

# EVALUATION DU PROJET ARTICLE 51 OCCITAN'AIR

---

03/10/2023

---

Rapport final – lot 1

Version finale



## Sommaire

<b>1 - Synthèse</b> .....	<b>4</b>
1.1 - EN BREF .....	5
1.2 - SYNTHÈSE DES RESULTATS DE L'EVALUATION.....	6
<b>2 - Rappels sur l'expérimentation</b> .....	<b>15</b>
2.1 - FICHE SIGNALETIQUE.....	16
2.2 - RAPPELS SUR LE DISPOSITIF.....	17
<b>3 - Présentation des travaux effectués</b> .....	<b>19</b>
3.1 - AMBITIONS ET OBJECTIFS DU RAPPORT FINAL.....	20
3.2 - METHODE.....	21
<b>4 - Analyse de la faisabilité / opérationnalité</b> .....	<b>23</b>
4.1 - GOUVERNANCE ET ANIMATION DU RESEAU.....	24
4.2 - MISE EN PLACE ET SUIVI DES PARCOURS.....	27
4.3 - EMBARQUEMENT DES PROFESSIONNELS.....	30
4.4 - SYSTEME D'INFORMATION.....	38
4.5 - FORFAIT ET FACTURATION .....	41
<b>5 - Analyse de l'efficacité / efficience</b> .....	<b>55</b>
5.1 - ACCES A LA REHABILITATION RESPIRATOIRE .....	56
5.2 - ADHESION ET SATISFACTION DES PATIENTS.....	64
5.3 - AMELIORATION DE LA SANTE ET DES COMPORTEMENTS DES PATIENTS.....	66
<b>6 - Analyse de la transférabilité en d'autres lieux et contextes et à plus grande échelle</b> .....	<b>70</b>
6.1 - BILAN DU DEPLOIEMENT A L'EHELLE DE LA REGION.....	71
6.2 - SYNTHÈSE DES CONDITIONS REQUISES POUR LA MISE EN PLACE ET LE PORTAGE D'UN PARCOURS SIMILAIRE .....	73
6.3 - LES CLES D'ADAPTATION DU DISPOSITIF A DES CONTEXTES LOCAUX VARIABLES.....	83
6.4 - LES TRANSFORMATIONS QUI POURRAIENT ETRE APPORTEES POUR UN PASSAGE A L'EHELLE REUSSI .....	85
6.5 - ANALYSE IMPACT BUDGETAIRE.....	88
<b>7 - Annexe</b> .....	<b>93</b>
7.1 - ANNEXE 1 : DETAIL DES ENTRETIENS INDIVIDUELS .....	94
7.2 - ANNEXE 2 : EXEMPLES MODULES PEDAGOGIQUES (ETP).....	96
7.3 - ANNEXE 3 : PROJET EAPA-REF .....	98

## GLOSSAIRE :

ARS	.....	Agence Régionale de Santé
BPCO	.....	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CPTS	.....	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRQ	.....	Chronic Respiratory Disease
DAC	.....	Dispositifs d'Appui à la Coordination
ETP	.....	Education Thérapeutique du Patient
FIR	.....	Fond d'Intervention Régional
FISS	.....	Fond pour l'Innovation du Système de Santé
HAS	.....	Haute Autorité de Santé
IDE	.....	Infirmier Diplômé d'Etat
IMC	.....	Indice de Masse Corporelle
LFSS	.....	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MKDE	.....	Masseur – Kinésithérapeute
MPR	.....	Médecin Physique et de Réadaptation
MMRC	.....	Echelle de dyspnée modifiée du Medical Research Council
MRC	.....	Maladie Respiratoire Chronique
MSP	.....	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
RR	.....	Réhabilitation Respiratoire
SI	.....	Système d'Information
SNDS	.....	Système National des Données de Santé
SSR	.....	Soins de Suite et de Réadaptation
URPS	.....	Union Régionale des Professionnels de Santé

# 1 - Synthèse



## 1.1 - EN BREF

### Le dispositif Occitan'air

A la suite de la création de la nouvelle région Occitanie, les deux associations historiques (Partn'air et Air+R) ont été incitées par l'ARS Occitanie à fusionner pour former l'association Occitan'air qui porte aujourd'hui l'expérimentation du dispositif ici évalué. Ce dernier a pour objectif de proposer un parcours de prise en charge à domicile de la réhabilitation respiratoire pour les patients souffrant de maladies respiratoires chroniques (MRC). Le dispositif est autorisé pour une durée de 3 ans, par un arrêté ministériel, à compter de la première inclusion qui date de novembre 2020, dans le cadre de l'Article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2018. Il est déployé uniquement dans la région Occitanie.

### L'évaluation finale

En complément avec l'évaluation intermédiaire, ce rapport présente les résultats de son évaluation finale. Trois axes orientent le questionnement :

1. Faisabilité et opérationnalité
2. Efficacité et efficience
3. Reproductibilité

Les données et informations nécessaires à l'évaluation sont collectées grâce à :

- L'extraction de données dans les systèmes d'informations utilisés par les équipes Occitan'air
- La réalisation d'entretiens collectifs et individuels avec :
  - o Les partenaires institutionnels du dispositif (ARS)
  - o Les représentants des professionnels de santé (URPS)
  - o Les différents porteurs du projet au sein des associations Partn'air et Air+R
  - o Des membres des équipes opérationnelles
  - o Des professionnels de santé :
    - Prescripteurs du dispositif
    - Non prescripteurs mais impliqués dans les parcours des patients
  - o Des patients ayant bénéficié du dispositif

Le protocole d'évaluation rappelle les différentes questions évaluatives, qui ont vocation à être traitées dans leur intégralité dans le rapport ci-dessous

**Les enseignements et recommandations apparaissent tout au long du rapport. Ils ont vocation à être pris en compte lors de la réflexion sur la poursuite du dispositif afin de permettre une plus grande efficacité de celui-ci à l'échelle nationale si une décision de généralisation était prise.**

## 1.2 - SYNTHÈSE DES RESULTATS DE L'ÉVALUATION

### 1.2.1 - Synthèse globale

L'équipe d'évaluation, sur la base des travaux et constats du lot 1 uniquement (analyses hors utilisation du SNDS), considère le dispositif Occitan'air :

- Opérationnel
- Efficace (à l'origine des résultats cliniques attendus)
- Répliquable

L'étude de l'extension de ce dispositif semble opportune.

Les principales conclusions sur chacun des trois axes sont détaillées ci-après.



#### AXE 1 – FAISABILITE / OPERATIONNALITE



#### AXE 2 – EFFICACITE / EFFICIENCE



#### AXE 3 – REPLICABILITE



## 1.2.2 - Synthèse par axe

### **AXE 1 – OPERATIONNALITE**

#### GOUVERNANCE ET ANIMATION DU RESEAU

L'évaluation intermédiaire rapportait :

- Des réussites : Le dispositif avait été mis en place dans un contexte particulièrement complexe (crise sanitaire, départs de plusieurs salariés et difficultés de recrutement),
  - Malgré ce contexte, la **mise en œuvre était effective**.
  - La **fusion des deux associations** existantes avait permis :
    - La mise en place d'une **gouvernance commune**.
    - Le **partage de bonnes pratiques** en place sur l'activité de réhabilitation respiratoire à domicile grâce à des temps d'échanges réguliers entre les équipes opérationnelles des deux ex-structures.
    - Le **démarrage effectif de la réhabilitation respiratoire sur le territoire d'Air+R**
  - Lors des analyses, le nombre d'inclusions de patient atteignait 89% de l'objectif du CDC.
- Et des points d'attention :
- **Organisation encore hétérogène entre les deux ex-régions :**
    - L'organisation des équipes opérationnelles n'était pas la même entre les deux sous-entités, et les processus d'inclusion des patients par conséquent hétérogènes.
  - **Pilotage territorial à graduer :**
    - Nécessité de graduer le pilotage du dispositif avec un pilotage global (périmètre régional) accordé avec un pilotage local (périmètre départemental) pour assurer l'alignement de l'offre tout en s'adaptant aux spécificités des territoires de déploiement.
  - **Equipe projet fragile :**
    - Des postes étaient encore vacants dans les deux équipes, le recrutement était nécessaire pour assurer la continuité de la montée en charge.
  - **Communication à renforcer :**
    - Les partenariats auprès d'autres structures ou associations, comme relai de communication devaient être davantage développés.
    - L'identification d'un responsable, d'un temps et d'un budget dédié à la fonction de communication semblait nécessaire pour développer une stratégie de communication autour de la nouvelle identité Occitan'air et de ses activités.
    - En perspective, la communication auprès des médecins prescripteurs et des patients devait être enrichie notamment via les réseaux de professionnels de santé et en s'appuyant sur des associations de patients pour favoriser la connaissance et la montée en charge du dispositif sur l'ancien territoire de l'association Air+R.

Sur la base de ces 1ers constats, l'évaluation finale fait état du succès de la première extension du dispositif à l'ensemble de la région, et a identifié certaines clés de cette réussite telles que :

- **La mise en place d'une gouvernance commune** graduée entre le global et le local :
  - o Mise en place d'instances communes,
  - o Partage des processus organisationnels.
- **Le partage d'expérience, de connaissances et compétences :**
  - o Réunions régulières des équipes projet,
  - o Harmonisation progressive du fonctionnement des cellules locales,
  - o Facilitation de la communication grâce à un outil dédié (plateforme Slack),
  - o Mise en place d'une documentation et processus communs.
- **Une stratégie de communication forte** auprès des professionnels grâce à une identité claire et identifiable :
  - o Recours à des ressources spécifiques sur le sujet (recrutement de professionnels ou stagiaires),
  - o Identité repensée,
  - o Création de documents de communication,
  - o Recherche des partenaires relais sur le territoire (syndicat, CPTS...).
- **La convergence des modes de prise en charge en assurant toutefois le maintien d'une flexibilité**
  - o Ressources différentes d'un territoire à l'autre qui nécessite d'adapter les organisations, notamment dans la phase de montée en charge (exemple : coordination prise en charge différemment entre l'Est et l'Ouest durant la phase de montée en charge. Une fois celle-ci terminée, les modes de fonctionnement sont identiques)
  - o A l'initiation du projet, la faible quantité de demandes requière la polyvalence des professionnels, plus spécialisés par la suite.
- **L'adaptation des organisations aux spécificités des territoires**
  - o Le rapport revient sur l'exemple du référent libéral : l'un des deux départements devait palier la distance entre l'association et certains patients. Un référent libéral local a été nommé de manière expérimentale, il est assisté par téléphone par le référent de l'association.



## MISE EN PLACE ET SUIVI DES PARCOURS

L'évaluation intermédiaire rapportait que :

- Le dispositif était basé sur l'**expérience de l'association porteuse** ce qui a aidé à la mise en place d'un fonctionnement efficace.
- Le **processus d'adressage et d'inclusion était opérationnel et efficace.**
  - o Les médecins prescripteurs souhaitaient toutefois voir leur charge administrative simplifiée dans l'élaboration du dossier d'inscription.
- Le **lancement du programme de réhabilitation était opérationnel et efficace.**
- La **phase d'accompagnement à distance était considérée comme satisfaisante** dans l'ensemble. Elle restait toutefois **source de frustration** pour certains patients.
- A ce titre, l'évaluation incitait à **renforcer l'accompagnement des patients dans la seconde phase** du dispositif en :
  - o Développant davantage de partenariats avec d'autres associations locales
  - o Conduisant une réflexion pour penser d'autres modalités de suivi du patient à distance

L'évaluation finale valide le bon niveau d'opérationnalité des organisations en place :

- Le **processus d'adressage et d'inclusion est opérationnel** :
  - o Amélioré en 2<sup>e</sup> partie de l'expérimentation par la mise en place de partenariats (pour les tests à l'effort notamment).
- La **phase d'intervention est efficace et obtient satisfaction** :
  - o Consensus sur la qualité des interventions des professionnels,
  - o Amélioration des activités par l'introduction d'exercices ludiques,
  - o Diversification des activités (excellente visioconférence avec les référents),
  - o Développement de l'éducation thérapeutique.
- La **phase d'accompagnement est renforcée** notamment grâce à la mise en place de partenariats :
  - o Amélioration apportée par de nouvelles initiatives (éducation thérapeutique, promenades à vélo, séances de marche collective, etc.).

## EMBARQUEMENT DES PROFESSIONNELS

L'évaluation intermédiaire rapportait les faits suivants :

- Le recrutement et l'embarquement des professionnels de santé faisait l'objet d'une **stratégie proactive fructueuse** (Communication de l'association, collaboration avec les réseaux de professionnels de santé, etc.).
- Toutefois, le dispositif devait composer avec les disparités territoriales initiales, et l'évaluation incitait donc à **poursuivre la densification du réseau de professionnels** pour assurer un meilleur équilibre entre les deux départements.
- Une fois intégrés, les professionnels de santé avaient une perception positive de leur intégration dans le dispositif.
- L'évaluation intermédiaire proposait enfin de **mieux valoriser les expertises et les compétences réunies autour des MRC.**

L'évaluation finale confirme que les professionnels **s'embarquent facilement** dans le dispositif :

- Les **professionnels de santé acceptent** dans une très large part de s'engager dans le dispositif lorsqu'ils sont sollicités.
- La **stratégie de communication de l'association est payante**, elle permet d'avoir de la visibilité et de convaincre les professionnels à s'engager. La nouvelle identité de l'association permet d'accroître cette visibilité. Cette stratégie a permis

in fine le recrutement homogène de professionnels sur l'ensemble du territoire d'Occitanie.

- Le **processus de recrutement est jugé satisfaisant** et l'association sait accompagner des professionnels lorsqu'ils en ont besoin.

L'engagement des professionnels est facilité par :

- Une **bonne compréhension** du dispositif et de son intérêt grâce à la communication claire, le partage entre pairs et la bonne réputation du dispositif,
- Le **maintien d'un bon équilibre entre la plus-value** pour le patient et le professionnel **et les contraintes** que cette prise en charge coordonnée suppose,
- La **flexibilité du dispositif** dans ce mode de recours qui permet d'attribuer des rôles ajustés aux professionnels en fonction de leur disponibilité (exemple : APA libéral qui prend le rôle de référent en Lozère),

**L'expérience des professionnels est jugée satisfaisante :**

- **Satisfaction générale :**
  - o Les professionnels sont tous satisfaits des programmes proposés et de leurs actions.
  - o Ils reconnaissent au dispositif sa disponibilité et sa flexibilité.
  - o Leur rémunération ne pose pas de problématique majeure.
- Des **points d'évolution possible sont tout de même identifiés** tels que :
  - o Le renforcement des liens entre les professionnels pour diffuser l'expertise et mieux coordonner les parcours,
  - o La nécessité d'allègement des démarches administratives pour faciliter l'engagement.

## SYSTEME D'INFORMATION

L'évaluation intermédiaire rapportait les faits suivants :

- La **couverture fonctionnelle de la solution numérique était considérée complète et son fonctionnement opérationnel :**
  - o Le système informatique est jugé pleinement fonctionnel, ergonomique et efficace, couvrant l'ensemble des besoins.
- Son **développement était réalisé par un indépendant entraînant une flexibilité confortable mais étant peu compatible avec un passage à l'échelle :**
  - o La solution SI est développée par un prestataire indépendant. Il est disponible pour assurer la maintenance et répondre aux demandes d'évolution
  - o Le caractère indépendant et unique de ce prestataire rend le SI peu résilient et incompatible avec un passage à l'échelle.
- Son **périmètre d'accès suscitait le débat :**
  - o L'ouverture du système informatique aux professionnels de santé pourrait permettre de meilleurs échanges et *de facto* une meilleure prise en charge coordonnée des patients mais complexifier le programme pour les professionnels.
  - o Du fait de son usage jusqu'alors exclusivement interne, le système informatique ne présente aucune interopérabilité avec des systèmes d'information tiers (DMP, acteurs de ville, Mon Espace Santé ensuite).

L'évaluation finale confirme les résultats de l'évaluation intermédiaire :

- Un **outil qui prouve sa fiabilité** et reste **facilement utilisable** par les membres du dispositif :
  - o L'outil mis en place est toujours jugé fonctionnel et facilement utilisable par les membres du dispositif.
  - o Il est dans l'ensemble jugé suffisant.
- Néanmoins **certains utilisateurs aspirent à une solution plus complète** :
  - o Des utilisateurs souhaiteraient accéder à un outil plus complet qui regrouperait les données pertinentes des patients, un annuaire des professionnels de santé impliqués et une messagerie sécurisée pour faciliter les échanges d'informations.
  - o L'outil informatique envisagé permettrait ainsi une meilleure coordination et un meilleur partage d'informations entre les professionnels de santé du dispositif.

## FORFAITS ET FACTURATION

L'évaluation intermédiaire émettait les constats suivants :

- Sur la viabilité économique :
  - o Le taux de recours aux soins était inférieur à la prévision. L'association ne reversait en moyenne que 308€ par programme au lieu des 344€ prévus.
  - o En revanche l'association présentait un déficit financier sur la part dédiée à la coordination du dispositif à cause notamment d'un écart sur les coûts RH par rapport au prévisionnel.
  - o La part dédiée au fonctionnement présentait un excédent.
- Sur l'analyse de l'attractivité financière :
  - o Les médecins prescripteurs considéraient la rémunération attractive, même si certains ne faisaient pas les démarches administratives pour l'obtenir. Ce versement relève dans tous les cas d'une obligation de l'association dès lors que ces médecins sont impliqués. Les délais peuvent simplement s'allonger si les médecins ne font pas les démarches administratives nécessaires.
  - o Pour les autres professionnels, l'attractivité variait selon les métiers.
  - o Dans l'ensemble, ce n'était pas un sujet de préoccupation majeure.

En évaluation finale, dans l'analyse de la partie soins du forfait :

- Les chiffres montrent toujours que la **consommation de soins est en moyenne moins élevée** que ce qui était prévu pour dimensionner le forfait.
- Ces chiffres semblent attester du fait que le **nombre de séances et consultation est suffisant** en moyenne pour prendre en charge les troubles annexes liés à la maladie chronique traitée dans le cadre de la réhabilitation respiratoire.
- Une réflexion est à mener pour la généralisation sur **la rémunération des professionnels conventionnés**, notamment masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre du parcours. La rémunération forfaitaire se heurte aux possibilités de rémunération dans le droit commun et peut freiner l'embarquement des professionnels même si le forfait présente des avantages certains sur l'engagement de ces professionnels dans un travail en équipe.
- Une révision du modèle pourrait aussi permettre :
  - o D'**ajuster les montants** (taux de recours aux professionnels et contenu du forfait) pour se rapprocher des besoins réels constatés.
  - o D'**attribuer la charge de la régulation à l'acteur le plus pertinent**. Il est proposé de mener une réflexion entre l'attribution de cette responsabilité entre le professionnel (modèle actuel d'indivisibilité du forfait) ou à l'association (utilisation libre des forfaits à des fins de régulation des soins).

Sur l'analyse des coûts de fonctionnement et de coordination :

- Les chiffres révèlent un déficit global de l'association.
- Toutefois celui-ci est compensé en grande partie par les Crédit d'Amorçage est d'Ingénierie. Dans le cadre d'une extension, la répartition de ces coûts entre les revenus du forfait et des revenus fixes (CAI) serait à étudier.

Sur l'attractivité des forfaits :

- Le montant du forfait n'est pas un critère d'adhésion au dispositif pour les médecins prescripteurs
- Mais le montant du forfait est perçu différemment par les différentes catégories de professionnels de santé :
  - o Pour les **prescripteurs**, ce montant est jugé **comme suffisant**, mais est un critère d'adhésion secondaire, comme en témoigne les nombreux forfaits non récupérés faute d'avoir fourni les pièces administratives nécessaires.
  - o Pour **certains paramédicaux**, notamment les **masseurs-kinésithérapeutes**, ce montant est jugé **insuffisant**. Certains préfèrent même rester rémunérés par le droit commun à l'acte.
- Dans la logique du forfait, l'équipe coordinatrice doit être conservée afin de veiller à ce que le parcours ne se résume pas à une somme de prescriptions, et que le patient soit bien pris en charge dans sa globalité dans une logique de parcours coordonné.

## **AXE 2 - EFFICACITE ET EFFICIENCE**

### AMELIORATION DE L'ACCES A LA REHABILITATION RESPIRATOIRE POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE MRC

L'évaluation intermédiaire démontrait que :

- **Le recrutement cible des patients n'avait pas été entièrement atteint :**
  - o Des retards avaient été causés par la crise de la Covid-19, principalement dans les recrutements de référents de programme en Midi-Pyrénées.
  - o La communication de l'association reposait essentiellement sur son réseau de membres, limitant l'efficacité du recrutement de professionnels de santé et la sensibilisation des patients.
  - o Un retard de financement de l'ARS pour 2022 avait entraîné une incertitude budgétaire, ce qui a retardé le recrutement de personnel nécessaire à la montée en charge du dispositif.
- **Toutefois le processus d'inclusion des patients était considéré fonctionnel et efficace :**
  - o Une fois les patients adressés, les délais d'inclusion étaient très rapides.
  - o L'installation d'un ergocycle à domicile pouvait représenter un frein, mais des solutions étaient trouvées dans la plupart des cas. L'élaboration d'un plan de montée en charge des ergocycles était recommandé pour continuer à garantir un délai court de lancement des parcours.
  - o La réalisation du test à l'effort nécessaire à l'inclusion était un point d'attention pour laquelle l'association portait une attention particulière.
  - o Le très haut taux d'inclusion après demande témoignait de l'efficacité et la pertinence du dispositif. La majorité des patients éligibles, après avoir complété un dossier de demande, commencent le parcours de réhabilitation.
- **La réticence des patients n'était pas un facteur limitant**
  - o Moins de 1% des patients exprimaient des inquiétudes liées à la prise en charge à domicile lors de l'inclusion. Les objectifs du programme étaient clairement présentés aux patients, favorisant ainsi leur adhésion.

L'évaluation finale confirme que **les inclusions des patients se déroulent de manière satisfaisante** :

- La réalisation du test à l'effort a été facilitée par l'instauration de plusieurs partenariats.
- Un investissement conséquent en ergocycles a été réalisé par les deux antennes, permettant au dispositif de monter en charge et de limiter la file d'attente pour les patients dont la demande d'accès au parcours a été acceptée.
- Des évolutions ont été apportées afin de faciliter la réalisation des exercices sur l'ergocycle.
- Le dispositif atteignait 83% de son objectif d'inclusion au moment de l'évaluation.
- Les délais d'inclusions s'allongent mais restent tout à fait acceptable.

**Occitan'air se révèle être utile différemment pour les patients selon l'offre présente dans la région**

- Occitan'air vient compléter l'offre SSR :
  - o A la place du SSR lorsque celui-ci est inexistant,
  - o En aval ou relai du SSR lorsque celui-ci existe.
- L'association a un positionnement différent selon le territoire sur lequel elle se trouve et se présente soit comme une alternative à une prise en charge SSR, indisponible ou jugée inadaptée, soit comme un complément à cette même prise en charge.

**Par le succès de la mise en place d'une offre de réhabilitation respiratoire à domicile, pluriprofessionnelle et coordonnées pour l'ensemble des patients inclus, Occitan'air répond aux recommandations de la HAS sur le sujet.**

## ADHESION ET SATISFACTION DES PATIENTS

L'évaluation intermédiaire faisait état des faits suivants :

- **Les patients adhéraient largement au dispositif.**
- **Les patients témoignaient d'un haut niveau de satisfaction**
  - o Les patients étaient très satisfaits du dispositif, de la personnalisation de leur parcours et le fonctionnement de la coordination entre les professionnels.
  - o Ils estimaient que l'accompagnement et les exercices proposés amélioraient leur qualité de vie et leur santé.
  - o Ils relevaient la bonne relation avec les professionnels de santé (d'Occitan'air et partenaires) et leur pédagogie.

En évaluation finale, les patients sont toujours largement satisfaits par sa prise en charge au sein du dispositif :

- Ils apprécient tout particulièrement leur prise en charge **en phase d'intervention**
- De même, sur la phase d'accompagnement, les patients **sont largement satisfaits** de leur prise en charge. Mais cette satisfaction est moindre qu'en phase d'intervention, du fait de **l'appui plus distant** des référents de programme et de l'absence de professionnels de santé intervenant à domicile dans le cadre du parcours
- La qualité de l'accompagnement des référents est une **composante majeure de la satisfaction** des patients.

Quelques axes d'amélioration sont suggérés par les patients :

- Rallonger le délai de prise en charge ou le nombre de séances pour bénéficier d'un accompagnement plus poussé.
- Bénéficier d'une assistance financière pour l'achat de vélos spécialisés en fin de phase d'intervention.

## AMELIORATION DE LA SANTE ET DES COMPORTEMENTS DES PATIENTS

L'évaluation intermédiaire montrait une **amélioration des indicateurs de santé mesurés pendant le programme d'intervention**.

Les **résultats de la phase d'accompagnement à distance sont plus mitigés** :

- Certains patients réussissaient à maintenir une activité physique régulière grâce aux appels avec les professionnels du dispositif, qui leur fournissent un cadre et un objectif.
- D'autres patients ne parvenaient pas à maintenir une activité physique pendant cette phase, malgré les bénéfices constatés pendant la phase d'accompagnement à domicile

Le rapport final confirme que les **indicateurs de santé suivis évoluent positivement** grâce à la prise en charge du réseau :

- Les indicateurs de MMRC, de dyspnée, de fatigue, d'émotion et de contrôle évoluent tous positivement
- La comparaison de l'évolution du score MMRC des patients met en évidence une efficacité moindre durant la phase d'accompagnement.
- Cette phase reste donc à parfaire pour assurer la continuité des meilleurs comportements des patients.

### **Axe 3 – REPRODUCTIBILITE**

Le rapport final établit les **conditions requises** pour la mise en place et le portage d'un parcours similaire. Sont décrits :

- Les caractéristiques générales de la structure porteuse,
- La composition possible, les expertises à rassembler et le dimensionnement de la structure porteuse,
- Les modalités de construction et d'animation d'un réseau d'expert,
- Les modalités de diffusion de l'offre auprès des bénéficiaires potentiels,
- La stratégie d'embarquement des professionnels à privilégier,
- La structuration des parcours et l'organisation des prises en charge à privilégier,
- Les bonnes pratiques concernant la gestion du forfait et la facturation,
- Les conseils en termes de cahier des charges et d'implémentation d'un système d'information.

Le rapport identifie des **clés d'adaptation du dispositif à des contextes locaux variables** tels que :

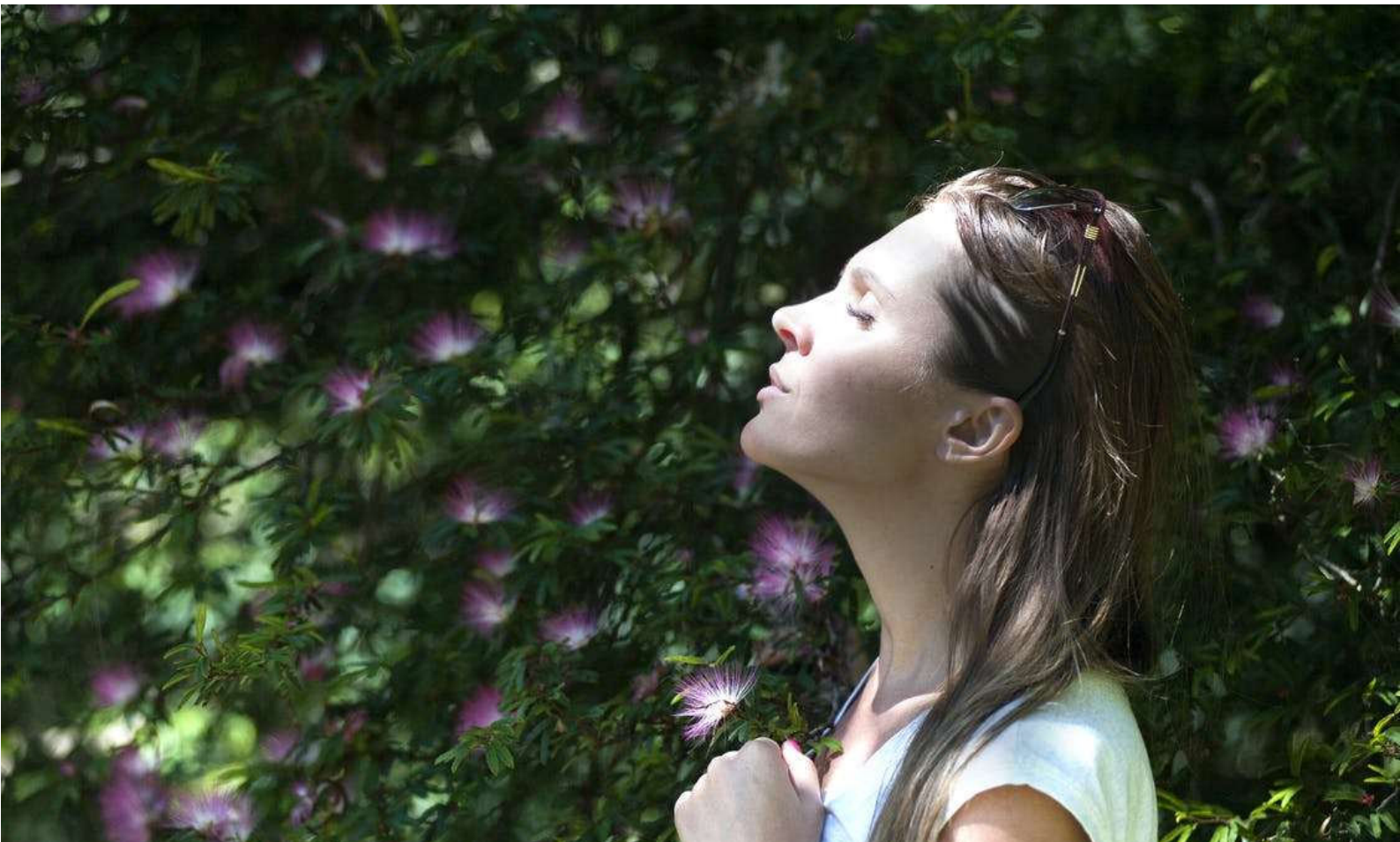
- La mise en œuvre de différentes stratégies de collaboration avec les SSR locaux existants.
- L'adaptation des programmes proposés pour répondre aux besoins / contraintes spécifiques des populations locales.
- La mise en place de moyens d'accès adaptés à la situation géographique et aux infrastructures disponibles.

