



adRRes

rapport d'activité

rapport d'activité
rapport d'activité

2014

A.D.R.Res

Association
pour le
Développement
de la
Réhabilitation Respiratoire
en
Bourgogne

RAPPORT D'ACTIVITE

AdRRes 2014

⊙ Le Mot du Président

Comme chaque année, le rapport d'activité de l'AdRRes est l'occasion de faire le point sur l'année qui vient de s'écouler.

Cette année a été particulièrement riche pour notre association avec de nombreux changements, à la fois de personnes puisque j'ai eu l'honneur de succéder au Dr Olivier Jarry au poste de Président, assisté dans cette tâche par le Pr Philippe Bonniaud. Ce binôme met bien en évidence la coopération des structures hospitalières publiques et universitaires et du monde libéral au service de nos patients BPCO.

L'association est le fruit d'une inter-disciplinarité avec d'autres professionnels de santé : les kinésithérapeutes, les APA, les diététiciennes, les psychologues, montrant bien la tentative de prise en charge globale des patients, non pas uniquement dans sa dimension de maladie respiratoire mais dans l'intégration dans la vie de tous les jours des personnes.

Rien ne serait possible cependant sans une cellule de coordination médico-économique qui a été renouvelée et modifiée avec succès.

L'activité de l'association s'est poursuivie avec une augmentation du nombre des patients pris en charge que ce soit en centre ou plus directement dans le réseau à domicile. L'augmentation de la file active est importante, 14 %, et on voit sur les courbes une augmentation quasi linéaire du nombre de patients pris en charge et parallèlement une diminution, non moins constante, du coût de cette prise en charge. Ce dernier point n'est possible que par une optimisation des moyens alloués et probablement en partie aussi par un effet volume. Néanmoins, l'augmentation prévisible de cette activité ne pourra se faire indéfiniment sans augmentation des moyens alloués.

Le développement du réseau s'est fait prioritairement sur les centres de Dijon et Chalon. L'émergence progressive du centre de Nevers est très encourageante. Les implantations dans l'Yonne restent stables ; malheureusement, pour l'instant, la collaboration du réseau avec le centre de Macon n'est pas encore opérationnelle.

Au-delà de la Bourgogne, puisque nous allons devoir intégrer l'union des régions Bourgogne et Franche Comté, un contact a été pris avec nos amis Francs Comtois pour lesquels des velléités d'organisation de réseau existent et vont probablement émerger dans les mois à venir. Dans le même ordre d'idées, des contacts ont été noués avec les groupements des pays Beaunois et une intervention auprès des médecins du groupement est prévue dans le courant du mois de juin pour présenter aux professionnels de ce territoire l'activité de notre réseau.

Sur le plan de la recherche, une thèse vient d'être présentée à la Faculté de Médecine en collaboration avec le réseau sur le syndrome d'hyperventilation.

La richesse de l'activité de l'AdRRes ne demande donc qu'à se développer, encore une fois, au plus grand bénéfice de nos patients qui souffrent d'une maladie particulièrement invalidante dans laquelle la réhabilitation est un pilier essentiel de la prise en charge.

Dr Yann Devilliers

L'Association pour le Développement de la Réhabilitation Respiratoire en Bourgogne est une association loi 1901.

Objectifs

Créée en 2001, ses objectifs sont de fédérer les professionnels de santé autour des patients insuffisants respiratoires pour les accompagner vers une modification de leurs habitudes de vie en promouvant et en développant la Réhabilitation Respiratoire.

Population concernée

Les personnes qui présentent une insuffisance respiratoire chronique entraînant un handicap.

But

Réduire sur le long terme le handicap respiratoire des patients, et améliorer leur qualité de vie.

Zone géographique

Ensemble de la Bourgogne avec un objectif d'équité visant à harmoniser les pratiques et l'offre de soin sur l'ensemble de la région.

Modalités de prise en charge

En Bourgogne, la Réhabilitation Respiratoire repose sur deux phases successives :

- La première en institution avec un réentraînement à l'effort de 30 séances et une éducation thérapeutique adaptée,
- La deuxième sur la base du volontariat avec la poursuite de ce réentraînement à l'effort à domicile durant une année tout en étant accompagné par un kinésithérapeute et un prestataire.

SOMMAIRE

RAPPORT D'ACTIVITE	1
LA REHABILITATION RESPIRATOIRE, UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE	3
FONCTIONNEMENT DE L'ADRRES	4
L'Association	4
Le Réseau	4
Modalités de prise en charge	8
LE RESEAU EN 2014	9
L'AdRRes et l'ARS	9
Impact sur le réseau	9
Impact sur la prise en charge des patients	10
Le développement du réseau et la coordination	11
Perspectives	12
CARACTERISTIQUES DES PATIENTS PRIS EN CHARGE	13
Un sexe ratio en faveur des hommes pour un âge moyen supérieur à 60 ans	13
Avec une forte proportion de personnes seules et encore en activité	13
Une prise en charge régionale	14
Pour des patients majoritairement en affection de longue durée	14
Comparaison des patients en RR en centre et à domicile	16
ANALYSE DE L'ACTIVITE	18
Une activité en progression constante	18
Une offre de soin plus importante dans deux départements	18
Avec une file active à domicile en moyenne de 180 patients	19
Un programme très bien suivi	20
UN RESEAU TRANSVERSAL	24
Des patients adressés par les pneumologues	24
Plus de 300 kinésithérapeutes adhérents au réseau	24
Des prestataires très impliqués	26
Des associations patients très actives	27
ENQUETE DE SATISFACTION AUPRES DES PATIENTS 2014	29

LA REHABILITATION RESPIRATOIRE, UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

L'Organisation Mondiale de la Santé estime, pour les seuls patients BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive), que la mortalité devrait doubler pour devenir la 3^{ième} cause de mortalité à l'horizon 2020 dans le monde.

Selon l'Observatoire Régional de la Santé, 10 200 Bourguignons étaient en ALD en 2010 pour Insuffisance Respiratoire avec une augmentation annuelle de 1 100 nouveaux cas et plus de 100 000 séjours hospitaliers enregistrés entre 2005 et 2009. Ce sont 230 décès en moyenne qui sont enregistrés chaque année pour les BPCO.

Les patients insuffisants respiratoires pris en charge par le réseau AdRRes présentent de nombreuses comorbidités et facteurs de risque en adéquation avec la littérature :

- sur 1 794 patients dont les données sont connues, 31% sont obèses (IMC \geq 30) et 6% ont un poids insuffisant (IMC \leq 18,5)
- 59% des patients présentent une BPCO
- 30 % des patients pris en charge sont reconnus hypertendus
- 31% présentent des ATC cardio-vasculaires
- 10% sont diabétiques
- 10% sont sous oxygène
- sur 991 patients renseignés comme fumeurs, la consommation moyenne est 38 paquets/année¹. A l'entrée dans le réseau, 26% d'entre eux n'étaient pas sevrés.

Le coût moyen d'hospitalisation pour la CM4 et selon les bases PMSI est de 4 396 € pour une durée moyenne de 10 jours d'hospitalisation, avec des coûts d'hospitalisation 4,3 fois plus élevés dans le cas d'infections ou surinfections sévères vs infections légères : 8 047€ pour 16 jours d'hospitalisation en moyenne contre 1 860€ pour 4 jours d'hospitalisation.

