

# Evaluation ex-post de l'expérimentation RR TéléDom (Art. 51)

REES FRANCE

Elise Meto, Robert Launois, Laloï Gabriel

17/04/2024



## Contexte & Enjeux



### **La BPCO** (*Bronchopneumopathie Chronique Obstructive*) :

- Prévalence : 7,5 % de la population française
- Les exacerbations aiguës (EABPCO) ont un impact sur la qualité de vie des patients
- Après hospitalisation, les patients nécessitent une prise en charge spécifique



### **La réadaptation respiratoire (RR) et l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) :**

- Efficacité scientifiquement prouvée (*Puhan et al. 2016*)
- Réentraînement à l'effort, reprise d'activités physiques adaptées, éducation à la santé, accompagnement psycho-social



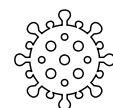
**Un recours limité :** 10% des personnes atteintes de BPCO profitent de la RR dans un centre hospitalier à temps complet (*Source : CDC*)

- Offre limitée sur le territoire
- Faible accessibilité des centres : distance géographique, mobilité réduite, phobie hospitalière, travail contraignant
- HAS (2019) : favoriser la RR en ambulatoire et à domicile.



### **La RR à domicile : une prise en charge proposée par FormAction Santé depuis + de 10 ans**

- Equipe mobile spécialisée en RR et ETP
- Séances au domicile du patient



### **Covid-19 : les restrictions sanitaires ont forcé la mise en place de la téléadaptation :**

- Expérience positive : limitation des déplacements, réduction des coûts : & inclusion de nouveaux patients qui ne pouvaient se rendre en centre
- Expérience plus mitigée pour les patients qui préfèrent le contact humain



**Expérimentation Article 51 : Stage mixte de RR à domicile couplée à la téléadaptation – RR TéléDom**

## Le dispositif RR TéléDom

- **1 équipe située en Hauts-de-France**

- Basée en **métropole Lilloise**
- Champ d'action sur l'ensemble des territoires à proximité de Lille-Roubaix et Béthune-Lens-Arras
- Zone géographique dans laquelle le **taux de mortalité** et **d'hospitalisation** de la **BPCO** sont élevés (+de 20% p/r à la France entière)

- **Ses missions :**

- Prendre en charge 800 patients et leurs aidants atteints de BPCO récemment hospitalisés pour EABPCO de BPCO sur 3 années.
- Améliorer la santé physique et psychique sur le court et long terme des patients souffrants de BPCO
- Former les professionnels de santé à la RR et à l'ETP

- **Les finalités :**

- Créer une offre innovante et mixte de prise en charge de RR
- Réduire les inégalités d'accès aux soins
- Diminuer le nombre de ré-hospitalisation

