalité (3ème rang à l'horizon 2030), le coût global de la maladie et de ses traitements notamment à travers le nombre de journées d'hospitalisation (grade A), la difficulté d'accès aux programmes de réhabilitation pour les patients en situation complexe, les préconisations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en termes de parcours des personnes porteuses de BPCO, conduisent à proposer des solutions innovantes en termes d'accès et de modalités de réalisation de programmes de réhabilitation. Ces programmes de réhabilitation ayant vocation à développer la capacité des patients à prendre en charge leur maladie respiratoire chronique de façon autonome à domicile.

## **Objet de l'expérimentation**

Expérimenter le déploiement de programmes de réhabilitation respiratoire au domicile du patient en s'appuyant sur l'action coordonnée des professionnels de santé de proximité (pneumologue, médecin traitant, paramédicaux, tabacologue, psychologue, diététicien).

## **Dérogations mobilisées**

L'expérimentation a nécessité de mobiliser les dérogations au paiement à l'acte par l'instauration d'un forfait pour la prise en charge ambulatoire des patients par les professionnels médicaux et non médicaux (pneumologue, médecin traitant, paramédicaux, tabacologue, psychologue, diététicien) en dérogeant aux articles L. 162-12-2, L.162-5, L. 162-12-9 et aux 1°, 2° et 6° de l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale.

## **Champ d'application territorial de l'expérimentation**

Le champ d'application de l'expérimentation est de portée régionale et concerne la région Occitanie.

## **Durée (prévue et effective) de l'expérimentation**

L'expérimentation a duré 38 mois. Elle a débuté le 3 novembre 2020 et se termine le 31 décembre 2023. Sa durée initiale était de 36 mois.

## **Population cible**

L'expérimentation ciblait les patients adultes souffrant de pathologies respiratoires chroniques obstructives et restrictives.

Les critères d'inclusion étaient une incapacité respiratoire avec dyspnée, intolérance à l'effort et un handicap d'origine respiratoire altérant la qualité de vie et les relations sociales.

Il était prévu d'inclure 720 patients, 620 inclusions étaient réalisées au 5 octobre 2023.

La structure impliquée est l'association Occitan'Air, fusion de deux associations Partn'Air et Air+R implantées respectivement à l'Ouest et à l'Est de l'Occitanie. Elle regroupe des professionnels de santé issus de la médecine de ville, des hôpitaux mais également les URPS et associations de patients. L'Association Occitan'Air a pour rôle d'assurer la coordination (administrative, technique et organisationnelle) des professionnels de santé du territoire, d'apporter l'expertise pour garantir la qualité des soins délivrés, d'évaluer la pertinence des processus, la satisfaction des professionnels et les bénéfices en termes de santé obtenus par le patient au terme du programme et à 1 an du début de sa mise en œuvre.

Les partenaires impliqués sont les services de soins médicaux et de réadaptation (SMR), les fédérations de professionnels, les associations de patients, les unions régionales de professionnels de santé libéraux.

Les équipes soignantes en charge du programme de réhabilitation respiratoire sont des pneumologues, médecin traitants, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, enseignants d'activité physique adaptée, tabacologues, psychologues, diététiciens.

L'inclusion est réalisée par l'association sur demande d'un pneumologue, d'un médecin traitant, ou bien en aval d'une prise en charge SMR.

**Modèle testé** Il comprend une première phase d'intervention de 12 semaines avec reconditionnement physique (réentraînement à l'effort, renforcement musculaire), éducation thérapeutique, kinésithérapie respiratoire avec l'appui des professionnels de santé habituels du patient (pneumologues, médecins traitants, kinésithérapeutes, IDE, diététiciens). Selon les besoins, une prise en charge non médicamenteuse est assurée (accompagnement diététique, aide au sevrage tabagique et/ou accompagnement psychologique). Le suivi est organisé à distance par appel téléphonique et une visite en milieu de programme ainsi qu'une évaluation finale en fin de programme.

Une seconde phase d'accompagnement à distance de 40 semaines est mise en place afin d'assurer la continuité des soins, le suivi pneumologique, l'observance médicamenteuse, le maintien de la motivation et des changements de comportements du patient par l'objectivation du niveau d'activité physique.