Le programme d'action en faveur de la BPCO du Ministère de la Santé 2005-2010 met quant à lui en avant un coût direct à 4 000 euros/an pour les BPCO ; 10 000 hospitalisations par an pour une durée moyenne de 8 à 10 jours.

La Réhabilitation Respiratoire constitue le traitement pour améliorer l'adaptation à l'effort, réduire la dyspnée et améliorer la qualité de vie. La prise en charge des patients repose sur un argumentaire scientifique et rationnel solide, tel que démontré par de nombreuses études, validé par nos sociétés savantes et la Haute Autorité de Santé ; nos résultats médicaux au sein du réseau sont conformes à la littérature.

Les études médico-économiques, qui sont particulièrement difficiles à mettre en œuvre, montrent que la Réhabilitation Respiratoire permettrait une diminution de la durée d'hospitalisation de l'ordre de 3 à 4 jours pour exacerbations soit environ 50% des hospitalisations. Elles identifient, en général, une amélioration de la qualité de vie et une diminution des consommations de soins.

Cependant, les résultats des différentes méta-analyses décrivent, avec un niveau de preuves maximales, que les effets de la Réhabilitation Respiratoire baissent au-delà d'une année si le suivi n'est pas poursuivi à domicile ; résultats confirmés par le programme du Ministère de la santé.

¹ 1paquet année = consommation journalière d'1 paquet par jour pendant un an
ex : 20 paquets année = 1 paquet par jour pendant 20 ans

FONCTIONNEMENT DE L'AdRRes

L'Association

Créé en 2001, le Réseau de Réhabilitation Respiratoire est porté par l'association AdRRes (Association pour le Développement de la Réhabilitation Respiratoire).

L'implication des acteurs est très forte comme en témoigne son bureau pluridisciplinaire : Professeurs de service hospitalier, Pneumologues libéraux et hospitaliers, Directeurs d'établissements, Directeurs prestataires, Présidents d'Associations patients.

AdRRes a bénéficié depuis sa création d'un financement par l'ARS via :

- le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) de 2001 à septembre 2004,
- la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR) d'octobre 2004 à septembre 2008,
- Le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des soins (FIQCS) de janvier 2009 à juin 2012,
- Le Fonds d'Intervention Régional (FIR) depuis juillet 2012.

Le Bureau

Président

Dr Yann Devilliers

Vice Président

Dr Andrianavalona Rakoto

Pr Philippe Bonniaud

Président honoraire

Pr Philippe Camus

Dr Olivier Jarry

Trésorier

Robert Ronot

Trésoriers adjoints

Michel Perron

Michel Ernst

Christian Odobez

Secrétaire

Christian Vassard

Secrétaires adjoints

Maud Laborier

Philippe Dubois

Le Réseau



Objectifs généraux

Le Réseau de Réhabilitation Respiratoire de la Région Bourgogne, vise à favoriser le développement et la coordination de structures de réentraînement à l'effort afin de pouvoir proposer aux patients qui présentent une insuffisance respiratoire chronique, des plateaux techniques, des personnels et une prise en charge spécialisée dans le but :

- de réduire sur le long terme, le handicap respiratoire, grâce à une prise en charge débutée en institution, poursuivie à domicile pour aboutir à une autonomisation des patients et à une modification des habitudes de vie.
- de répondre à un objectif d'équité dans la prise en charge des patients et l'harmonisation des pratiques, sur l'ensemble de la région.

Au 31 décembre 2014, ce réseau était composé d'une cellule de coordination, d'unités d'évaluation, de centres de Réhabilitation Respiratoire, de médecins généralistes et spécialistes (principalement des pneumologues et des cardiologues), de kinésithérapeutes, de diététiciennes, de professionnels du champ sanitaire et de prestataires de services.

La cellule de coordination

Que ce soit dans son rôle moteur de développement de la réhabilitation respiratoire en Bourgogne ou dans son expertise sur l'organisation de la Réhabilitation Respiratoire à domicile, la cellule de coordination est au cœur du dispositif.

L'équipe à laquelle il incombe de faire fonctionner, gérer et développer le réseau, était composée de trois salariés jusqu'en août 2014. Suite à une refonte organisationnelle, elle est constituée à présent de cinq salariés.

La cellule de coordination dispose de trois bureaux mis à disposition par la Générale de Santé au sein de la Clinique de Chenôve.

Il convient d'ajouter les 5 masseurs kinésithérapeutes référents libéraux (MK référents) dont le rôle est d'assurer la formation et le suivi des kinésithérapeutes de proximité.

A noter au 1^{er} janvier 2015, une modification avec Sophie Garnier qui a pris en charge les patients de l'Yonne en plus de son secteur.

☉ les salariés

Médecin Coordonnateur (10% ETP)

- Dr Jean Marc Perruchini

Coordinatrice fonctionnelle

- Nadeige Ruppli (75% ETP) jusqu'à août
- Christine Gandois (30% ETP) depuis septembre

Chargée de mission (10% ETP)

- Nadeige Ruppli, depuis septembre

Assistante de Coordination (100% ETP)

- Charlotte Louis Jacquet

Secrétaire (50% ETP)

- Amandine Rey

☉ les MK référents

En Côte d'Or

- Sophie Garnier
- Antoine Batt

En Saône et Loire

- Florent Manière

Dans l'Yonne

- Yoann Cabaj

Dans la Nièvre

- Frédéric Mareschal

Les partenaires

Les centres de Réhabilitation Respiratoire et les unités d'évaluation

La prise en charge des patients par le réseau commence en centre de réhabilitation respiratoire où les patients vont réaliser les évaluations, le réentraînement à l'effort et l'éducation thérapeutique.

Actuellement, 5 centres pratiquent la Réhabilitation Respiratoire en Bourgogne.

Il convient d'ajouter le CHU de Dijon et son unité de pneumologie ainsi que la Clinique Sainte Marie à Chalon-sur-Saône qui pratiquent les évaluations seulement.

En Côte d'Or :

- CRF les Rosiers
- CHU Bocage Central

En Saône et Loire :

- CRF Chalon Mardor
- Clinique Sainte Marie

Dans l'Yonne :

- CH Joigny

Dans la Nièvre :

- CRF Pasori
- CH Nevers

Les prestataires

Ouverture à tous les prestataires depuis 2009.

Ils sont tous signataires de « la Charte du patient traité par un prestataire de santé à domicile », de la Charte du réseau, du Cahier des Charges et d'une convention.

Au 31 décembre 2014, 8 prestataires étaient partenaires de l'AdRRes avec l'arrivée de SOS Oxygène.

ADS : 0810 88 57 54
Agevie : 0800 305 309
Bernamont : 03 86 61 21 23
Hospidom : 03 85 48 73 34
Ip santé : 03 80 25 06 30
Linde : 0810 161 016
SOS Oxygène : 03 80 27 30 30
Vitalaire : 0969 369 004

Les kinésithérapeutes de proximité

Fin 2014, le réseau comptait 342 kinésithérapeutes de proximité ayant tous pris au moins un patient en charge contre 310 en 2013 dont 105 pour la seule année 2014.