# Feuille de route

---

01

Méthodes évaluatives

02

Faisabilité : accès au service et adhésion des acteurs

03

Pertinence : montée en compétence & coordination des acteurs

04

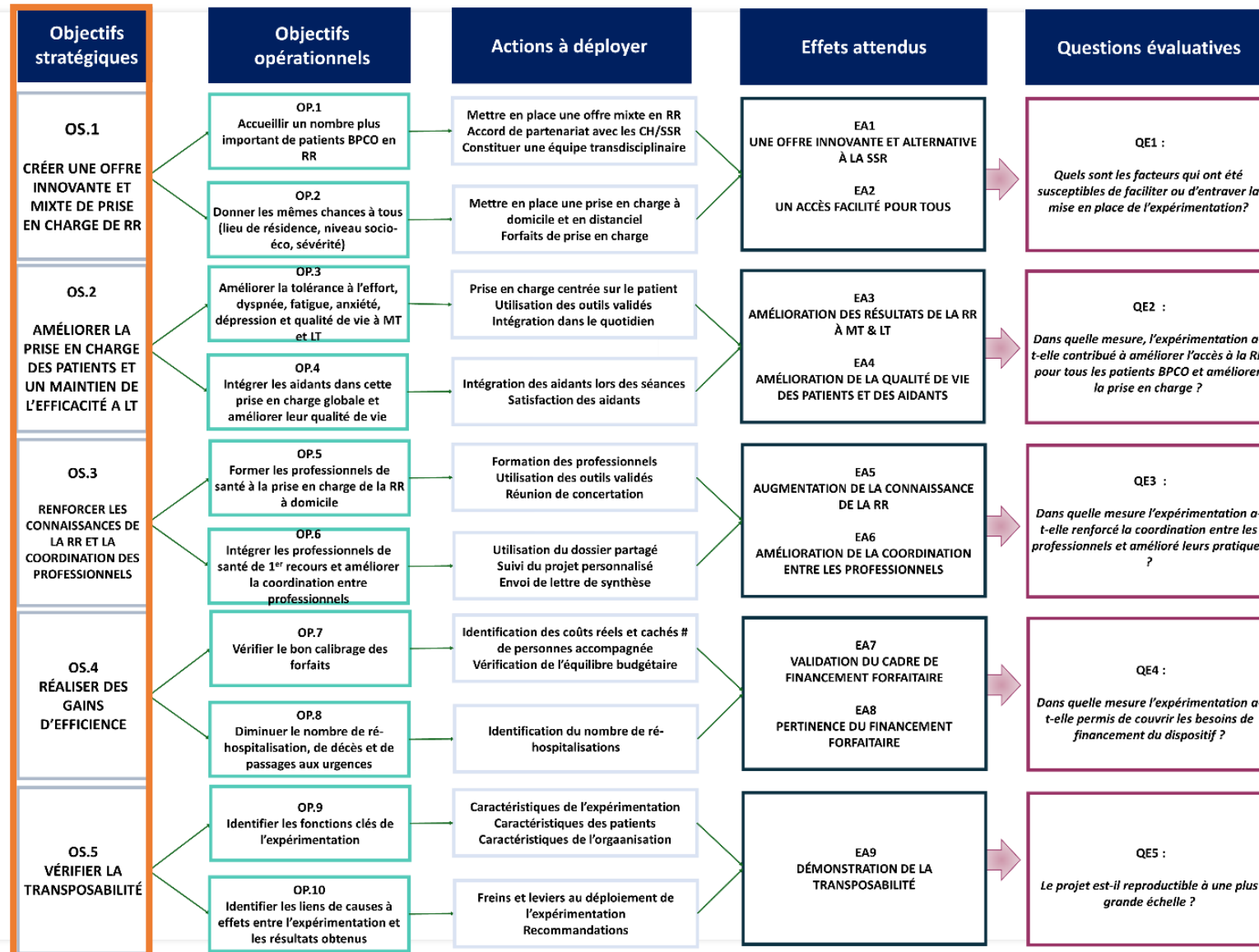
Efficacité : effets du stage sur la qualité de vie des patients

05

Efficience : modèle de financement & bilan financier

# 01 – Méthodes évaluatives

# Vision initiale des porteurs du projet



## Les questions auxquelles il faut répondre

### **Question évaluative (QE)**

### **Objectif opérationnel (OP)**

- **QE1 (OP1 ; OP2) : « facteur clés »**

Quels sont les facteurs qui ont été susceptibles de faciliter ou d'entraver la mise en place de l'expérimentation ?

- **QE2 (OP3 ; OP4) : « réduction des inégalités »**

Dans quelle mesure, l'expérimentation a-t-elle contribué à améliorer l'accès à la RR pour tous les patients BPCO et améliorer la prise en charge ?

- **QE3 (OP5 ; OP6) : « impact organisationnel »**

Dans quelle mesure l'expérimentation a-t-elle renforcé la coordination entre les professionnels et amélioré leurs pratiques ?

- **QE4 (OP7 ; OP8) : « efficience »**

Dans quelle mesure l'expérimentation a-t-elle permis de couvrir les besoins de financement du dispositif ?

- **QE5 (OP9 ; OP10) : « transposabilité »**

Le projet est-il reproductible à une plus grande échelle ?

## Approches évaluatives mobilisées

### Une méthode d'évaluation mixte



#### Analyse du suivi quantitatif de la montée en charge du dispositif :

Utilisation des **données agrégées** transmises par le porteur de l'expérimentation  
Contrainte calendaire : non-exploitation des données individuelles du SI interne



#### Analyse qualitative :

Entretiens téléphoniques avec 12 professionnels de FormAction Santé  
Entretiens téléphoniques avec 6 pneumologues prescripteurs  
Entretiens téléphoniques avec 21 patients