### **Modalités de financement du projet**

Le modèle de financement est un forfait par patient de 2 300€ pour une séquence de soins de 12 semaines et un suivi de 40 semaines.

Il comprend :

- les prestations de soins des professionnels pour un montant moyen de 344€. Ce montant comprend une rétribution forfaitaire du médecin à hauteur de 100€, un forfait diététicien à 150€ pour 1/3 des patients, un forfait de kinésithérapie à 180€ pour 80 % des patients et un forfait psychologue à 150€ pour 1/3 des patients. Le coût maximal pour un patient bénéficiant de l'ensemble des prestations de soins est donc de 580€ ;
- les dépenses liées à la mise en place, au suivi et à la coordination du programme individuel de réhabilitation. Ces dépenses s'élèvent à 1 345€, dont 1 064€ pour la séquence de soins de 12 semaines et 281€ pour le suivi de 40 semaines ;
- les frais de fonctionnement de 611€, dont 542€ pour la séquence de soins et 69€ pour le suivi.

## Budget

Coût de l'expérimentation

	<b>Budget prévisionnel maximal autorisé*</b>	<b>Budget consommé au 5 octobre 2023</b>
Prestations dérogatoires (FISS)	1 419 988€	1 243 900€
Crédits d'amorçage et d'ingénierie (FIR)	71 458€	62 000€
<b>Total (FISS+FIR)</b>	<b>1 491 446€</b>	<b>1 305 900€</b>

\* montant maximal en rapport avec l'effectif maximal estimé

## Principaux résultats d'évaluation

### Rappel des questions évaluatives :

Déclinant les 3 grands critères du cadre général de l'évaluation des expérimentations article 51 (faisabilité, efficacité/efficience et reproductibilité), les travaux sur l'expérimentation ont cherché à répondre aux quatre questions suivantes :

- Le dispositif permet-il de majorer réellement l'accès à la réhabilitation respiratoire quelles que soient les conditions de densité médicale, et in fine d'améliorer la santé des patients et d'optimiser les dépenses d'Assurance Maladie ?
- Dans quelle mesure la réussite du projet tient de ses spécificités locales et de son historique (présence des 2 réseaux, tissu d'offre SSR, etc.) et comment les facteurs clés de succès peuvent être répliqués dans d'autres lieux et contextes ?
- Comment la phase d'accompagnement, qui n'existait pas jusqu'alors, permet-elle réellement de maintenir le patient dans une activité physique régulière ?
- Le programme est-il attractif financièrement pour des professionnels partenaires qui pourraient être rémunérés à l'acte par ailleurs (notamment les masseurs-kinésithérapeutes) ?

### Conclusions du rapport d'évaluation

#### *Faisabilité et opérationnalité du dispositif*

Le dispositif a été mis en place avec succès malgré un contexte complexe (crise sanitaire, départs de plusieurs salariés et difficultés de recrutements). L'expérimentation a permis de démontrer la capacité du dispositif à structurer et animer le programme de réhabilitation respiratoire coordonnée à domicile. Ce dispositif ne présente pas de problème opérationnel majeur et s'est inscrit en routine dans les pratiques. La fusion des deux associations a permis une gouvernance commune et le partage de bonnes pratiques. Néanmoins, des points d'attention subsistent, notamment l'organisation encore hétérogène entre les deux anciennes régions et confirme la nécessité de graduer le pilotage territorial.

L'évaluation finale valide le bon niveau d'opérationnalité des organisations en place pour l'ensemble du parcours. Le processus d'adressage et d'inclusion des patients est considéré comme opérationnel et efficace. La mise en place de partenariats avec plusieurs centres hospitaliers (CHU de Toulouse, de Montpellier et de Nîmes) a permis de lever des freins identifiés lors de l'évaluation intermédiaire, en particulier l'accès aux test d'efforts lors de la phase d'inclusion. La phase d'intervention continue d'obtenir un niveau de satisfaction élevé de la part des patients avec une adaptation et un enrichissement de l'offre, notamment des séances fractionnées et des conseils pratiques pour optimiser les horaires, ainsi que des ressources documentaires supplémentaires pour compléter l'éducation thérapeutique. La phase d'accompagnement a été renforcée avec de nouvelles activités d'éducation thérapeutique en groupe pour assurer un bon maintien d'activité physique, en collaboration avec d'autres acteurs locaux. Néanmoins, certains freins persistent, notamment en raison de la faiblesse de l'offre dans certains territoires particulièrement enclavés, le coût de certains

équipements, et des contraintes personnelles fortes pour certains patients. De plus, certains patients peinent à maintenir un niveau d'activité physique par défaut de motivation. Ces situations pourraient être détectées en amont pour offrir un suivi plus fréquent pour ces patients en phase d'accompagnement.