Le nombre de kinésithérapeutes formés à la Réhabilitation Respiratoire a été accentué depuis 2011 dans la Nièvre et ses départements limitrophes passant de 12 à 30 en 2014. Tout comme en Saône et Loire, augmentant de 56 à 96 en 2014.

○ Répartition géographique des kinésithérapeutes

- Côte d'Or : 136 MK
- Saône et Loire : 96 MK
- Yonne : 53 MK
- Nièvre : 30 MK
- Hors Bourgogne : 27 MK

Tous sont adhérents au réseau et ont été formés à la RR par un kinésithérapeute référent.

Les associations patients

Trois associations sont adhérentes au Réseau : l'Association Bourguignonne des Insuffisants Respiratoires (ABIR) qui œuvre sur l'ensemble de la région, Bouger Ensemble en Côte d'Or et Air 71 en Saône et Loire.

Nous espérons voir prochainement la création d'une nouvelle association dans la Nièvre. En effet, un groupe d'anciens patients s'est rapproché du Président de l'ABIR en fin d'année.

ABIR (Association Bourguignonne des Insuffisants Respiratoires)

Tél - 07 81 11 73 77
abir21@neuf.fr

Bouger Ensemble_ Dijon

Tél - 03 80 30 61 42
bouger.ensemble@aliceadsl.fr

Air 71 - Chalon

Tél - 03 85 92 91 60
air71association@voila.fr

Le Dossier Médical Partagé : un accès in et off

Le DMP est le système d'information commun aux professionnels du réseau. Il comporte toutes les données essentielles à la prise en charge des patients et ce durant toutes les phases de la RR.

Il est complété par un espace professionnel (intranet) avec agenda et gestion documentaire.

Au niveau de l'utilisation du DMP, si la mise en route s'est faite de façon progressive, les habitudes semblent maintenant bien acquises et tous les patients y sont répertoriés soit, et au 31 décembre 2014, 2159 patients. Les données manquantes en lien direct avec la « non saisie » des informations, sont aujourd'hui minoritaires.

La deuxième version du Logiciel a été finalisée sur 2014 pour être mise en œuvre en début d'année 2015. De nombreuses fonctionnalités pratiques, notamment un module de prescriptions médicales, sont ajoutées ainsi qu'une connexion via les cartes professionnelles.

Tous les médecins référents (médecine de premier recours et spécialistes) et partenaires, sous condition d'inscription au préalable et de la validation individuelle par la cellule, peuvent avoir accès au dossier de leur patient.

☉ Modalités d'accès au DMP

Inscription sur le portail E-santé de l'Espace Numérique Régional de Santé ENRS :

<http://www.esante-bourgogne.fr>

Se connecter sur le Dossier Médical Partagé :

<https://rehab.esante-bourgogne.fr>

- la connexion est nominative et se fait par le biais d'un identifiant - mot de passe ou de la carte professionnelle CPS,
- les droits d'accès aux patients reposent sur les correspondants qui sont enregistrés dans le DMP.

Si vous rencontrez des difficultés, merci de vous rapprocher de la cellule 03 80 52 66 63.

Modalités de prise en charge

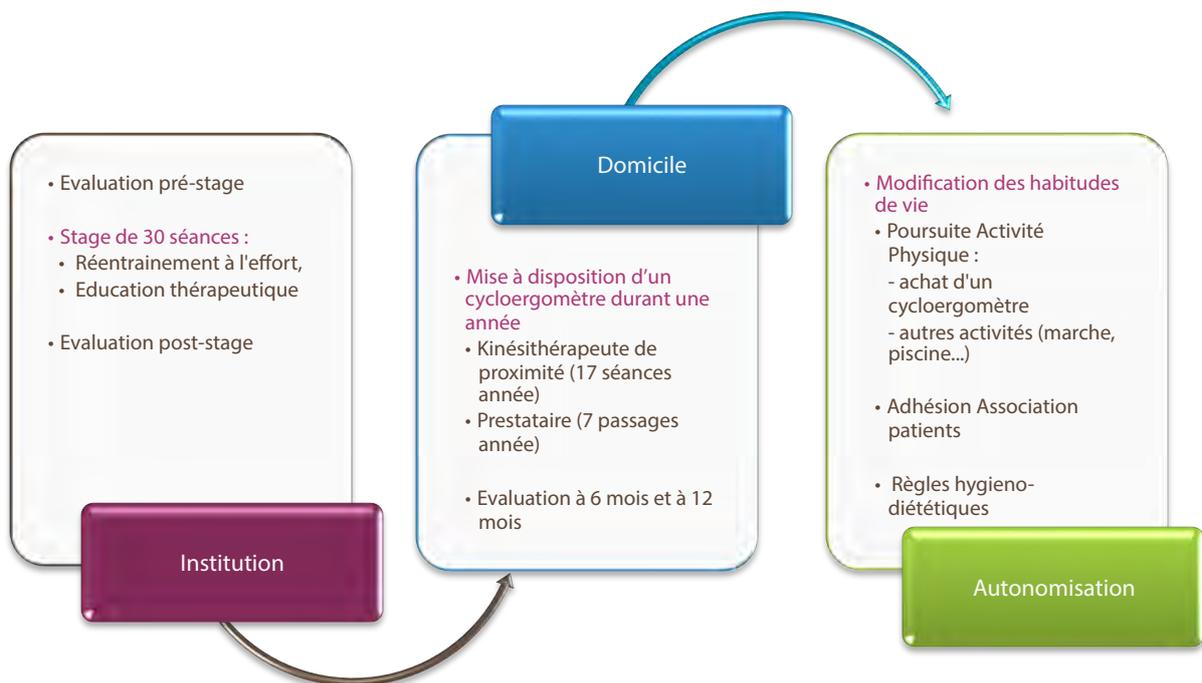


La prise en charge des patients par le réseau se déroule en trois phases :

- une prise en charge en institution
- une poursuite du réentraînement à domicile durant une année
- une autonomisation

Le but de la poursuite de la réhabilitation respiratoire à domicile est de favoriser au maximum l'autonomisation des patients en leur permettant d'acquérir de nouvelles habitudes de vie.

Le réseau Bourguignon de part son accompagnement à domicile sur une année reste une expérience unique en France.



LE RESEAU EN 2014

L'AdRRes et l'ARS

Le Fonds d'Intervention Régional (FIR), porté depuis 2012 par les évolutions de la loi de financement de la sécurité sociale, finance des actions et des expérimentations décidées par les Agences Régionales de Santé (ARS). Il s'applique aux secteurs de la prévention, de la performance et de la continuité et qualité des soins.

De plus, la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) a étendu en 2012 ses périmètres de Contrats d'Objectifs et de Moyens (CPOM) aux réseaux de santé.

Ainsi, tout en poursuivant ses actions de développement de la Réhabilitation Respiratoire sur l'ensemble de la Bourgogne, l'AdRRes a défini avec l'ARS des objectifs stratégiques dans le cadre du CPOM 2013-2017 :

⊙ Orientation n° 1 :

Poursuivre les actions menées en institution et relayées au domicile auprès des patients insuffisants respiratoires chroniques en vue de réduire le risque de complications aiguës, d'alléger le handicap respiratoire et d'améliorer leur qualité de vie. Dans ce cadre, conforter la couverture territoriale visant à harmoniser les pratiques de réhabilitation respiratoire dans l'ensemble de la région.