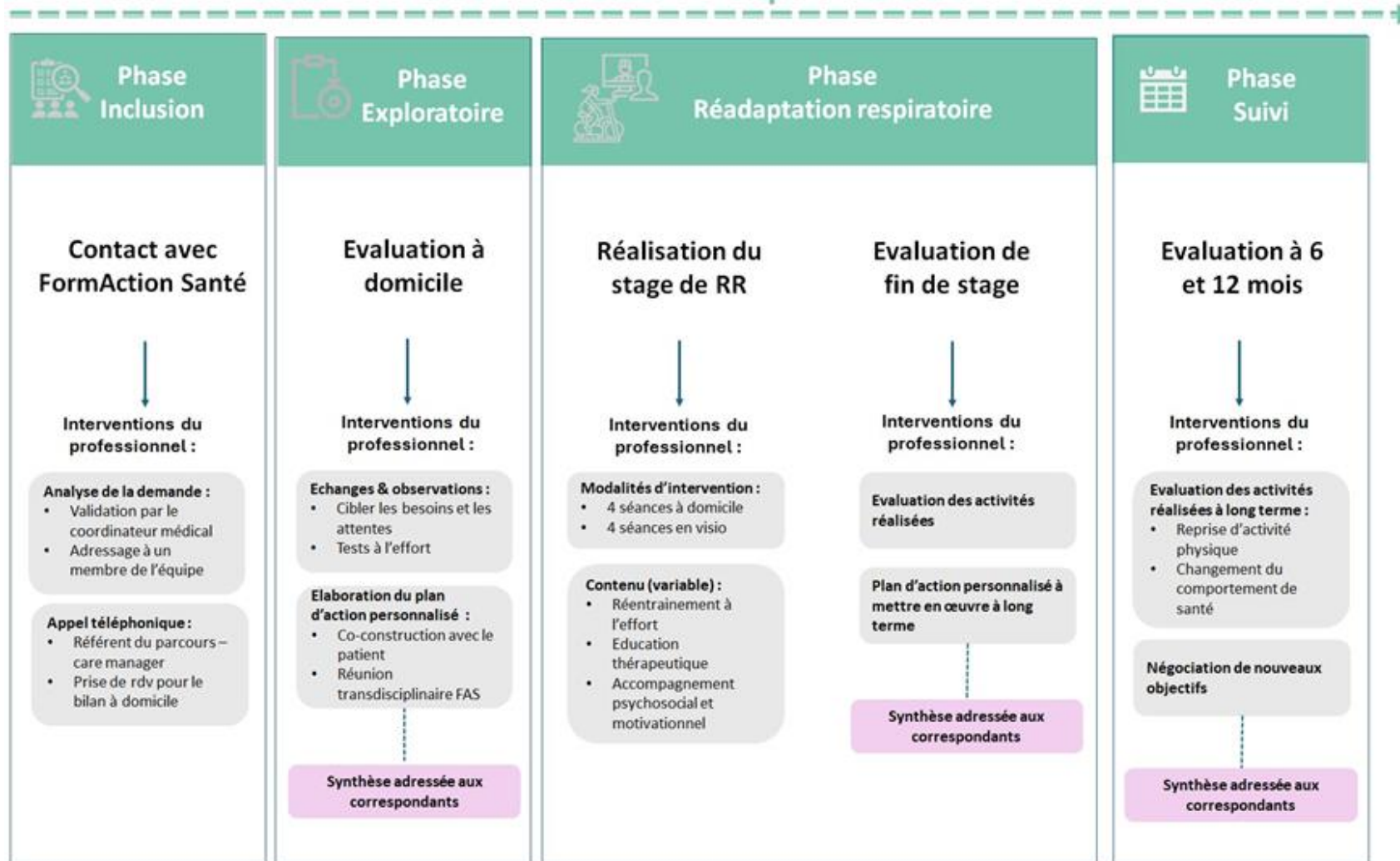


## 02 - Faisabilité :

Accès au dispositif et  
adhésion des acteurs

# Organisation de la prise en charge

## Les différentes phases



# Population ciblée

### ▪ Critères d'inclusion de patients dans RR TéléDom :

- Les patients atteints de BPCO ou souffrant à la fois d'asthme et de BPCO
- Présentant des comorbidités stabilisées
- Hospitalisation récente en raison d'une exacerbation de leur BPCO, nécessitant de ce fait une réadaptation respiratoire

### ▪ Objectifs d'inclusions :

- **146** patients inclus dans RR TéléDom en 2022 et **160** en 2023
- Effectif en **deçà des objectifs initiaux** ( 200 patients pour 2022 et 275 pour 2023).
- Objectif pour la première année atteint à hauteur de **73%** et de **58%** pour la seconde

# Les professionnels mobilisés dans RR TéléDom

### ▪ Des professionnels de diverses formations initiales :

- 1 Pneumologue
- 3 infirmières
- 1 diététicienne
- 2 masseurs-kinésithérapeutes
- 4 enseignants en activité physique adaptée (APA)
- 1 psychologue
- 1 art-thérapeute
- 1 esthéticienne socio-médicale
- 1 responsable administrative

### ▪ Augmentation de l'effectif de l'équipe :

- 10 professionnels en 2021
- 15 professionnels en 2023

### ▪ Des profils initiaux variés mais une seule dénomination : **Care manager**

### ▪ Pourquoi tant de profils ?

- Prendre en charge tous les aspects de la prise en charge de la BPCO
- Permet un partage continue des connaissances
- Collaboration très étroite : **transdisciplinarité**

### ▪ Pourquoi tous les regrouper dans une seule dénomination ?

- Tous les soignants ont la même mission
- Ils ont tous la même importance
- Renforcement de la cohésion

# Promotion du dispositif RR TéléDom

### ▪ **Les stratégies de communication :**

- Réseau du porteur
- Réunions de présentation du dispositif auprès des pneumologues et des professionnels de la RR de la région
- Bouche à oreille entre médecins prescripteurs de la RR
- Visites des médecins prescripteurs au sein de FormAction Santé