L'évaluation finale montre une efficacité du processus de recrutement et une densification du réseau de professionnels pour assurer un meilleur équilibre entre les deux pôles régionaux Est et Ouest. Ainsi, 106 médecins prescripteurs et un total de 225 professionnels de santé intervenant dans les parcours (174 masseurs kinésithérapeutes, 35 diététiciens, 12 psychologues, 3 tabacologues, et 1 IDE) sont recensés lors de l'évaluation. Cependant, le déploiement dans des zones plus isolées avec une couverture médicale plus faible a rendu plus complexe l'identification de prescripteurs, de professionnels et de partenaires. L'expérimentation a permis de développer une nouvelle stratégie avec le recrutement d'un enseignant en APA libéral comme référent de territoire, sous supervision d'un référent de programme. Le rapport d'évaluation finale présente les bénéfices de ce modèle de « territorialisation partielle du suivi des programmes de réhabilitation respiratoire cordonnés à domicile », en identifiant également les conditions de mise en œuvre, notamment en termes de formation.

Le recrutement et l'embarquement des professionnels de santé sont proactifs et fructueux. Les réticences à rejoindre le dispositif sont rares et concernaient principalement les masseurs-kinésithérapeutes. Ces réserves, en lien avec la maîtrise de la kinésithérapie respiratoire, n'étaient pas rédhibitoires. Une fois intégrés, les professionnels ont une perception positive du processus de recrutement, du dispositif, de son fonctionnement et de son impact sur la santé des patients. En moyenne, les professionnels évaluent leur compréhension du dispositif et de leur rôle à 8,9 sur 10, leur satisfaction vis-à-vis du programme à 8,7 sur 10, et leur satisfaction par rapport à la rémunération à 8,3 sur 10. Le montant du forfait n'était pas un critère d'adhésion au dispositif mais pouvait être un frein pour certaines catégories de professionnels. La majorité des masseurs-kinésithérapeutes ne considère pas la rémunération forfaitaire comme attractive en comparaison aux actes existants. Pour les professionnels, la participation au programme demande une disponibilité pour se déplacer au domicile et une flexibilité dans l'organisation de leurs tournées et présente comme points forts, l'inclusion dans un réseau pluri professionnel dynamique, des patients qui deviennent un peu plus acteurs de leur pathologie et se sentent moins isolés dans leur pathologie. Certains points d'évolution possible sont identifiés, tels que le renforcement des liens entre les professionnels pour diffuser l'expertise et mieux coordonner les parcours, et la nécessité d'allègement des démarches administratives.

L'analyse de la viabilité économique a montré une sous-consommation de la part du forfait dédiée aux soins et un sous-dimensionnement de la part dédiée à la structure de coordination. L'écart entre la consommation prévisionnelle de soins et la consommation constatée s'explique par un sous-recours pour l'ensemble des catégories de professionnels (paramédicaux, diététiciens, psychologues/tabacologues) et un nombre de consultations ou séances par professionnels également inférieur aux prévisions. Les hypothèses pour expliquer le sous-recours sont une surestimation des besoins, une indisponibilité de l'offre mais également un refus des patients, constatés notamment pour le suivi diététique et psychologique. La sous-consommation en nombre de consultations ou séances est plus complexe à analyser. D'une part, le nombre moyen de consultations réalisées par patient est inférieur aux prévisions. D'autre part, les professionnels identifient également un besoin plus élevé pour certains patients et la difficulté de répondre à ces derniers pendant la seule phase d'intervention. Les frais de coordination constatés étaient structurellement supérieurs à l'estimation faite lors de la construction du forfait. S'agissant des frais de fonctionnement, le bilan est positif pour l'une des entités, du fait d'économies d'échelle et de tarifs préférentiels par la structure hébergeant l'association, ce qui n'est pas le cas pour l'autre association qui présente un déficit pour les frais de fonctionnement.