⊙ Orientation n° 2

Développer la coordination du domicile dans les cas de situations complexes, en associant davantage les médecins traitants aux activités du réseau, en facilitant l'accès de ceux-ci aux informations détenues par le réseau, et en leur donnant la possibilité de solliciter directement le suivi d'un de leur patient au niveau du réseau.

⊙ Orientation n° 3

Inscrire le projet de mise en place de site internet grand public et de développement du dossier médical partagé dans le cadre des procédures régionales mises en place.

Sur l'année 2014

La dotation allouée, via le FIR pour 2014, a diminué de 2,5 % par rapport à 2013. Parallèlement, le réseau enregistre une augmentation toujours constante de 14% de la file active à domicile (avec en moyenne 180 patients par mois contre 158 en 2013). Afin de répondre de manière optimale aux objectifs stratégiques du CPOM et d'assurer une coordination efficiente, le réseau a repensé l'organisation de la cellule de coordination.

Impact sur le réseau

Au regard des ressources et de l'activité toujours en augmentation, une stratégie organisationnelle a été mise en place à partir de septembre 2014 :

- maintien du temps de coordination médicale à 0,1 ETP
- augmentation du temps administratif (passage de 1 à 1,5 ETP)
- diminution du temps de coordination (passage de 0,75 à 0,30 ETP)
- missions de coordination confiées à l'assistante de coordination, sous couvert de la coordinatrice
- ajout d'un temps de chargée de mission à 0,1ETP, en charge principalement de la gestion budgétaire.

Ainsi la masse salariale est elle supérieure (2 ETP contre 1,85 précédemment) mais le coût global est plus faible du fait de la diminution du temps de coordination.

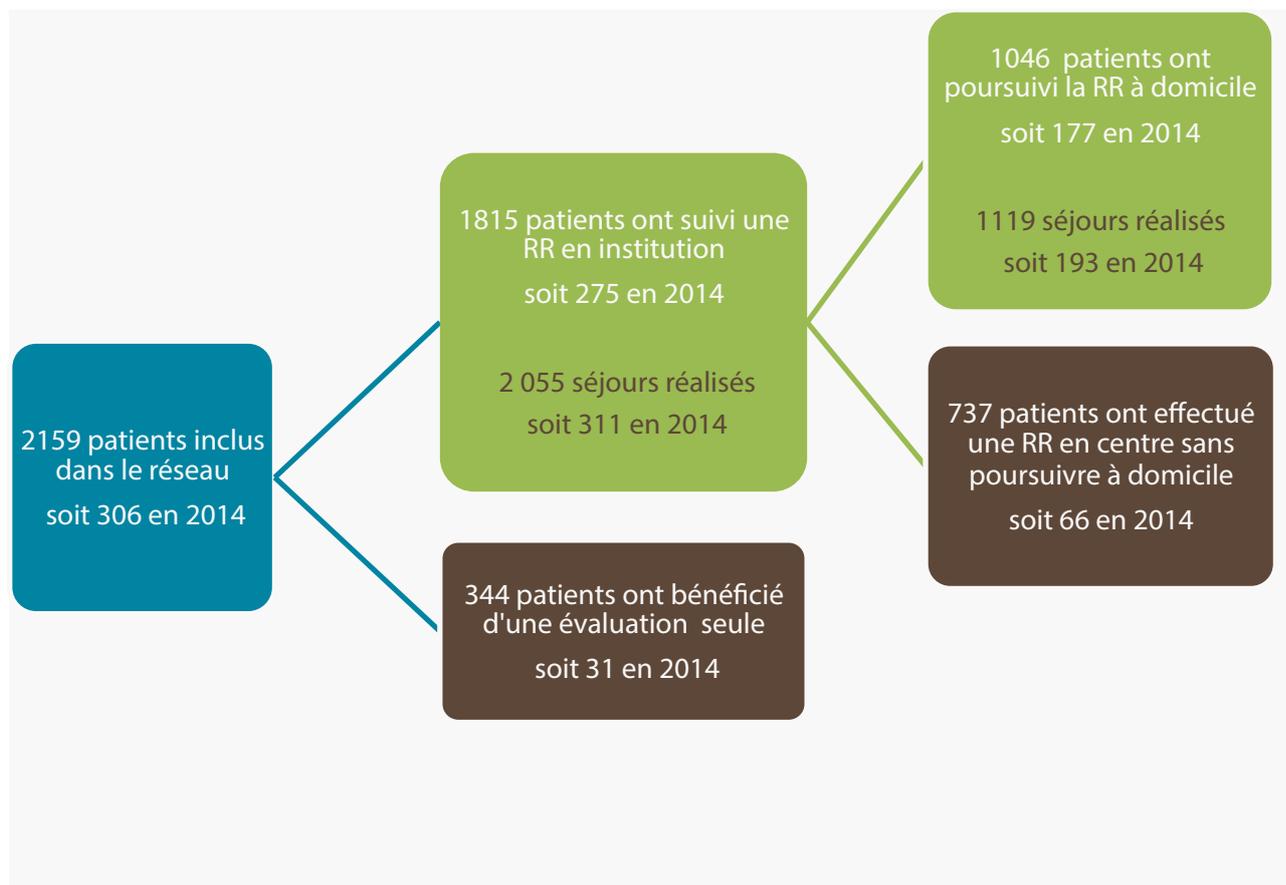
Impact sur la prise en charge des patients

Au 31 décembre 2014, 2 159 patients (soit 306 nouveaux patients), ont été pris en charge par le réseau parmi lesquels, 1 815 ont effectué une RR en institution (ambulatoire ou hospitalisation complète) et 1 046 ont poursuivi à domicile soit 57,6%.

Sur ces 1 815 patients, 222 ont effectué un deuxième séjour en institution et 73 d'entre eux ont poursuivi à domicile soit 2 055 séjours réalisés en institution pour 1 119 séjours à domicile.

Ainsi malgré les contraintes budgétaires, le réseau enregistre une progression globale en inclusion patients de +17,8 % en institution (1 540 patients en 2013) et de +20,4 % à domicile (869 patients en 2013).

Figure 1 : répartition des patients selon le type de prise en charge



Développement de nouveaux centres

Actuellement, toujours en attente d'un partenariat avec le centre de Mâcon.

Education thérapeutique

Outre la dispensation autorisée de l'éducation thérapeutique depuis plusieurs années aux Rosiers, deux dossiers d'autorisation d'éducation thérapeutique ont été déposés par le CH de Nevers et le centre de Mardor.

Tout au long de l'année 2014, les membres de la cellule et du bureaux ont participé et organisé des réunions, dispensé des cours et/ou formations en direction des partenaires, médecins... dans un but de faire connaître, améliorer et harmoniser les pratiques.