### ▪ **Les facteurs d'engagement des professionnels prescripteurs :**

- La reconnaissance du porteur du projet par ses pairs
- La qualité de la prise en charge au fil de l'eau

- **Rayonnement fort du dispositif :** auprès des pneumologues de la région

- **Rayonnement plus faible :** auprès des médecins généralistes de la région

### ▪ **Les solutions pour accroître la visibilité du dispositif :**

- Entamer de nouveaux partenariats avec les prescripteurs de la région (ex. médecin traitant)
- S'appuyer sur le réseau des professionnels paramédicaux
- Utiliser les médias régionaux

# Orientation des patients vers RR TéléDom

- **Les pneumologues interrogés ont décidé d'orienter leurs patients vers RR TéléDom :**
  - Après avoir été sensibilisés sur l'intérêt et le contenu du projet par son porteur
  - S'ils estimaient qu'une prise en charge à domicile était pertinente pour leurs patients
- **Les objectifs des pneumologues en prescrivant la RR pour leurs patients étaient les suivants :**
  - Reprise d'une activité physique régulière
  - Améliorer le souffle
  - Gérer la respiration et la maladie
  - Améliorer l'observance au traitement
  - Améliorer l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne
  - Diminuer le stress lié à la maladie
  - Améliorer la confiance

# Facteurs facilitant l'adhésion des patients (1)

### 1. Un accès libre à tous :

- **Avant l'expérimentation** : seuls les patients dans un **état assez grave** (maladies extrêmement sévères sous chimiothérapie et ventilation invasive) pouvaient bénéficier d'une prise en charge de RR à domicile.
- **Grâce à l'expérimentation** : **tous les patients hospitalisés pour EABPCO** (sauf critères d'exclusions) ont pu bénéficier d'une RR à domicile.

### 2. La levée des barrières financières :

- La prise en charge forfaitaire sans reste à charge : accès libre quelle que soit la situation financière
- Prêts de matériels pour effectuer les exercices de réentraînement à l'effort : certaines personnes ne pourraient pas se les procurer eux-mêmes.

### 3. Une alternative aux centres de RR - une modalité de prise en charge plus accessible pour :

- Les personnes résidant dans les milieux où l'offre de soins en RR sur leur territoire est limitée
- Les personnes à mobilité réduite qui ne peuvent se déplacer en centre
- Les personnes présentant une phobie à l'égard des établissements hospitaliers et/ou éprouvant une anxiété sociale
- Les personnes ayant une activité professionnelle qui ne peuvent réaliser des séjours de longue durée dans un centre

# Facteurs facilitant l'adhésion des patients (2)

### 4. Un processus d'inclusion simple

- La prise de contact par les care-managers avec les patients s'est faite rapidement après la sortie d'hospitalisation
- Les démarches administratives étaient simples (*source : entretiens patients*)

### 5. La désignation d'un interlocuteur unique

- Un professionnel de l'équipe est désigné pour être le référent du parcours
- Lien de confiance renforcé entre le patient et le référent : meilleure expression des besoins, motivation au changement et adhésion plus forte au programme

### 6. La personnalisation des séances

- Immersion dans le quotidien : identification des besoins (exprimés et non-exprimés par les patients)
- Qualité de l'écoute et des explications
- Programmes personnalisés en fonction des capacités fonctionnelles des patients



# Liberté du choix des modalités du stage de RR






### **306 patients ont été orientés vers RR TéléDom à la suite de leurs hospitalisations :**

- 32 patients (10%) ont directement refusé la prise en charge
- Raisons du refus : une préférence pour les centres de RR ou pour une prise en charge chez un kinésithérapeute ; des patients injoignables ou non motivés, un handicap trop important pour faire une RR



### **274 patients ont accepté de réaliser un premier bilan éducatif :**

- 
- 176 patients (64%) ont accepté de poursuivre RR TéléDom
- 
- 82 patients (30%) ont accepté de participer à RR Dom (ne faire que des séances en présentiel)
    - Raisons du refus : une connexion internet faible , une crainte d'une qualité inférieure en visio, cécité, surdité
- 
- 16 patients (6%) ont refusé de poursuivre au sein de RR TéléDom et de RR Dom
    - Raisons du refus : des patients non-motivés

# Opérationnalité de la téléreadaptation

## Les prérequis...

### 1) Faisabilité logistique :

Avoir une connexion internet fiable

Être à l'aise avec les outils numériques

### 2) Engagement du patient :

Être suffisamment autonome et ne pas avoir besoin d'un accompagnant à ses côtés

Avoir confiance en la qualité de l'accompagnement à distance

## ... qui permettront d'atteindre les objectifs de la téléreadaptation *(source : entretiens professionnels)* :

- Gain de temps pour le référent qui n'a pas de distance à parcourir
- Plus de temps auprès du patient (le temps de trajet n'empiète pas sur la séance)
- Réduction des coûts (frais de déplacements)