### *Efficacité et Efficience*

La montée en charge du dispositif a permis d'atteindre en grande partie les objectifs d'inclusion du cahier des charges. Le dispositif expérimental avait atteint, en février 2023, 83% de la cible proratisée à 30 mois de la première inclusion. L'augmentation du rythme d'inclusion a été progressive au cours des 3 ans, accompagnant la montée en charge et la densification du réseau de professionnels. Les demandes d'intégration dans le dispositif sont traitées rapidement permettant ainsi une prise en charge très rapide des patients. Le délai de mise en place d'un parcours était de 4,4 jours en moyenne lors de l'évaluation finale. Il est à noter qu'environ 17% des parcours commencés ont été interrompus en cours de route. La majorité des motifs de sortie n'est pas liée au dispositif en tant que tel mais plutôt à l'état de santé et à la disponibilité du patient. Les patients adhèrent globalement au dispositif Occitan'air.

Les patients inclus sont principalement atteints de BPCO ou d'emphysème (75%). Les autres causes de recours sont par ordre décroissant les syndromes d'hyperventilation inappropriée à l'exercice, les maladies restrictives pulmonaires consécutives à une pneumopathie d'origine inflammatoire ou allergique, l'asthme, et des pathologies autres.

Les patients indiquent que leur état de santé s'améliore grâce au dispositif expérimental, avec une médiane d'au moins 8 sur une échelle de 10 pour toutes les dimensions mesurées par une enquête qualitative (amélioration de santé globale, diminution de la dyspnée, diminution de l'anxiété, augmentation de la distance parcourue en marchant, gain d'autonomie et diminution des arrêts de travail).

La qualité de vie des patients atteint de maladie respiratoire chronique a été mesurée en début et fin de phase d'intervention à l'aide du Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ), les questions étant regroupées selon quatre domaines : la dyspnée, la fatigue, l'émotion et le contrôle des symptômes. Le score global est exprimé sur une échelle de 140. La comparaison des scores moyens en début et fin de phase retrouve une évolution significative pour les quatre domaines ainsi que pour le score total avec une moyenne à la fin du parcours supérieure de 14,4 points. La durée de temps de soutien sur le vélo augmente en moyenne de 280%, passant de 169 secondes en début de phase d'intervention à 643 secondes en fin de phase d'intervention.

L'échelle MRC (Medical Research Council Dyspnea Scale) est utilisée pour évaluer la sévérité de l'essoufflement chez les personnes atteintes de maladies respiratoires, en particulier la BPCO. Elle se compose de cinq niveaux de sévérité de l'essoufflement, classés de 0 (absence de dyspnée) à 4 (dyspnée maximale). Il s'agit du seul indicateur disponible pour la durée totale du parcours. Elle montre une amélioration persistante à la fin de la phase du parcours, c'est à dire à la 52<sup>ème</sup> semaine. Néanmoins, l'évaluation met en évidence un maintien partiel des gains pendant la phase d'accompagnement ce qui indique une moindre efficacité de cette phase, qui reste à renforcer.

Occitan'air vient compléter l'offre de SMR. Elle permet d'offrir un service lorsque l'offre est insuffisante ou inexistante ou d'intervenir en aval ou en relais de la prise en charge hospitalière. L'expérimentation a été mise en œuvre dans deux territoires avec des populations en nombre comparables mais avec une offre de soins différentes. L'ancienne région Languedoc-Roussillon bénéficie de 7 établissements SMR spécialisés en pathologies respiratoires et l'ancienne région Midi-Pyrénées de 4 uniquement. Le nombre d'établissements SMR polyvalents est comparable, soit une centaine dans chacune des anciennes régions. Les patients n'indiquent pas rejoindre le dispositif pour les mêmes raisons :

- Certains patients, notamment dans le Languedoc-Roussillon, ont la possibilité d'accéder rapidement à un établissement SMR. Les patients interrogés qui ont intégré le dispositif, indiquent l'avoir fait car :

- Ils préfèrent suivre un programme de réhabilitation à domicile pour éviter de quitter leur domicile, rester près de leurs proches (conjoint, enfants, personnes dépendantes) et continuer à travailler.
- Ils suivent le programme de réhabilitation à domicile en complément ou à la suite de leur prise en charge SSR.
- Au contraire, dans certaines zones géographiques, et notamment en Midi-Pyrénées, les patients n'ont pas d'autre option que recourir à Occitan'air en raison de la pénurie d'établissements SSR locaux qui entraîne des délais d'attente conséquents.