- ⊙ Gestion du réseau et développement
 - 9 réunions de bureau plus 14 réunions de travail et 1 avec l'ARS.
 - 1 Assemblée Générale et 1 Conseil d'Administration
- ⊙ Amélioration des pratiques et coordination
 - 1 conseil scientifique
 - 2 réunions avec les MK référents
 - 19 réunions avec les prestataires
 - 6 réunions dans les centres
 - 4 congrès
- ⊙ Formations
 - 11 formations collectives (cours, FMC, formation prestataires)
 - 32 formations individuelles (kinés de proximité formés à la RR)

Une implication importante de la cellule et des kinésithérapeutes référents

La RR à domicile n'est toujours pas inscrite sur la liste des actes pris en charge par l'Assurance Maladie. La mise en œuvre de la RR et le suivi des 177 patients à domicile sont donc totalement assurés par la cellule et les kinésithérapeutes référents. Les améliorations de la prise en charge initiées en 2013 ont été poursuivies en 2014 avec notamment l'augmentation du temps de travail en secrétariat au niveau de la cellule.

- amélioration de l'information en direction des patients
- réduction des délais d'appareillage avec l'élargissement des missions confiées aux kinésithérapeutes référents pour venir en appui à la cellule
- amélioration des suivis et transmission en direction des partenaires
- allègement des procédures de prise en charge avec les prestataires
- rédaction d'un nouveau carnet de suivi en direction des kinésithérapeutes de proximité.

Amélioration du système d'information

- en direction des médecins traitants avec l'envoi systématique de courrier d'entrée en réhabilitation à domicile
- amélioration de l'information sur l'existence des associations de patients avec l'envoi systématique d'un courrier aux patients à la sortie du réseau
- amélioration des procédures d'information des patients sur la prise en charge à domicile
- édition d'une plaquette d'information sur le réseau en direction des salles d'attente, des centres et des médecins
- mutualisation des informations avec la Franche Comté et la mise en œuvre du site internet commun aux deux régions en cours.

Pour 2015

- finalisation du site Internet et des brochures en direction des patients
- poursuite du développement de la RR et l'amélioration des pratiques sur l'ensemble de la région :
 - ✓ session annuelle d'information sur la RR dans le cadre des cours régionaux et inter-régionaux des internes en médecine
 - ✓ rencontre avec les médecins généralistes, dans un premier temps secteurs chalonnais et dijonnais
 - ✓ partenariat avec les groupements professionnels du pays Beaunois pour l'éducation thérapeutique à domicile.

L'avenir du réseau

Les stratégies suivantes, déployées sur les deux dernières années pour pallier les baisses budgétaires, ont trouvé leurs limites :

- baisse du temps de travail du médecin coordonnateur
- annulation embauche d'un professeur d'activité physique adaptée
- financement autonome du site internet
- diminution du nombre de passage des kinésithérapeutes de proximité
- diminution du nombre de passage des prestataires
- réorganisation de la cellule de coordination en augmentant le temps de secrétariat pour pallier à l'augmentation de l'activité tout en diminuant le temps de coordination

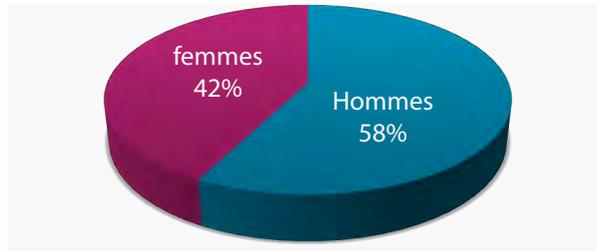
D'autres adaptations à portée symbolique (cotisation des patients, diminution de la durée de prise en charge) ne viendront pas combler les déficits attendus si la dotation n'est pas revue à la hausse.

CARACTERISTIQUES DES PATIENTS PRIS EN CHARGE

Un sexe ratio en faveur des hommes pour un âge moyen supérieur à 60 ans

Avec un sexe ratio de 1,4 en faveur des hommes et un âge moyen de 62,5 ans (médiane 63 ans avec un âge mini de 15 ans et un âge maxi de 89 ans).

Figure 2 : répartition hommes femmes



Avec une forte proportion de personnes seules et encore en activité

Si les retraités représentent 50% des patients pris en charge par le réseau, il faut souligner que 42% sont encore dans la vie active. De même, les personnes qui vivent seules représentent 44%.

Figure 3 : situation familiale des patients

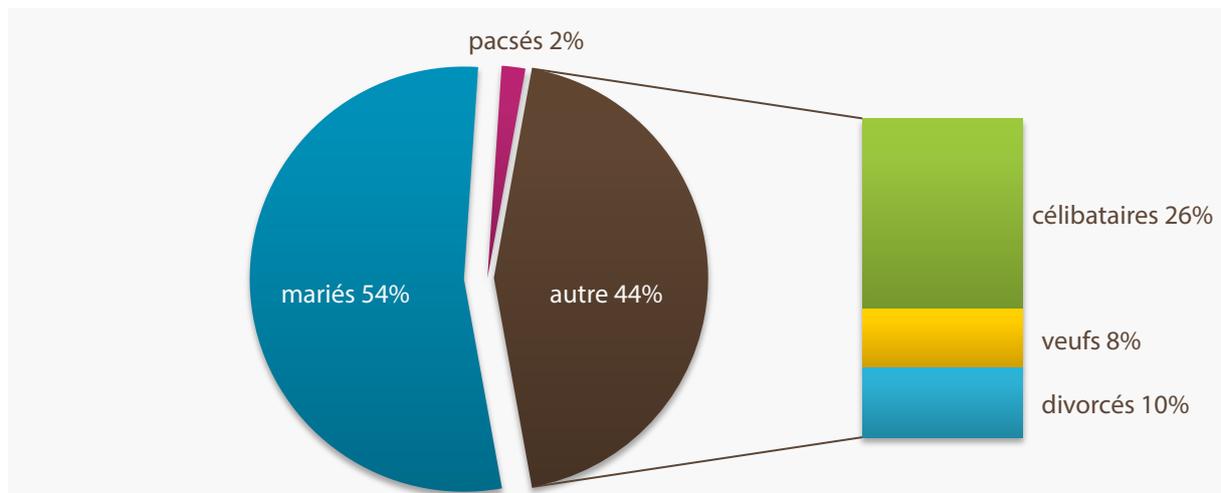
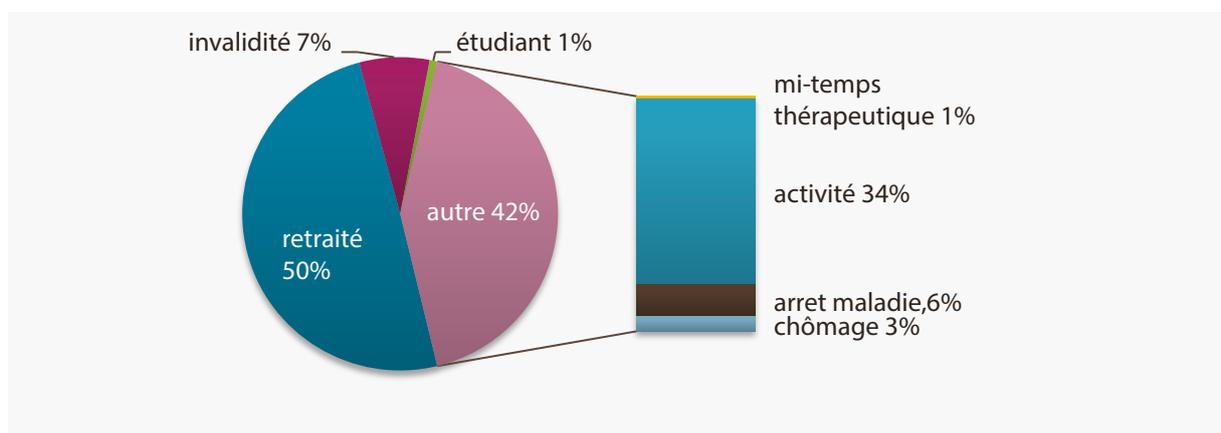