Enfin, le rapport propose **des transformations** qui pourraient être apportées pour un passage à l'échelle réussi :

- Sur les organisations de parcours,
- Sur le modèle économique.



## 2 - Rappels sur l'expérimentation



## 2.1 - FICHE SIGNALÉTIQUE

Titre de l'expérimentation	Projet OCCITAN'AIR – Programmes de réhabilitation respiratoire coordonné au domicile.	
Porteur(s)	Association Occitan'air, fusion des associations PARTN'AIR et AIR+R	
Partenaire(s)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 établissements de santé (SSR)</li> <li>• 6 réseaux ou fédérations</li> <li>• 4 structures de représentation des PS (dont 2 URPS)</li> <li>• 16 associations de patients</li> </ul>	
Territoire concerné	Région Occitanie	
Nature du projet	Projet régional	
Cible	Patients adultes porteurs d'une pathologie respiratoire chronique demeurant sur le territoire régional	
Professionnels de santé et structures concernés	+ de 2000 professionnels de santé du territoire (pneumologues, médecins traitants, kinésithérapeutes, IDE, diététiciens, psychologues, tabacologues)	
Objectifs principaux et opérationnels du projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Améliorer la prise en charge</b> des patients souffrant d'une pathologie <b>respiratoire chronique</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ en adaptant les modalités de la réhabilitation aux besoins des patients et en proposant, si possible en première intention, les programmes développés à domicile (tel que recommandé par la HAS).</li> </ul> </li> <li>• Garantir <b>l'équité et l'accessibilité aux soins</b> quel que soit le lieu de résidence et les conditions socio-professionnelles : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ en améliorant les pratiques soignantes pour augmenter la prescription de réhabilitation respiratoire et permettre la montée en compétence,</li> <li>○ en augmentant l'offre de soins en réhabilitation respiratoire par la coordination et le soutien des ressources soignantes existantes.</li> </ul> </li> <li>• <b>Améliorer l'efficacité économique</b> de la prise en charge des patients souffrant d'une pathologie respiratoire chronique : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ en optimisant le coût global pour le système de santé, grâce à une amélioration de la pertinence des soins et une diminution des coûts liés à un défaut de prise en charge.</li> </ul> </li> </ul>	
Coûts prévisionnels	Crédits d'amorçage	FISS : - K€ / FIR : 68K€
	Financement parcours	FISS : 1,66 M€ / FIR : - K€
Date de début	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Date de publication de l'arrêté : 22 juin 2020</li> <li>• Date de 1<sup>ère</sup> inclusion prévue dans l'arrêté : Novembre 2020</li> <li>• Date de 1<sup>ère</sup> inclusion réelle : Novembre 2020</li> </ul>	
Durée	3 ans à compter de la 1 <sup>ère</sup> inclusion	



## 2.2 - RAPPELS SUR LE DISPOSITIF

Le dispositif Occitan'air est né de la fusion des associations Partn'air et Air+R, respectivement déployées dans les anciennes régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon. Ces deux dispositifs ont pour but d'améliorer le recours et de faciliter l'accès à la réhabilitation respiratoire pour les patients atteints de maladie respiratoire chronique (BPCO, syndrome d'hyperventilation, asthme, etc.) sur leur territoire.

L'expérimentation se déroule aujourd'hui sur l'ensemble de la région Occitanie, née de la fusion des deux anciennes régions précédemment mentionnées. Elle est mise en place dans le cadre de l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2018.

Le dispositif Occitan'air propose :

### 1. La création d'un programme de réhabilitation respiratoire coordonnée au domicile du patient comprenant :

- **Une phase d'intervention (pendant 12 semaines) :**
  - o 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 SSR.
  - o Cette phase intègre une visite d'inclusion, un programme de réhabilitation respiratoire organisé avec l'appui d'un suivi téléphonique et de l'intervention de professionnels de santé habituels du patient (pneumologues, médecins traitants, kinésithérapeutes, IDE, diététiciens). De même, selon les besoins une prise en charge non médicamenteuse est assurée (diététique, tabacologie et psychologique). Enfin, l'association assure une visite en milieu de programme et une évaluation finale en fin de programme.
- **Une phase d'accompagnement à distance (pendant 40 semaines) :**
  - o Cette phase vise à faciliter l'objectivation du niveau d'activité physique, à favoriser la motivation et à pérenniser les comportements du patient. En outre, il s'agit également d'opérer un suivi de l'observance médicamenteuse et de s'assurer de la continuité des soins et notamment du suivi pneumologique.

### 2. La création d'un forfait de soins :

- Pour un programme de réhabilitation respiratoire à domicile,
  - o Couvrant les phases d'intervention et d'accompagnement ;
  - o Valorisé à 2 300€ par patient (calculé en moyenne).
  - o Comprenant :
    - Les prestations de soins des professionnels ;
    - Les dépenses liées à la mise en place, au suivi et à la coordination du programme ;
    - Les frais de fonctionnement des réseaux PARTN'AIR et AIR+R.
  - o Versés par l'Assurance Maladie dans son intégralité à une structure concentratrice (Association PARTN'AIR) qui s'occupera de la redistribution selon l'activité de chacun des partenaires rémunérés.

### 3. L'appui des programmes par les deux réseaux Part'nair et AIR+R, chargés :

- D'assurer la coordination (administrative, technique et organisationnelle) des professionnels de santé du territoire, pour la prise en charge des patients inclus dans le programme ;
- 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 en fin de programme et à 1 an du début de sa mise en œuvre.

#### Focus sur d'autres initiatives

##### Inspir'action

Le projet **Inspir'Action** est porté par la Fédération de l'Hospitalisation Privée – Soins de Suite et Réadaptation. Il s'agit d'un parcours innovant pour les patients atteints de BPCO qui propose un suivi complet et personnalisé pendant 18 mois avec une équipe médicale et un coordinateur de suivi. Il est aujourd'hui déployé à travers le territoire français au sein de 10 établissements SSR spécialisés dans la prise en charge des patients atteints de maladies respiratoires.



Les objectifs du parcours sont de :

- Faciliter l'accès aux soins pour les patients atteints de BPCO.
- Faire bénéficier au patient d'un parcours personnalisé lui permettant de changer durablement ses habitudes de vie et d'ainsi améliorer sa santé et sa qualité de vie.
- Faciliter la coordination ville-hôpital afin de limiter les situations de crise à l'origine d'évènements indésirables ou de ré-hospitalisations.

##### Parcours Objectif Patient (POP)

Le Parcours Objectif Patient (POP) est un dispositif innovant mis en place pour accompagner les patients souffrant de maladies chroniques et notamment la BPCO. Il est mis en place par la clinique Inicea les 3 Tours et intègre trois axes clés :

- La présence d'interlocuteurs de santé disponibles (médecin traitant, pneumologue etc.)
- Une plateforme numérique sécurisée permettant de rassembler les informations sur la prise en charge du patient à la clinique et qui lui permet de rester en contact avec l'établissement et de recevoir ses informations clés.
- Un programme personnalisé d'exercices physiques et respiratoires à domicile, proposé par des éducateurs d'Activité Physique Adaptée.

Après le retour à domicile, une consultation de bilan de réhabilitation respiratoire est prévue trois à six mois plus tard.



## **3 - Présentation des travaux effectués**



### 3.1 - AMBITIONS ET OBJECTIFS DU RAPPORT FINAL

Le rapport final est rendu en octobre 2023 soit 35 mois après la 1<sup>ère</sup> inclusion de patient. Pour rappel :

- Publication de l'arrêté en juin 2020
- 1<sup>ère</sup> inclusion en novembre 2020
- Rapport intermédiaire en janvier 2022 (soit 14 mois après la 1<sup>ère</sup> inclusion)

L'objectif de cette évaluation est de comprendre les évolutions du déploiement depuis l'évaluation intermédiaire, de mieux évaluer l'efficacité du dispositif et de recenser les facteurs clefs de succès nécessaires à sa généralisation.

Le rapport ci-dessous évalue le projet selon trois axes :

- La **faisabilité/opérationnalité** qui traite les sujets suivants :
  - o La capacité à structurer, mettre en place et animer le programme de réhabilitation respiratoire coordonné à domicile
  - o L'embarquement des professionnels et des patients dans le dispositif
  - o L'opérationnalité du système d'information
  - o L'efficacité du système de facturation et la viabilité économique du dispositif
- L'**efficacité/efficience** du projet qui évalue :
  - o L'amélioration de la prise en charge et de la santé des patients,
  - o L'incidence de la réhabilitation respiratoire à domicile sur les comportements et les indicateurs de santé des patients
  - o L'efficience économique dans la prise en charge des patients atteints de maladie respiratoire chronique
- L'**analyse de la transférabilité** en d'autres lieux et contextes et à plus grande échelle
  - o Bilan du déploiement à l'échelle de la région
  - o Synthèse des conditions requises pour la mise en place et le portage d'un parcours similaire
  - o Les clés d'adaptation du dispositif à des contextes locaux variables
  - o Les transformations qui pourraient être apportées pour un passage à l'échelle réussie
  - o Analyse impact budgétaire

## 3.2 - METHODE

L'évaluation finale s'appuie sur les travaux suivants :

- L'**extraction de données** dans les systèmes d'information utilisés par les équipes Occitan'air et notamment l'outil de suivi Gesn'air
- La réalisation **d'entretiens individuels** avec les différentes parties prenantes du projet
- La réalisation **d'entretiens collectifs** avec les porteurs du projet et avec certains partenaires

### 3.2.1 - Données quantitatives

Des données quantitatives ont été collectées auprès des porteurs du projet. Ces données proviennent directement du système d'information (SI) et plus particulièrement de l'outil de suivi des parcours : Gesn'air. Ces indicateurs ont été calculés directement par le porteur en utilisant des données agrégées.

Les données portent sur **les volets suivants** du projet :

- La montée en charge par rapport aux volumes cibles
- Le fonctionnement et l'activité réalisée au regard des parcours cibles définis
- Le recrutement des professionnels de santé et la couverture des différents départements
- La viabilité économique du modèle
- La population expérimentale et ses caractéristiques

Ces données ont été acquises au format agrégé et individuel.

### 3.2.2 - Entretiens individuels

En application du protocole, des entretiens avec plusieurs types de professionnels ont été réalisés.

- Les **porteurs du projet** ont été interrogés afin d'obtenir des informations sur la **gouvernance du projet**, les **ressources nécessaires** à leur bonne réussite, les **freins rencontrés**, l'application des **préconisations** du rapport intermédiaire, ainsi que les **perspectives de généralisation** du dispositif.
- Des entretiens avec les **membres des équipes opérationnelles** ont été menés afin de recueillir leur **perception sur l'expérimentation**, la montée en charge et ses conséquences, et les **possibilités d'extension** du dispositif.
- Des entretiens avec les **patients** ont été réalisés afin de recueillir leur avis sur **l'impact du parcours** sur leur prise en charge, **leur santé** et leur **qualité de vie**, ainsi que leur **expérience de l'accompagnement** à distance et du dispositif en général.
- Enfin, des **professionnels de santé** ont également été interrogés sur leur **satisfaction** vis-à-vis du dispositif, leur **perception du programme** et de ses **impacts**, ainsi que sur **l'attractivité économique** des forfaits.

Le détail des entretiens se trouve en **annexe 1**.

### 3.2.3 - Entretiens collectifs

L'évaluation du dispositif s'est clôturée par un **entretien collectif** avec les différents **porteurs du projet**. Les participants à cet entretien collectif avaient tous été vus au préalable en entretien individuel. L'objectif de cet entretien a été de questionner les porteurs sur la **gouvernance actuelle et future** du dispositif, et sur les **perspectives liées à la potentielle généralisation du dispositif**.

Date de l'entretien	Structure	Profession/Rôle
03/07/2023	Etablissement Ouest	Responsable médical
		Coordinateur général

Un **entretien** avec l'équipe projet a également été mené pour initier une analyse plus approfondie de la **viabilité économique** du projet. L'objectif de l'entretien était de lister les différents postes de dépenses et d'investissement en lien avec le projet pour l'association.

Date de l'entretien	Structure	Profession/Rôle
03/07/2023	Etablissement Ouest	Responsable médical
		Responsable administrative et adjointe aux finances
	Etablissement Est	Directrice établissement Occitan'air Est

### 3.2.4 - Enquête menées

Une enquête a été menée auprès des **patients** afin qu'ils évaluent leur prise en charge à la fin du parcours. Le questionnaire interroge les patients sur leur recrutement, leur satisfaction vis-à-vis de la prise en charge, sur leur aisance à suivre le parcours, et essentiellement sur l'impact du programme sur leur santé. Au moment de l'évaluation, **54 réponses** avaient été collectées sur les 230 patients contactés.

Une **enquête** a également été menée par notre équipe auprès de **l'ensemble des professionnels de santé** impliqués dans le dispositif (prescripteur et intervenant). Au total, **45 professionnels** ont répondu sur les 415 contactés.

Cette enquête les interroge notamment sur leurs **perceptions du dispositif**, sur **l'organisation pratique** des parcours et sur leur évaluation de l'impact du dispositif.



## **4 - Analyse de la faisabilité / opérationnalité**



## 4.1 - GOUVERNANCE ET ANIMATION DU RESEAU

### 4.1.1 - Rappel des conclusions de l'évaluation intermédiaire

L'évaluation intermédiaire faisait état de :

- Un **contexte initial particulièrement complexe** (crise sanitaire, départs de plusieurs salariés et difficultés de recrutement) qui **n'a** toutefois **pas bloqué le dispositif dans son déploiement** (89% de la cible de recrutement de patients atteinte au stade de l'évaluation intermédiaire).
- Une **fusion des deux associations Air + R et Partn'air** permettant la mise en place d'une **gouvernance commune** qui reste alors plus administrative qu'opérationnelle (fonctionnement interne inchangé dans chacune des structures). Il reste nécessaire de graduer le pilotage entre le global (région Occitanie et le local).
- Une **équipe projet encore fragile**, avec des postes vacants dans les deux équipes qu'il reste à pourvoir.
- Des **parcours qui se mettent en place** dans la partie de la région nouvellement déployée, sans que les pratiques ne soient encore homogénéisées dans l'ensemble de l'organisation.
- Une **communication** qui se concentre principalement sur les professionnels de santé sans qu'une structuration plus précise de la fonction de communication ne soit encore mise en place. La nécessité de la désignation d'un responsable avec un temps et un budget dédié à cette fonction est relevée.
- Des **partenariats qui restent à développer** avec d'autres structures ou associations, comme relai de communication.

### 4.1.2 - A l'échelle d'Occitan'air, les deux établissements bénéficient d'une plus grande coordination

Le rapprochement entre les anciennes associations Air+R et Occitan'air semblait jusqu'alors **essentiellement administratif** avec deux équipes opérationnelles distinctes au sein de chacun des établissements. Cependant de plus fortes interactions se sont nouées entre ces établissements afin d'assurer **une gouvernance** et une **prise en charge homogènes**.

#### OCCITAN'AIR, UNE NOUVELLE ENTITE EN CONSTRUCTION

L'association considère comme important le fait de garder **deux établissements distincts par ancienne région**. Ce modèle permet de garder des processus et des organisations **spécifiques** à chacune des structures selon l'historique de l'association et selon le contexte territorial, tout en **garantissant une prestation similaire** au patient.

Depuis l'évaluation intermédiaire, une véritable **affirmation de l'identité** de l'association Occitan'air est constatée. Cette identité se révèle par l'intermédiaire **d'un logo commun** aux deux établissements, de la mise en place de documents standardisés, par l'élaboration, encore en cours, d'un site web, et par la création et la diffusion de prospectus de communication.

Cette identité commune reflète également **une plus grande cohésion des équipes** des deux établissements : depuis la fusion, des échanges informels ont ponctuellement lieu afin que les deux équipes fassent plus ample connaissance et **puissent échanger** sur leurs processus respectifs et **leurs bonnes pratiques**. Ces événements sont des occasions importantes pour le renforcement de la cohésion des équipes.



De plus, la mise en place de la plateforme Slack a été une innovation importante pour le dispositif, permettant de **renforcer cette cohésion** au sein des équipes. Bénéficiant d'un accès Premium grâce à leur statut associatif, les membres des équipes de l'établissement Ouest (anciennement Partn'air) l'ont d'abord mis en place entre eux afin de faciliter la communication immédiate ainsi que le partage d'informations.

Ainsi, grâce à l'outil Slack, les équipes de l'établissement Ouest disposent dorénavant :

- D'un canal avec le directeur médical du projet afin de faire valider leurs dossiers,
- De canaux entre référents de programmes pour échanger sur l'organisation de la journée et sur les agendas respectifs,
- D'un canal pour les membres de la direction, afin d'assurer un pilotage plus direct du dispositif,
- D'un canal général pour la diffusion d'informations générales.

Les professionnels du dispositif sont satisfaits de cet outil qui est intuitif à prendre en main et fonctionnel. Ils n'utilisent pas encore toutes ses fonctionnalités, notamment son outil d'organisation.

L'objectif est de **développer cet outil à l'Est (anciennement Air+R)** afin de favoriser la communication à l'échelle des établissements et de l'association.

## DEUX ETABLISSEMENTS AVEC LA VOLONTE DE DISPENSER UNE PRISE EN CHARGE HOMOGENE AU PATIENT

Sur la prise en charge des patients, les deux sites **restent autonomes** ; les interactions concernent le partage **de bonnes pratiques** et **des bons partenariats** sur la prise en charge à domicile et sur l'accompagnement à plus long terme.

Comme mentionné plus haut, des rendez-vous mensuels sont organisés. Ils regroupent l'intégralité des acteurs de l'association sur la totalité des prises en charge à domicile (qui incluent pour rappel, également des parcours COVID et des parcours en onco-hématologie). Ces rendez-vous ont pour objectif de favoriser l'échange sur les bonnes pratiques, de dispenser une information homogène à l'ensemble des équipes, à faire des rappels ponctuels sur des points techniques tels que la facturation, les méthodes de sollicitation des professionnels.

Ces réunions ont aussi permis de travailler sur un tableau de bord, réservé à l'établissement Est, en rapport avec leur capacité d'action limitée côté SI.

De plus, un travail commun a été mis en place sur différents documents en lien avec le dispositif :

- Les **modules d'éducation thérapeutique** ont été revus afin de disposer d'une version plus moderne et plus harmonisée de ces modules (cf. annexe 2).
- Les **dossiers d'inscription des prescripteurs** ont de même été réorganisés afin d'être plus intuitifs dans leur remplissage.

Ces documents ont tous été harmonisés et mis en forme **selon la nouvelle charte Occitan'air** afin de disposer d'une nouvelle version homogène des documents dans les deux établissements.

## UNE VOLONTE DE DEVELOPPER LE DISPOSITIF

Les porteurs ont dorénavant **deux nouveaux axes d'amélioration** pour le dispositif :

- L'ouverture de l'association vers les politiques Sport Santé Bien Être : un premier **recensement des offres** associées à ces politiques sur le territoire a été menée par les équipes, mais, au moment de l'évaluation, encore aucune communication ciblée n'avait été faite.
- Le développement de projet de **partage d'expérience entre pairs**, basé sur le principe des groupes de paroles, et qui permettrait de réunir, sur la base du volontariat, un certain nombre de patients encadrés par un enseignant APA et un psychologue. L'échange pourrait être réalisé à distance et son objectif serait de permettre aux patients d'échanger **sur leurs difficultés à maintenir une activité physique** sur le long terme.

De plus, le dispositif commence à s'intéresser à d'autres projets déployés sur le territoire national, afin de compléter leur offre. Ainsi, les dispositifs Constellation et Inspiration, qui proposent de la télé-réhabilitation sur le long terme, semble être intéressants pour le dispositif Occitan'air.



### 4.1.3 - Les enseignements

- Le rapprochement des établissements a conduit à **une affirmation de l'identité** de l'association Occitan'air. Des interactions plus étroites ont été établies entre les deux antennes pour assurer une **gouvernance** et une **prise en charge homogènes**, favorisant ainsi une meilleure coordination à l'échelle d'Occitan'air.
- Les porteurs du dispositif Occitan'air se tournent maintenant **vers de nouvelles améliorations**, notamment l'ouverture de l'association vers les politiques Sport Santé Bien Être et le développement de projets de partage d'expérience entre pairs. Ils s'intéressent également à **d'autres projets nationaux** afin de créer des partenariats permettant d'enrichir leur offre et d'étendre leur champ d'action (télé-réhabilitation).

## 4.2 - MISE EN PLACE ET SUIVI DES PARCOURS

### 4.2.1 - Rappel des conclusions de l'évaluation intermédiaire

L'évaluation intermédiaire faisait état de :

- **Un dispositif basé sur l'expérience de l'association porteuse qui aide à son fonctionnement efficace :**
  - L'association chargée du dispositif bénéficie d'une ancienneté et d'un réseau préexistant, ce qui facilite la mise en place du parcours de réhabilitation.
- **Un processus d'adressage et d'inclusion opérationnel et efficace :**
  - Les patients sont adressés au dispositif par des professionnels de la ville ou des structures de santé (avec ou sans séjour SSR au préalable)
  - Les équipes opérationnelles accompagnent les professionnels prescripteurs pour faciliter le processus d'inclusion. Un comité de concertation se réunit pour statuer sur l'inclusion des patients, et si les critères d'éligibilité sont remplis, l'inclusion est approuvée.
  - Le médecin prescripteur souhaiterait toutefois voir leur charge administrative simplifiée dans l'élaboration du dossier d'inscription.
- **Un lancement du programme de réhabilitation opérationnel et efficace :**
  - Le suivi du programme à domicile est assuré par des référents de programme qui se rendent chez le patient à trois reprises. Ces rencontres physiques permettent de créer du lien et de fixer des objectifs adaptés.
  - Des appels téléphoniques hebdomadaires sont prévus, et des appels supplémentaires peuvent être passés selon les besoins du patient.
- **Une phase d'accompagnement à distance satisfaisante dans l'ensemble, qui toutefois reste source de frustration pour certains patients.**
  - Les patients doivent devenir plus autonomes dans la réalisation des exercices physiques et le maintien des comportements hygiéno-diététiques. Bien que les référents de programme soient présents et établissent un plan d'action avec le patient pour prévenir les ruptures de parcours, cette phase est parfois perçue par les patients (sentiment d'abandon).
  - Dans les zones rurales où les solutions d'accompagnement de proximité sont limitées, les référents de parcours mobilisent différents leviers pour renforcer l'accompagnement à distance, tels que la recherche de financement pour l'achat d'un vélo, la création de cartes interactives recensant les dispositifs présents, des partenariats avec des structures de proximité, ou encore des séances d'exercice physique à distance.
  - Cependant, certaines difficultés peuvent se présenter, notamment le manque d'intérêt de certains patients pour les nouvelles technologies ou les zones blanches sans accès à internet. Malgré ces défis, le dispositif de réhabilitation offre une personnalisation et une adaptation des parcours en fonction des besoins des patients.
  - Il s'agirait donc de renforcer l'accompagnement des patients dans la seconde phase du dispositif en développant davantage de partenariats avec d'autres associations locales et en conduisant une réflexion pour penser d'autres modalités de suivi du patient à distance.

## 4.2.2 - Depuis l'évaluation intermédiaire, les parcours ont été fluidifiés et renforcés grâce à l'instauration de partenariats

### L'INCLUSION DES PATIENTS EST FACILITEE

Une amélioration est constatée dans l'inclusion des patients au sein du dispositif. Grâce aux **partenariats** avec **divers centres hospitaliers** (CHU de Toulouse côté Ouest, CHU de Montpellier et de Nîmes côté Est), l'accès **aux tests à l'effort**, qui était auparavant un obstacle pour certains prescripteurs et patients, est dorénavant **facilité**. Une communication est assurée par le dispositif afin que les prescripteurs aient bien l'information relative à ce partenariat.

### LA PHASE D'INTERVENTION CONTINUE D'OBTENIR UNE SATISFACTION ELEVEE DE LA PART DES PATIENTS.

Les exercices sur l'ergocycle sont rendus plus ludiques en **introduisant des séances fractionnées** et en fournissant des **conseils pratiques** tels que l'optimisation des horaires et l'utilisation d'écrans. Toutefois, certains patients préféreraient d'autres activités, comme le tapis de course.

Les patients apprécient **la qualité des interventions des professionnels** de santé, mais signalent également **un manque de séances** avec les différents professionnels, en particulier dans le cadre du suivi psychologique, pour lequel les patients déclarent recevoir peu d'informations. Il est donc suggéré de mettre en place des alternatives pour faciliter l'accès au suivi psychologique, telles que des **ateliers en visioconférence animés** par les référents pour aider les patients à surmonter leur anxiété liée à la maladie chronique. Pour les autres activités, comme la kinésithérapie, l'utilisation de séances en visioconférence pourrait être envisagée pour certains exercices spécifiques tels que les exercices respiratoires et le renforcement musculaire.

L'association met à disposition des patients des **ressources documentaires** sous la forme de plaquettes (cf. annexe 2) pour compléter l'éducation thérapeutique réalisée avec le référent. A ce jour, **14 modules pédagogiques sont proposés** (« Oxygénothérapie », « Activité physique, « Economiser son énergie dans les activités de la vie journalière », etc.).

La phase d'intervention est aussi l'occasion privilégiée pour les référents de prendre le temps de connaître les patients et **de définir avec eux** leurs objectifs, par l'intermédiaire **d'un entretien motivationnel** en amont de la phase d'intervention. De plus, les référents jouent **un rôle essentiel** dans la coordination avec les professionnels de santé en ville, en les tenant informés de l'évolution des patients.

### LA PHASE D'ACCOMPAGNEMENT A ETE RENFORCEE PAR L'INSTAURATION DE PARTENARIATS

Depuis l'évaluation intermédiaire, plusieurs améliorations ont été apportées à la phase d'accompagnement. Dans le but de renforcer l'efficacité du programme, **des activités d'éducation thérapeutique en groupe** ont été renforcées. Ces activités sont organisées par l'association Occitan'air, en collaboration avec les maisons Sport Santé et les associations de patients présentes dans toute la région de l'Occitanie.

Parmi les nouvelles initiatives mises en place, **des promenades à vélo** et **des séances de marche collective** sont parfois proposées. Ces activités favorisent l'engagement des patients dans une pratique physique régulière, tout en encourageant la convivialité et les échanges entre participants.

Cependant, nous avons constaté que certains patients **rencontrent des obstacles** qui les empêchent de rejoindre des groupes pour faire de l'exercice. Ces obstacles peuvent être liés **au manque de cours collectif** dans les territoires particulièrement enclavés, au coût élevé de certains équipements, ou à des contraintes personnelles fortes. Afin de

garantir un accompagnement adapté à ces situations, une assistance est mise en place pour aider les patients à acquérir l'équipement nécessaire à leur pratique physique individuelle.

Certains patients, sans pour autant faire face à des obstacles similaires, peinent à maintenir une activité physique pendant la phase d'accompagnement, **du fait d'un manque de motivation**. Il est donc primordial de **détecter ces situations** en amont et d'offrir un suivi plus fréquent à ces patients.

Pour ce faire, nous recommandons **la mise en place d'un formulaire** lors de la visite intermédiaire en phase d'intervention, ainsi que la possibilité de définir différents niveaux de suivi (voir partie Analyse de la transférabilité). Ce formulaire permettrait aux patients d'indiquer la fréquence de suivi souhaitée ainsi que leurs préférences concernant les séances en visioconférence, par exemple.



### 4.2.3 - Les enseignements

- Le dispositif a **grandement renforcé ses parcours** à l'aide de **divers partenariats** et par la mise en place de bonnes pratiques, tant sur la phase d'inclusion que sur les phases d'intervention et d'accompagnement.
- La phase d'intervention, bien que déjà très satisfaisante, pourrait **continuer à être enrichie**, notamment par le biais d'un accompagnement plus poussé de la part de certains professionnels (notamment le psychologue).
- Le dispositif doit encore veiller à **développer davantage son offre** sur la phase d'accompagnement, afin de contrer les obstacles rencontrés par certains patients (coût élevé de l'équipement, manque d'offres sur le territoire), et de **s'assurer du bon maintien d'activité physique** chez ces patients. Afin de pouvoir leur offrir le meilleur suivi possible, il est également nécessaire d'être en mesure **de repérer ces patients** en amont.