Le rapport d'évaluation finale ne fournit pas d'information sur l'efficacité économique du dispositif. Des analyses complémentaires seront réalisées.

### *Reproductibilité*

La fusion des associations Air + R et Partn'air a permis de tester la reproductibilité sur un premier niveau d'extension. Dans l'ex-région Languedoc-Roussillon, l'association Air + R, proposait essentiellement des programmes de réhabilitation à long terme (maintien des acquis) et opérait dans un contexte très différent avec une offre de réhabilitation à domicile inexistante, un maillage plus important en termes de SSR spécialisés, et un réseau de professionnels à construire.

L'évaluation finale conclut à un haut niveau de reproductibilité.

Elle identifie des clés d'adaptation du dispositif à des contextes locaux variables tels que :

- La mise en œuvre de différentes stratégies de collaboration avec les SSR locaux existants. En effet, la réhabilitation respiratoire à domicile ne vise pas à remplacer une offre existante de SSR spécialisés.
- L'adaptation des programmes proposés pour répondre aux besoins et aux contraintes spécifiques des populations locales, notamment la densité de population avec l'organisation de groupes de paroles pendant la phase d'accompagnement dans des zones urbaines et la réalisation de téléconsultations assistées dans des zones peu denses.
- La mise en place de moyens d'accès adaptés à la situation géographique et aux infrastructures disponibles.

Enfin, le rapport propose des modifications qui pourraient être apportées au modèle testé pour un passage à l'échelle réussi :

- Sur les organisations de parcours, avec notamment une plus grande flexibilité sur le lieu de réalisation et la temporalité de certaines consultations ou séances, autorisant la réalisation de certaines au-delà de la phase d'intervention ; la mise en œuvre d'un accompagnement social lorsque cela est nécessaire.
- Sur le modèle économique, avec notamment un ajustement du montant des forfaits avec la révision des taux de recours cibles et du nombre de consultations/séances par professionnels, une nouvelle estimation des coûts de fonctionnement et de coordination ; la prise en compte de certains parcours complexes, estimés à 5% de la file active. L'évaluation recommande un arbitrage sur les bénéfices et inconvénients de l'intégration de certaines activités des professions conventionnées dans le forfait.

### **Recommandation du comité technique de l'innovation en santé pour la suite à donner à l'expérimentation**

Les résultats de l'évaluation indiquent globalement que la mise en œuvre à l'échelle régionale des programmes de réhabilitation respiratoire a répondu aux besoins des territoires. Le programme de réhabilitation respiratoire à domicile vient en complément de l'offre des services de soins médicaux et de réadaptation. L'adaptation de l'organisation et des modalités d'accompagnement des patients ainsi que les partenariats locaux pour les programmes d'activité physique ou d'éducation thérapeutique dans le cadre de l'expérimentation ont permis de rendre accessible le programme de réhabilitation respiratoire aux patients. L'expérimentation a ainsi atteint un de ses premiers objectifs.

Les professionnels sont satisfaits des programmes proposés et constatent que leurs patients sont mieux pris en charge. Les patients sont satisfaits de leur prise en charge, en particulier en phase d'intervention. La qualité de l'accompagnement des référents de programme est soulignée comme un élément clé de leur satisfaction, avec l'amélioration de leur condition physique et la confiance dans les professionnels de santé. Le système d'information est fonctionnel mais est uniquement accessible aux référents de parcours et à l'équipe de coordination.

L'impact clinique sur les patients est mesurable avec une amélioration des indicateurs de santé mesurés pendant les phases d'intervention et d'accompagnement, 95% des patients présentent une augmentation significative de leur tolérance à l'effort (temps de soutien final > 1,33\*temps de soutien initial) et 72% présentent une amélioration  $\geq 10$  points (différence minimale cliniquement significative) sur le Chronique Respiratory disease Questionary (CRQ). L'amélioration de l'état de santé des patients et de leurs comportements se maintient dans des proportions moindres pendant la phase d'accompagnement.