Figure 4 : situation socio-professionnelle des patients



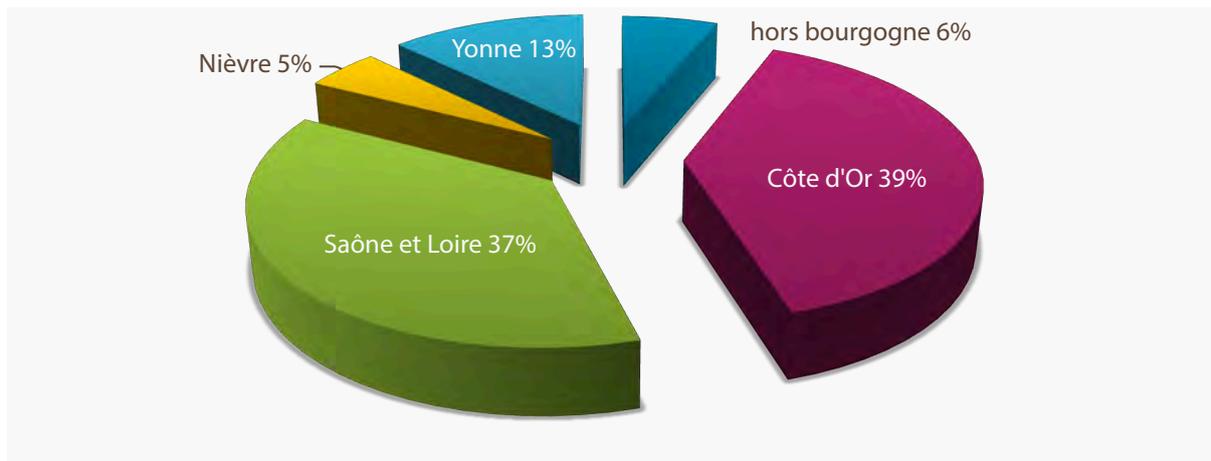
Une prise en charge régionale

Les patients originaires de la Bourgogne représentent 94% des patients ayant suivi une RR (n= 1815).

La Saône et Loire et la Côte d'Or ont en charge 76% des patients, l'Yonne 13% et enfin la Nièvre avec 5%.

Ces chiffres sont à rapprocher de l'offre de soin proposée en Institution en matière de RR pour chaque département.

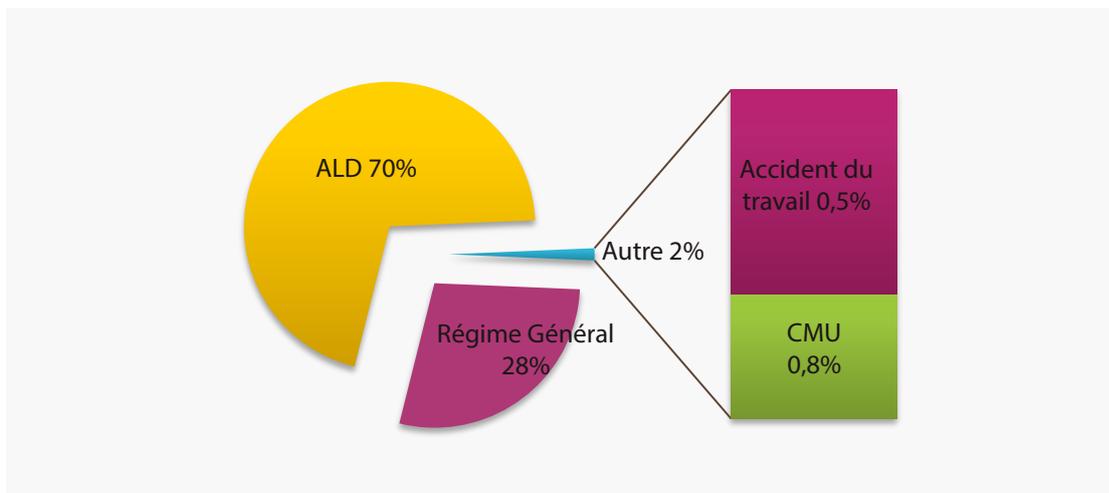
Figure 5 : répartition géographique des patients



Pour des patients majoritairement en affection de longue durée

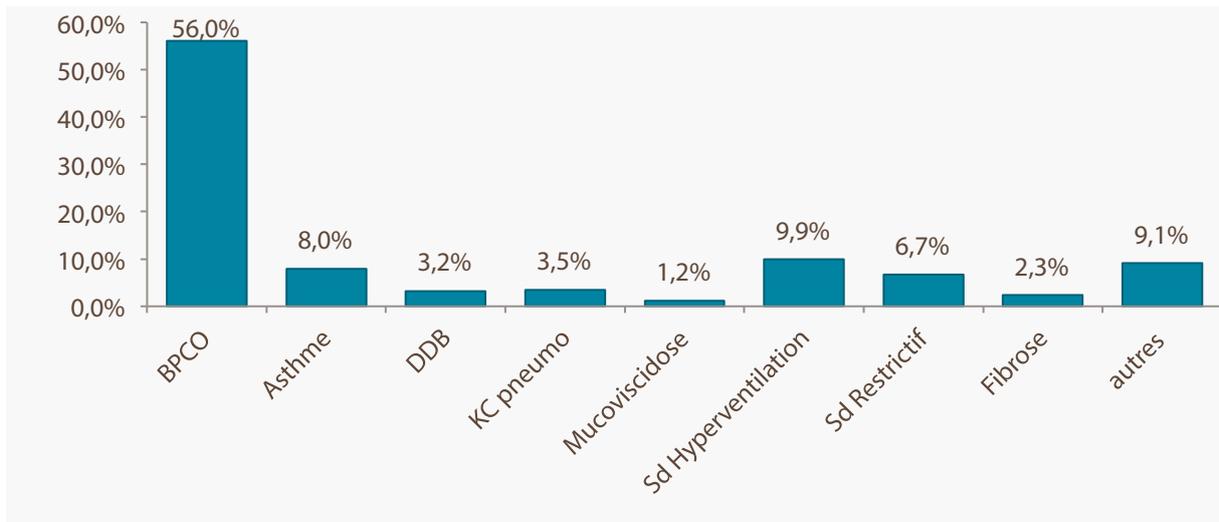
A leur entrée dans le réseau, 70% des patients étaient enregistrés en Affection de Longue Durée (ALD) et les autres, pour la plupart, étaient dans l'attente d'une reconnaissance en maladie chronique.