# Pertinence de la téléreadaptation

### ▪ **Peu de difficultés organisationnelles rencontrées par les patients interviewés :**

- Peu de problèmes techniques rencontrés
- L'utilisation de tablettes/téléphones n'a pas entravé la qualité de l'accompagnement

### ▪ **Un contenu différent par rapport aux séances en présentiel :**

- Séances moins complexes sur le plan physique : moins d'exercices pratiques
- Davantage axées sur les aspects motivationnels et psychologiques

### ▪ **Une préférence pour les séances en présentiel :**

- Elles offrent **une meilleure compréhension** des exercices grâce à la possibilité d'une démonstration directe effectuée par le professionnel
- Elles offrent **une plus grande capacité de correction** dans l'exécution des exercices en temps réel
- Elles offrent **un meilleur contact humain**, motivant et rassurant
- Elles offrent des échanges **plus longs**, plus **libres** et plus **approfondis**

## 03 – Pertinence

Montée en compétence  
& Coordination des  
acteurs

# Montée en compétences & coordination des professionnels

- **Facteur clé n°1 : la formation préalable de 40h sur l'Education Thérapeutique du Patient et la RR**
  - **Formation en interne** dispensée par le porteur du projet
- **Facteur clé n°2 : les réunions de concertation transdisciplinaire**
  - **Equipe transdisciplinaire multi-profil** : équipe réunissant des professionnels aux spécialités variées, collaborant étroitement entre eux, transcendant leurs spécialités respectives
  - **Réunion hebdomadaire** : les membres de l'équipe se réunissent chaque lundi pour discuter des dossiers des patients et pour rassembler leurs savoirs au-delà des disciplines de chacun
  - Renforcement de la **cohésion en interne et des échanges**
- **Facteur clé n°3 : l'autonomie du care-manager**
  - Chaque professionnel en tant que **réfèrent unique** du patient est en mesure à partir de sa spécialité initiale, de sa formation de 40h et des échanges au sein de l'équipe **d'accompagner le patient de manière globale = problèmes pulmonaires + besoins en réentrainement à l'effort + observance au traitement + état émotionnel**
  - Les care-managers **agissent librement et collaborent étroitement** entre eux, en étant placés sur le **même pied d'égalité**

# Coordination avec les professionnels prescripteurs

### **Des échanges mutuels**

- Les pneumologues envoyaient des patients dans le programme, et fournissaient pour chacun d'eux un historique médical complet
- Les membres de RR TéléDom, de leur côté, fournissaient aux médecins prescripteurs des bilan du stage de manière régulière

### **Des échanges réguliers**

- Une plate-forme internet sécurisée consultable par les pneumologues a également été mise en place
- Les médecins prescripteurs pouvaient également entrer en communication téléphonique avec FAS ou se rendre sur place







## 04 - Efficacité:

Effets observés sur la  
qualité de vie des patients

## Coexistence des dispositifs & accès aux soins

176 patients ont suivi RR TéléDom et 84 patients ont suivi RR Dom

### Un état de santé initial significativement différent entre les deux groupes

Caractéristiques des patients en début de stage		Patients RR TéléDom	Patients RR Dom
 AGE	Age moyen	64 ans	70 ans
	Nombre moyen de comorbidités	3,2	4
	Stade moyen de la dyspnée	2,99	3,27
	Temps moyen pour l'exercice du 5-sit-to-stand	11,9	15,4
	Temps moyen pour l'exercice du 10-sit-to-stand	26,9	33,8
	Temps moyen pour l'exercice du Timed-up and go	7,9	11,9

### La coexistence de RR Dom et RR TéléDom permet :

- De proposer des programmes adaptés aux besoins et aux capacités des patients
- De garantir un accès à tous (quel que soit l'état de santé)
- De préserver les bénéfices de la réadaptation et de ne pas aggraver l'état de santé



# Ressentis des patients sur les effets du stage (entretiens)

- **Une reprise d'une activité physique plus régulière :**

- Apprentissage de positions et d'exercices respiratoires
- Reprise d'activités quotidiennes et physiques
- Récupération de l'état de santé physique avant hospitalisation

- **Un changement positif de comportement de santé :**

- Consultations médicales régulières
- Sensibilisation à la santé et modification des habitudes alimentaires
- Amélioration de l'hygiène de vie.
- Confiance en soi accrue et acceptation de la maladie

- **Des gains en santé et une amélioration de la qualité de vie :**

- Diminution de l'essoufflement et amélioration de l'endurance
- Renforcement de la confiance en soi et réduction du stress
- Retour à une vie sociale normale et amélioration du bien-être mental