## 4.3 - EMBARQUEMENT DES PROFESSIONNELS

### 4.3.1 - Rappel des conclusions de l'évaluation intermédiaire

L'évaluation intermédiaire rapportait les faits suivants :

- Le dispositif nécessite la **collaboration de différents professionnels de santé** :
  - Médecins généralistes, pneumologues, médecins en médecine physique et réadaptation, psychologues, psychologues-tabacologues, masseurs-kinésithérapeutes, diététiciens.
  - Ces professionnels dirigent les patients vers le dispositif et les suivent lors des consultations bilans. Pendant la phase d'intervention à domicile, les professionnels paramédicaux réalisent des accompagnements spécifiques en fonction des besoins de chaque patient.
- Le **recrutement et l'embarquement des professionnels de santé** font l'objet d'une **stratégie** proactive fructueuse :
  - Communication de l'association, collaboration avec les réseaux de professionnels de santé du territoire (CPTS/URPS) et les universités, recours direct par les patients.
  - Lorsqu'un dossier d'inclusion est validé par le médecin de l'association, les référents de parcours identifient les professionnels paramédicaux parmi le réseau de l'association ou recrutent de nouveaux professionnels près du domicile du patient.
- Le dispositif doit composer avec les **disparités territoriales initiales** :
  - Les régions historiques de Midi-Pyrénées et de Languedoc-Roussillon présentent des différences en termes de nombre de professionnels adhérents.
  - Certains départements sont moins pourvus que d'autres, en particulier ceux éloignés des grandes villes universitaires.
  - L'évaluation incitait donc à **poursuivre la densification** du réseau de professionnels pour assurer un meilleur équilibre entre les deux départements.
- Une fois intégrés, les professionnels de santé ont une **perception positive** de leur intégration dans le dispositif :
  - L'association est perçue comme disponible et réactive. Les professionnels sont convaincus des bienfaits de la réhabilitation respiratoire pour les patients et satisfaits de leur expérience.
  - Cependant, certaines réticences sont relevées, notamment en ce qui concerne la charge administrative pour les médecins, le nombre de séances pour certains spécialistes, et la réalisation des séances au domicile du patient pour les masseurs-kinésithérapeutes.
  - La flexibilité, permise à certains professionnels, de recevoir les patients directement à leur cabinet plutôt que de se rendre au domicile du patient semble être un levier pour faciliter l'adhésion (en particulier pour les médecins et les Masseurs-Kinésithérapeutes).
- L'évaluation intermédiaire proposait enfin de **mieux valoriser les expertises et les compétences réunies autour des MRC** (organisation de conférence, intervention dans les CPTS, URPS, etc.) par une démarche proactive des porteurs.

### 4.3.2 - Recrutement des professionnels de santé

Depuis l'évaluation intermédiaire, il est important de noter que le dispositif a **continué ses efforts de communication**, notamment auprès des professionnels prescripteurs. En effet, le dispositif a :

- Recruté de nouvelles ressources pour assurer la communication autour du parcours Art 51,
- Participé à l'évènement « Mai Poumon », où il a tenu un stand grand public sur lequel il expliquait les bénéfices de la réhabilitation respiratoire,
- Travaillé sur sa plaquette d'information pour les patients au domicile et patients en groupe d'activité collective. Cette plaquette d'information est ensuite régulièrement transmise du patient à son prescripteur afin que ce dernier prenne connaissance de ce parcours,
- Elaboré un site internet commun aux deux établissements, grâce à l'engagement de plusieurs employés du réseau. Ce site est en ligne et consultable sur : <http://airplusr.com/wordpress/>

Ces efforts permettent au dispositif **de gagner en visibilité**, notamment auprès de potentiels prescripteurs.

#### PREMIERS CONTACTS AVEC LE PROFESSIONNEL DE SANTE

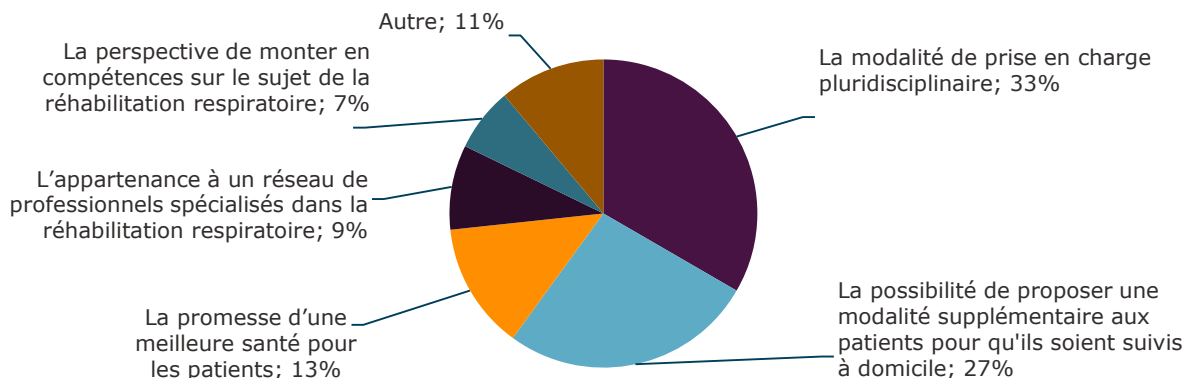
Les professionnels de santé font la connaissance du dispositif par différents moyens.



*NB : Chiffres issus des enquêtes auprès des professionnels de santé. 2% des professionnels interrogés déclarent ne plus se souvenir comment ils sont rentrés en contact avec le dispositif.*

Le dispositif gagne en effet en visibilité, d'autant plus que la nouvelle association Occitan'air **crée peu à peu sa nouvelle identité** (voir partie Gouvernance et animation du réseau).

De même, une fois contactés par le dispositif, les motivations des professionnels sont diverses.



#### Motivation principale citée par les professionnels de santé à rejoindre le dispositif

*NB : Chiffres issus des enquêtes auprès des professionnels de santé.*



De plus, certains professionnels, en particulier les paramédicaux nouvellement installés, peuvent être motivés par **l'opportunité d'élargir leur patientèle**.

En général, les professionnels de santé n'expriment que **rarement des réticences à rejoindre le dispositif**. Les seules réticences constatées concernent principalement les masseurs-kinésithérapeutes (MKDE) qui peuvent avoir des lacunes dans la maîtrise de la kinésithérapie respiratoire. Toutefois, ces réserves sont rapidement levées lors d'un entretien avec le référent de programme.

### PROCESSUS D'EMBARQUEMENT DU PROFESSIONNEL DE SANTE

Le processus de recrutement du dispositif est **jugé satisfaisant** par l'ensemble des professionnels de santé interrogés. Ils affirment avoir bénéficié de toutes les ressources nécessaires pour comprendre pleinement les enjeux du dispositif et prendre en charge efficacement les parcours proposés. Les dossiers des patients transmis sont suffisamment détaillés pour permettre une prise en charge adéquate de chaque patient. **Seules quelques lacunes** sont signalées concernant le caractère expérimental du dispositif (telles que le processus de facturation, l'envoi de pièces administratives associé et l'inscription administrative au sein du dispositif jugés compliqués)

Les référents de programme demeurent disponibles pour s'assurer que les experts maîtrisent bien les connaissances requises et les accompagnent pendant leurs premiers temps au sein du dispositif.

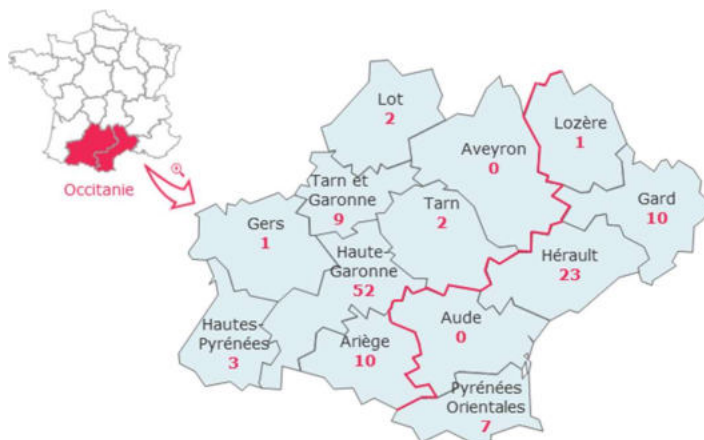
En moyenne, les professionnels évaluent leur compréhension du dispositif et de leur rôle à 8,9 sur 10.



NB : Chiffres issus des enquêtes auprès des professionnels de santé.

### REPARTITION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Par rapport à l'évaluation intermédiaire, nous observons **un large effort de recrutement** des professionnels de santé. Au moment de l'évaluation finale, le dispositif compte **106 prescripteurs** du dispositif Occitan'air, répartis sur le territoire selon la carte ci-dessus



Répartition des professionnels prescripteurs par département

NB : Chiffres issus des données agrégées mises à disposition



De même, le dispositif compte au moment de l'évaluation finale, **225 professionnels de santé intervenants** dans le parcours, répartis parmi les professions suivantes :



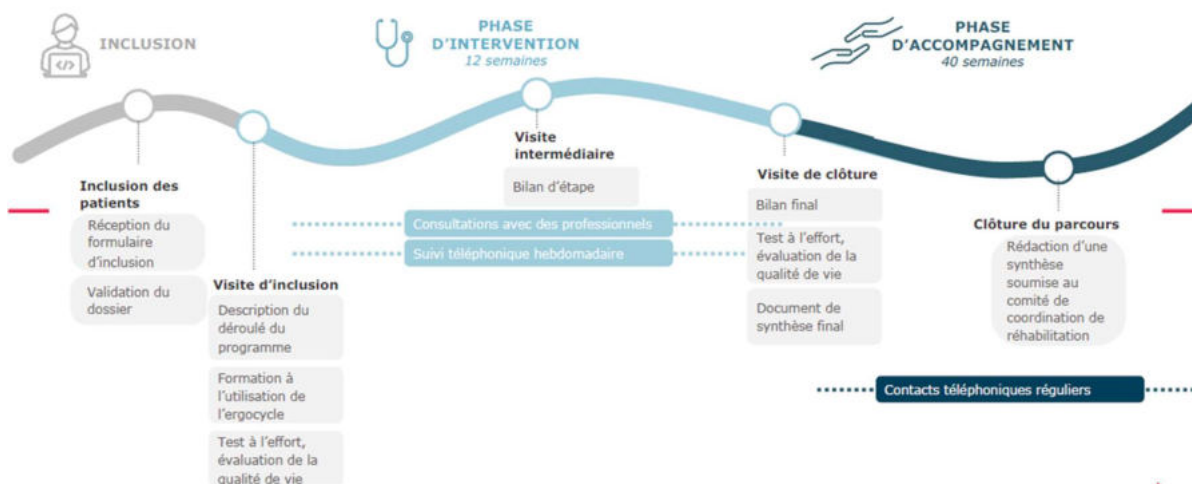
*NB : Chiffres issus des données individuelles mises à disposition*

Le recrutement des professionnels de santé suit donc **la montée en charge progressive** du dispositif.

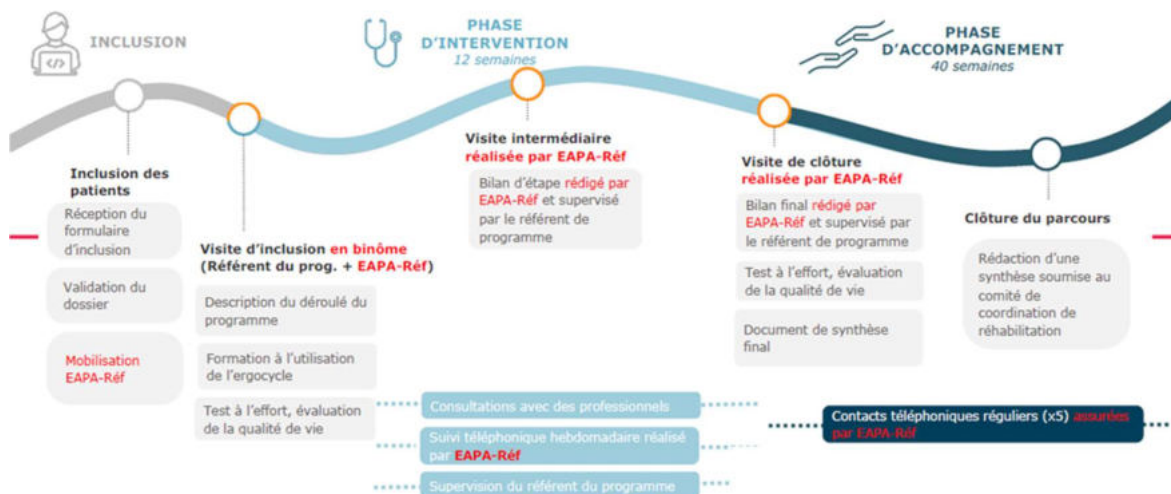
Cependant, le déploiement du dispositif **rencontre des difficultés** dans des zones plus isolées, telle que la Lozère, l'Ariège ou l'Aveyron. Ces départements souffrent généralement d'une faible couverture médicale, ce qui rend **complexe l'identification de professionnels, partenaires ou prescripteurs disponibles** pour s'impliquer dans les parcours proposés.

Toutefois, depuis l'évaluation intermédiaire, une nouvelle stratégie expérimentale a été mise en place pour s'adapter à la montée en charge dans certains territoires. Il s'agit du **recrutement d'un Enseignant en APA libéral (EAPA-Ref)** agissant comme référent de territoire assisté et supervisé tout au long du parcours par le référent de programme (salarié) et la cellule de coordination. La première visite à domicile et la dernière visite de la phase d'intervention sont réalisées en binôme (référent de programme salarié + référent de territoire) pour assurer un parcours approprié et conforme. Les compte-rendus de visites sont rédigés en collaboration. Les contacts avec l'EAPA-Ref sont systématiques à certaines étapes de la prise en soins et aussi nombreux que nécessaires en cas de complexité de celle-ci.

**Modèle initial Occitan'air :**



Modèle avec comme « intervenant » au domicile les EAPA libéraux ou EAPA-réf :



Ce modèle, dit de « Territorialisation partielle du suivi des programmes de réhabilitation respiratoire coordonnés à domicile », présente **plusieurs avantages** :

- Il permet aux référents de programme de libérer du temps de soins afin de se consacrer davantage aux tâches de coordination.
- Il assure un suivi de proximité des patients dans cette région étendue et sécurise donc leur prise en charge.
- Il permet de bénéficier du réseau professionnel établi de longue date par l'APA libéral, qui connaît bien les professionnels de santé locaux susceptibles d'être intéressés par le programme.
- Il réduit les coûts liés au transport.
- Ce dispositif peut être particulièrement intéressant pour un nouveau territoire en cours de montée en charge.

Ainsi, **ce modèle semble prometteur** pour être développé dans le cadre d'une généralisation (voir partie III), notamment dans les territoires plus enclavés.

Il présente toutefois des conditions et limites :

- En termes de formation : La seule disponibilité d'un enseignant APA ne suffit pas. Il doit suivre une séquence précise de formations (1/2 journée de théorique puis formation pratique sur le terrain en duo avec un professionnel du réseau).
- En termes de ressources : Ce type de professionnel n'est pas présent sur l'ensemble des territoires.

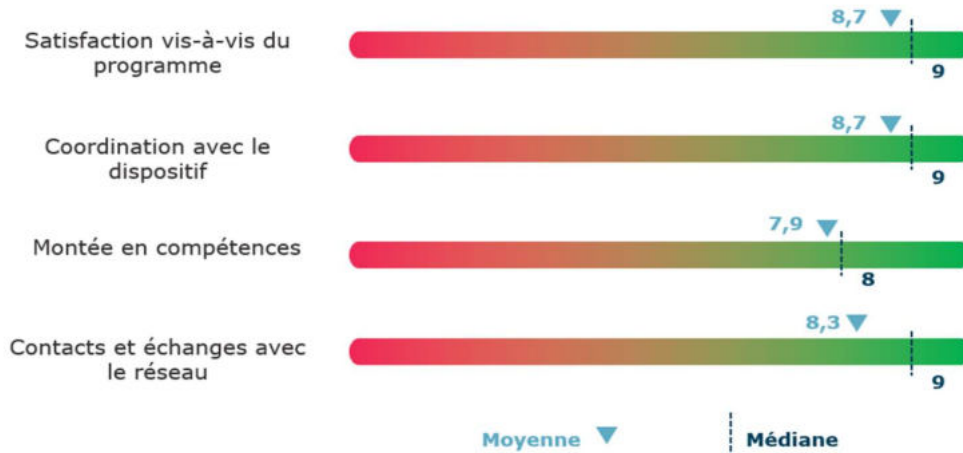
Financièrement, cette intervention est rémunérée par 3 versements (180€ - 180€ - 100€) réalisés par la structure concentratrice vers l'EAPA-Ref. Cette modalité d'intervention ne modifie pas le forfait global programme (2300€ selon le cahier des charges initial) mais impacte la redistribution du forfait global. Autrement dit, les 460€ versés à l'EAPA-Ref sont "retirés" du forfait global et notamment du montant qui finance les actions de l'équipe opérationnelle (saliés) puisqu'une partie conséquente des missions du réfèrent de programme est transférée vers l'EAPA-Ref.

Les détails de ce projet sont présentés en [annexe](#).

### 4.3.3 - Satisfaction vis-à-vis des parcours proposés

#### SATISFACTION GENERALE

Les professionnels interrogés sont **tous satisfaits** des programmes proposés et constatent que leurs patients sont mieux pris en charge.

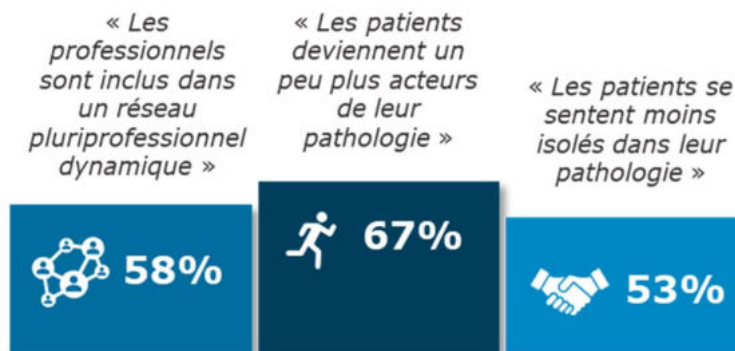


NB : Chiffres issus des enquêtes auprès des professionnels de santé.

Les professionnels reconnaissent que le dispositif leur demande une grande :

- **Disponibilité** pour les patients qui ne veulent pas se déplacer au cabinet
- **Flexibilité** pour organiser leur tournée, selon les contraintes des différents patients

Les **grands points forts** identifiés sont les suivants :



NB : Chiffres issus des enquêtes auprès des professionnels de santé.

## FACTURATION ET REMUNERATION

La plupart des professionnels de santé sont **satisfaits par leur rémunération**.



*NB : Chiffres issus des enquêtes auprès des professionnels de santé.*

Certains praticiens soutiennent que les tarifs appliqués (pour rappel des tarifs, voir partie [Rappel sur le modèle économique](#)) sont **similaires à ceux en vigueur**, tandis que d'autres considèrent que leur rémunération est inférieure. Cette perception s'accroît davantage du fait que leur engagement dans les parcours implique **des déplacements** et la **production de comptes-rendus non remboursés**. Il convient néanmoins de souligner que la rémunération ne constitue **pas un critère déterminant** pour l'engagement des professionnels au sein du dispositif. Les professionnels de santé interrogés, notamment les masseurs-kinésithérapeutes, les diététiciens, les psychologues et les tabacologues, partagent une perception similaire (plus de détails dans [Analyse de l'attractivité économique](#))

## DES AXES D'AMÉLIORATION SONT IDENTIFIÉS PAR LES PROFESSIONNELS

Cependant, les professionnels de santé ont identifié **des axes d'amélioration** pour le dispositif, qui sont les suivants :

- Le renforcement des liens entre les professionnels de santé impliqués dans le même parcours et les acteurs du dispositif : certains professionnels de santé souhaitent **bénéficier de liens plus étroits** avec d'autres intervenants du parcours de soins et les responsables du dispositif. Ils proposent des **échanges plus fréquents** avec la structure porteuse, ainsi qu'une **coordination pluriprofessionnelle renforcée**, en particulier dans les cas de situations pathologiques complexes. **Des réunions hebdomadaires** avec le directeur médical sont envisagées. Il est important de noter que ce souhait émane principalement des professionnels de santé paramédicaux, qui disposent souvent d'une plus grande disponibilité. Les médecins généralistes et les pneumologues, en tant que prescripteurs, ne partagent pas cette demande de contacts supplémentaires. Certains professionnels suggèrent également **la mise en place d'une plateforme informatique** regroupant les noms et coordonnées des différents intervenants du parcours de soins du patient (voir section Systèmes d'Information).
- La fluidification des démarches administratives : certains professionnels souhaitent une **plus grande fluidité administrative**, en particulier lors du démarrage du dispositif. Ils estiment que cela faciliterait leur engagement dans le dispositif et leur participation effective.
- Le possible changement de modèle de rémunération pour **limiter le risque financier des professionnels** et assurer plus de flexibilité à la prise en charge pour s'adapter aux besoins du patient : transfert de la variabilité financière, du professionnel vers le collectif (association), en permettant une consommation rémunérée au-delà du forfait dans certaines prise en charge et au deçà du forfait pour d'autres (voir Analyse du modèle économique).



### 4.3.4 - Les enseignements

- Du fait de la bonne communication mise en place par le dispositif, qui permet **d'améliorer sa visibilité** sur le territoire, les professionnels de santé découvrent le dispositif par divers moyens. **Leurs motivations** à rejoindre le dispositif sont variées, et leurs réticences peu nombreuses. Le processus de recrutement est jugé **satisfaisant** par les professionnels de santé, qui ont **accès aux ressources nécessaires** pour comprendre le dispositif et prendre en charge les parcours proposés.
- Le recrutement des professionnels de santé a **été étendu et suit la montée en charge du dispositif**. Cependant, des difficultés persistent dans les régions isolées, où la couverture médicale est faible. Des stratégies expérimentales, telles que l'engagement d'un **APA référent de territoire**, ont été mises en place pour assurer un suivi approprié dans ces régions
- Les professionnels de santé sont globalement **satisfaits des parcours proposés** et constatent **une amélioration de la prise en charge** de leurs patients. Cependant, **des axes d'amélioration** sont identifiés, tels que le renforcement des liens entre les intervenants (par le biais de rencontres plus fréquentes, ou d'échanges via une plateforme informatique), la fluidification des démarches administratives et la réévaluation du nombre de séances accordées aux professionnels. Certains professionnels souhaitent également **une meilleure coordination pluriprofessionnelle** pour les cas complexes.

## 4.4 - SYSTEME D'INFORMATION

### 4.4.1 - Rappel des conclusions de l'évaluation intermédiaire

L'évaluation intermédiaire rapportait les faits suivants :

- **Un système d'information a été spécialement conçu pour Occitan'air :**
  - o Depuis 2013, un informaticien indépendant a conçu l'outil informatique, qui a été enrichi au fil des mises à jour en fonction des besoins des utilisateurs.
  - o Lors de la fusion des associations Partn'air et Air+R, les bases de données des patients ont été fusionnées
  - o Un prestataire informatique est disponible pour résoudre les problèmes rencontrés par les utilisateurs et développer de nouvelles fonctionnalités sur demande.
- **L'outil est fonctionnel et apprécié :**
  - o La plateforme informatique est utilisée par les professionnels de santé salariés de l'association et les équipes opérationnelles.
  - o L'outil est considéré comme intuitif, facile à utiliser et pratique pour l'extraction des données.
- **Des évolutions sont couramment apportées :**
  - o Le prestataire informatique est réactif pour répondre aux demandes d'évolution du système d'information, qui offre un bon niveau de couverture fonctionnelle pour le soutien opérationnel des programmes.
  - o Cependant, certaines données doivent encore être saisies manuellement, notamment les retours des questionnaires patients reçus par courrier. De plus, l'extraction des données nécessaires au suivi du dispositif peut être complexe, ce qui nécessite des améliorations pour faciliter cette tâche.
- **L'accès des professionnels de santé externes au système informatique fait débat :**
  - o Certains médecins généralistes estiment qu'avoir un accès simplifié à l'outil numérique leur permettrait de gagner du temps et d'être plus efficaces dans le suivi des patients.
  - o Cependant, les porteurs du projet sont réticents à ouvrir l'outil aux professionnels de santé, préférant favoriser les échanges directs pour créer un lien plus fort. L'utilisation de l'outil informatique faciliterait cependant la communication entre les professionnels.
- **La solution telle qu'elle existe n'est pas connectée aux autres outils numériques existants :**
  - o Les évaluateurs relèvent l'enjeu d'assurer, si un outil était développé à grande échelle, une interopérabilité avec des SI tiers (Mon Espace Santé par exemple).

#### 4.4.2 - Le système d'information n'a pas subi de grandes évolutions depuis l'évaluation intermédiaire

L'OUTIL PROUVE SA FIABILITE ET RESTE FACILEMENT UTILISABLE PAR LES MEMBRES DU DISPOSITIF

Le SI utilisé reste **fonctionnel et intuitif** selon ses différents utilisateurs.

En termes d'accès, du fait d'une volonté des porteurs de l'établissement Ouest, il n'y a toujours aucun profil administrateur recensé côté Est, ce qui avait été identifié comme chronophage lors de l'évaluation intermédiaire. Cependant des solutions ont été mises en place afin que l'établissement EST puisse **plus facilement partager** les informations à rentrer dans la plateforme, par l'intermédiaire d'un **fichier Excel** à remplir régulièrement. (voir partie [Gouvernance et animation du réseau](#))

La plus grande évolution recensée depuis l'évaluation intermédiaire est **la migration** début 2023 du Système d'Information **sur un nouvel hébergeur de données de santé**, qui permet une plus grande fluidité. De plus, **un nouveau requêteur** pour la demande des tutelles et de l'ARS a été mis en place.

**Aucune évolution** en termes **d'interconnexion** ou **d'interopérabilité** n'a été opérée, mais cela reste tout à fait envisageable.

En termes de stockage de données, le niveau est **largement suffisant aujourd'hui**, d'autant plus que la base de données sollicitée n'est pas encore d'une taille conséquente.

Un travail a été fait pour permettre l'extraction des données, ainsi qu'un outil de rappel SMS.

L'OUTIL INFORMATIQUE ACTUELLEMENT EN PLACE EST JUGE SUFFISANT, MAIS CERTAINS PROFESSIONNELS ASPIRENT A UN OUTIL PLUS COMPLET, PERMETTANT UNE MEILLEURE COORDINATION ET UN MEILLEUR PARTAGE D'INFORMATIONS

Les professionnels de santé ne disposent pas d'un accès à la plateforme d'information. Cependant, certains d'entre eux **sont intéressés par un accès** afin d'avoir à disposition les dossiers des patients, d'éviter toute redite d'information, et de disposer des contacts des autres professionnels de santé.

L'outil à mettre en place pourrait contenir pour chaque patient :

- Un **dossier patient** avec pour objectif de contenir toutes les données pertinentes relatives au patient en question, c'est-à-dire :
  - o Le détail des objectifs et des projets du patient
  - o Les indicateurs de santé du patient
  - o Les différentes synthèses des professionnels de santé sur le patient
- Un **annuaire du cercle de soins** du patient, c'est-à-dire de l'intégralité des professionnels de santé impliqués dans sa prise en charge, sur le périmètre de la réhabilitation respiratoire, soit :
  - o Les caractéristiques des différents professionnels
  - o Leurs contacts et coordonnées
- Une **messagerie sécurisée** permettant l'échange de documents et d'informations de manière sécurisée entre professionnels du dispositif et professionnels de santé impliqués dans ce même dispositif.



Le dossier patient et l'annuaire du cercle de soins sont déjà renseignés dans le Système d'Information actuel, mais ne sont pas mis à disposition des professionnels de santé. La messagerie sécurisée n'est quant à elle pas développée actuellement.



#### 4.4.3 - Les enseignements

- L'outil informatique mis en place depuis l'évaluation intermédiaire reste **fonctionnel et facilement utilisable** par les membres du dispositif. Mis à part sa migration vers un nouvel hébergeur de données de santé, il n'a pas subi de grandes évolutions, mais continue à **remplir son rôle de manière satisfaisante**.
- Cependant l'accès au Système d'Information est pour l'instant limité aux équipes du projet : certains professionnels de santé expriment le souhait **d'avoir accès à la plateforme d'information**. Ils aspirent à un outil plus complet qui regrouperait les **données pertinentes des patients**, un annuaire des professionnels de santé impliqués et une messagerie sécurisée pour faciliter les échanges d'informations. L'outil informatique envisagé permettrait ainsi **une meilleure coordination** et un **meilleur partage d'informations** entre les professionnels de santé du dispositif.



## 4.5 - FORFAIT ET FACTURATION

### 4.5.1 - Rappel sur le modèle économique d'Occitan'air

#### REMUNERATION PREVUE

Le dispositif Occitan'air prévoit la perception de :

- Crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI),
- Forfaits de soins.

#### **Crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI) :**

Les frais d'ingénierie de projet, avec un pilotage par le médecin et le coordinateur, sont financés par ces CAI sur le FIR. Il s'élève à 28 000€ pour l'année N (1<sup>ère</sup> année de fonctionnement) puis 20 000€ pour l'année N+1 et 20 000€ pour l'année N+2 soit un montant total, sur l'ensemble de l'expérimentation, de 68.000 euros.

#### **Forfaits de soins :**

Le modèle de financement testé comprend deux forfaits, prévus par l'annexe de facturation du projet. Ils sont versés lors de 3 paiements :

- Forfait A de 1949,58€ versé en deux fois :
  - o Au 1er déplacement du professionnel de l'association au domicile du patient > 974,79€
  - o A la clôture de la phase d'intervention (12 semaines) > 974,79€
- Forfait B de 350,50€ versé en une fois à la clôture de la 2<sup>ème</sup> phase (52 semaines environ).