Le forfait est globalement jugé satisfaisant par les professionnels de santé, cependant il doit être réévalué tant au niveau du recours aux professionnels de santé (masseur-kinésithérapeute, diététicien, psychologue, tabacologue) que du temps de coordination.

Les critères de faisabilité, d'efficacité et de reproductibilité sont satisfaits.

Compte tenu de la valeur ajoutée de cette innovation, le comité technique de l'innovation en santé est favorable à la transposition de ce modèle dans le droit commun. Le passage dans le droit commun relève de la mise en œuvre de la mesure parcours coordonné renforcé du PLFSS 2024.

En raison de ce qui précède, les adaptations suivantes sont recommandées :

- La population cible devra être précisée pour une plus grande lisibilité vis-à-vis des acteurs.
- La mise en œuvre du programme de réhabilitation respiratoire devra prendre en compte les spécificités locales avec une attention particulière à la coordination, à l'individualisation des soins et à l'implication des patients et de leurs professionnels de soins habituels. Un partenariat avec les maisons Sport et Santé devra être recherché pour permettre le maintien d'une activité physique pendant et après la phase d'accompagnement.
- Les consultations des diététiciens, des psychologues et des tabacologues pourront être programmées non seulement en phase d'intervention mais également pendant la phase d'accompagnement.
- Un ajustement du modèle économique devra être réalisé afin de prendre en compte la coordination et les cas complexes.

### **Recommandation du conseil stratégique de l'innovation en santé pour la suite à donner à l'expérimentation**

Pour favoriser l'accès à la réhabilitation respiratoire, le conseil stratégique de l'innovation en santé souligne la pertinence du modèle et sa dimension « aller vers », il souligne l'enjeu de celui-ci notamment dans les zones sous denses. Outre l'accès facilité à des activités de réhabilitation respiratoire, il considère que le programme de réhabilitation respiratoire avec sa dimension d'éducation thérapeutique permet de développer la capacité des patients à prendre en charge leur maladie respiratoire chronique de façon autonome à domicile et que la phase d'intervention de 12 semaines améliore cliniquement les patients.

Si la majorité des membres du conseil stratégique reconnaît la pertinence de la réponse apportée au domicile des patients, elle relève que si le forfait est jugé globalement satisfaisant

par les professionnels de santé, celui-ci doit être réévalué dans ses différentes composantes notamment celles relatives à la coordination et au recours aux professionnels de santé. Un des membres du conseil stratégique exprime son désaccord sur la désignation d'un référent APA dans les zones sous denses pour coordonner un programme de réhabilitation.

Le conseil stratégique recommande un partenariat avec les CPTS pour assurer la coordination, un recours à la télémédecine associé à une prise en charge territoriale, des évolutions du système d'information (messagerie sécurisée, interopérabilité, accès dossier patient pour les professionnels de santé, annuaire), une adaptation aux spécificités territoriales.

Au total, 5 avis favorables ont été émis sur les 6 avis exprimés (voir en annexe), les conclusions du comité technique sont par ailleurs suivies par tous les autres membres du conseil stratégique de l'innovation en santé. Celui-ci émet en conséquence un avis favorable à la généralisation de l'expérimentation « programmes de réhabilitation respiratoire coordonnés au domicile » avec les recommandations précisées ci-dessus.

### **Pour le conseil stratégique de l'innovation en santé**

Natacha Lemaire  
Rapporteuse Générale



## Annexe

### Position de l'UNCAM

Les problèmes respiratoires sont souvent très invalidants comme la BPCO, l'emphysème, l'hyper ventilation, l'asthme, le cancer, la trachéomalacie. Les activités de réadaptation et de réhabilitation respiratoire sont un moyen de mieux prendre en charge ces pathologies en s'appuyant sur le renforcement musculaire et l'éducation thérapeutique. Ces programmes de réhabilitation permettent de développer la capacité des patients à prendre en charge leur maladie respiratoire chronique de façon autonome à domicile.