## Evaluation de la dyspnée – RR TéléDom (données agrégées)

**Fin du stage de RR : Evaluation de l'état de santé à l'aide d'outils scientifiquement validés**

**Amélioration significative de l'essoufflement sur le plan physique et sur le plan affectif à la fin du stage**

Questionnaire Dyspnea-12	Moyenne en début de stage (n=170)	Moyenne en fin de stage (n=140)	Ecart	MCID
Aspect affectif (score /15)	6,9 ± 4,8	5 ± 4,6	- 1,6 ± 3,7	<b>1,1 pts</b>
Aspect physique (score /21)	12,9 ± 5,4	9,8 ± 18	- 2,7 ± 4,7	<b>1,5 pts</b>
Score total	19,8 ± 9,1	14,8 ± 9,4	- 4,3 ± 7,3	<b>2,6 pts</b>

Ressenti du niveau de dyspnée et de son impact sur la qualité de vie




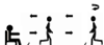

**Réduction significative du stade de dyspnée à la fin du stage**

Echelle MMRC	Moyenne en début de stage (n=173)	Moyenne en fin de stage (n=143)	Ecart
Stade de la dyspnée	2,99 ± 1,01	2,47 ± 1,07	- <b>0,45</b> ± 0,81

Stade de la dyspnée :  
Stade 0 (symptômes rares)  
au stade 4 (symptômes très sévères)

## Tolérance à l'effort – RR TéléDom (données agrégées)

### Amélioration significative de la tolérance à l'effort à la fin du stage :

Tolérance à l'effort		Moyenne en début de stage		Moyenne en fin de stage		Ecart	MCID
 <sup>5</sup>	5 sit-to-stand (sec.)	N=170	11,9 ± 4,8	N=134	10 ± 3,1	- <b>1,6</b> ± 3	-
 <sup>10</sup>	10 sit-to-stand (sec.)	N=166	26,9 ± 11,3	N=132	22,9 ± 8,2	- <b>3,9</b> ± 8,9	-
 <sup>6</sup>	6-minute stepper test (en pas)	N=139	323 ± 140	N=106	400 ± 168	<b>+64</b> ± 88	<b>40 pas</b>
	Timed-up and go (sec.)	N=169	7,9 ± 2,6	N=135	6,9 ± 1,9	- <b>2,3</b> ± 3,6	<b>1,5 sec</b>
	Handgrip (en kg)	N=169	28,7 ± 9,9	N=133	29,9 ± 10,3	<b>+1,2</b> ± 4,7	-

*Sit-to-stand :*  
Evaluation de la force musculaire des membres inférieurs de façon fonctionnelle.  
Les participants doivent se lever 5 ou 10 fois d'une chaise dans le moins de temps possible.

*6-minutes stepper :*  
Mesure du nombre de « pas » réalisé en 6 minutes avec un stepper

*Timed-up and go :*  
Evaluation de la capacité à effectuer des tâches motrices séquentielles relatives aux capacités de marcher et de tourner

*Handgrip :*  
évaluation de la force de préhension (force exercée par la main du patient serrant une poignée de serrage)

## Qualité de vie – RR TéléDom (données agrégées)

### Réduction significative des symptômes de dépression et d'anxiété à la fin du stage

Questionnaire Anxiété-Dépression HAD	Moyenne en début de stage (N=174)	Moyenne en fin de stage (N=141)	Ecart	MCID
Niveau d'anxiété (score/21)	9,8 ± 4,1	8,2 ± 3,9	<b>-1,5 ± 3,7</b>	<b>1,5 pts</b>
Niveau de dépression (score/21)	7,9 ± 4,5	5,7 ± 4,4	<b>-2,7 ± 3,3</b>	<b>1,5 pts</b>

Bien-être émotionnel  
 ≤ 7 : absence de symptomatologie  
 8 à 10 : symptomatologie douteuse  
 ≥ 11 : symptomatologie certaine

### Réduction significative de l'impact de la BPCO sur la santé à la fin du stage

Questionnaire CAT	Moyenne en début de stage (N=174)	Moyenne en fin de stage (N=141)	Ecart	MCID
Impact de la BPCO sur la santé (score/45)	22,6 ± 7,4	19,2 ± 8,3	<b>-3,3 ± 6,2</b>	<b>2 pts</b>

Impact de la BPCO sur la santé  
 < 10 : impact faible  
 10 et 20 : impact modéré  
 >20 : impact élevé  
 >30 : impact très élevé

### Réduction significative de la fatigue

Questionnaire FAS	Moyenne en début de stage (N=174)	Moyenne en fin de stage (N=142)	Ecart	MCID
Niveau de fatigue (score/50)	27,3 ± 8,3	23,7 ± 8,7	<b>-3,4 ± 6,3</b>	<b>4 pts</b>

Signes de fatigue :  
 Scores allant de 10 à 50  
 (fatigue faible à extrême)