Le forfait dans son ensemble est arrondi à 2300€. Voici le rappel de sa distribution :

FORFAIT POSTES DE COUT	Type	Coût unitaire moyen	Part des patients concernés	Total/forfait moyen	Versé à qui ?
<b>PHASE INTERVENTIONNELLE</b>				<b>1 949,58 €</b>	
<b>Prestations dérogatoires de soins</b>				<b>344,00 €</b>	
Forfait médical d'inclusion et d'évaluation (généraliste + spécialiste)	Forfaitaire	100,00 €	1	100,00 €	Généraliste / spécialiste
Forfait diététicienne (bilan diététique, suivi)	Forfaitaire	150,00 €	33%	50,00 €	Diététicien partenaire
Forfait kinésithérapeute ou infirmière	Forfaitaire	180,00 €	80%	144,00 €	Kiné partenaire
Forfait psychologue/tabacologue	Forfaitaire	150,00 €	33%	50,00 €	Structure porteuse (ps)
<b>Prestations de mise en place, de suivi et de coordination du programme individuel</b>				<b>1 063,96 €</b>	
Assistante de coordination	Forfaitaire (cc	172,68 €	1	172,68 €	Structure porteuse
Coordinateur	Forfaitaire (cc	121,14 €	1	121,14 €	Structure porteuse
Médecin directeur	Forfaitaire (cc	147,82 €	1	147,82 €	Structure porteuse
Intervenants à domicile (4 salariés)	Forfaitaire (cc	595,68 €	1	595,68 €	Structure porteuse
Gestionnaire administrative	Forfaitaire (cc	26,64 €	1	26,64 €	Structure porteuse
<b>Frais de fonctionnement</b>				<b>541,62 €</b>	
Système d'information	Forfaitaire (cc	19,88 €	1	19,88 €	Structure porteuse
Frais annuel de fonctionnement	Forfaitaire (cc	521,74 €	1	521,74 €	Structure porteuse
<b>PHASE D'ACCOMPAGNEMENT</b>				<b>350,51 €</b>	
<b>Prestations de mise en place, de suivi et de coordination du programme individuel</b>				<b>281,05 €</b>	
Assistante de coordination	Forfaitaire (cc	21,59 €	1	21,59 €	Structure porteuse
Coordinateur	Forfaitaire (cc	30,29 €	1	30,29 €	Structure porteuse
Médecin directeur	Forfaitaire (cc	55,43 €	1	55,43 €	Structure porteuse
Intervenants à domicile (4 salariés)	Forfaitaire (cc	173,74 €	1	173,74 €	Structure porteuse
<b>Frais de fonctionnement</b>				<b>69,46 €</b>	
Système d'information	Forfaitaire (coûts/file active)		1	- €	Structure porteuse
Frais annuel de fonctionnement	Forfaitaire (cc	69,46 €	1	69,46 €	Structure porteuse
<b>TOTAL</b>				<b>2 300,09 €</b>	

Pour rappel, les prestations dérogatoires de soins sont basées sur les hypothèses suivantes :

- **Médecin traitant** : 100€ qui bénéficierait à 100% des patients
  - o Forfait spécifique « exercice de réhabilitation coordonnée » pour le renseignement de la fiche navette de coordination, de l'ETP avec le patient, des actions de suivi à distance...
  - o 3 consultations sont aussi prévues et rémunérées dans le droit commun.
- **Professionnel paramédical** (MK ou IDE) : 180€ qui bénéficierait à 80% des patients (estimation), et si c'est le cas pour une prise en charge sur 6 visites (30 à 45 minutes).
- **Diététicien** : 150€ qui bénéficierait à 1/3 des patients (estimation), et si c'est le cas pour une prise en charge sur 4 consultations.
- **Psychologue / tabacologue** : 150€ qui bénéficierait à 1/3 des patients (estimation), et si c'est le cas pour une prise en charge sur 3 consultations.

## CIRCUIT DE FACTURATION

### Description du circuit :

Le **paiement des prestations dérogatoires est indirect via l'association** (structure coordinatrice du porteur Partn'air) assurant la ventilation auprès des expérimentateurs (professionnels partenaires). L'association perçoit le forfait et le redistribue à ses partenaires selon leur implication dans les parcours.

La part du forfait dédiée aux soins (paramédical, diététicien, psychologue, tabacologue) est **indivisible** (choix lors de la convention de facturation) donc **versée dans son intégralité** à partir du moment où l'association est en possession de la preuve (journal du programme) de l'intervention effective du professionnel partenaire dans le cadre du programme et ce quel que soit le nombre de visites.

### Temporalité :

Le forfait est systématiquement versé en une seule fois en fin de phase d'intervention (globalement 3 mois après la sollicitation des expérimentateurs). Ce choix a été réalisé par les porteurs pour ne pas démultiplier le travail de gestion et de mise en œuvre des paiements des expérimentateurs.

### Risque financier / responsabilité :

Selon ce circuit de facturation, il est sous-entendu que :

- o Le taux de recours par professionnels de soins doit être régulé par l'association Occitan'air :
  - L'association prend la responsabilité de la variabilité liée au taux de recours aux MK/IDE, diététiciens, psychologues et tabacologues.
  - Si le nombre de patients ayant recours à ces professionnels est supérieur au taux prévu dans le cahier des charges, l'association présentera un déficit financier sur cette part du forfait. S'il est inférieur, elle présentera un excédent.
  - L'association a donc un intérêt, selon ce modèle, à réguler ce taux de recours.
- o Le temps dédié aux soins / nombre de séances ou consultations doit être régulé par le professionnel :
  - Lorsque le patient a recours à l'un de ces professionnels, la part du forfait qui lui est dédiée, lui est versée dans sa totalité. La rémunération n'est pas versée proportionnellement au nombre de séances ou de consultations.

- Si le professionnel dédie davantage de temps ou de séances que la prévision, il en supporte directement le risque financier. Et inversement.

#### 4.5.2 - Rappels des observations de l'évaluation intermédiaire

L'évaluation intermédiaire relevait les faits suivants :

- Une analyse de viabilité économique a été réalisée au périmètre de l'association porteuse :
  - Le taux de recours aux soins était inférieur à la prévision. L'association ne reversait en moyenne que 308€ par programme au lieu des 344€ prévus.
  - En revanche l'association présentait un déficit financier sur la part dédiée à la coordination du dispositif à cause notamment d'un écart sur les coûts RH par rapport au prévisionnel.
  - La part dédiée au fonctionnement présentait un excédent.
  - Dans l'ensemble, l'analyse montrait un excédent global entre le forfait FISS versé à l'association et les coûts qu'elle supporte (versement du forfait aux professionnels et frais de fonctionnement).
- Une analyse de l'attractivité financière avait été réalisée :
  - Les médecins prescripteurs considèrent la rémunération attractive, même si certains ne font pas les démarches administratives pour l'obtenir.
  - Pour les autres professionnels, l'attractivité varie selon les métiers. Dans l'ensemble, ce n'est pas un sujet de préoccupation majeure.
  - La situation est spécifique pour les kinésithérapeutes d'une rémunération présentée comme plus attractive dans le droit commun, même si elle ne couvre pas l'exact même périmètre que les activités d'Occitan'air.

#### 4.5.3 - Analyse de la viabilité économique

##### **ANALYSE DE LA PART DU FORFAIT DEDIEE AUX SOINS**

Pour analyser la part dédiée aux soins dans le forfait, il est nécessaire de mener une étude à deux niveaux :

- 1<sup>er</sup> niveau : niveau « global » – vision au périmètre de l'association
  - Quel est le taux de recours en moyenne pour chaque professionnel de santé ?
  - Quelles sont les explications de ce taux de recours (lié à l'offre ou à la demande) ?
  - En conséquence, l'association supporte-elle un déficit ou un excédent ? Et quelles sont les déductions à réaliser dans le cadre d'une révision du modèle ?
- 2<sup>ème</sup> niveau : niveau « par professionnel »
  - Quelle est la consommation de soins en moyenne pour les patients qui ont recours aux professionnels kinésithérapeutes / IDE, diététiciens, psychologues, tabacologues ?
  - Quelles sont les explications de cette consommation (lié aux besoins du patient ou à la disponibilité ou rémunération du professionnel) ?
  - Quelle est la perception des professionnels sur la régulation de cette consommation (rapport entre les besoins du patient et ce qu'ils ont la capacité d'offrir) ?
  - Qu'en déduire dans le cadre d'une révision de modèle ?

## ANALYSE AU NIVEAU GLOBAL DU TAUX DE RECOURS ;

### Taux de recours

Les taux de recours sont étudiés sur les programmes avec une phase d'intervention clôturée à la date d'extraction des données (source : système d'information du porteur) :

	Année N (2020)	Année N (2021)	Année N (2022)	TOTAL
Nombre de programmes clôturés extraits analysés	37	196	200	433
Nombre et part des programmes ayant eu recours à un <b>professionnel paramédical</b>	26	126	105	257
Dont uniquement MK	26	125	105	256
Dont uniquement IDE	0	1	0	1
Dont MK & IDE	0	0	0	0
Nombre de programmes ayant eu recours à un <b>psychologue ou tabacologue</b>	9	46	44	99
Dont uniquement psy.	3	26	25	54
Dont uniquement tabaco	6	19	14	39
Dont tabaco et psy.	0	1	5	6
Nombre et part des programmes ayant eu recours au <b>diététicien</b>	9	37	37	83

NB : Pour décompter le nombre de programmes de l'année N, il est décidé d'utiliser la date de début de prise en charge

Taux de recours en moyenne pour chaque professionnel pour l'ensemble des programmes clôturés :



Les taux de recours observés, sur l'ensemble des programmes clôturés, sont inférieurs aux hypothèses du cahier des charges :

- Recours à un **professionnel paramédical** (IDE ou MK) dans **59%** des programmes, soit un recours **inférieur de 21 points de pourcentage** à ce qui était prévu.
- Recours à un **psychologue ou tabacologue** dans **23%** des programmes, soit un recours **inférieur de 10 points de pourcentage** à ce qui était prévu
- Recours à un **diététicien** dans **19%** des programmes, soit un recours **inférieur de 14 points de pourcentage** à ce qui était prévu.

Ce taux de recours diminue au fil des années comme le montre le tableau ci-dessus.

### **Explications apportées sur les écarts de taux de recours :**

**Plusieurs hypothèses, non exclusives,** ont été avancées pour expliquer ce différentiel entre les taux de recours prévisionnels et réels :

- Part surévaluée des patients ayant besoin de l'intervention du professionnel
- Et/ou freins qui empêchent le recours à ce professionnel :
  - o Indisponibilité ou refus du professionnel
  - o Refus du patient

Les entretiens menés avec les porteurs, les professionnels de l'association, les professionnels libéraux et les patients indique que 25 à 30% des patients éligibles et dont le besoin est identifié refusent un suivi avec un psychologue/tabacologue, 50% des patients éligibles et dont le besoin est identifié refusent un suivi diététique.

### **Analyse de l'impact sur le forfait :**

Ce tableau présente l'écart entre le forfait prévu et la réalité des montants dû aux professionnels partenaires en fonction du taux de recours réel à ces professionnels :


Poste de dépense	Taux de recours prévisionnel	Taux de recours observé	Versement prévisionnel moyen par programme	Versement réel moyen par programme	Ecart (€ et %)
Médecin (spécialiste et généraliste)	100%	100%	100€	100€	0
Paramédical	80%	59%	144€	106€	-38€ (-26%)
Diététicien	33%	19%	50€	29€	-21€ (-42%)
Psycho-tabacologue	33%	23%	50€	35€	-15€ (-30%)
<b>Total</b>			<b>344€</b>	<b>270€</b>	<b>-74€ (-22%)</b>

ANALYSE DE LA CONSOMMATION PAR PROFESSIONNEL ;

**Analyse du volume de séances ou consultations par professionnel**


Les taux de recours sont étudiés sur les programmes clôturés à la date d'extraction des données (source : système d'information du porteur) :

Pour les **professionnels paramédicaux** (MK ou IDE) :



	Année N (2020)	Année N (2021)	Année N (2022)	<b>TOTAL</b>
Rappel nombre de programmes clôturés analysés	26	126	105	257
Nombre de programmes ayant eu recours à un paraméd. et dont est mentionné le nombre de séances	21	109	74	204
Nombre et part des programmes pour lesquels le nombre de séances est supérieur à celui prévu au forfait	3	16	9	28
<b>Nombre moyen</b> de séances ou consultations par programme, pour les programmes ayant eu recours au PS	4,6	4,7	4,4	<b>4,6</b>
<b>Nombre minimum</b> de séances ou consultations constatées pour un programme ayant eu recours au PS	1	1	1	1
<b>Nombre maximum</b> de séances ou consultations constatées pour un programme ayant eu recours au PS	9	10	8	10
Nombre prévu au forfait	6	6	6	6
Ecart moyenne observée vs prévu	-1,4	-1,3	-1,6	<b>-1,4</b>

Pour les **psychologues ou tabacologues (recours cumulé)** :



	Année N (2020)	Année N (2021)	Année N (2022)	<b>TOTAL</b>
Rappel nombre de programmes clôturés analysés	9	46	44	99
Nombre de programme ayant eu recours à un psy. ou tabacologue et dont est mentionné le nombre de séances	9	40	36	85
Nombre et part des programmes pour lesquels le nombre de séances est supérieur à celui prévu au forfait	0	6	4	10
<b>Nombre moyen</b> de séances ou consultations par programme, pour les programmes ayant eu recours au PS	1,7	2,3	2,5	<b>2,3</b>
<b>Nombre minimum</b> de séances ou consultations constatées pour un programme ayant eu recours au PS	1	1	1	1
<b>Nombre maximum</b> de séances ou consultations constatées pour un programme ayant eu recours au PS	3	7	10	10
Nombre prévu au forfait	3	3	3	3
Ecart moyenne observée vs prévu	1,3	-0,7	-0,5	<b>-0,7</b>



Pour les **diététiciens** :



	Année N (2020)	Année N (2021)	Année N (2022)	<b>TOTAL</b>
Rappel nombre de programmes clôturés analysés	9	37	37	83
Nombre de programme ayant eu recours à un diététicien et dont est mentionné le nombre de séances	7	33	27	67
Nombre et part des programmes pour lesquels le nombre de séances est supérieur à celui prévu au forfait	0	0	0	0
<b>Nombre moyen</b> de séances ou consultations par programme, pour les programmes ayant eu recours au PS	3,0	2,6	2,7	<b>2,7</b>
<b>Nombre minimum</b> de séances ou consultations constatées pour un programme ayant eu recours au PS	2	1	1	1
<b>Nombre maximum</b> de séances ou consultations constatées pour un programme ayant eu recours au PS	4	4	4	4
Nombre prévu au forfait	4	4	4	4
Ecart	-1	-1,4	-1,3	<b>-1,3</b>

**Explications apportées sur les écarts de consommations de soins**

Les chiffres montrent que la consommation de soins est en moyenne moins élevée que ce qui était prévu pour dimensionner le forfait. Ces chiffres semblent attester du fait que le nombre de séances et consultation est suffisant en moyenne pour prendre en charge les troubles annexes liés à la maladie chronique traitée dans le cadre de la réhabilitation respiratoire.

Toutefois, les chiffres sont à prendre avec précaution :

- Nous ne pouvons pas observer si les professionnels ont encadré le nombre de séances ou consultations pour limiter les frais financiers. A ce titre, certains professionnels considèrent que le forfait et le nombre de séances qu'il intègre ne suffit pas pour assurer une prise en charge optimale du patient, lorsque les patients ont recours à eux dans le cadre d'un programme. Plusieurs exemples sont mentionnés :
  - o Les diététiciens estiment avoir besoin de 10 séances pour pouvoir apporter une amélioration significative dans les habitudes alimentaires des patients sur le long terme.
  - o Les psychologues estiment que certains patients nécessitent un accompagnement prolongé. Bien que les trois séances prévues dans le forfait permettent partiellement de traiter l'anxiété liée à la maladie chronique, elles ne suffisent pas pour traiter les problèmes plus profonds qui peuvent affecter la motivation et la santé à long terme de certains patients. Ces patients nécessiteraient selon eux une dizaine de séances.

- Sur cette question relative au nombre de séances, il reste important de préciser que le dispositif n'a pas vocation à traiter efficacement sur le long terme des troubles autres que ceux liés à la réhabilitation respiratoire même si certains patients, dans des situations sociales ou médicales plus complexes, estiment avoir besoin de plus de séances avec les professionnels de santé.
- Par ailleurs, la période des 12 semaines est considérée par certains professionnels comme trop courte pour organiser l'ensemble des séances.

### **Révision du modèle**

#### **Choix du nombre moyen de séances à inclure dans le forfait :**

Dans le cadre d'une révision du modèle, il s'agirait de réestimer avec l'aide des professionnels partenaires et sur la base de l'expérience Occitan'air, le nombre de séances à financer (représentant le case mix de patients traités) pour répondre aux besoins **sans toutefois extrapoler directement les observations réelles** car celles-ci intègrent :

- Du côté des professionnels : les effets d'indisponibilité, de refus ou d'encadrement qui seraient différents dans d'autres territoires et contextes.
- Du côté des patients : des refus qui pourraient être différents ailleurs et avec l'évolution de la culture patient.

Par ailleurs un taux de fuite des patients (arrêt du parcours en cours de route) pourrait être pris en compte dans le calibrage des forfaits et le modèle de versement. Un versement en plusieurs fois est déjà bien prévu dans le modèle actuel, de telle sorte qu'un parcours stoppé précocement n'est rémunéré que partiellement.

#### **Choix de la responsabilité financière :**

#### **Le choix de la responsabilité financière est structurant et peut être interrogé :**

- **Modèle actuel** : indivisibilité du forfait, la responsabilité financière repose sur le professionnel.
  - o Avantages : simplicité de gestion, autonomie et responsabilité du professionnel dans la régulation de sa pratique soignante ou médicale.
  - o Inconvénients : tendance pour les professionnels à limiter le volume de soins délivrés pour rester dans le cadre du montant délivré dans le forfait. A l'inverse, si un patient nécessite moins de soins que le montant prévu, le professionnel perçoit une somme excédentaire par rapport à sa pratique. Ce n'est pas un problème si le professionnel prend en charge plusieurs patients, certains étant au-delà, d'autres au deçà du montant prévu. La situation est problématique si le professionnel prend en charge un seul (ou peu de patient) avec une tendance générale à limiter les soins. Ce qui semble être le cas pour ce dispositif expérimental.
- **Modèle de responsabilité collective** : exemple du transfert de la responsabilité sur une entité collective (ici l'association Occitan'air). Les professionnels pourraient être rémunérés pour la juste activité réalisée dans le cadre des prises en charge de réhabilitation respiratoire en fonction du nombre de séances réellement établi.
  - o Avantages : l'association devient de fait le régulateur de la consommation des soins en fonction des besoins réels identifiés pour le patient. Les professionnels s'embarquent plus facilement dans un modèle de prise en charge coordonnée au parcours avec plus de latitude sur les prises en charge en délivrant des soins au plus juste en fonction des besoins. Les écarts (sur et sous consommations se compensent par un nombre suffisant de patients pris en charge).

- Inconvénients : les professionnels ne sont pas acculturés à la notion de forfait. Pour les effecteurs de soins, le modèle est proche d'une rémunération à l'acte.

## **ANALYSE DE LA PART DU FORFAIT DEDIEE A LA COORDINATION ET AU FONCTIONNEMENT DE L'ASSOCIATION**

L'analyse consiste ici à s'assurer de **la viabilité économique** pour la structure porteuse Occitan'air. Il s'agit de **comparer les frais prévisionnels** (autre que la consommation des soins analysée précédemment) **aux frais réels du parcours**. Seul le périmètre FISS est analysé.

Afin de pouvoir mener cette comparaison, **l'analyse de cette consommation est divisée** dans les deux catégories :

- Les **frais de coordination** qui comprennent les salaires ainsi que les taxes et les impôts. Le forfait les estime à 1 345€ par programme.
- Les **autres frais, dits de fonctionnement**, estimés à 611€ par programme, qui comprennent :
  - Les consommations de petit matériel
  - Les consommations de mobilier
  - Les consommations de médicaments et dispositifs médicaux
  - Les consommations liées au transport
  - Les consommations de forfaits informatiques et téléphoniques
  - Les frais généraux (assurance etc.)
  - Les amortissements des investissements matériels et immatériels

Cette analyse a été conduite selon les principes suivants :

- L'analyse a été menée avec les **données financières de l'association Occitan'air sur l'année 2022, et décomposée entre les deux anciennes entités** (Partn'air et AIR+R).

Ce choix permet à la fois d'étudier la viabilité économique d'une structure bien installée et la viabilité pour une structure qui développe une nouvelle activité sur un exercice comptable clos et validé par un commissaire aux comptes.

- Le **nombre d'inclusions** retenus sur l'année 2022 est de **215 programmes**.
- Les dépenses de **coordination et de fonctionnement** sur l'année 2022 ont été **estimées en atelier** avec les équipes du réseau Occitan'air, à partir des comptes produits par un expert-comptable et validés par le commissaire aux comptes en :
  - Estimant les **clés de répartition** des différents postes de dépenses, car l'association Occitan'air regroupe plusieurs activités en son sein.
  - Estimant la **durée d'amortissement** des investissements matériels et immatériels faits au lancement du projet.

RESULTATS POUR L'ENTITE OCCITAN'AIR :

Poste de dépense	Au global			Par programme		
	Total charge réelle / an pour 215 patients	Montant prévisionne l/ an pour 215 patients cibles	Delta réel /prévisionnel	Soit par programme	Prévu au forfait	Ecart / programme
<b>Frais de coordination</b>	328 127 €	289 175 €	+38 952 €	1 526€	1 345€	+181€ (+13%)
<b>Frais de fonctionnement</b>	111 114 €	131 382 €	-20 268 €	517€	611€	-94€ (-15%)

*Comparaison des charges réelles et prévisionnelles du dispositif à l'échelle d'Occitan'air*

Tout comme lors de l'évaluation intermédiaire, nous observons que le coût prévisionnel des **prestations de coordination semble avoir été sous-dimensionné** dans la construction du forfait et entraîne un déficit financier de près de 39 000 € représentant 8% du budget prévisionnel global.

**Le déficit est expliqué structurellement** du fait d'un sous-dimensionnement de la charge en termes de coordination pour l'accompagnement des patients. D'après les données à notre disposition lors de cette évaluation finale, nous avons pu observer que les référents de parcours ont tous **une charge de travail correspondante aux cibles d'inclusion annuelles** (3,2 ETP pour 215 inclusions soit 67 inclusions par ETP et par an). Cette observation conduit donc à justifier le déficit par un **sous-dimensionnement** du besoin en termes de coordination dans la construction du forfait. Autrement dit le coût par patient coordonné est dans la réalité supérieur à ce qui avait été prévu.

S'agissant des **frais de fonctionnement**, le bilan est globalement positif à l'échelle de l'entité Occitan'air avec un excédent d'un peu plus de 20 000 €. Cet excédent correspondant aux économies d'échelle réalisées par l'entité à l'ouest (anciennement Partn'air) **hébergée** par la clinique Saint-Orens qui permet à l'association de bénéficier de tarifs préférentiels (location, énergie, etc.).

Note de méthode : les Crédits d'Amorçage et d'Ingénierie (CAI) n'ont pas été pris en compte ici dans la comparaison, car les charges sont considérées peser entièrement sur les forfaits (fonctionnement en routine du dispositif). Les CAI de l'année 2022 sont donc considérés comme 100% excédentaires (20 000€), ce qui compense partiellement le déficit constaté.

Cette remarque est valable pour les analyses par sous-entité, ci-après.

RESULTATS POUR L'ANTENNE OUEST (ANCIENNEMENT PARTN'AIR) :

Poste de dépense	Au global			Par programme		
	Total charge réelle / an pour 178 patients	Montant prévisionne l/ an pour 178 patients cibles	Delta réel /prévisionnel	Soit par programme	Prévu au forfait	Ecart / programme
<b>Frais de coordination</b>	273 599 €	239 410 €	+34 189 €	1 537€	1 345€	+192€ (+14%)
<b>Frais de fonctionnement</b>	80 238 €	108 772 €	-28 534 €	451€	611€	-160€ (-26%)

*Comparaison des charges réelles et prévisionnelles du dispositif à l'échelle de l'antenne Ouest (anciennement Partn'air)*

L'analyse du modèle économique à l'échelle de l'antenne Ouest permet d'étudier la viabilité du forfait (équilibre global) pour une structure bien installée et disposant d'une grande expérience en matière de réhabilitation respiratoire à domicile. Les résultats et conclusions sont similaires à ceux de l'entité Occitan'air puisque l'entité Ouest a réalisé la grande majorité des programmes (83% des programmes sur l'année 2022).

RESULTATS POUR L'ANTENNE EST (ANCIENNEMENT AIR + R) :

Poste de dépense	Au global			Par programme		
	Total charge réelle / an pour 37 patients	Montant prévisionne l/ an pour 37 patients cibles	Delta réel /prévisionnel	Soit par programme	Prévu au forfait	Ecart / programme
<b>Frais de coordination</b>	54 528 €	49 765 €	+4 763 €	1 474€	1 345€	+129€ (+10%)
<b>Frais de fonctionnement</b>	30 876 €	22 610 €	+8 266 €	834€	611€	+223€ (+37%)

*Comparaison des charges réelles et prévisionnelles du dispositif à l'échelle de l'antenne Est (anciennement AIR+R)*

L'analyse du modèle économique à l'échelle de l'antenne Est permet d'étudier la viabilité du forfait pour une structure débutant cette activité de réhabilitation respiratoire à domicile. Nous observons dans ce cas également un **sous-dimensionnement des frais de coordination**.

Nous notons cependant une **différence concernant les frais de fonctionnement** avec un déficit d'un peu plus de 8 000 € pouvant être expliqué par la modalité d'implantation de la structure. En effet, l'antenne Est, contrairement à l'antenne Ouest, n'est pas hébergée au sein d'une plus grande structure et ne bénéficie donc pas des économies d'échelle concernant la location des espaces et les coûts énergétiques.

REVISION DU MODELE SUR LA PART COORDINATION ET FONCTIONNEMENT :

La révision du modèle sur les frais de fonctionnement et de coordination nécessite une analyse sur l'ensemble du périmètre Occitan'air et pour toute la durée d'expérimentation. Le bilan des charges (comme établi ici) devra être réparti entre les futurs forfaits et d'éventuels crédits d'amorçage et d'ingénierie.

#### 4.5.4 - Analyse de l'attractivité économique

L'analyse consiste ici à évaluer l'attractivité de la rémunération versée aux partenaires libéraux. Ces partenaires interviennent dans la réalisation des programmes de réhabilitation. Nous constatons ici les mêmes observations que lors de l'évaluation intermédiaire.

##### LE MONTANT DU FORFAIT N'EST PAS UN CRITERE D'ADHESION AU DISPOSITIF

Les consultations avec le médecin prescripteur et les consultations de suivi au sein du parcours patient sont remboursées par le droit commun. Ces médecins touchent une rémunération supplémentaire visant à rembourser les actions liées à la coordination (construction du dossier, synthèse bilans de suivi). Cette rémunération est jugée attractive par les professionnels de santé.

Cependant, parmi ces professionnels, plusieurs ont pris l'habitude de **ne pas faire les démarches administratives** permettant leur rémunération et ainsi de ne pas obtenir l'argent du forfait. Ils constatent que le parcours présente un réel avantage pour leur patient, et la charge administrative ne leur semble pas excessive par rapport aux bienfaits observés.

71% des médecins généralistes, et 25% des pneumologues et MPR contactés par enquête estiment leur charge administrative trop élevée. Parmi eux, une part non estimée ne réalise pas les démarches pour être payés

Pour les autres professionnels de santé intervenant dans le parcours, la rémunération sous la forme d'un forfait **n'est pas une source de motivation majeure** à leur embarquement dans le dispositif. Ils s'engagent en effet plus par conviction personnelle que par intérêt financier. De plus, **le forfait n'est pas spécialement avantageux** financièrement pour certaines catégories de professionnels, notamment les MK.

##### POUR CERTAINES CATEGORIES DE PROFESSIONNELS DE SANTE INTERVENANT DANS LE PARCOURS, LE MONTANT DU FORFAIT PEUT REPRESENTER UN FREIN

Pour les professionnels non remboursés habituellement par le droit commun, comme les diététiciens ou les psychologues, le parcours peut être considéré comme avantageux non pas en termes de tarification (qui est souvent similaire à celle qu'ils peuvent proposer habituellement), mais parce qu'il permet d'assurer à ces professionnels **une augmentation de la file active**.

D'autres de ces spécialistes estiment que **la tarification n'est pas attractive** : les temps accordés au transport et à la charge administrative (rédaction des comptes-rendus) ne sont pas pris en compte dans le calcul du forfait. Dans ces cas, c'est parce que les professionnels sont convaincus par les bienfaits de la réhabilitation respiratoire qu'ils s'engagent dans le parcours.

**Le cas des masseurs-kinésithérapeutes est particulier.** Leur rémunération n'est majoritairement pas considérée comme attractive, car elle est comparée à des séances au cabinet ou en collectif qui sont bien rémunérées. Parmi les actes possibles, l'AMK 28 est proposé aux masseurs-kinésithérapeutes pour mettre en œuvre une réadaptation respiratoire mono-disciplinaire et non coordonnée pour des patients atteints de handicap respiratoire chronique en ALD porteurs de BPCO (rééducation respiratoire, renforcement musculaire, réentraînement en endurance, éducation thérapeutique) avec 1h30 de prise en charge par séance. Cette rémunération est de 60,20€ par séance.