Figure 6 : répartition des patients selon leur couverture maladie



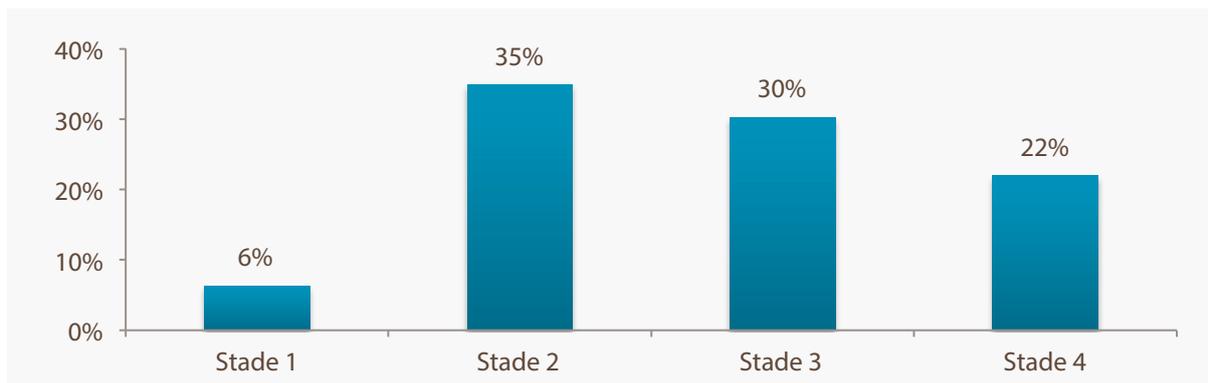
Parmi les pathologies prises en charge au niveau du réseau, les patients BPCO représentent 56%, arrivent ensuite les Syndromes d'Hyperventilation avec 9,9% et les asthmatiques 8%.

Figure 7 : répartition selon la pathologie des patients



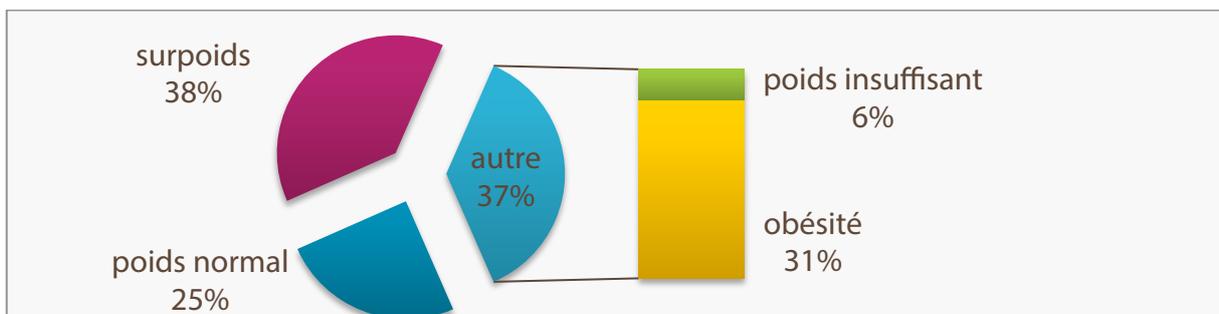
Pour les patients BPCO, 35% présentent un stade 2 et sont les plus nombreux, mais les stades 3 et 4 représentent plus de la moitié des patients avec 52%.

Figure 8 : répartition selon le stade chez les patients BPCO



L'indice de Masse Corporel (IMC) moyen est de 27 kg.m⁻² avec et dans 37% des cas des patients qui présentent ont un poids insuffisant ou sont obèses (IMC inférieur à 18,5 ou supérieur à 30) contre 18,5% au niveau de la moyenne nationale (ObEpi-Roche 2012 : enquête nationale sur l'obésité et le surpoids).

Figure 9 : répartition selon l'IMC à l'entrée dans le réseau



Comparaison des patients en RR en centre et à domicile

Les patients qui ont suivi une Réhabilitation Respiratoire à domicile sont légèrement plus jeunes, plus souvent en couple et présentent pour les BPCO des stades 2 majoritairement.

Il n'a pas été retrouvé d'autres différences significatives selon le mode de prise en charge pour les variables sélectionnées.

	RR en centre seulement		RR en centre + domicile		Total		p value
	n	%	n	%	n	%	
Sexe	764		1020		1784		0,5
hommes	433	57%	594	58%	1027	58%	
femmes	331	43%	426	42%	757	42%	
Age	âge moyen : 63 ans médiante : 65 ans		âge moyen : 62 ans médiante : 62 ans		âge moyen : 62 ans médiante : 63 ans		0,001
Situation familiale	769		1025		1794		
mariés	374	49%	593	58%	967	54%	
pacésés	13	2%	19	2%	32	2%	
célibataires	219	28%	255	25%	474	26%	0,002
veufs	77	10%	72	7%	149	8%	
divorcés	86	11%	86	8%	172	10%	
Situation Professionnelle	769		1025		1794		0,689
retraité	397	52%	493	48%	890	50%	
invalidité	51	7%	78	8%	129	7%	
étudiant	6	1%	8	1%	14	1%	
mi-temps thérapeutique	5	1%	4	0%	9	1%	
activité	254	33%	348	34%	602	34%	
arrêt maladie	40	5%	62	6%	102	6%	
chômage	16	2%	32	3%	48	3%	
Impédencemétrie	406		792		1198		0,075
poids normal	101	25%	249	31%	350	29%	
surpoids	155	38%	254	32%	409	34%	
poids insuffisant	23	6%	45	6%	68	6%	
obésité	127	31%	244	31%	371	31%	
IMC moyen	28 ±8 mini 15 maxi 91		27 ±6 mini 15 maxi 54		27 ±7		
Diagnostic	689		1006		1695		<0,001
BPCO	344	50%	591	59%	935	55%	
asthme	47	7%	89	9%	136	8%	
DDB	20	3%	35	3%	55	3%	
KC pneumo	26	4%	34	3%	60	4%	
mucoviscidose	7	1%	13	1%	20	1%	
sd hyperventilation	68	10%	101	10%	169	10%	
sd Restrictif	53	8%	62	6%	115	7%	
fibrose	19	3%	21	2%	40	2%	
autres	96	14%	59	6%	155	9%	
non connu	9	1%	1	0%	10	1%	

Stade de la maladie pour les BPCO	344		591		935		<0,001
0	7	2%	3	1%	10	1%	
stade 1	31	9%	28	5%	59	6%	
stade 2	95	28%	231	39%	326	35%	
stade 3	99	29%	184	31%	283	30%	
stade 4	79	23%	126	21%	205	22%	
non renseigné	33	10%	19	3%	52	6%	
Sevrage tabagique	386		605		991		<0,001
oui	274	71%	458	76%	732	74%	
non	112	29%	147	24%	259	26%	
Nb de paquets/année	38 ±21		38 ±18		38 ±19		
	mini 1		mini 1				
	maxi 120		maxi 129				
Sous oxygène n=1243	74	16%	113	15%	187	10%	0,643
Sous VNI n=1794	70	9%	153	15%	223	12%	<0,001
Diabétique n=1794	73	9%	103	10%	176	10%	0,28
HTA n=1794	203	26%	333	32%	536	30%	0,005
ATCD cardiaques n=1794	236	31%	314	31%	550	31%	0,98
Hypercholestérol							
n=1794	114	15%	183	18%	297	17%	0,088

Tableau 1 : comparaison des patients selon le mode de prise en charge.