### Amélioration significative de l'état de santé perçue

EQ-5D-3L (EVA 0-100)	Moyenne en début de stage (N=172)	Moyenne en fin de stage (N=142)	Ecart
Etat de santé perçue	53 ± 18	63 ± 18	<b>+9 ± 18</b>

EVA : 0 (pire état de santé) –  
 100 (meilleur état de santé)

# Satisfaction des patients sur les activités réalisées

### ▪ **Entretiens qualitatifs :**

- Les patients ont une **grande confiance envers leur référent de parcours**
- Exercices **adaptés aux capacités** et progression graduelle de leur intensité
- Les patients se sont sentis capables de **réaliser les exercices en autonomie** : fiches techniques laissés à disposition du patient
- Les patients ont eu le sentiment d'être **écoutés par leur référent**, les encourageant à exprimer leurs ressentis librement et à **modifier leur comportement de santé**

### ▪ **Questionnaires de satisfaction (données agrégées) :**

- Score de satisfaction : **92,9/100**
- Les patients ont été très satisfaits de la ponctualité et du professionnalisme du référent, de la fréquence des visites, de l'écoute, de l'adaptabilité des programmes
- **Nombre de séances insuffisant** : les patients aimeraient pouvoir réaliser + de 8 séances

# Intégration des aidants familiaux

### ▪ **Objectifs :**

- Aider les patients dans les exercices et les encourager
- Améliorer leur qualité de vie en tant qu'aidant

### ▪ **Caractéristiques des aidants :**

- 188 aidants reportés par les patients (sur 258 patients pris en charge)
- 103 aidants ont complété les questionnaires communiqués par l'équipe en début de parcours
- Age moyen : 57 ans
- 76% des aidants sont les conjoint(e)s des patients ; 19% sont les enfants du patient et 6% ont d'autres liens

### ▪ **Effet du stage sur leur qualité de vie :**

- Fardeau ressenti par l'aidant (questionnaire zarit) : légère réduction du fardeau (différence non-significative)
- Symptôme d'anxiété (échelle HAD) : réduction significative des symptômes d'anxiété réduction non significative des symptômes de dépression
- Niveau de fatigue (questionnaire FAS) : réduction non significative du niveau de fatigue
- Faible taux de réponses des aidants à la fin du stage (59 réponses pour l'évaluation à la fin du stage)

## **05 – Efficience :**

Modèle de financement  
& bilan financier

### ▪ **5 forfaits à la séquence :**

- Forfait inclusion : 211€
- Forfait séance en présentiel : 181€/séance
- Forfait séance en distanciel : 95€/séance
- Forfait évaluation à 6 mois : 181€
- Forfait évaluation à 12 mois: 181€

### ▪ **Composés de charges directes et indirectes:**

- Charges directes : accompagnement, temps de préparation, frais de déplacement
- Charges indirectes : frais de structures

### ▪ **Le coût de la prise en charge est de 1 677€ par patient**

### **Consommation des forfaits sur 2 ans :**

- 274 forfaits « inclusion » déclenchés
- 1 408 forfaits « en présentiel » et « en distanciel » déclenchés
- 112 forfaits « évaluation à 6 mois » déclenchés
- 58 forfaits « évaluation à 12 mois » déclenchés
  
- Sur les **673 995€** alloués pour le forfait 51 (FISS), **380 224** (56 %) ont été dépensés



# Bilan financier

	2022 (73 patients)	2023 (103 patients)	Evolution
<b>Recettes RR TéléDom</b>			
Prestations dérogatoires	97 328€	143 502€	+47%
Subvention ARS RCAI	42 853€	42 853€	=
<b>Total Recette</b>	<b>140 181€</b>	<b>186 355€</b>	+33%
<b>Charges d'exploitation</b>			
Dépenses directes (location véhicule, carburant, entretien, assurance, voyages, taxes s/ véhicule de société)	12 936,62€	16 791,74€	+30%
Charges de structure (fournitures médicales, administratives, etc.)	17 766,34 €	24 443,60€	+38%
Dépenses de personnel (charges sociales comprises) : professionnels de l'équipe FAS	57 969,63€	73 313,69€	+26%
Dépenses de personnel (charges sociales comprises) : personnel administratif et direction	56 504,79€	57 094,70€	+1%
<b>Total charges d'exploitation</b>	<b>145 177,38€</b>	<b>171 643,73€</b>	+18%
Dotation aux amortissements sur immobilisations incorporelles et corporelles	13 417,16€	14 742,03	+10%
<b>Résultat d'exploitation</b>	<b>- 18 413,54 €</b>	<b>-30,76€</b>	+100%
<b>EBITDA (Résultat d'exploitation + dotation aux amortissement)</b>	<b>- 4 996,22 €</b>	<b>14 711,27 €</b>	