Cette intervention est plus longue que celle proposée dans le parcours évalué ici, mais **mieux rémunérée**. C'est pourquoi certains de ces professionnels évaluent comme moins intéressante la rémunération proposée par le forfait dans le parcours.

Les masseurs kinésithérapeutes sont parfois destinataires d'une prescription médicale par un pneumologue, avant l'inclusion du patient dans le parcours de soins. Lorsqu'ils sont invités à rejoindre le parcours, ils ont tendance à préférer appliquer la prescription médicale initiale, leur laissant toute autonomie dans la prise en charge de leur patient. Toutefois l'association leur transmet tout de même les comptes-rendus des visites du référent pendant le parcours pour les intégrer à une prise en charge pluridisciplinaire.

Cette intégration partielle dans le parcours doit donner lieu à une réflexion dans le cadre de la généralisation (Cf. Evolutions du [Modèle économique](#))

#### 4.5.5 - Une organisation de la facturation fonctionnelle et qui satisfait les professionnels du dispositif

L'association Occitan'air joue le rôle de **cellule concentratrice** en s'occupant de regrouper les différents forfaits et de les redistribuer aux différents partenaires.

Les professionnels du parcours reçoivent toutes les informations nécessaires à leur bonne compréhension du **montage financier**, notamment sur les aspects suivants :

- Système de forfait
- Montant de la rémunération
- Méthodes de facturation
- Clés de redistribution

Pour obtenir le règlement de leurs consultations / séances, les professionnels **signalent leur passage sur le classeur de suivi** du patient, réalisent des bilans et synthèses, et retournent des documents administratifs à l'association. Cette méthode est jugée simple et efficace.

Le fait que certains professionnels ne prennent pas le temps d'envoyer les papiers administratifs nécessaires à leur rémunération peut aussi mettre en évidence **un processus éventuellement trop complexe / chronophage**, qui n'incite pas les professionnels à le remplir.

Les professionnels affirment tous que leur rémunération leur est versée dans les temps et dans son entièreté. Pour rappel cette rémunération par l'association est forfaitaire.

Il est important de noter que **la rémunération est débloquée à la fin de la phase d'intervention**. Le remboursement s'effectue par chèque. L'association justifie ce choix par un nombre considérable d'expérimentateurs qui ne reçoivent le forfait qu'une seule fois. La saisie systématique des RIB sur l'interface bancaire serait de fait plus chronophage que facilitante. Les paiements sont toutefois traçables car chaque chèque et courrier qui l'accompagne est numérisé et archivé. Les délais sont légèrement plus longs que par un paiement direct de l'Assurance Maladie ce qui peut déplaire à certains professionnels. Cependant, **le processus de facturation est considéré comme satisfaisant** par la grande majorité des professionnels de santé interrogés.



#### 4.5.6 - Les enseignements

- Les **taux de sollicitation des professionnels de santé** (MK, diététicien, psycho/tabacologue) sont inférieurs à ce qui avait été prévu.
- **Les hypothèses de taux de recours aux soins pourraient être réévaluées** dans le forfait.
- Le **système de forfait et la facturation associée donne satisfaction** à l'ensemble des professionnels de santé concernés
- Les **règlements** auprès des professionnels du parcours sont **réalisés à temps** et sans erreur bloquante.
- Le montant du forfait est considéré différemment par les différentes catégories de professionnels de santé :
  - Pour les **prescripteurs**, ce montant est jugé **comme suffisant**, mais est un critère d'adhésion secondaire, comme en témoigne les nombreux forfaits non récupérés faute d'avoir fourni les pièces administratives nécessaires.
  - Pour **certains paramédicaux**, notamment les **masseurs-kinésithérapeutes**, ce montant est jugé **insuffisant**. Certains préfèrent même rester rémunérés par le droit commun.
- Certains professionnels de santé sont plus portés par **l'utilité de la réhabilitation** respiratoire pour leurs patients qui les pousse à **s'engager dans le dispositif**, que par leur **rémunération**.
- Dans la gestion du forfait, **l'équipe coordinatrice doit être conservée** afin de veiller à ce que le parcours ne se résume pas à une somme de prescriptions, et que le patient soit bien pris en charge dans sa **globalité dans une logique de parcours coordonné**.

## 5 - Analyse de l'efficacité / efficience



## 5.1 - ACCES A LA REHABILITATION RESPIRATOIRE

### 5.1.1 - Rappel des conclusions de l'évaluation intermédiaire

L'évaluation intermédiaire faisait état des faits suivants :

- **Le processus d'inclusion des patients est fonctionnel et efficace :**
  - Les patients sont adressés par des pneumologues, des médecins généralistes ou des spécialistes en médecine physique et de réadaptation.
  - Une fois les patients adressés, les délais d'inclusion sont très rapides.
  - L'installation d'un ergocycle à domicile peut représenter un frein, mais des solutions sont trouvées dans la plupart des cas. L'élaboration d'un plan de montée en charge des ergocycles est recommandé pour continuer à garantir un délai court de lancement des parcours
  - La réalisation du test à l'effort nécessaire à l'inclusion est toujours un point d'attention pour laquelle l'association porte une attention particulière.
  - Le très haut taux d'inclusion après demande témoigne de l'efficacité et la pertinence du dispositif. La majorité des patients éligibles, après avoir complété un dossier de demande, commencent le parcours de réhabilitation.
- **La réticence des patients n'est pas un facteur limitant**
  - Moins de 1% des patients exprimant des inquiétudes liées à la prise en charge à domicile lors de l'inclusion. Les objectifs du programme sont clairement présentés aux patients, favorisant ainsi leur adhésion.
- **Au stade de l'évaluation intermédiaire, le recrutement cible des patients n'avait pas été entièrement atteint :**
  - Des retards ont été causés par la crise de la Covid-19, principalement dans les recrutements de référents de programme en Midi-Pyrénées.
  - La communication de l'association reposait essentiellement sur son réseau de membres, limitant l'efficacité du recrutement de professionnels de santé et la sensibilisation des patients.
  - Un retard de financement de l'ARS pour 2022 a entraîné une incertitude budgétaire, ce qui a retardé le recrutement de personnel nécessaire à la montée en charge du dispositif.

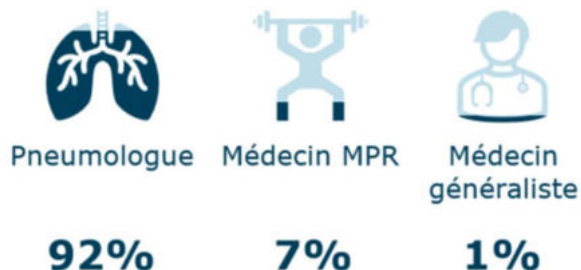
Les résultats présentés ci-après sont issus des données mises à disposition par le dispositif Occitan'air. Ces analyses seront complétées dans un second temps par des analyses des données du SNDS qui permettront de juger de l'évolution du **suivi des patients** sur l'ensemble de la période du suivi prévu par le projet et l'amélioration de la **situation des patients**, en explorant une temporalité allant jusqu'à 2 ans avant l'inclusion. Ceci permettra d'objectiver l'impact du projet sur la prise en charge et la santé des patients par l'intermédiaire d'une rationalisation des prises en charges démontrant :

- Une **amélioration des signes cliniques** (Diminution du besoin en médicaments, diminution des prises en charges aiguës (passages aux urgences, hospitalisations), diminution des consultations non programmées chez le médecin traitant, diminution des arrêts de travail indemnisés)
- Une **amélioration de la prise en charge** (rationalisation de la consommation de soins, évolution des coûts de prise en charge pour l'assurance maladie.)

## 5.1.2 - Point sur le processus d'inclusion

LES INCLUSIONS DES PATIENTS SE DEROULENT DE MANIERE SATISFAISANTE

Les prescriptions du programme sont réalisées par les professionnels suivants :



### Taux de prescription des différents professionnels de santé prescripteurs

*NB : Chiffres issus des données individuelles sur l'ensemble des 506 demandes réalisées.*

Comme mentionné précédemment et conformément à nos préconisations de l'évaluation intermédiaire, la réalisation du test à l'effort a été facilitée par l'instauration de plusieurs partenariats, ce qui **lève un frein conséquent** pour l'inclusion des patients.

De même, un investissement conséquent en ergocycles a été réalisé par les deux antennes, permettant au dispositif de monter en charge et de limiter la file d'attente pour les patients dont la demande d'accès au parcours a été acceptée. Ainsi, depuis l'évaluation intermédiaire, 6 ergocycles côté Est et 10 ergocycles côté Ouest ont été acquis par l'association.

Des évolutions ont été réalisées afin de faciliter la réalisation des exercices sur l'ergocycle. Par de simples conseils (exercice fractionné, horaires d'exercice), les référents cherchent à simplifier la pratique des exercices pour les patients afin de les garder motivés sur le long terme (voir partie Mise en place et suivi des parcours).

Il existe des cas de programmes qui sont interrompus en cours de route. Au total, ce sont 87 parcours, soit **17% de l'ensemble des dossiers**, qui sont concernés. Ces sorties ont lieu autant en phase d'intervention qu'en phase d'accompagnement. Les motifs liés à ces sorties sont détaillés dans le schéma ci-dessous.



*NB : Chiffres issus des données individuelles, sur 68 sorties, en effet 19 motifs de sortie n'étaient pas renseignés*

La plupart des motifs de sortie ne sont donc **pas liés au dispositif** en tant que tel mais plutôt au patient et à sa situation.

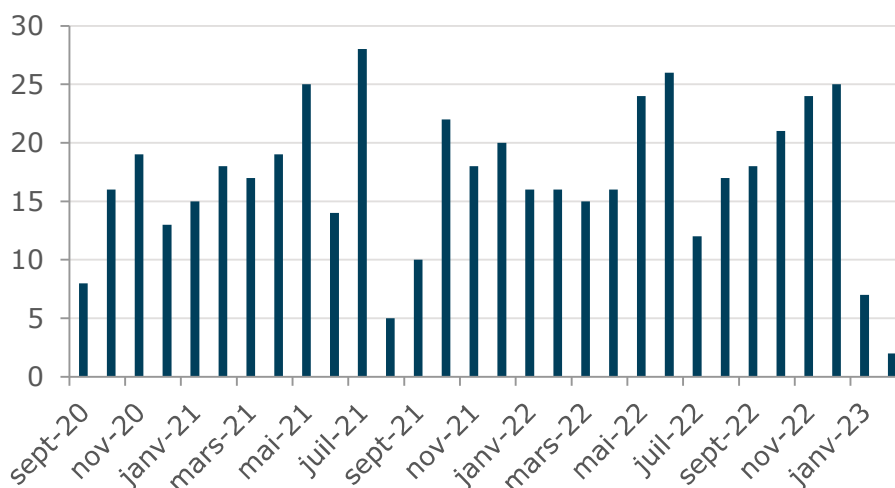
Sur la phase d'inclusion les patients suggèrent de **faciliter les modalités d'inscription** afin de fluidifier le processus.

### 5.1.3 - Les constats sur la montée en charge du dispositif

#### LA MONTEE EN CHARGE ATTEINT LES OBJECTIFS

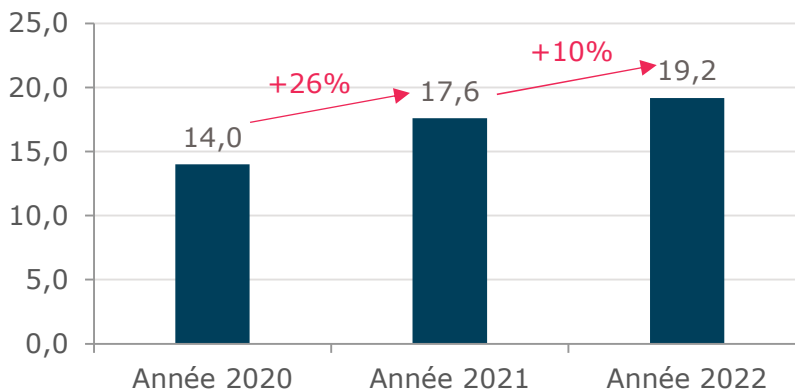
Le dispositif arrive à monter progressivement en charge et à inclure de plus en plus de patients. Au moment de l'évaluation (données de septembre 2020 à courant février 2023), ce sont au total **487 patients** qui ont demandé à accéder au dispositif, **dont 19** à deux occasions, donnant ainsi lieu à **506 demandes** de parcours.

Le rythme d'inclusion augmente progressivement, permettant la montée en charge.



Evolution du nombre de demandes/mois

NB : Chiffres issus des données individuelles sur l'ensemble des 506 demandes



Evolution de la moyenne du nombre de demandes/mois

NB : Chiffres issus des données individuelles sur l'ensemble des demandes entre 2020 et 2022 (497 demandes au total)

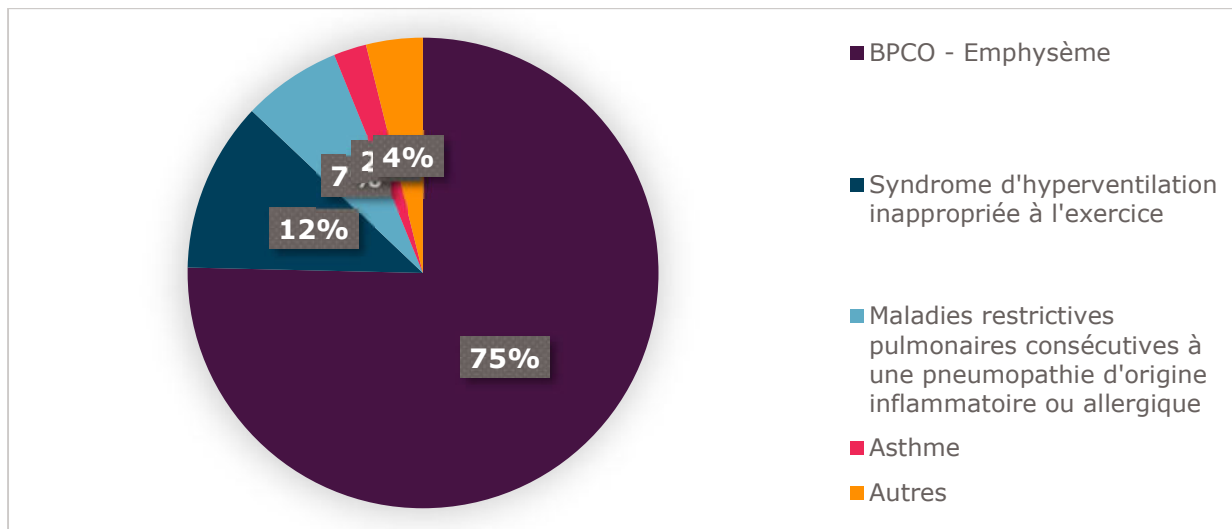
Toutes les demandes ne donnent cependant pas nécessairement lieu à la mise en place d'un parcours. Ainsi, **6 demandes ont été annulées** en amont de la prise en charge :

- 5 pour des raisons liées au patient, pour lesquelles nous ne disposons pas du détail
- 1 pour une raison non déclarée



Au moment de l'évaluation, **2 demandes** sont encore en attente. Ce sont donc au total **498 parcours** qui ont été lancés au sein du dispositif depuis le 1<sup>er</sup> patient article 51, dont 11 sont archivés. Ce chiffre correspond à 69% de l'objectif total (720 parcours sur 3 ans d'activité). A 30/36 mois de fonctionnement, l'objectif serait de 600 parcours (720\*30/36). **Il est donc atteint à 83%.**

Les patients font appel au dispositif en déclarant une pathologie principale, qui constitue alors le motif de recours à la réhabilitation respiratoire.



#### Détail des motifs de recours à la réhabilitation respiratoire

*NB : Chiffres issus des données individuelles sur 504 demandes (les motifs de recours à la réhabilitation respiratoire ne sont pas indiqués pour 2 demandes)*

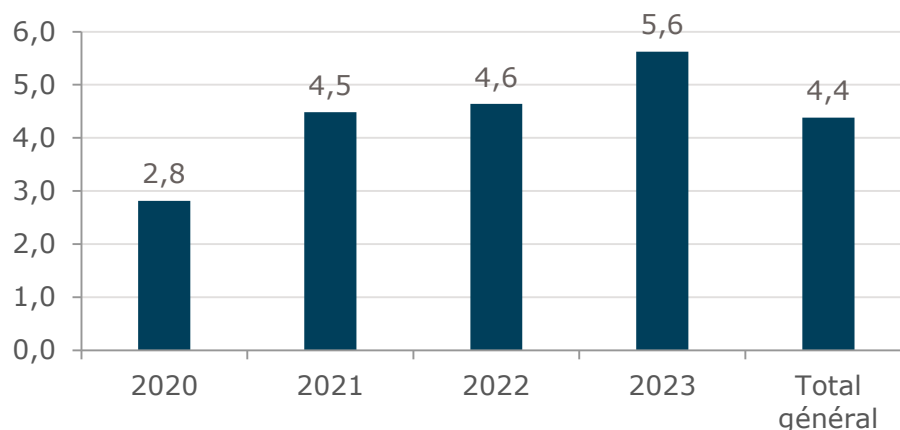
Ainsi, en accord avec les comorbidités observées chez les patients, la BPCO et l'emphysème constituent dans **75% des cas le motif de recours** à la réhabilitation respiratoire.

Sur l'ensemble des demandes de programme, **79%** sont initiés **directement à domicile**, et 21% sont des relais du SSR.

#### LE DELAI DE TRAITEMENT DES DEMANDES S'ALLONGE MAIS RESTE RAISONNABLE

La demande d'entrée dans le parcours ne constitue cependant que la première étape ; le parcours de réhabilitation respiratoire est mis en place **après un court délai**, nécessaire au traitement de la demande et à l'évaluation du besoin associé.

En moyenne, sur l'ensemble des demandes étudiées, ce délai est **de 4,4 jours**. D'un point de vue qualitatif, ce délai semble tout à fait raisonnable auprès des patients interrogés. Cependant, avec la montée en charge à venir, il est important de **garder une forte vigilance** sur l'allongement de ce délai de mise en place : très court au lancement du dispositif (2,8 jours), celui-ci est maintenant doublé (sur les premiers mois de 2023).



### Evolution du délai de mise en place des parcours

*NB : Chiffres issus des données individuelles. Analyse menée sur 463 demandes : les demandes annulées, en attente, et les valeurs extrêmes n'ont pas été considérées)*

Ce constat est aussi partagé ponctuellement par certains patients qui déclarent avoir connu **un délai important** de mise en place du parcours.

Il est nécessaire de rappeler que ce délai de mise en place peut s'allonger pour deux types de causes différentes :

- Les **causes internes** au dispositif : allongement de traitement des demandes, manque de disponibilité des référents ou des ergocycles nécessaires à la mise en place du parcours
- Les **causes liées** au patient : déménagement, congés ou autres raisons pour le patient de demander à reporter le début du parcours

Ce temps reste tout à fait acceptable à ce stade. Le système de traitement des demandes présenté lors de l'évaluation semble efficace. Il est simplement conseillé, dans le cadre de l'expérimentation, de suivre l'évolution de ce délai.

## 5.1.4 - Les complémentarités de l'offre par rapport au SSR

OCCITAN'AIR SE REVELE ETRE UTILE DIFFEREMENT SELON L'OFFRE PRESENTE DANS LA REGION

Occitan'air vient complément de l'offre SSR :

- Dans l'ancienne région Languedoc-Roussillon, il existe 7 établissements SSR spécialisés en pathologies respiratoires, tandis que dans l'ancienne région Midi-Pyrénées, on en trouve seulement 4. Cela signifie qu'il y a deux fois moins d'établissements SSR spécialisés en pathologies respiratoires dans les Midi-Pyrénées, malgré des populations comparables (2 772 000 habitants dans le Languedoc-Roussillon contre 3 002 000 habitants en Midi-Pyrénées).<sup>1</sup>
- En ce qui concerne les établissements SSR polyvalents, il en existe environ une centaine dans les deux anciennes régions.

<sup>1</sup> Source : ScanSanté - 2022



### Carte des établissements SSR spécialisés en pathologies respiratoires

Ainsi, selon les régions, les patients n'indiquent pas rejoindre le dispositif pour les mêmes raisons :

- 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.
- Certains patients, notamment dans le Languedoc-Roussillon, ont au contraire la possibilité d'accéder rapidement à un établissement SSR. Les patients interrogés qui ont intégré le dispositif, indiquent l'avoir fait car :
  - o 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.
  - o Ils suivent le programme de réhabilitation à domicile en complément ou à la suite de leur prise en charge SSR.

#### *Extrait RI*

Les patients peuvent être adressés, comme mentionné précédemment, directement par leur professionnel de ville en première intention (66% des cas), mais aussi en alternative à une hospitalisation en SSR ou en relai d'une hospitalisation (34%), lorsque le patient présente encore des fragilités et que le suivi par la médecine de ville ne suffira pas.

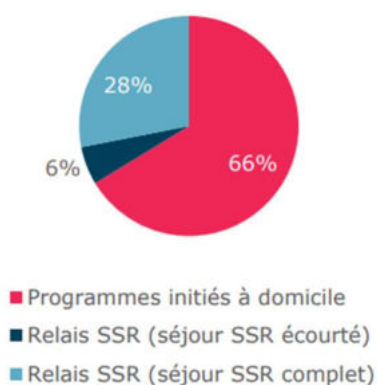


Figure 3 : Types de programmes initiés

Source : questionnaires patients diffusés par l'association

Ainsi, l'association a un positionnement différent selon le territoire sur lequel elle se trouve et se présente soit comme une alternative à une prise en charge SSR, indisponible ou jugée trop lourde, soit comme un complément à cette même prise en charge.

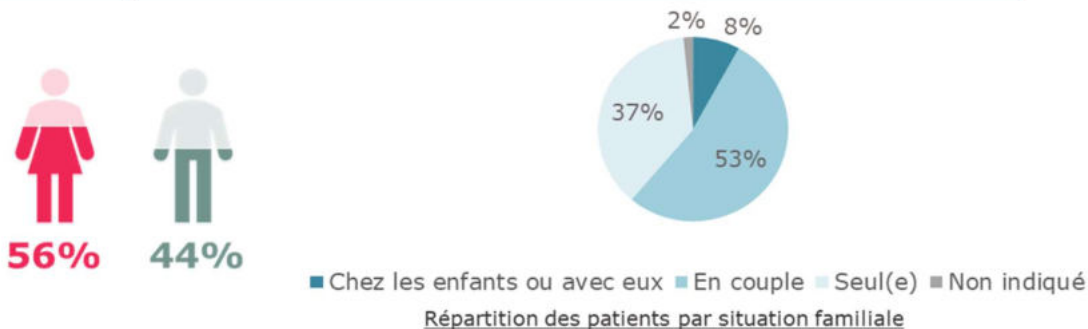
### 5.1.5 - Les caractéristiques de la patientèle incluse dans le dispositif

487 patients ont été intégrés au dispositif en 30 mois de fonctionnement de l'expérimentation (de septembre 2020 à début février 2023)

- Dont 419 sur la région Ouest (anciennement Partn'air), soit 86%
- Dont 67 sur la région Ouest (anciennement Air+R), soit 14%

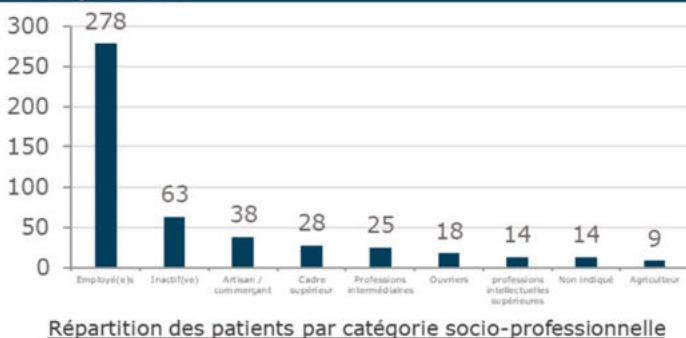
Voici leurs caractéristiques :

#### 1 Profil des patients

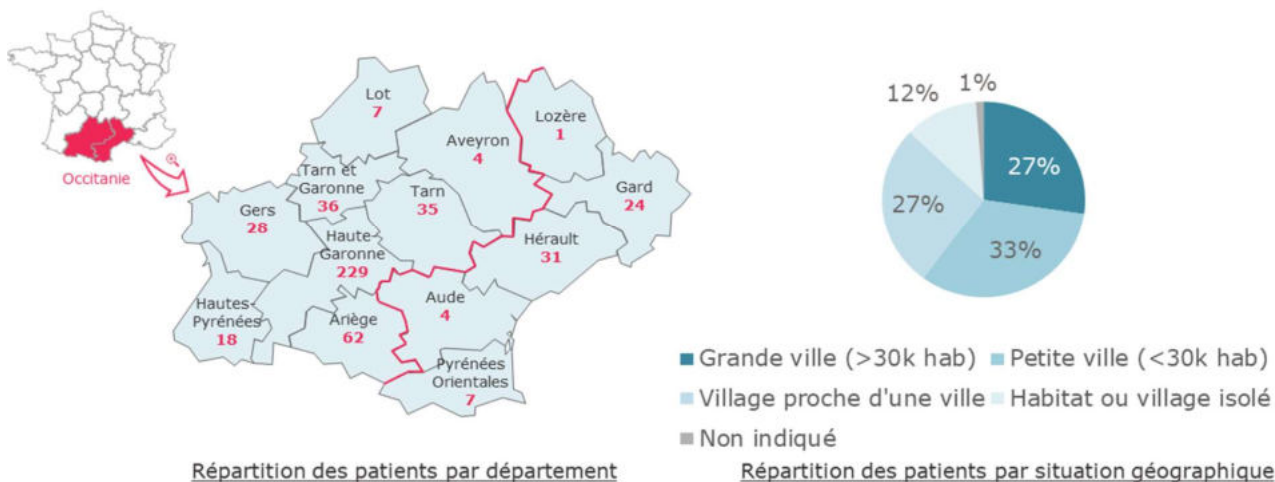


#### 2 Activité professionnelles des patients

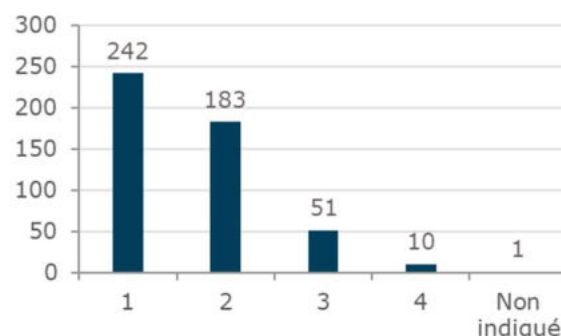
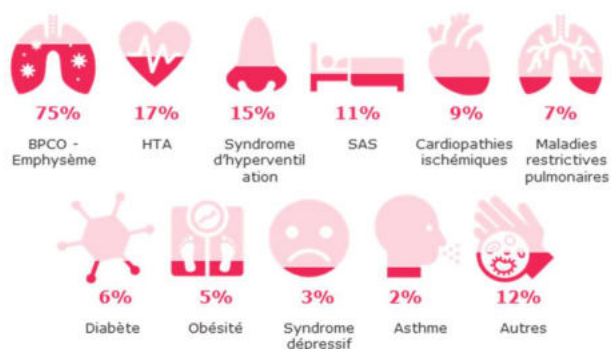
**28%**  
maintiennent une activité professionnelle



#### 3 Habitat des patients



#### 4 Etat de santé des patients



Répartition des patients par nombre de comorbidités

NB : Chiffres issus des données individuelles, sur les 487 patients renseignés

En synthèse, la population étudiée recouvre **un large panel de profils**, de situations familiales, personnelles et professionnelles. Il est important de noter que :

- **28% des patients** ont une activité professionnelle, ce qui peut expliquer leur préférence **pour une prise en charge à domicile**, plus facilement modulable avec des contraintes professionnelles.
- Les patients sont à **47% issus de la Haute-Garonne**, département où siège l'ancienne association Partn'air. Le dispositif a encore peu de patients dans des départements plus enclavés comme l'Aveyron côté Ouest, et la Lozère côté Est.
- 75% des patients du dispositif souffrent **de la BPCO ou d'un emphysème**.



#### 5.1.6 - Les enseignements

- Le dispositif arrive à assurer **une bonne montée en charge** et **atteint 83% de son objectif** proratisé à 30 mois d'expérimentation avec une augmentation régulière du nombre de demandes.
- Le programme est considéré facilement accessible ; les demandes des patients sont traitées dans les temps et leur permettent de **rentrer rapidement dans une phase d'intervention**.
- Le dispositif s'inscrit en **complémentarité de l'offre SSR existante**.

## 5.2 - ADHESION ET SATISFACTION DES PATIENTS

### 5.2.1 - Rappel des conclusions de l'évaluation intermédiaire

L'évaluation intermédiaire faisait état des faits suivants :

- **Les patients adhèrent largement au dispositif qui leur est proposé, pour deux principales raisons :**
  - Le suivi à domicile leur permet de rester auprès de leurs proches, continuer leur activité professionnelle ou éviter de se déplacer vers un établissement SSR.
  - L'absence ou la rareté de l'offre d'établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) dans leur région ne leur permet pas de réaliser cette réhabilitation en établissement.
- **Les patients témoignent d'un haut niveau de satisfaction**
  - Les patients sont très satisfaits du dispositif, de la personnalisation de leur parcours et le fonctionnement de la coordination entre les professionnels.
  - Ils estiment que l'accompagnement et les exercices proposés améliorent leur qualité de vie et leur santé.
  - Ils relèvent la bonne relation avec les professionnels de santé (d'Occitan'air et partenaires) et leur pédagogie.
- **Certains patients identifient des points d'amélioration possible :**
  - Certains patients jugent insuffisant le nombre de consultations avec les psychologues, tabacologues et masseurs kinésithérapeutes. Ils souhaiteraient également pouvoir échanger avec d'autres patients lors de groupes de parole.
  - Certains suggèrent de rendre les exercices plus ludiques en ajoutant un écran sur le vélo. Certains patients rencontrent une démotivation lors de la deuxième phase du parcours lorsque le vélo est retourné aux prestataires.