La phase d'intervention sur 12 semaines et l'accompagnement de 40 semaines présente un caractère vertueux car la « moindre dépense sur l'intervention médicalisée » permet de dégager des moyens pour l'accompagnement et la prise en charge pluriprofessionnelle.

Cette expérimentation s'appuie sur un maillage territorial permettant un accès facilité à des activités de réhabilitation respiratoire à long terme collectives qui peut poser la question de sa reproductibilité sur d'autres territoires.

Enfin, il faut relever que le forfait est globalement jugé satisfaisant par les professionnels de santé. Néanmoins, il doit être réévalué tant au niveau du recours aux professionnels de santé (masseur-kinésithérapeute, diététicien, psychologue, tabacologue) que du temps de coordination.

### Avis favorable

### Position du CNOM

Après une lecture précise et attentive de l'Avis du Comité technique et du Conseil stratégique de l'innovation en santé sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation portant sur le « programme de réhabilitation respiratoire coordonnés au domicile », nous émettons un **avis favorable** avec suivi des recommandations émises

### Position de UNICANCER

### Avis favorable

### Position MSA

Ces recommandations pourraient être ajoutées aux recommandations énoncées par le CTIS :

- Une attention particulière devra être envisagée pour le déploiement dans les zones sous-denses, notamment rurales. Le recours à la télémédecine, proposé dans l'évaluation, devra être associé à une prise en charge territoriale.
- Les partenariats avec les CPTS locales devront être encouragés, notamment pour la mise en œuvre de la coordination.

### Avis favorable

### Position France Assos

Compte tenu du faible recours à la réadaptation respiratoire et cardiaque d'une façon générale en France, ce programme d'« aller vers » au domicile des patients est pertinent et permet de répondre aux besoins dans les territoires sous denses. La satisfaction des patients a été évaluée auprès de 57 patients et cela peut constituer un biais sur la conclusion du rapport.

Cependant les données sur l'amélioration de l'état de santé démontrent une amélioration significative sur le plan clinique à l'issue de la phase initiale intensive.

La valorisation de la coordination est importante au regard de celle des soins dans le forfait. Si le système d'information est fonctionnellement satisfaisant pour la gestion opérationnelle d'Occitan'Air, il devra évoluer pour intégrer l'accès au dossier par tous les professionnels de santé intervenants, permettre le suivi des indicateurs, être interopérable avec les solutions tierces. Le forfait devra être revu, il n'est pas avantageux pour les masseurs kinésithérapeutes alors qu'ils sont des acteurs essentiels. La généralisation de cette expérimentation suppose de nombreuses adaptations pour prendre en compte les différentes spécificités territoriales.

### **Avis favorable**

### **Position UNPS**

Connaissance prise du projet d'avis sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « programmes de réhabilitation respiratoire coordonnés au domicile », l'UNPS souhaite vous faire part des éléments ci-après.

Nous relevons, en premier lieu, que la rémunération forfaitaire envisagée est inférieure à celle du champ conventionnel existant.

Or, le manque d'attrait financier pour les professionnels de santé peut potentiellement constituer un obstacle majeur à l'expansion à grande échelle de cette expérimentation.

Par ailleurs, l'insuffisance de la rémunération allouée au temps de coordination pourrait compromettre la viabilité à moyen ou long terme du projet. La valorisation du travail de coordination est un facteur-clé de succès des prises en charge incluant une diversité d'acteurs, rapidement compensée par les gains d'efficacité générés.

Enfin, la nomination d'un référent APA pour coordonner un programme de réhabilitation respiratoire soulève des interrogations sur la légitimité d'un intervenant non professionnel de santé auprès de patients fragiles. Si l'ensemble des acteurs compétents doit pouvoir être mobilisé, certaines tâches, dont la coordination, doivent relever de professionnels de santé. L'inclusion d'un professionnel de santé formé à la coordination de différents acteurs au sein de prises en charge complexes (médecin, kinésithérapeute, infirmière, ...) apparaît plus judicieuse pour envisager le parcours de santé de manière cohérente.

Compte-tenu des éléments ci-dessus, l'UNPS formule un avis défavorable sur la généralisation de l'expérimentation Occitan Air.

### **Avis défavorable**