**Les dépenses de personnel :**  
79% (2022) et 75% (2023) des charges d'exploitation

**Seuil de rentabilité en 2022 :**  
160 446,60 €

**Seuil de rentabilité en 2023 :**  
186 388,31€

# Conclusion

## ▪ **L'expérimentation RR TéléDom a permis**

- Une démocratisation de l'accès à la RR
- D'expérimenter de nouvelles modalités de RR
- De proposer une prise en charge holistique et intégrée
- Un gain net en qualité de vie des patients

## ▪ **Les facteurs de succès :**

- Reconnaissance du porteur par ses pairs
- Coordination avec les professionnels prescripteurs
- Formation de 40h à l'ETP à et la RR
- Collaboration étroite entre les care-managers
- Duo référent-patient

## **Piste d'amélioration pour le rapport final :**

- **Accroître la communication à l'échelle de la région**
- **Entamer des réflexions sur l'augmentation de la durée du stage : nécessaire à tous les patients ?** Possibilité de financement ?
- **Sensibiliser davantage les aidants:** complétion des questionnaires
- **Réflexion autour de l'intégration des deux parcours (RR TéléDom et RRDom) dans le droit commun ?**

# Bibliographie sélective

- Launois R., Diard M., Cabout E., Meto E., Eymere S. 2022 Évaluer autrement les parcours de soins coordonnés article 51 LFSS 2018 : une innovation, les protocoles réalistes. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. Avril; 80 (2) :131-144
- Launois R., Trouiller JB., Cabout E. 2018 Comment mesurer l'efficacité en vie réelle ? *Annales Pharmaceutiques Françaises*. Nov;76(6):421-35.
- Laurendeau C, Chouaid C, Roche N, Terrioux P, Gourmelen J, Detournay B. Prise en charge et coûts de la bronchopneumopathie chronique obstructive en France en 2011. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2015;32(7):682-691. doi:10.1016/j.rmr.2014.10.731
- Coquart jeremy, Grosbois JM, Olivier C, Castres I, Wallaert B, Bart F. Home-based neuromuscular electrical stimulation improves exercise tolerance and health-related quality of life in patients with COPD. *COPD*. Published online June 2016:1189. doi:10.2147/COPD.S105049
- Coquart J, Le Rouzic O, Racil G, Wallaert B, Grosbois JM. Real-life feasibility and effectiveness of home-based pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease requiring medical equipment. *COPD*. 2017;Volume 12:3549-3556. doi:10.2147/COPD.S150827
- Grosbois JM, Charlet Deffontaines L, Caron A, et al. Influence of DISC behavioral profile on the short- and long-term outcomes of home-based pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine and Research*. 2020;77:24-30. doi:10.1016/j.resmer.2019.12.001
- Grosbois JM, Coquart J, Fry S, et al. Long-term effect of home-based pulmonary rehabilitation in severe asthma. *Respiratory Medicine*. 2019;157:36-41. doi:10.1016/j.rmed.2019.08.015
- Haute Autorité de Santé, Caisse Nationale d'Assurance Maladie, Stratégie de transformation du système de santé. Guide Du Parcours de Soins Bronchopneumopathie Chronique Obstructive.; 2019.
- Haute Autorité de Santé, Caisse Nationale d'Assurance Maladie, Stratégie de transformation du système de santé. Indicateurs de Qualité Du Parcours de Soins - Patients à Risque Ou Atteints de BPCO.; 2020.
- Haute Autorité de Santé. Comment Mettre En Oeuvre La Réhabilitation Respiratoire Pour Les Patients Ayant Une Bronchopneumopathie Chronique Obstructive ?; 2014.
- Jebrak G. Recommandations et prise en charge de la BPCO en France : les recommandations sur la prise en charge de la BPCO ne sont pas suivies dans la vraie vie ! *Revue des Maladies Respiratoires*. 2010;27(1):11-18. doi:10.1016/j.rmr.2009.08.002
- McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Airways Group, ed. Cochrane Database of Systematic Reviews*. Published online February 24, 2015. doi:10.1002/14651858.CD003793.pub3
- Stelianides S, Surpas P, Hervé A, Grosbois JM. Comment améliorer l'accès des patients à la réadaptation respiratoire ? *Revue des Maladies Respiratoires*. 2021;38(2):177-182. doi:10.1016/j.rmr.2020.12.001
- Wallaert B, Duthoit L, Drumez E, et al. Long-term evaluation of home-based pulmonary rehabilitation in patients with fibrotic idiopathic interstitial pneumonias. *ERJ Open Res*. 2019;5(2):00045-02019. doi:10.1183/23120541.00045-2019

- » **Adresse:** REES France  
28, rue d'Assas  
75006 Paris, France
- » **Téléphone:** +33 (0)1 44 39 16 90
- » **Email:** [launois.reesfrance@wanadoo.fr](mailto:launois.reesfrance@wanadoo.fr)
- » **Web:** [www.rees-france.com](http://www.rees-france.com)