### 5.2.2 - Le patient est toujours largement satisfait par sa prise en charge au sein du dispositif

Les patients apprécient tout particulièrement leur prise en charge **en phase d'intervention**.



NB : Chiffres issus des enquêtes auprès des patients.

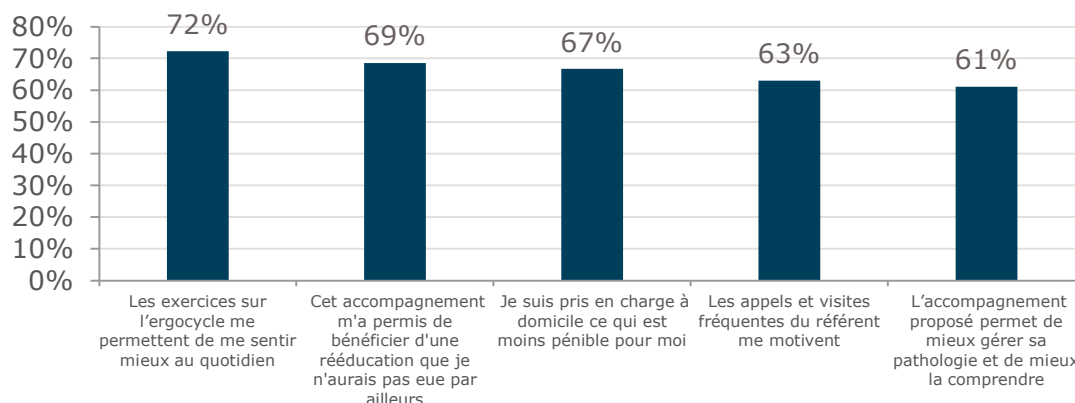
De même, sur la phase d'accompagnement, les patients **sont largement satisfaits** de leur prise en charge. Mais cette satisfaction est moindre qu'en phase d'intervention, du fait de **l'appui plus distant** des référents de programme et de l'absence de professionnels de santé intervenant à domicile dans le cadre du parcours.



NB : Chiffres issus des enquêtes auprès des patients.



Les motifs de satisfaction des patients sont similaires à ceux mentionnés lors de l'évaluation intermédiaire. L'évaluation finale a permis de les quantifier :



### Principaux motifs de satisfaction des patients au sein du dispositif

NB : Chiffres issus des enquêtes auprès des patients.

Comme lors de l'évaluation intermédiaire, la qualité de l'accompagnement des référents est à souligner car il est une **composante majeure de la satisfaction** des patients, qui déclarent tous être très bien suivis.

Comme axe d'amélioration sur leur prise en charge, les patients soulignent l'importance de :

- Rallonger le délai de la prise en charge ou au moins le nombre de séance, afin de **bénéficier d'un accompagnement** plus poussé
  - o Une partie des remarques concerne notamment le suivi des référents de programme qui est considéré comme parfois trop discret en phase d'accompagnement, notamment du fait de la distance physique.
- **Assister financièrement** les patients pour acheter un vélo spécialisé en fin de phase d'intervention

Il est cependant nécessaire de préciser que ces remarques ne concernent qu'une minorité de patients, et que la grande majorité d'entre eux est largement satisfaite par le dispositif. Ainsi, l'intégralité des patients interrogés en entretiens individuels pense que le dispositif doit être poursuivi afin que d'autres patients en bénéficient.



### 5.2.3 - Les enseignements

- Les patients sont **largement 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.
- Les améliorations du parcours effectuées depuis l'évaluation intermédiaire **facilitent leur mise en place** et contribuent à **une plus grande satisfaction** du patient par rapport aux parcours proposés.
- **Quelques axes d'amélioration** sont suggérés par les patients : certains suggèrent de **rallonger le délai** de prise en charge ou le nombre de séances pour bénéficier d'un accompagnement plus poussé. Certains soulignent également la **nécessité d'une assistance financière** pour l'achat de vélos spécialisés en fin de phase d'intervention.

## 5.3 - AMELIORATION DE LA SANTE ET DES COMPORTEMENTS DES PATIENTS

### 5.3.1 - Rappel des conclusions de l'évaluation intermédiaire

L'évaluation intermédiaire faisait état des faits suivants :

- Les patients inclus dans le dispositif Occitan'air sont tous atteints d'une maladie respiratoire chronique, ce qui justifie leur participation. Les principales maladies respiratoires concernées sont la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et les emphysèmes, qui touchent 74% des patients.
- L'évaluation relève une amélioration des indicateurs de santé mesurés pendant le programme d'intervention.
- Les résultats de la phase d'accompagnement à distance sont plus mitigés
  - o Certains patients réussissent à maintenir une activité physique régulière grâce aux appels avec les professionnels du dispositif, qui leur fournissent un cadre et un objectif.
  - o D'autres patients ne parviennent pas à maintenir une activité physique pendant cette phase, malgré les bénéfices constatés pendant la phase d'accompagnement à domicile. Les raisons de cet abandon progressif de la pratique physique sont diverses, telles que l'instabilité de leur état de santé, le manque de motivation, le manque de temps et le manque de soutien et d'encadrement.

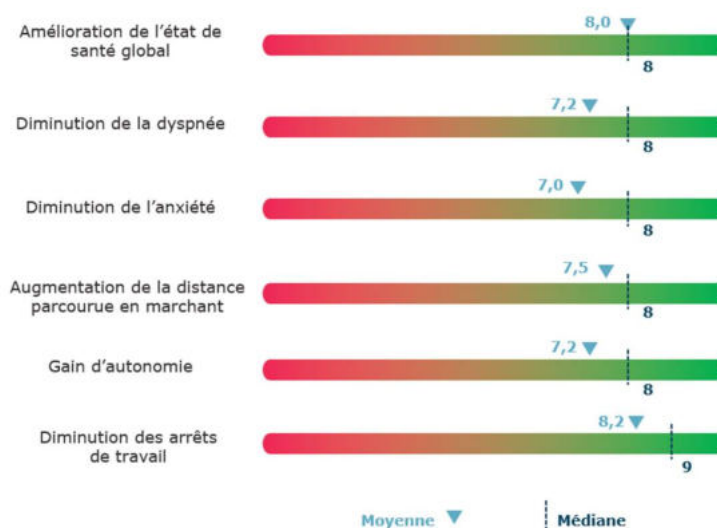
### 5.3.2 - Les indicateurs de santé suivis évoluent positivement grâce à la prise en charge du réseau

Tous les bénéfices relevés qualitativement lors de l'évaluation intermédiaire sont toujours d'actualité lors de l'évaluation finale.

L'évaluation finale a permis d'affiner qualitativement et quantitativement l'amélioration des indicateurs de santé des patients.

#### PERCEPTION DES PATIENTS SUR L'EVOLUTION DE LEUR SANTE

Tout d'abord, d'un point de vue qualitatif, les patients ont été en mesure d'évaluer l'amélioration de leur état de santé et de leurs comportements :



NB : Chiffres issus des enquêtes auprès des patients.

Ainsi, le dispositif permet une amélioration significative de la perception par les patients, de leur santé. Cette amélioration est évaluée en moyenne à 8/10 par ces mêmes patients.

Les patients sont satisfaits du dispositif proposé ; ils estiment qu'il leur permet d'être davantage acteurs de leur prise en charge et de leur état de santé.



NB : Chiffres issus des enquêtes auprès des patients.

## EVALUATION QUANTITATIVE DE L'ÉVOLUTION DES SYMPTÔMES

L'évolution des différents indicateurs évalués par le référent vient confirmer la qualité de la prise en charge. Les résultats présentés ci-après sont issus du *Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ)*. Il s'agit d'un outil d'évaluation spécifiquement conçu pour mesurer la qualité de vie liée à la santé chez les personnes atteintes de maladies respiratoires chroniques, telles que la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et l'asthme. Basés sur 4 domaines, il présente un score total de 140 points. Ce questionnaire a été développé pour recueillir des informations sur la façon dont la maladie affecte la vie quotidienne des patients, en mettant l'accent sur les symptômes respiratoires et les limitations fonctionnelles. Plus le score est élevé plus les symptômes sont faibles.

Ce questionnaire est une des références internationales en réhabilitation respiratoire. Il présente 20 questions :

- 5 pour la dyspnée,
- 4 pour la fatigue,
- 7 pour l'émotion
- 4 pour le contrôle des symptômes.

Deux types d'observations dans les résultats permettent d'attester de l'évolution significative de la qualité de vie (cliniquement) :

- Une augmentation du score global  $\geq 10$  points ;
- Une évolution significative d'une des dimensions évaluées attestée par une amélioration minimale de 0,5 point par question.

Autrement dit si le score global évolue de 10 points ou plus, l'amélioration clinique est significative et si l'évolution du score global est inférieure à 10 points mais qu'une composante évolue de façon significative (cf. supérieur au seuil d'évolution significative = nombre de questions  $\times 0,5$ ), l'évolution de la qualité de vie est également significative.

Les cas de non-significativité sont :

- Évolution du score global  $< 10$  points sans évolution significative d'une des composantes
- Évolution du score global  $< 10$  points avec un nombre de composantes qui se dégradent de façon significative supérieur au nombre de composantes qui s'améliorent de façon significative.

Voici l'évolution des scores observés pour les programmes Occitan'air. Les mesures sont réalisées à deux reprises : une fois au démarrage de la phase d'intervention et une autre fois à la fin (T0 + 12 semaines), ce qui permet de mesurer leur évolution au sein de cette même phase.

Indicateurs	Rappel de l'échelle des mesures	Moyenne en début de parcours	Moyenne en fin de parcours	Ecart	Seuil d'évolution significative
Dyspnée	Score sur 35	14,0	20,3	+6,3	+2,5
Fatigue	Score sur 28	14,5	17,5	+3,0	+2,0
Emotion	Score sur 49	28,6	33,2	+4,6	+3,5
Contrôle	Score sur 28	17,2	20,7	+3,5	+2,0
<b>Total score CRQ</b>	Score sur 140	74,4	91,8	<b>+17,4</b>	<b>+10,0</b>

NB : Chiffres issus des données individuelles. Analyse menée 346 programmes.

**L'évolution positive est donc significative sur l'ensemble des composantes du questionnaire.**

Deux autres indicateurs sont calculés :

Indicateurs	Rappel de l'échelle des mesures	Moyenne en début de parcours	Moyenne en fin de parcours	Ecart
<b>Echelle de dyspnée MRC</b>	De 4 (dyspnée max) à 0 (absence de dyspnée)	2,28	1,51	<b>-0,77</b>
<b>Temps de soutien</b>	Temps sur le vélo (en s)	169	643	<b>+474 secondes</b>

NB : Chiffres issus des données individuelles. Analyse menée sur 324 programmes pour l'échelle MMRC et 298 pour le temps de soutien.

Explications des indicateurs :

- Echelle MRC :
  - L'échelle MRC (*Medical Research Council Dyspnea Scale*) est un outil simple et largement utilisé pour évaluer la sévérité de l'essoufflement chez les personnes atteintes de maladies respiratoires, en particulier la BPCO.
  - L'échelle MRC se compose de cinq niveaux de sévérité de l'essoufflement, classés de 0 à 4. Plus le score est élevé, plus l'essoufflement est important.
- Temps de soutien :
  - Observe la durée pendant laquelle le patient peut maintenir un effort sur un vélo stationnaire avant de ressentir une fatigue excessive ou de présenter des symptômes problématiques.

On remarque que **l'intégralité des indicateurs évoluent de manière positive pour le patient au cours de la phase d'intervention.**

Sur les différents indicateurs de santé, seule l'échelle de dyspnée modifiée du Medical Research Council (MRC) est également évaluée en fin de phase d'accompagnement.

Phase étudiée	Rappel de l'échelle des mesures	Moyenne	Médiane	Ecart type
Phase d'intervention	De 4 à 0	-0,77	-1	0,84
Phase d'accompagnement		+0,17	0	0,81
Parcours total		-0,60	0	0,97

NB : Chiffres issus des données individuelles. Analyse menée sur 94 programmes.

Cette comparaison de l'évolution du score MRC du patient met en évidence une efficacité moindre de la phase d'accompagnement, au cours de laquelle le score MRC semble même avoir tendance à régresser. Une attention toute particulière doit donc être portée sur l'efficacité de la phase d'accompagnement, en termes d'évolution de la santé du patient.



### 5.3.3 - Les enseignements

- Tout comme en évaluation intermédiaire, il apparaît que le dispositif permet **d'améliorer l'état de santé des patients et leurs comportements**. Ainsi les patients évaluent en moyenne à **8,0/10 l'amélioration de leur état de santé global**. Les indicateurs de santé eux aussi améliorent significativement durant la phase d'intervention. De plus, les patients évaluent **en moyenne à 8,4/10** le fait que le dispositif leur permette de devenir **davantage acteur** de leur prise en charge.
- Il semble que la phase d'accompagnement ait **un impact moindre** sur l'amélioration des indicateurs de santé. Il faudra **développer cette phase** afin de permettre aux référents d'être plus vigilant, notamment dans le cas de patients moins motivés ou moins observants, afin de s'assurer que les bénéfices acquis en phase d'intervention ne soient **pas perdus en phase d'accompagnement**.

## **6 - Analyse de la transférabilité en d'autres lieux et contextes et à plus grande échelle**





## 6.1 - BILAN DU DEPLOIEMENT A L'ECHELLE DE LA REGION

La fusion des associations Air + R et Partn'air visait à développer la réhabilitation respiratoire à domicile à l'échelle de la région Occitanie, et ainsi à évaluer dans le cadre de l'expérimentation la **reproductibilité sur un premier niveau d'extension**.

A noter qu'initialement l'association Air + R, dans l'ex-région Languedoc-Roussillon, proposait essentiellement des programmes de réhabilitation à long terme (maintien des acquis).

Ce premier niveau d'extension présentait plusieurs enjeux, notamment en ce qui concerne le déploiement de l'activité de réhabilitation dans l'ex-région Languedoc-Roussillon (activité de RR à domicile inexistante, maillage plus important en termes de SSR spécialisés, réseau de professionnels à développer, etc.) et la supervision de l'activité sur l'ensemble du territoire régional.

Lors de l'évaluation du dispositif plusieurs freins et difficultés ont été mis en évidence pour ce premier passage à l'échelle mais la plupart ont été surmontés par la mise en place d'actions correctives / palliatives à l'initiative des porteurs et sur la base des recommandations du rapport d'évaluation intermédiaire.

### En synthèse :

	Principaux freins et difficultés rencontrés dans le cadre du passage à l'échelle	Actions mises en place pour permettre ce premier passage à l'échelle
<b>GOVERNANCE ET ANIMATION DU RESEAU</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avant la fusion, présence de deux entités distinctes avec des gouvernances propres</li> <li>• Une identité à refondre pour améliorer la lisibilité et la connaissance du dispositif à l'est sans créer de rupture avec le réseau existant à l'ouest</li> <li>• Un réseau de professionnels (prescripteurs et intervenants) à développer sur l'ex-région Languedoc Roussillon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'une nouvelle <b>gouvernance et d'une comitologie commune</b> permettant une meilleure coordination et collaboration entre les deux antennes</li> <li>• Une <b>stratégie de communication</b> autour de la disparition des associations Partn'air et Air+ R, et autour de la nouvelle identité Occitan'air et de ses activités a été élaborée et mise en œuvre sur l'ensemble du territoire</li> <li>• <b>Intégration au conseil d'administration d'un PUPH du CHU de Montpellier</b> avec une connaissance du réseau de prescripteurs potentiels</li> </ul>
<b>MISE EN PLACE ET SUIVI DES PARCOURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compétences à développer du côté est sur la réhabilitation respiratoire à domicile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Partage de compétences</b></li> <li>• Comitologie avec les <b>rendez-vous mensuels pour échanger</b> sur les bonnes</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer des parcours homogènes, malgré la différence de file active</li> </ul>	<p>pratiques de mise en œuvre des parcours</p>
<b>EMBARQUEMENT DES PROFESSIONNELS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manque de connaissances des professionnels de santé du territoire sur la réhabilitation respiratoire</li> <li>Manque de ressources en professionnels de santé – notamment les prescripteurs - sur certains territoires plus enclavés</li> <li>Rémunération pas toujours attractive pour certains types de professionnels, notamment en incluant les potentiels déplacements à domicile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Appels et rencontres auprès des professionnels de santé médicaux</b> du territoire</li> <li><b>Déploiement d'un APA référent de territoire</b>, déjà bien implanté, et connaissant bien les PS de la région</li> </ul>
<b>INCLUSION DES PATIENTS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manque de connaissance du dispositif, ou de l'intérêt de la réhabilitation respiratoire à domicile, à travers le territoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Communication patient</b> mise en place (flyers, site internet, etc.)</li> <li><b>Développement de l'adressage</b> l'intermédiaire des professionnels de santé</li> <li><b>Explication concrète et personnalisée</b> du programme au patient par des référents de programme au moment de l'inclusion</li> </ul>
<b>SYSTEME D'INFORMATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Long développement de l'outil et coûts associés</li> <li>Faible appétence de certains professionnels de santé pour des outils informatiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Dispensation de formations</b> régulières à l'utilisation de l'outil</li> <li><b>Implémentation progressive de fonctionnalités supplémentaires</b></li> </ul>

## 6.2 - SYNTHÈSE DES CONDITIONS REQUISES POUR LA MISE EN PLACE ET LE PORTAGE D'UN PARCOURS SIMILAIRE

### 1 Caractéristiques de la structure porteuse



- Une structure porteuse *a priori* **en dehors d'une organisation hospitalière** plutôt de **type associative** et éventuellement **adossée à un établissement de type SSR**.
- Une structure **existante ou non**, qui si elle existe dispose dans l'idéal d'une **expertise relative à la réhabilitation à domicile et plus particulièrement en matière d'activité physique adaptée**, dans le champ d'une ou de plusieurs pathologies chroniques. D'après l'expérimentation, il semble qu'une structure pré-existante soit plus profitable pour la réussite du déploiement de l'activité.
- En cas de création, la structure devra être en mesure de rassembler les **expertises et compétences** décrites dans le paragraphe suivant.
- Selon les résultats de l'expérimentation Occitan'air, un facteur clé de succès pour le dispositif est l'identification d'une **structure reconnue pour son expertise et implantée sur un territoire avec un réseau de partenaires constitué (ville, établissements de santé)**.
- Une **structure** de type **plateforme concentratrice** avec un double rôle : le **portage administratif** (redistribution des forfaits et gestion des moyens) et le **portage fonctionnel** (chef d'orchestre des parcours). Ce modèle garantit une **légitimité auprès des partenaires, un maintien du niveau de qualité** des accompagnements et une **traçabilité** dans la redistribution des forfaits.

### 2 Composition, expertises et dimensionnement de la structure porteuse

Une structure porteuse composée de **deux strates de gouvernance** : une à **l'échelle régionale**, et une à **l'échelle locale** représentée par les antennes couvrant un territoire donné de la région.

#### Structuration de la gouvernance à l'échelle régionale :

- Un **comité de direction** en charge du **pilotage financier, administratif et médical** (doit être composé d'un médecin spécialisé en réhabilitation pour arbitrer et définir les orientations médicales).

#### Structuration et composition des antennes locales :

- **Pilotage fonctionnel local** : un **assistant de coordination** (guichet d'entrée) et pour une file active importante (80 -120 programmes par an) un **coordinateur des parcours**.
- **Equipe opérationnelle** : des **référénts de parcours** qui participent à la réalisation des parcours et qui au-delà coordonnent les interventions des professionnels de santé libéraux auprès du patient. Les référents de parcours ont idéalement un profil **d'enseignant en activité adaptée** (APA de formation universitaire) mais peuvent aussi être **masseur-kinésithérapeute voire psychomotricien ou ergothérapeute**, à condition de disposer de compétences en termes de remise en mouvement, d'éducation thérapeutique, d'entretien motivationnel, de relationnel et de coordination.



A terme la structure porteuse, qui dispose d'une certaine maturité et d'un certain recul sur la réhabilitation respiratoire à domicile, peut sur le modèle évolutif du dispositif Occitan'air, s'appuyer sur **des relais libéraux pour assurer le rôle de référent** de parcours et ainsi couvrir un territoire plus étendu tout en assurant la supervision globale.

## Dimensionnement de l'équipe opérationnelle salariée

Pour établir une estimation du dimensionnement de l'équipe de référents, les porteurs de l'expérimentation Occitan'air ainsi que les référents de programme eux-mêmes ont été interrogés, sur la base de leur expérience, sur les capacités de suivi cibles d'un référent de parcours (nombre d'inclusions mensuelles et nombre de programmes en phase d'intervention) :

- 4 à 5 inclusions mensuelles par référent
- 12 à 15 programmes en phase d'intervention à un instant T

En extrapolant ces estimations sur une année, **la cible est de 48 à 60 inclusions par an et par référent.**

## Dimensionnement du réseau de professionnels libéraux intervenant dans le parcours du patient

Pour obtenir une estimation de la taille du réseau de professionnels libéraux nécessaire, les données individuelles de l'expérimentation Occitan'air ont été analysées afin de calculer le nombre moyen de patients que chaque catégorie de professionnel du réseau suit :

- 1 **prescripteur** pour **9 patients** en moyenne
- 1 **masseur-kinésithérapeute** pour **1,6 patients** en moyenne
- 1 **psychologue / tabacologue** pour **1,7 patients** en moyenne
- 1 **diététicien** pour **2,7 patients** en moyenne

En appliquant ces ratios à une **file active de 100 programmes / an**, le dimensionnement du réseau serait approximativement le suivant :

- **11** prescripteurs (pneumologues et médecin MPR)
- **62** masseurs kinésithérapeutes
- **59** psychologues / tabacologues
- **37** diététiciens

Ce dimensionnement est donné à titre indicatif. En effet, d'un territoire à l'autre celui-ci peut être amené à varier selon les densités de professionnels médicaux et paramédicaux, les besoins de santé, ainsi que le maillage territorial.

## Expertises complémentaires facultatives au sein de l'équipe opérationnelle :

- **Assistant social non salarié**
- **Psychologue / tabacologue salarié ou non** selon la file active et la facilité d'embarquement des psychologues tabacologues libéraux (d'une région à l'autre un forfait de 50 euros par séance peut sembler peu attractif).

## Dimensionnement du parc d'ergocycles :

L'achat des ergocycles constitue un investissement conséquent pour la structure porteuse. A l'achat s'ajoute également les coûts liés à la logistique (retrait et livraison) et à la maintenance. Par conséquent, le dimensionnement du parc d'ergocycle, selon la file active cible, est indispensable pour garantir une montée en charge sereine et un équilibre financier.

D'après cette expérimentation, il faut considérer **qu'un ergocycle permet de réaliser environ 3,5 inclusions par an** (en prenant l'hypothèse qu'un ergocycle est utilisé pendant 12 semaines lors de la phase d'intervention et qu'entre deux programmes l'ergocycle peut être immobilisé jusqu'à 3 semaines).

## Autres investissements nécessaires :

- Matériel informatique et téléphonique par salarié

### Par référent :

- Un véhicule (location ou remboursement des indemnités kilométriques si véhicule personnel)
- Matériel médical : Oxymètre, tensiomètre, pèse-personne, thermomètre, etc.

### 3 Construction et animation d'un réseau d'experts



#### Partenariats incontournables :

- **ARS** pour un appui au pilotage, à la coordination avec les partenaires du territoire, et un apport de financements
- **Professionnels prescripteurs** (médecins généraliste, MPR, pneumologue)
- **Professionnels libéraux** intervenant au sein des parcours (MK, Diététicien, Psychologue, tabacologue)
- **Etablissements de santé disposant** d'un plateau technique pour la réalisation des tests d'effort
- **Structures de sport santé** pour orienter les patients dès la phase d'accompagnement afin qu'ils conservent une activité physique
- **Dispositif d'appui à la coordination (DAC)** pour accompagner les patients présentant au-delà de leur pathologie des difficultés sociales



#### Leviers de développement des partenariats :

- **S'appuyer sur les CPTS et les URPS de territoire** pour communiquer l'offre de prise en charge aux professionnels de santé prescripteurs
- **Intégrer au sein de la structure porteuse un médecin PUPH** du CHU le plus proche avec une bonne connaissance du réseau de pneumologie



#### Stratégie de communication auprès des partenaires :

- Partager une **newsletter**
- Organiser **des évènements de présentation du dispositif** (physique et en visioconférence)



#### Partage et diffusion de l'expertise :

- Mettre en place des **rencontres entre professionnels** autour des maladies respiratoires chroniques et leurs prises en charge en réhabilitation
- Organiser des **formations**

#### 4 Diffusion de l'offre auprès des bénéficiaires potentiels

La communication grand public dans le cadre du déploiement du dispositif de réhabilitation respiratoire à domicile présente plusieurs avantages :

- **Sensibiliser le public aux troubles respiratoires** et aux **bénéfices de la réhabilitation à domicile**
- **Elargir l'accès à la réhabilitation aux patients** vivant en dehors des grandes villes ou n'ayant pas accès facilement à des centres de réhabilitation spécialisés afin de les informer de cette alternative à domicile.
- **Attirer l'attention des professionnels de santé** qui pourront alors orienter ou intervenir dans le cadre de programme de réhabilitation à domicile

Une communication grand public à développer en s'appuyant sur :



#### 5 Embarquement des professionnels et inclusion des patients

**Stratégie d'implantation géographique du dispositif :**

- **Cibler dans un premier temps des patients situés à proximité d'une grande ville ou d'une métropole.** Cette approche permettra de limiter les déplacements des référents de programme et de faciliter l'accès à un vivier de professionnels de santé. En ciblant ces zones urbaines, il sera en effet plus aisé de recruter des intervenants compétents et formés spécifiquement aux besoins de la réhabilitation respiratoire.

En lançant le programme dans des zones densément peuplées, la réussite et la visibilité de celui-ci seront accrues. L'efficacité démontrée de la réhabilitation respiratoire à domicile dans les zones urbaines servira de référence pour convaincre les autres territoires de l'importance et de l'intérêt de mettre en place un tel dispositif. Cette phase initiale permettra d'identifier les points forts et les axes d'amélioration du dispositif. Ces enseignements serviront de base pour optimiser le programme et le rendre plus adapté aux spécificités des zones périphériques, favorisant ainsi son expansion réussie dans d'autres territoires.

- **Adopter une stratégie d'implantation dans le territoire de manière progressive.** Après avoir ciblé les patients à proximité des grandes villes pour le déploiement initial du dispositif de réhabilitation respiratoire à domicile, le dispositif pourra progressivement être implanté dans le territoire en rayonnant autour de ces grandes villes. Cette approche permettra de capitaliser sur les succès initiaux, d'étendre la portée du programme et de toucher un plus grand nombre de patients vivant dans des zones moins densément peuplées. En rayonnant autour des grandes villes, le dispositif pourra être adapté aux spécificités locales de chaque zone géographique. Chaque territoire peut en effet présenter des caractéristiques démographiques, socio-économiques ou sanitaires distinctes, nécessitant des approches de prise en charge spécifiques. En s'implantant progressivement, l'équipe pourra ajuster les protocoles de réhabilitation, la formation des professionnels de santé et les modalités de suivi en fonction des besoins spécifiques de chaque territoire, garantissant ainsi une efficacité optimale du programme.

## **Embarquement des professionnels prescripteurs :**

**1 - Faciliter l'accès à l'information** concernant le processus d'inclusion de patients et le déroulé du programme grâce à :

- Un **interlocuteur dédié** à l'activité de réhabilitation respiratoire, accessible selon une permanence téléphonique / email quotidienne.
- Une **information claire et actualisée sur le site internet** de la structure porteuse (plaquette de présentation, critères d'inclusion, dossier d'inclusion téléchargeable et guide de complétion)
- Un **kit de communication** sous la forme d'une plaquette envoyée par courrier et/ou email aux nouveaux prescripteurs

**2 - Simplifier au maximum le processus d'inclusion** et si possible le dématérialiser pour limiter le temps administratif des médecins prescripteurs

- Un **dossier d'inclusion rationalisé aux informations strictement nécessaires** au démarrage et au déroulé d'un programme
- Une **complétion du dossier facilitée et guidée** par un format de type PDF avec champs à compléter ou formulaire web
- Des **conventions établies avec des établissements réalisant les examens préliminaires nécessaires à l'inclusion (EFR)** pour que le prescripteur puisse facilement orienter le patient et finaliser le processus d'inclusion.

**3 - Garantir l'adhésion des professionnels prescripteurs dans la durée** grâce à :

- Une **disponibilité et une réactivité** de la structure porteuse pour répondre aux interrogations et aux demandes des prescripteurs
- Une **évaluation de la satisfaction des professionnels** de santé pour améliorer continuellement les processus

## **Embarquement des professionnels intervenant au sein des parcours :**

- Dans la mesure du possible, **privilégier la mobilisation et l'intervention des professionnels de soins habituels** du patient (MK, diététicien, psychologue, tabacologue). Cette approche présente plusieurs avantages : continuité des soins et relation de confiance, meilleure adhésion au programme et développement du réseau de partenaires dans les territoires.
- **Cartographier et référencer au fur et à mesure l'ensemble des professionnels** intervenant auprès des patients pour constituer une base de contacts potentiels pour de futurs programmes.
- Favoriser **l'autonomie du patient dans la recherche de professionnels** de santé à proximité et en cas de difficulté l'orienter vers des professionnels déjà « opérateurs » non loin de son domicile. En cas d'absence de professionnels référencés dans la zone d'habitation du patient, le modèle Occitan'air prévoit un travail de prospection de la part des référents de parcours ou de l'assistante de coordination pour contacter de nouveaux professionnels de santé et leur proposer de suivre le patient dans le cadre du dispositif.

## **Inclusion des patients :**

- **Informé et contacter les patients** après réception de leur dossier d'inclusion sous un délai d'une semaine à 10 jours. Ce délai, qui donne satisfaction aux patients dans le modèle actuel, permet de les tenir au courant de la réception de leur dossier et de leur présenter le déroulement du dispositif. Dans le cadre de l'expérimentation, le modèle prévoit que l'appel soit effectué par l'assistant de coordination, qui deviendra l'interlocuteur unique du patient jusqu'à la mise en place complète du parcours. Ensuite, le référent du programme prendra le relais. Si l'activité est nouvellement lancée et que la file active est peu importante, cette coordination initiale pourra également être réalisée par le référent du programme.
- **S'adapter dans la mesure du possible aux contraintes du patient (congé, absence du domicile, etc.),** en faisant preuve de flexibilité sur la date de mise en route du programme.



## 6 Structuration du parcours et organisation des prises en charge

### Structuration du parcours de prise en charge :

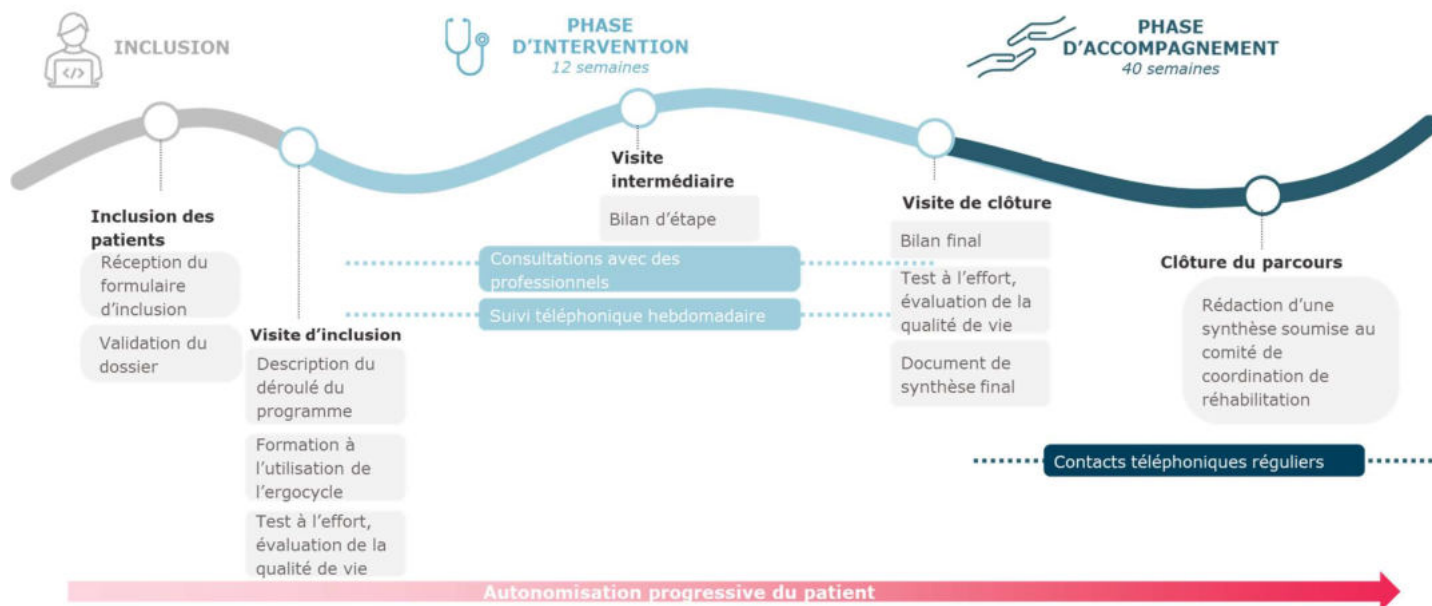


Illustration synthétique du parcours de prise en charge Occitan'air

- **Répliquer le parcours de prise en charge tel qu'il a été construit et proposé dans le cahier des charges de l'expérimentation**
  - Il a été démontré que le parcours de réhabilitation respiratoire, tel qu'il a été élaboré et mis en œuvre, fonctionne efficacement et remplit les objectifs fixés. Ce parcours, grâce à son approche intégrée, individualisée et patient-centrée, non seulement améliore la santé respiratoire des patients, mais répond aussi à leurs besoins psychosociaux et renforce leur autonomie. Le parcours est soutenu par une coordination efficace entre différents professionnels de santé et offre une approche globale de soins à domicile qui est grandement appréciée par les patients. **En cas de généralisation, la recommandation serait de reproduire le parcours prévu dans le cahier des charges initial.**
  - Toutefois, il est important de garder à l'esprit que toute adaptation à de nouveaux territoires doit prendre en compte les particularités locales et être mise en œuvre avec la même attention portée à la coordination, à l'individualisation des soins, et à l'implication des patients et des professionnels de santé locaux.



#### Quelques bonnes pratiques concernant la structuration du parcours :

- Avant le lancement du dispositif, identifier des partenaires avec lesquels établir une **convention pour l'accès à la réalisation de tests d'EFR** (pages et créneaux dédiés à l'inclusion des patients)
- Dans la même temporalité, **mettre en place des contrats pour la logistique inhérente aux ergocycles** (livraison au domicile du patient, retrait, désinfection et maintenance)
- Il est important de souligner que, bien qu'il existe un **cahier des charges détaillé** pour ce parcours, ce document est destiné à **servir de guide général**, fournissant les jalons clés du programme. Cependant, le trajet emprunté entre ces jalons doit être personnalisé et adapté en fonction des besoins spécifiques, du contexte et des préférences de chaque patient. Ainsi, le **cahier des charges n'est pas une formule rigide**, mais plutôt un **cadre flexible** qui permet une **personnalisation** afin de répondre au mieux aux besoins de chaque individu tout en respectant les objectifs globaux du programme.



Par exemple, bien que le programme prévoie que le kinésithérapeute se déplace au domicile du patient, il faut tenir compte du fait que certains patients peuvent avoir une préférence ou une habitude de se rendre au cabinet de leur kinésithérapeute. Cette flexibilité permet non seulement de respecter les préférences personnelles du patient, mais contribue également à renforcer son adhésion au programme.

### Organisation des prises en charge :

#### ▪ Délai d'instruction et de mise en route

- L'une des clés du succès du programme de réhabilitation respiratoire est la **réactivité face à l'engagement du patient**. Une fois qu'un patient est accepté dans le programme, l'idéal est d'initier la mise en route du programme à domicile dans un délai raisonnable de 3 à 5 semaines. Cette période permet de capitaliser sur la motivation du patient, qui a fait le choix d'entreprendre une démarche de changement de comportement. Un délai plus long risquerait d'éroder cette motivation initiale. De plus, un contact précoce avec le patient après la réception de son dossier d'inclusion est une pratique essentielle. Cet appel en amont sert non seulement à confirmer l'engagement du patient, mais aussi à rassurer le patient sur le processus à venir, rendant ainsi le délai d'attente plus acceptable. Cette approche centrée sur le patient favorise un démarrage positif et efficace du programme.
- Le délai entre la réception du dossier et la mise en route du programme à domicile peut se voir **rallongé si le dossier d'inclusion est incomplet** (dans le cas de l'expérimentation Occitan'air, seulement un tiers des dossiers sont complets). Cela souligne l'importance de **fournir aux prescripteurs les ressources et le soutien nécessaires pour remplir correctement et complètement le dossier dès le départ**. En effet, un dossier bien renseigné permet d'éviter des retards inutiles et favorise un démarrage rapide et efficace du programme.

#### ▪ Programmation des parcours

- La programmation des parcours de réhabilitation respiratoire à domicile nécessite une planification rigoureuse et une gestion attentive des capacités en termes de ressources humaines. Une bonne pratique est de **définir au préalable une capacité maximale du nombre de programmes que l'équipe de référents peut lancer chaque semaine, ainsi qu'une capacité maximale du nombre de programmes qu'un seul référent peut suivre en parallèle**. Ces limites garantissent que chaque patient reçoit une attention et un soutien appropriés tout en préservant la qualité des soins et en évitant le surmenage des référents.



#### A titre d'exemple, les capacités cibles de prise en charge de l'entité Occitan'air :

- 4 à 5 inclusions mensuelles par référent
  - 12 à 15 programmes en phase d'intervention à un instant précis
- 
- Une autre clé de réussite réside dans **la planification des programmes jusqu'à trois mois à l'avance en tenant compte des contraintes spécifiques de chaque patient**. Cette planification sur trois mois permet une meilleure gestion des ressources et une flexibilité pour adapter la programmation au fur et à mesure, répondant ainsi de manière proactive aux besoins changeants des patients et optimisant l'efficacité du programme.

## Organisation des prises en charge (suite) :

### Un « guichet unique » pour les patients

- Au début du parcours de réhabilitation respiratoire à domicile, il est essentiel pour le patient de **disposer d'un guichet unique, matérialisé par un interlocuteur dédié (assistant de coordination ou référent)**. Cet interlocuteur joue un rôle central dans l'organisation de la mise en route du programme avec le patient. Il est également la personne de référence pour répondre à toutes les questions du patient et pour dissiper ses éventuelles inquiétudes. Cette approche personnalisée rassure le patient, lui donne une sensation de prise en charge globale et favorise une meilleure adhésion au programme. Le fait d'avoir un interlocuteur dédié établit une relation de confiance entre le patient et l'équipe de soins, ce qui est primordial pour la réussite du parcours de réhabilitation.
- **Le référent, un rôle central dans l'organisation de la prise en charge**
  - Les référents de parcours jouent un rôle central dans la prise en charge, l'organisation, le suivi et la coordination des programmes de réhabilitation respiratoire à domicile. Ils sont **l'interlocuteur principal** du patient tout au long du programme, facilitant ainsi la communication et la continuité des soins. Ils assurent la coordination de l'intervention des différents professionnels de santé auprès du patient, garantissant ainsi une prise en charge complète et cohérente. De plus, les **visites à domicile** effectuées par les référents de parcours offrent un avantage significatif. Ces visites permettent en effet un **repérage précoce des fragilités ou des problématiques potentielles du patient**, grâce à une approche globale qui va au-delà du simple cadre du soin. Ils peuvent ainsi observer l'environnement de vie du patient, son comportement et son mode de vie, et détecter des problèmes qui pourraient passer inaperçus lors de consultations classiques. Cela permet d'adapter le programme aux besoins spécifiques du patient et de proposer des interventions ciblées, contribuant ainsi à une meilleure efficacité du programme et à une meilleure qualité de vie pour le patient.
- **La mise en place d'outils de coordination**
  - Une des bonnes pratiques pour assurer une coordination efficace et une communication fluide entre l'équipe des référents de programmes et les autres membres de l'équipe est **l'utilisation d'outils internes de collaboration**, tels que Slack. Ces outils sont particulièrement utiles compte tenu de la mobilité des référents de programmes, qui sont souvent sur la route pour rendre visite aux patients à domicile. Slack, par exemple, permet **d'échanger des informations en temps réel, de partager des documents, de programmer des rendez-vous et de discuter de cas particuliers**, quel que soit l'endroit où se trouvent les membres de l'équipe. Cela favorise une **collaboration efficace, une réactivité accrue et une meilleure coordination des programmes**. L'utilisation de tels outils numériques garantit que toutes les informations nécessaires sont à portée de main pour chaque membre de l'équipe, où qu'il soit, et contribue à assurer la continuité et la qualité de l'accompagnement proposé aux patients.

## 7 Gestion du forfait et de la facturation

### Quelques bonnes pratiques concernant la gestion du forfait et la facturation :

- **Maintenir le système de forfait et l'organisation actuelle avec la structure porteuse comme cellule concentratrice.** Cette organisation a prouvé son efficacité et sa capacité à redistribuer efficacement les fonds aux différents partenaires. En concentrant la gestion financière, la structure porteuse peut s'assurer que les prestations sont réalisées conformément aux standards définis, contribuant ainsi à garantir une qualité des soins pour les patients. Cela crée un environnement de responsabilité et de transparence, renforçant davantage la confiance entre tous les acteurs du parcours.
- **Communiquer clairement et de manière transparente avec tous les professionnels concernés** sur le système de forfait, le montant de la rémunération, les méthodes de facturation et les clés de redistribution. Une bonne compréhension de ces aspects par tous les professionnels est essentielle pour garantir leur engagement et leur satisfaction.
- **Simplifier le processus administratif associé à la facturation et au paiement des professionnels.** Un processus allégé facilite le suivi de la redistribution, réduit les retards de paiement et favorise la transparence. La mise en place d'une plateforme en ligne sécurisée pourrait optimiser ces tâches, permettant aux professionnels de santé de soumettre leurs factures et de suivre leurs paiements.
- **Assurer une régularité et une fiabilité dans le paiement des professionnels.** Cela contribue à la confiance et à la satisfaction des professionnels vis-à-vis du programme.

## 8 Système d'information

### Implémentation d'un système d'information

- **Identifier des solutions préexistantes** pour mettre en place un suivi des programmes de réhabilitation à domicile peut, si les solutions sont adaptées, offrir un gain de temps et limiter le coût de développement, tout en proposant des fonctionnalités éprouvées. Si les solutions existantes ne sont pas assez spécifiques ou assez modulables, **le développement d'un outil dédié peut être envisagé.** Ce dernier conçu sur mesure, comme dans le cadre du dispositif Occitan'air, pourra répondre de manière plus précise aux besoins du programme et faciliter son intégration avec d'autres systèmes. Cependant, cette option nécessite des ressources significatives, d'où l'importance d'évaluer son coût-bénéfice.

### Importance de l'interopérabilité de la solution

- **La conception ou le choix d'une solution interopérable avec d'autres systèmes d'information** tels que Mon Espace Santé ou d'autres logiciels de suivi de soins / de parcours est primordiale dans le contexte du suivi des programmes de réhabilitation à domicile. Cet interfaçage offre la possibilité **d'échanger et de partager des données entre différents systèmes de manière fluide, précise et sécurisée**, et assure ainsi une coordination optimale entre les différents acteurs de la prise en charge du patient. Ce partage de données pourrait notamment permettre de simplifier le processus d'élaboration du dossier patient en implémentant automatiquement les informations nécessaires à la prise en charge du patient dans le dispositif de réhabilitation.

## Les fonctionnalités incontournables

### ▪ Pour le suivi des programmes individuels :



1 - Intégrer les données administratives et médicales



2 - Suivre l'évolution des parcours



3 - Planifier et suivre les interventions



4 - Intégrer les synthèses des bilans



5- Partager ces informations (synthèse, courriers)

- **1. Dossier des patients** : Capacité de créer et de gérer des profils de patients, comprenant des informations détaillées sur leur état de santé, leur parcours de soins, leurs antécédents médicaux, etc.
  - **2. Suivi des indicateurs de santé** : Un module dédié au suivi des indicateurs de santé du patient, permettant d'enregistrer les mesures effectuées et d'en suivre l'évolution.
  - **3. Planification et suivi des interventions** : Un calendrier partagé permettant la planification des interventions à domicile et le suivi de leur réalisation.
  - **4. Synthèse des interventions et du programme** : un module dédié à la traçabilité des interventions et du programme d'un patient incluant les synthèses réalisées par l'ensemble des professionnels de santé.
  - **5. Partage automatisé** : une fonctionnalité permettant de communiquer sous la forme de courriers et de synthèses standardisés le bilan d'une intervention, d'une phase ou de l'entièreté du programme à un professionnel de santé.
  - **6. Communication entre les professionnels de santé** par messagerie sécurisée
- Pour le pilotage global :
- **Un tableau de bord global** regroupant les données clés pour le suivi et l'évaluation de l'activité, permettant de **monitorer et d'extraire des indicateurs** : le nombre de patients suivis, le nombre d'interventions réalisées, le taux d'adhésion aux programmes, etc.
  - **Des profils de droits et d'accès différenciés** pour administrer, consulter ou modifier les informations.

## Les bonnes pratiques concernant le déploiement du système d'information auprès des professionnels

- **Impliquer les utilisateurs finaux dès la conception et le développement.** Cela permet de recueillir leurs besoins, leurs attentes et leurs commentaires, afin de s'assurer que la solution réponde à leurs besoins.
- **Former les utilisateurs à l'utilisation de la solution.** Cette formation doit être pratique, basée sur des cas d'utilisation réels et doit être répétée plusieurs fois pour s'assurer de sa compréhension et de son adoption.
- **Prévoir un support technique réactif et efficace,** capable de répondre rapidement



### Une plateforme à usage interne ou externe ?

Dans le cadre de l'expérimentation, l'association Occitan'air a opté pour une plateforme d'usage strictement interne, accessible uniquement à ses salariés. Toutefois, pour une généralisation réussie, il semble pertinent **d'envisager une plateforme plus ouverte**. Cela permettrait aux professionnels intervenant auprès du patient d'accéder aux informations le concernant, de suivre l'évolution de ses indicateurs de santé et de produire des synthèses directement dans l'outil, favorisant ainsi **une meilleure coordination et suivi du parcours de soin**.

## 6.3 - LES CLES D'ADAPTATION DU DISPOSITIF A DES CONTEXTES LOCAUX VARIABLES

L'adaptation du dispositif à des contextes locaux variés est essentielle pour assurer la réussite de la généralisation du dispositif de réhabilitation respiratoire à domicile. Cette adaptation suppose une compréhension approfondie des spécificités de chaque contexte local, notamment la variabilité du tissu de soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisés sur les territoires mais aussi la variabilité de l'accès aux structures de santé ou des densités de professionnels de santé.

Plusieurs modalités d'adaptation de l'offre en fonction de cette variabilité ont été identifiées :

- La mise en œuvre de différentes **stratégies de collaboration avec les SSR locaux existants**
- **L'adaptation des programmes proposés** pour répondre aux besoins / contraintes spécifiques des populations locales
- La mise en place de **moyens d'accès adaptés à la situation géographique et aux infrastructures disponibles.**

L'objectif est de créer un système flexible et adaptable qui puisse être ajusté selon les particularités et les besoins de chaque territoire.

### 6.3.1 - La mise en œuvre de différentes stratégies de collaboration avec les SSR locaux existants

La réhabilitation respiratoire à domicile **ne vise pas à remplacer ou concurrencer les SSR spécialisés** dans le champ des pathologies respiratoires, mais à **offrir une alternative complémentaire**, en particulier pour les patients qui ne souhaitent pas être hospitalisés ou qui pourraient bénéficier d'une consolidation de leur prise en charge à domicile.

Ainsi l'implantation d'un dispositif de réhabilitation respiratoire à domicile dans un territoire disposant d'un tissu déjà constitué de SSR spécialisés **supposerait la mise en place de partenariats solides avec ces structures existantes.**

Cette collaboration pourrait se traduire par l'établissement de canaux de communication, la tenue de réunions régulières avec les responsables des SSR pour échanger de certains contextes cliniques, la mise en place de protocoles de partage d'information et le partage des pratiques.

### 6.3.2 - L'adaptation des programmes proposés pour répondre aux besoins / contraintes spécifiques des populations locales

Chaque territoire présente ses spécificités, qu'elles soient démographiques, géographiques, socio-économiques ou sanitaires, qui peuvent influencer les besoins et contraintes des populations locales. L'adaptation des programmes proposés en fonction de ces spécificités est essentielle.

Dans les zones urbaines par exemple, où la densité de population est élevée, **l'organisation de groupes de parole pendant la phase d'accompagnement** pourrait être envisagée, favorisant une interaction sociale bénéfique pour les patients.

Une autre adaptation possible est l'utilisation de la **téléconsultation assistée dans les déserts médicaux** pour réaliser les consultations médicales avec le professionnel prescripteur. Dans ce cas, une infirmière libérale pourrait assister le patient lors de cette téléconsultation, assurant la présence d'un professionnel de santé à ses côtés tout en

bénéficiant de l'expertise d'un pneumologue / médecin généraliste / médecin MPR à distance.

Enfin, il pourrait être pertinent d'explorer des **modalités d'intervention innovantes, comme l'utilisation de la réalité virtuelle ou d'applications mobiles pour le suivi** de l'activité physique, surtout pour les patients plus jeunes ou technophiles.

### 6.3.3 - La mise en place de moyens d'accès adaptés à la situation géographique et aux infrastructures disponibles.

Pour optimiser la couverture géographique et l'accessibilité du dispositif, **les modalités d'accès doivent être adaptées aux réalités locales.**

Par exemple, les patients autonomes et dont la santé le permet peuvent **se rendre au cabinet du professionnel de santé pour leurs séances ou consultations.** Cette approche a été mise en œuvre dans le cadre de l'expérimentation Occitan'air et a donné satisfaction aux patients concernés ainsi qu'aux professionnels qui les suivent. En effet, cela s'est révélé être particulièrement attractif pour les professionnels de santé, car cela limite leurs frais de déplacement, rendant ainsi le forfait plus intéressant.

Dans les territoires ruraux, l'organisation de **consultations avancées de pneumologues** pourrait être une solution intéressante pour assurer l'accès au dispositif. Ces consultations pourraient être programmées sur des **plages horaires dédiées aux patients du dispositif**, garantissant ainsi un accès à la réhabilitation respiratoire à domicile et un suivi à proximité dans les territoires enclavés.



## 6.4 - LES TRANSFORMATIONS QUI POURRAIENT ETRE APPORTEES POUR UN PASSAGE A L'ECHELLE REUSSI

Plusieurs transformations ont été identifiées comme potentiellement pertinentes pour garantir un passage à l'échelle réussi du dispositif Occitan'air. Ces transformations touchent tant l'organisation du parcours que le contenu du forfait proposé et son dimensionnement. Elles visent à renforcer la flexibilité, l'accessibilité et la personnalisation des programmes.

### 6.4.1 - Organisation du parcours



**Donner la possibilité à certains professionnels** (diététiciens, psychologues, tabacologues) de **réaliser les consultations intermédiaires** (2 et 3) en **téléconsultation**. Cela peut faciliter l'accès aux services et améliorer la flexibilité pour les patients.



**Espacer les consultations / séances avec les diététiciens et psychologues tabacologues** au-delà de la phase d'intervention, en les programmant lors de la phase d'accompagnement. Cette mesure permettrait un suivi à long terme et un soutien continu pour les patients.



**Offrir de la flexibilité sur le lieu de réalisation de la consultation / séance.** Le choix entre le cabinet et le domicile permet de répondre aux préférences et contraintes spécifiques de chaque patient.



**Accompagner les patients dans l'accès à une assistante sociale** pour les patients présentant des fragilités sociales importantes. Cela permet d'apporter un soutien supplémentaire et de répondre à des besoins spécifiques qui peuvent influencer la réussite du programme de réhabilitation.

### 6.4.2 - Modèle économique

Possibilités d'évolution du contenu du forfait évoquées avec les équipes :



**Proposer des séances d'échange collectif de type groupe de parole pendant la phase d'accompagnement.** Ces rencontres peuvent favoriser le partage d'expériences, le soutien mutuel et l'échange de stratégies d'adaptation.



**Créer une modalité de parcours complexe** pour les patients présentant des problématiques de santé lourdes au-delà de la maladie respiratoire chronique pour laquelle ils sont suivis. Ce parcours pourrait inclure l'organisation de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) non prévues actuellement, des temps de consultations / séances plus longs, et un temps supplémentaire alloué pour les professionnels à la production de synthèses et à la coordination. Il a été estimé avec les porteurs que la part de patients relevant de parcours complexe **représente 5% de la file active**.



**Ajouter aux forfaits de soins** une part liée au **remboursement des frais de déplacement** des professionnels libéraux au domicile des patients non compris dans le modèle de rémunération actuel.



Possibilités d'évolutions sur les montants, tel qu'évoqué dans ce rapport :

D'après les résultats de l'analyse du modèle économique, les montants peuvent être ajustés dans le cadre de l'extension du projet.

Sur le forfait soins :

- **Les taux de recours cibles aux partenaires de santé peuvent être réévalués** (observé dans la réalité au deçà des estimations.) Il est rappelé que les chiffres du présent rapport, basé sur la réalité de cette expérimentation, ne peuvent être directement extrapolés sans une identification plus précise des causes expliquant le non-recours à ces professionnels.
- **Le nombre de séances/consultations par type de professionnel peut être réévalué.** De la même façon, les chiffres ne peuvent être directement extrapolés car une partie des écarts est dû au modèle de financement lui-même (encadrement forfaitaire de la prise en charge) et non à une absence de besoin à couvrir.

Sur la part du forfait dédiée au fonctionnement et à la coordination :

- Les **montants peuvent être réajustés**, en tenant compte du fait que les futures structures porteuses de ce dispositif suivront nécessairement des temps de montée en charge, qu'il faudra couvrir par des financements spécifiques (Crédits d'amorçage et d'ingénierie par exemple)

Possibilités d'évolution dans l'intégration ou non dans le forfait, des activités des professionnels conventionnés :

Pour rappel, dans certaines situations :

- Les kinésithérapeutes reçoivent une prescription du médecin pneumologie avant inclusion du patient dans le programme Occitan'air. Dans le cadre de cette prescription, ce professionnel est libre dans sa prise en charge (type et nombre de séances, durée, choix des actes à facturer à l'assurance maladie)
- Occitan'air peut alors se heurter au refus des kinésithérapeutes à participer au programme coordonné, jugeant le forfait contraignant. L'association leur propose tout de même de leur transmettre certains éléments de coordination comme les comptes-rendus des visites du référent. Ils sont donc de fait, partie prenante de ce parcours, même si l'association ne peut pas utiliser l'outil « forfait » pour réellement les embarquer dans une prise en charge collective, pluridisciplinaire et coordonnée.
- En conséquence :
  - o Les modes de financement se parallélisent.
  - o L'association perçoit un forfait qui intègre une prise en charge MK (estimation à 80% des cas) qui n'est finalement pas dépensée et restent sur ses comptes, alors que parallèlement une prise en charge MK a bien lieu financée dans le droit commun.
- Il s'agit là d'une incohérence qui pourrait toutefois se répéter si le programme est généralisé en l'état. Le cas des IDE n'est pas observé mais pourrait avoir lieu de la même façon.

Au regard de ces observations et de l'expérience Occitan'air, il apparaît nécessaire à la CNAM et au Ministère de la Santé avec le concours des expérimentateurs de juger du rapport bénéfices/inconvénients à intégrer les activités des professionnels conventionnés dans le forfait.

Le modèle actuel présente les avantages suivants :

- Possibilité pour l'association d'embarquer réellement le professionnel dans une prise en charge coordonnée et pluriprofessionnelle (travail en équipe de soins) en intervenant sur le circuit de financement. Grâce au forfait, l'association capte le kinésithérapeute et l'intègre dans une prise en charge collective.
- Simplicité de gestion pour le professionnel : une fois la convention signée avec l'association, il n'a plus besoin de gérer sa facturation. La rémunération est versée automatiquement par l'association pour l'ensemble de la prise en charge.

Le modèle actuel présente les inconvénients suivants :

- Plusieurs modèles de financement se parallélisent : l'un par le forfait et l'autre par le droit commun selon les parcours. Ils se concurrencent et peuvent créer des refus chez les professionnels.
- L'association mobilise un temps significatif pour convaincre et embarquer les professionnels conventionnés.

#### Possibilités d'évolutions dans l'indivisibilité du forfait et donc dans la charge de la régulation des soins :

Le modèle Occitna'air prévoit un forfait de soins reversé de manière indivisible aux professionnels de santé participants aux programmes. La charge de la régulation des soins leur est donc attribuée. Un professionnel qui réaliserait plus d'activité que prévu n'est pas couvert financièrement, et dans le cas inverse perçoit un excédent.

Le modèle d'indivisibilité présente les avantages suivants :

- Responsabilité du professionnel dans sa prise en charge sans impact financier sur les coûts de la prise en charge.

Le modèle d'indivisibilité présente les inconvénients suivants :

- Tendance pour les professionnels à restreindre leur prise en charge même en cas de besoin avéré du patient pour rester dans le cadre de la rémunération du forfait.
- Perte pour le professionnel en cas d'exercice dépassant le cadre du forfait, et à l'inverse excédent non utilisable pour d'autres patients en cas de sous consommation par rapport au forfait prévu.

Au regard de ces observations et de l'expérience Occitan'air, il apparaît nécessaire à la CNAM et au Ministère de la Santé avec le concours des expérimentateurs de juger du rapport bénéfices/inconvénients à maintenir ou non l'indivisibilité de ce forfait de soins.

## 6.5 - ANALYSE IMPACT BUDGETAIRE

Cette analyse vise à évaluer l'impact budgétaire de l'introduction d'un forfait pour la prise en charge des patients nécessitant une réhabilitation respiratoire, au périmètre national.

L'analyse d'impact budgétaire (AIB) a donc pour but d'appréhender les conséquences financières et budgétaires, du point de vue de l'assurance maladie, de la généralisation d'un forfait pour la prise en charge de ces patients :

- Dépenses générées pour l'assurance maladie
- ROI estimé par rapport aux économies générées par l'efficacité sur les soins

Comme précisé au protocole, cette analyse non réalisée dans cette version du rapport nécessite l'utilisation du SNDS.

### Une étude simplifiée des coûts d'extension peut déjà être établie :

#### 1. Estimation de la patientèle cible potentielle :

La HAS, dans son guide du parcours de soins BPCO (2012), précise que la réhabilitation respiratoire doit être proposée dès le stade II (modéré). Malgré ces recommandations, [en 2010] **seulement 10% des patients bénéficient de cette prise en charge dans leur parcours**<sup>2</sup> du fait notamment d'un défaut d'accessibilité.

« [Sur 542 patients étudiés,] seuls 53 patients ayant une indication théorique en ont bénéficié, soit 10,3 % de la population concernée, 23 adressés par des pneumologues (11 %) et 30 provenant de non-pneumologues (9 %). La fréquence de prescription augmentait avec la sévérité : aucune au stade I, 6,4 % des patients de stade II, 9,6 % au stade III, et 20,6 % au stade IV

Santé Publique France estime la **prévalence de la BPCO<sup>3</sup> entre 4 et 10%** soit entre 2,7 et 6,8 millions de personnes. Les données d'approche sont toutefois peu précises (études peu fréquentes et sous diagnostic de la maladie).

Le résultat du VEMS post-bronchodilatateur permet de classer la maladie selon le degré de sévérité de l'obstruction bronchique :

- Stade I : léger, VEMS supérieur ou égale à 80%
- Stade II : modéré, VEMS comprise entre 50 et 80%
- Stade III : sévère, VEMS comprise entre 30 et 50%
- Stade IV : très sévère, VEMS inférieur à 30%

Selon Santé Publique France, la « moitié environ des sujets sont de stade I, **plus d'un tiers une BPCO de stade II, moins d'un quart une BPCO de stade III-IV.**

**Le nombre total de bénéficiaires potentiels de la réhabilitation à partir du stade II (recommandation HAS) serait donc compris entre 1,4 et 3,4 millions de personnes.**

<sup>2</sup> G. Jebrak, COPD routine management in France: Are guidelines used in clinical practice?, Revue des Maladies Respiratoires, Volume 27, numéro 1, pages 11-18 (2010) ([Revue des Maladies Respiratoires \(rev-mal-respir.com\)](http://www.rev-mal-respir.com))

<sup>3</sup> [Données récentes sur la prévalence de la bronchopneumopathie chronique obstructive en France. Numéro thématique. La bronchopneumopathie chronique obstructive \(BPCO\) \(santepubliquefrance.fr\)](http://www.santepubliquefrance.fr)

Hypothèses de calcul :

- Population Française 2023 : 68 Millions
- Borne basse prévalence BPCO = 4%, dont 50% au stade 2 ou plus, soit 1,36M de personnes
- Borne haute prévalence BPCO = 10%, dont 50% au stade 2 ou plus, 3,40M de personnes

Sur la base de ces chiffres, la France compterait une population d'environ 2M de personnes BPCO (>= stade II), non bénéficiaires d'une réhabilitation respiratoire (estimée à 10% par la HAS) (borne haute = 3,06 et borne basse à 1,22)

Si le système de santé souhaitait, ne serait-ce que, **doubler le taux de couverture** estimé actuellement à 10%, il devrait proposer un programme de réhabilitation à environ **240 000 personnes** (borne basse = 136K et borne haute = 340K)

Ce taux de couverture ne pouvant être atteint à moyen terme par une extension simple du dispositif, nous estimerons les coûts en partie 3 en considérant un taux d'inclusions équivalent au taux constaté pour le dispositif Occitan'air, soit un **rapport 498 inclusions dans une région de 6M d'habitants en 30 mois**.

2. Coût complet du programme de réhabilitation du dispositif Occitan'air par patient

Le coût du dispositif expérimental est estimé au périmètre des 498 patients inclus sur 30 mois d'expérimentation. **Ce coût du dispositif initial s'établit à 2 417€ par patient**, prenant en compte les soins et les frais de coordination et de fonctionnement.

1. Coûts liés aux soins et à la coordination		2. Coûts de fonctionnement		
<b>TOTAL</b>	Coût par patient	<b>1 689,01</b>	Coût par patient	<b>727,55</b>
	<b>Phase interventionnel</b>			
	Forfait de soins	344	Couvert par le forfait en phase d'intervention	542
	Coordination	1 064	Couvert par le forfait en phase d'accompagnement	69
			Couvert par les crédits d'amorçage et d'ingénierie	116
	<b>Phase d'accompagnement</b>			
	Coordination	281		
		<b>Coût du modèle Occitan'air par patient</b>	<b>2 417 €</b>	
			selon modèle expérimental en place	

Les coûts de fonctionnement étaient couverts lors de l'expérimentation, d'une part par les forfait et d'autre part par des Crédit d'amorçage et d'ingénierie. Une projection juste des coûts d'extension nécessiterait l'évaluation des coûts de fonctionnement « standards » pour une nouvelle entité qui mènerait cette démarche.

La part forfait de soins peut être ajustée au regard des constats de l'évaluation finale :

- **Ecart sur les taux de recours** aux professionnels de santé
- **Ecart sur le nombre de séances** consommées par professionnel de santé.

L'évaluation ne permet pas d'identifier les facteurs explicatifs de ces écarts qui peuvent être liés à la demande (inférieure aux estimations) et à l'offre (inexistante, inaccessible, inconnue, etc.). L'estimation est donc réalisée en prenant en compte 50% de l'écart constaté lors de l'évaluation. Il est estimé par les porteurs que le taux de recours s'améliore avec la montée en charge du dispositif (processus d'adressage qui se met en place). Le taux d'ajustement utilisé ici serait à affiner avec le concours des porteurs du dispositif.

Les coûts de fonctionnement et de coordination ne sont pas ajustés dans ce modèle car ils sont considérés par le rapport final comme quasiment à l'équilibre au périmètre du dispositif.



<b>MODELE INITIAL</b>		<b>Coût unitaire</b>	<b>Part des patients concernés</b>	<b>Total/forfait moyen</b>	<b>Contenu moyen</b>
<b>Prestations dérogatoires de soins</b>		<b>344,00 €</b>			
Forfait médical d'inclusion et d'évaluation (généraliste + spécialiste)		100,00 €	100%	100,00 €	
Forfait diététicienne (bilan diététique, suivi)		150,00 €	33%	50,00 €	4 CS
Forfait kinésithérapeute ou infirmière		180,00 €	80%	144,00 €	6 CS
Forfait psychologue/tabacologue		150,00 €	33%	50,00 €	4 CS



<b>MODELE AJUSTE</b>		<b>Coût unitaire</b>	<b>Part ajustée des patients concernés</b>	<b>Total/forfait moyen</b>	<b>Contenu moyen ajusté</b>
<b>Prestations dérogatoires de soins</b>		<b>282,16 €</b>			
Forfait médical d'inclusion et d'évaluation (généraliste + spécialiste)		100,00 €	100%	100,00 €	
Forfait diététicienne (bilan diététique, suivi)		120,75 €	26%	31,70 €	3,4 CS
Forfait kinésithérapeute ou infirmière		161,80 €	70%	112,74 €	5,3 CS
Forfait psychologue/tabacologue		134,25 €	28%	37,72 €	2,7 CS

Enfin le coût est ajusté en prenant en compte le fait que l'ensemble des patients n'atteint pas la fin du parcours (phase d'intervention et accompagnement). Sur les 433 parcours clôturés analysés, 20% ont été clôturés précocement, représentant 7,37% de coûts en moins pour l'Assurance Maladie du fait de l'absence d'un ou plusieurs des versements prévus.

	Parcours	Coût AM	Hypothèses de versement
Clôturés	433		
dont en fin de parcours	346	795 828 €	ensemble des 3 versements
dont en cours de phase d'accompagnement	43	83 832 €	Seulement les 2 1ers versements
dont en cours de phase d'intervention	44	42 891 €	Seulement le 1er versement
	Soit	922 550 €	Versés par l'Assurance maladie
	au lieu de	995 900 €	
		7,37%	de différence

**Le coût ajusté du dispositif s'établirait alors à 2 181€ par patient**

<b>1. Forfaits de soins</b>		<b>2. Crédit d'amorçage et d'ingénierie</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>Coût par patient 1 627,17 €</b>		<b>Coût par patient 727,55 €</b>
	<b>Phase interventionnel</b>		
	Forfait de soins 282	reçu	Couvert par le forfait en phase d'intervention 542
	Coordination 1 064		Couvert par le forfait en phase d'accompagnement 69
			Couvert par les crédits d'amorçage et d'ingénierie 116
	<b>Phase d'accompagnement</b>		
	Coordination 281		
			<b>Coût du modèle Occitan'air ajusté par patient 2 355 €</b>
			<b>Coût du modèle Occitan'air ajusté par patient avec prise en compte des sorties précoces 2 181 €</b> soit -7,4% des coûts

### 3. Projection du coût complet (ajusté) Occitan'air sur une patientèle cible

Occitan'air a inclus environ 200 patients (199) annuellement pour une région de 6M d'habitant.

Considérant que la l'Occitanie représente 9% de la population Française (DROM-COM inclus), nous pouvons estimer qu'une extension amènerait à court terme à inclure environ 2 224 patients par an, nationalement.

Le coût du dispositif déployés dans 18 régions (13 régions et 5 DROM COM) **couterait alors 4,8 M€ / an.**

<b>Hypothèses : extension du dispositif dans 18 régions, avec un taux de couverture équivalent à celui d'Occitan'air durant les 3 ans d'expérimentation</b>			
Population de la région Occitanie		6 millions d'habitants	
		9% de la population Française avec TROM selon données INSEE (Maj. 2020)	
Patientèle Occitan'air (Occitanie) / an	199,20		
Nombre de région	18,00	13 régions et 5 DROM-COM	
Patientèle projetée à l'échelle nationale (même taux de couverture qu'Occitan'air)			2 224
<b>Estimation du coût annuel AM</b>			
	Soins	581 404 €	
	Coordination	2 771 486 €	
	Fonctionnement	1 499 159 €	
	<b>Total (€/an)</b>	<b>4 852 050 €</b>	

Pour rappel, la littérature rapportée précédemment indique qu'il est **probable que l'ensemble de ces coûts soient couverts par les économies générées par l'évolution des consommations de soins des patients.**



## 7 - Annexe



## 7.1 - ANNEXE 1 : DETAIL DES ENTRETIENS INDIVIDUELS

Catégorie	Structure	Fonction	Date
<b>Porteurs et institutionnels</b>	Occitan'air	Directrice établissement Occitan'air Est	22-mai 23
	URPS médecins	URPS Médecin Occitanie	24-mai23
	Clinique SSR Tarbes	Médecin MPR Polyclinique de l'Ormeau Tarbes	24-mai23
	ARS Occitanie	Directeur adjoint des projets ARS Occitanie	30-mai23
	Indépendant	APA libéral	02-juin23
	ARS Occitanie	Chargé d'évaluation – Pilotage des politiques de santé - Co-coordonnateur du Portefeuille Cancer - Article 51 – Cancer et maladie chronique à la Direction des projets ARS Occitanie	06-juin23
	ARS Occitanie	Médecin (chargé de prévention des maladies chroniques) DSP	07-juin23
	Partn'air	Directeur médical	03-juil23
	Partn'air	Coordinateur prise en charge à domicile	03-juil23
	Occitan'air	Président	06-juil23

Catégorie	Structure	Fonction	Date
<b>Equipes opérationnelles</b>	Occitan'air	Assistante coordination	16-mai23
	Occitan'air	Référent de programme	17-mai23
	Occitan'air	Référent de programme	22-mai23
	Occitan'air	Référent de programme	22-mai23
	Occitan'air	Référent de programme	23-mai23
	Occitan'air	Développeur du SI	23-mai23
	Occitan'air	Psycho-tabacologue salarié	24-mai23
	Occitan'air	Référent de programme	24-mai23
	ItNext	Référent de programme	25-mai23
	Occitan'air	Assistante sociale	08-juin23

Catégorie	Catégorie	Fonction	Date
<b>Professionnels de santé</b>	Professionnel partenaire	Diététicienne	11-mai23
	Professionnel partenaire	Diététicienne	16-mai23
	Professionnel partenaire	Psychologue	16-mai23
	Professionnel partenaire	Kinésithérapeute	17-mai23
	Professionnel prescripteur	Pneumologue	24-mai23
	Professionnel prescripteur	Pneumologue	24-mai23
	Professionnel partenaire	Diététicienne	31-mai23
	Professionnel prescripteur	Pneumologue	02-juin23
	Professionnel prescripteur	Pneumologue	02-juin23
	Professionnel prescripteur	Généraliste	02-juin23
	Professionnel prescripteur	Pneumologue	07-juin23
	Professionnel partenaire	Kinésithérapeute	07-juin23
	Professionnel partenaire	Psychologue	08-juin23
	Professionnel prescripteur	Pneumologue	09-juin23
	Professionnel partenaire	Kinésithérapeute	13-juin23
	Professionnel partenaire	Diététicienne	11-mai23

Catégorie	Etablissement	Etape du programme	Date
<b>Patients</b>	Etablissement Ouest	Accompagnement	09-mai23
	Etablissement Ouest	Intervention	11-mai23
	Etablissement Ouest	Accompagnement	11-mai23
	Etablissement Ouest	Accompagnement	11-mai23
	Etablissement Ouest	Intervention	11-mai23
	Etablissement Ouest	Accompagnement	11-mai23
	Etablissement Ouest	Accompagnement	11-mai23
	Etablissement Est	Accompagnement	11-mai23
	Etablissement Est	Terminé	11-mai23
	Etablissement Est	Terminé	15-mai23
	Etablissement Ouest	Intervention	16-mai23
	Etablissement Ouest	Intervention	16-mai23
	Etablissement Ouest	Terminé	16-mai23
	Etablissement Ouest	Accompagnement	16-mai23
	Etablissement Ouest	Terminé	16-mai23
	Etablissement Ouest	Intervention	16-mai23
	Etablissement Ouest	Intervention	16-mai23
	Etablissement Ouest	Intervention	17-mai23
	Etablissement Ouest	Accompagnement	17-mai23
	Etablissement Ouest	Terminé	17-mai23
	Etablissement Ouest	Intervention	17-mai23
	Etablissement Ouest	Accompagnement	17-mai23
	Etablissement Ouest	Terminé	17-mai23
	Etablissement Ouest	Accompagnement	17-mai23
	Etablissement Est	Accompagnement	17-mai23
	Etablissement Ouest	Intervention	22-mai23
	Etablissement Ouest	Accompagnement	23-mai23

## 7.2 - ANNEXE 2 : EXEMPLES MODULES PEDAGOGIQUES (ETP)

**MODULE 4**

**Occitan'air**  
La réhabilitation, une inspiration pour l'avenir

**L'OXYGÉNOTHÉRAPIE**

**OCCITAN'AIR**  
05 61 80 29 78  
occitanair.fr  
contact@occitanair.fr

### **POURQUOI M'A-T-ON PRESCRIT DE L'OXYGÈNE ?**

L'air que nous respirons contient environ 21% d'oxygène (O<sub>2</sub>). L'air inspiré passe successivement par le nez, la trachée et les bronches pour atteindre les poumons où s'effectueront les échanges gazeux. L'oxygène traverse la paroi des alvéoles pulmonaires pour rejoindre la circulation sanguine. Le sang, ainsi oxygéné, est transporté par les artères grâce aux contractions cardiaques et est acheminé vers les différents organes du corps humain où il sera utilisé pour produire de l'énergie. Cette production d'énergie entraîne, par ailleurs, du gaz carbonique qui chemine jusqu'aux poumons via le système veineux pour être évacué au cours de l'expiration.

Du fait de votre pathologie respiratoire, l'oxygène peut avoir des difficultés à accéder aux alvéoles et/ou à traverser la membrane séparant l'air du sang pour aller oxygéner l'organisme. L'appauvrissement en oxygène du sang artériel et donc des organes a des retentissements à long terme sur la santé. L'oxygène, qui vous a été prescrit, permet d'enrichir l'air inspiré, de compenser le manque au niveau artériel et ainsi d'apporter suffisamment d'O<sub>2</sub> à l'ensemble des tissus de votre corps.



**MODULE 11**

**Occitan'air**  
La réhabilitation, une inspiration pour l'avenir

**ÉCONOMISER SON ÉNERGIE DANS LES ACTIVITÉS DE LA VIE JOURNALIÈRE**

**OCCITAN'AIR**  
05 61 80 29 78  
occitanair.fr  
contact@occitanair.fr

### **LA MISE EN PRATIQUE ET LA RÉPÉTITION DE CES GESTES SONT INDISPENSABLES POUR AUTOMATISER LE MOUVEMENT ET LE RENDRE ÉCONOMIQUE.**

#### **1. MONTER LES ESCALIERS**

L'escalier est très essoufflant car on a tendance à le monter trop vite et sans respirer. Monter lentement en respirant amplement. Ralentissez si l'essoufflement augmente et arrêtez-vous si nécessaire.



Rien ne sert d'aller vite car vous perdrez du temps en haut de l'escalier pour reprendre votre souffle.



Décomposez votre mouvement.

**INSPIREZ SUR 1 MARCHE**

**SOUFFLEZ SUR 2 À 3 MARCHES**

#### **CONSEILS**

- Utilisez la rampe, votre équilibre sera meilleur.
- Dans un escalier en colimaçon, montez du côté du mur car les marches sont plus larges et surtout la pente moins importante.





**MODULE 10**

**ACTIVITÉ PHYSIQUE**

**OCCITAN'AIR**  
 05 61 80 29 78  
 occitanair.fr  
 contact@occitanair.fr

**« JE SUIS ESSOUFLÉ À L'EFFORT... DONC JE FAIS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE... »**

Que pensez-vous de cette phrase ? Qu'en dire ?

**ACTIVITÉ PHYSIQUE, ACTIVITÉ SPORTIVE, SÉDENTARITÉ ... BIEN LES DISTINGUER !!!**

La sédentarité peut se définir par l'« état dans lequel les mouvements sont réduits au minimum et la dépense énergétique proche de celle de repos » (Organisation Mondiale de la Santé). Les activités sédentaires sont à éviter pour un meilleur état de santé même si vos capacités d'effort sont limitées...



Exemples de comportements sédentaires : regarder la télévision, emprunter systématiquement l'ascenseur plutôt que monter tout ou partie des escaliers, prendre sa voiture même pour des trajets très courts, jouer sur l'ordinateur, etc.

L'activité physique quant à elle se définit par « tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique » (Organisation Mondiale de la Santé). Les activités physiques sont à favoriser pour un meilleur état de santé...



Exemples d'activités physiques : se déplacer à pieds ou à vélo, se promener, se balader, prendre les escaliers plutôt que l'ascenseur, se garer à une place éloignée de l'entrée du supermarché pour marcher un peu, faire du vélo d'appartement ou du tapis roulant, etc.

**EN CE QUI CONCERNE LE RÉENTRAÎNEMENT À L'EFFORT...**

- Vous pouvez contrôler l'intensité de l'effort en mesurant votre fréquence cardiaque ou en évaluant votre niveau d'essoufflement.
- Il vaut mieux privilégier la durée de l'effort à son intensité. Mais si vous avez peu de temps devant vous, il vaut mieux faire une séance courte que ne rien faire du tout ! Dans ce cas, vous pouvez par exemple faire une séance courte et un peu plus intense pour compenser...
- Si vous voulez faire évoluer votre programme de réentraînement, vous pouvez modifier 3 paramètres : la durée, l'intensité et/ou la régularité des séances. Il est préférable d'en modifier un seul à la fois d'une semaine à l'autre.
- Si cela fait quelques séances que votre fréquence cardiaque d'effort est bien inférieure à votre fréquence cardiaque cible, c'est le signal qui vous indique que vous pouvez augmenter l'intensité de l'effort.



**MON PROJET**

Qu'envisagez-vous en termes d'activité physique dans les suites du stage ?

Comment comptez-vous y parvenir ? Quelles sont les étapes de votre projet ?

Quand comptez-vous commencer ?

Quels bienfaits pensez-vous en retirer ?

Quelles difficultés pensez-vous rencontrer ?

Comment pensez-vous y remédier ?

Qui peut vous aider à mener ce projet à bien ?

Quels sont les indicateurs qui diront que vous avez réussi ?

Sur une échelle de 0 à 10, à quel point ce projet vous tient-il à cœur ?  / 10

À quel point avez-vous confiance en vos capacités à mener ce projet à bien ?

Pourquoi cette note ? Pourquoi pas 0 / 10 ?



## 7.3 - ANNEXE 3 : PROJET EAPA-REF

<i>PROJET</i>	<b>Territorialisation partielle du suivi des programmes de réhabilitation respiratoire coordonnés à domicile.</b>
<i>CONTEXTE</i>	<p>Réflexion autour d'une <b>déclinaison possible de la coordination du parcours de soins en proximité</b> afin de s'adapter à la progressive montée en charge du dispositif.</p> <p>→ S'appuyer sur des intervenants de proximités tels que les Enseignants en Activité Physique Adaptée (EAPA) libéraux (« <b>EAPA-Réf.</b> »).</p>
<i>OBJECTIFS</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer la <b>coordination pluri-professionnelle</b> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Faciliter la communication entre professionnels par une plus grande proximité territoriale.</li> <li>○ Superviser / déléguer en proximité (transfert des tâches)</li> </ul> </li> <li>• Permettre un <b>accroissement du nombre de patients</b> intégrant le dispositif effectif constant de l'équipe opérationnelle salariée.</li> <li>• Tester le dispositif en le confrontant aux besoins des territoires plutôt lointains (Ariège, Tarn et Garonne et Lozère).</li> <li>• Améliorer <b>l'efficacité</b> du programme.</li> <li>• Améliorer la qualité de vie au travail des référents de programme à domicile (limiter les déplacements lointains).</li> <li>• Inscrire le dispositif dans une démarche <b>éco-responsable</b>.</li> </ul>
<i>ACTEURS / SECTEURS</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>TINTET Yona (EAPA-Réf)</b> : Tarn et Garonne</li> <li>• <b>CHOURREAU Lucas (EAPA-Réf)</b> : Ariège (plutôt côté Ouest jusqu'à Portet sur Garonne en Haute-Garonne).</li> <li>• <b>DUTHOIT Samuel (EAPA-Réf)</b> : Lozère</li> <li>• SEMERLE Fabrice (référent de programme établissement Ouest)</li> <li>• FABRE Jérémy (référent de programme établissement Ouest)</li> <li>• ABELLANEDA Justine (référent de programme établissement Est)</li> <li>• BAJON Daniel (directeur médical établissement Ouest)</li> <li>• DAROLLES Yann (coordinateur – chargé d'évaluation établissement Ouest)</li> <li>• KOSINSKI Nadine (assistante de coordination établissement Ouest Occitan'air).</li> </ul>



MODE OPÉRATOIRE

• **En amont de la visite initiale de phase d'intervention (10 à 15 jours) :**

- Consulter l'équipe opérationnelle de coordination (BAJON Daniel, DAROLLES Yann et KOSINSKI Nadine pour l'établissement Ouest / ABELLANEDA Justine pour l'établissement Est) afin de s'assurer de l'éligibilité des profils patients (cf. critères d'exclusion ci-après).
- Appeler l'EAPA-Réf pour lui proposer le suivi et recueillir ses disponibilités.
- Appeler le(a) patient(e) pour proposer différents créneaux (en précisant la présence de 2 personnes lors de la mise en place à domicile).
- Actualiser le SI :
  - Modifier le type de programme (EAPA-réf)
  - Saisir l'EAPA-Réf dans l'onglet « Général »
  - Saisir le référent de programme (salarié) en charge de la supervision dans l'onglet « Général ».
- Mettre à disposition de l'EAPA-Réf :
  - Documents de suivi.
  - Trame + semainiers pré-remplis
  - +/- matériel et convention de mise à disposition (dans le cas d'un 1<sup>er</sup> suivi) : *balance, oxymètre, tensiomètre, mètre-ruban.*
  - Identifiant et mot de passe pour accès sécurisé au SI.

• **Lors de la visite initiale de la phase d'intervention :**

- Présence de l'EAPA-Réf + du référent du programme.
- Recueillir les documents suivants :
  - Fiche de non contre-indication
  - Evaluation de la qualité de vie (CRQ initial)
  - Bulletin d'adhésion du bénéficiaire
  - Échelle visuelle analogique (EVA)



• **En amont de la visite intermédiaire de la phase d'intervention :**

- Contacter via le référent de programme (salarié) les différents professionnels de santé de proximité mobilisés pour le programme afin de recueillir leurs perceptions de l'évolution du programme et du bénéficiaire :
  - EAPA-Ref
  - Paramédicaux (MK et/ou IDE)
  - Diététicien(ne)
  - Psychologue
  - Tabacologue

• **Après la visite intermédiaire de la phase d'intervention :**

- Saisie du CR de visite par l'EAPA-Réf. dans SI.
- Relecture et ajustement par le référent du programme (salarié) qui enrichit en intégrant les éléments recueillis auprès des différents professionnels de santé.
- Contacter via le référent de programme l'EAPA-réf (pour d'éventuelles précisions et retours...).
- Soumettre à validation du comité de coordination de réhabilitation
- Recontacter via le référent de programme (salarié) l'EAPA-réf si nécessaire.

• **En amont de la visite de clôture de la phase d'intervention :**

- Contacter via le référent de programme (salarié) les différents professionnels de santé de proximité mobilisés pour le programme afin de recueillir leurs perceptions de l'évolution du programme et du bénéficiaire :
  - EAPA-Ref
  - Paramédicaux (MK et/ou IDE)
  - Diététicien(ne)
  - Psychologue
  - Tabacologue

• **Après la visite de clôture de la phase d'intervention :**

- L'EAPA-Réf. saisit dans SI les données recueillies et rédige le CR de visite.
- Relecture et ajustement par le référent du programme (salarié) qui enrichit en intégrant les éléments recueillis auprès des différents professionnels de santé.
- Soumettre à validation du comité de coordination de réhabilitation
- Contacter via le référent de programme (salarié) l'EAPA-réf si nécessaire.
- Récupérer les documents suivants :
  - Journal du programme
  - Feuille d'évaluation des objectifs d'apprentissages
  - Evaluation de la qualité de vie (CRQ final)
  - Échelle visuelle analogique (EVA)
  - Semainier
- Préciser la date de récupération de l'ergocycle dans SI.
- Saisir dans SI les données nécessaires au versement des forfaits des professionnels de santé de proximité mobilisés pour le programme.

• **Durant la phase d'accompagnement (>9mois) :**

- L'EAPA-Réf. assure le suivi à distance (téléphone et/ou visioconférence) du bénéficiaire.
- L'EAPA-Réf. saisit dans SI les données recueillies.
- Le référent de programme (salarié) reste à disposition de l'EAPA-réf si nécessaire.

• **Après la phase d'accompagnement (>9mois) :**

- Le référent de programme (salarié) contacte l'EAPA-réf. afin de recueillir sa perception de l'évolution du bénéficiaire.
- Le référent de programme (salarié) récupérer l'attestation de fin de prise en charge datée et signée

<p><b>CRITÈRES D'EXCLUSIONS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Types de programmes : les programmes d'<b>onco-réhabilitation</b> et les programmes <b>Covid-long</b> sont exclus.</li> <li>• Cas <b>complexe</b> (sévérité ++, comorbidités multiples, besoin en électromyostimulation...) exclus.</li> <li>• Situation géographique (hors secteur d'intervention).</li> </ul>
<p><b>CONDITIONS DE PAIEMENT</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coût de <b>460 euros</b> fractionné comme suit :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1<sup>er</sup> versement de <b>180 €</b> : à réception du CR de la visite intermédiaire de la phase d'intervention</li> <li>○ 2<sup>ème</sup> versement de <b>180 €</b> : à réception du CR de clôture de la phase d'intervention + 1<sup>er</sup> appel de la phase d'accompagnement.</li> <li>○ 3<sup>ème</sup> versement de <b>100 €</b> : à réception du rapport des 4 entretiens téléphoniques restants (phase accompagnement)</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>COMPÉTENCES REQUISES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○</li> <li>• <b>Compétences spécifiques :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Évaluer les besoins, attentes et capacités des usagers.</li> <li>○ Élaborer un programme d'activité physique (AP) individualisé aux besoins des usagers et adapté aux moyens disponibles.</li> <li>○ Concevoir et accompagner un plan à long terme en AP.</li> <li>○ Réaliser et formaliser des bilans de réhabilitation respiratoire en s'appuyant sur des données objectives et un recueil du ressenti des usagers.</li> <li>○ Maîtrise des outils informatiques</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>FORMATION</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Formation initiale :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Master 2 Activité Physique Adaptée et Santé</li> <li>○ Formation en Éducation Thérapeutique (40 heures minimum)</li> </ul> </li> <li>• <b>Formation en interne obligatoire :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Formation à l'utilisation du SI</li> <li>○ Formation au parcours de réhabilitation à domicile</li> <li>○ Formation s à vis des outils spécifiques (classeur patient, CRQ...)</li> </ul> </li> </ul>

<i>PRÉALABLES</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Être véhiculé et titulaire du permis B.</li><li>• Avoir accès à :<ul style="list-style-type: none"><li>○ Un ordinateur</li><li>○ Une connexion Internet</li><li>○ Un téléphone</li></ul></li></ul>
<i>FREINS</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Présence d'Enseignant en APA libéraux sur le territoire</li><li>• Concordance des emplois du temps (EAPA-Ref. / référent du programme / patient) parfois complexe.</li></ul>
<i>PERSPECTIVES</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Étendre le modèle sur d'autres territoires si nécessaire.</li></ul>