ANALYSE DE L'ACTIVITE

Une activité en progression constante

En centre

2001-2005 : Démarrage de l'activité, ce qui explique une montée en charge lente.

2006-2007 : A l'inverse une progression fulgurante avec l'ouverture de nouveaux centres et une meilleure connaissance du réseau.

2008-2009 : Ralentissement de l'activité suite au départ d'un pneumologue au CH de Joigny

2010 : Nouvelle ascension avec l'ouverture du centre de Chalon (Mardor).

2011-2012 : Augmentation plus faible en lien avec les seuils de capacité d'accueil des centres.

2013 : Nouvelle ascension avec l'ouverture au CH de Nevers et l'hospitalisation complète aux Rosiers (Cf. Figure 11).

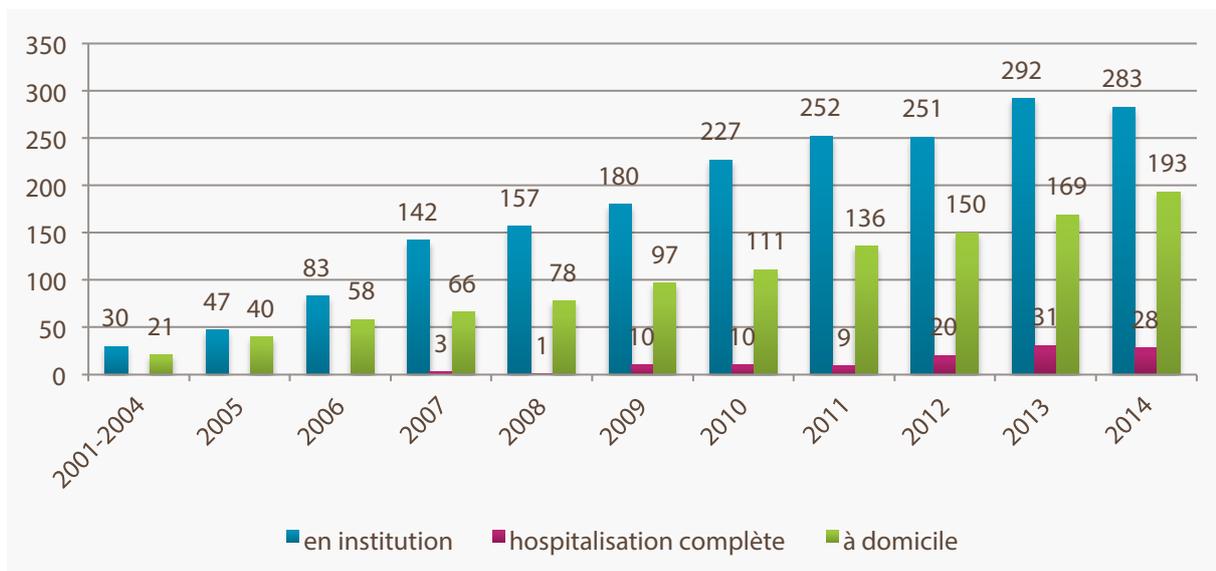
A domicile

Progression linéaire par rapport aux admissions en centre depuis 2007.

En 2014, 311 séjours ont été réalisés en institution, en ambulatoire pour la plupart, pour 193 séjours à domicile soit **une augmentation de 14% de l'activité à domicile** par rapport à 2013.

On note une progression conséquente en 2014 avec 62% des patients qui ont poursuivi leur programme de réhabilitation à domicile contre 52% en 2013 (Cf. Figure 10).

Figure 10 : montée en charge de l'activité des séjours par année et selon le type de prise en charge



Une offre de soin plus importante dans deux départements

Fin 2014, le réseau comptait 5 centres de RR : 1 en Côte D'or, 1 en Saône et Loire, 1 dans l'Yonne et 2 dans le département de la Nièvre.

Le centre des Rosiers à Dijon et le centre de Mardor à Chalon enregistrent la plus forte activité avec 80% des séjours réalisés (Cf. Figure 11).

Pour le centre des Rosiers, on note une inversion de la progression de l'activité avec une baisse de 12% du nombre de séjours en institution en 2014 mais une augmentation de 55% de poursuite à domicile avec 76 séjours à domicile en 2014 contre 49 en 2013. (Cf. Figure 12).

Depuis le démarrage de la RR au Centre Hospitalier de Nevers en 2013, la progression des effectifs de la Nièvre est constante.

Figure 11 : répartition des séjours en ambulatoire et hospitalisations complètes selon les centres

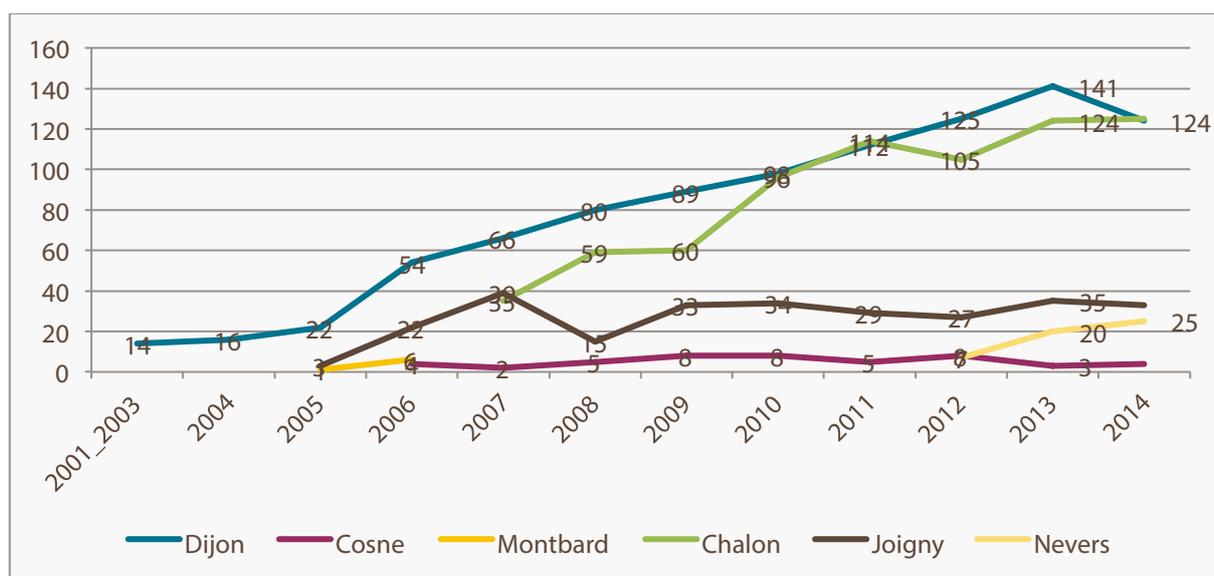
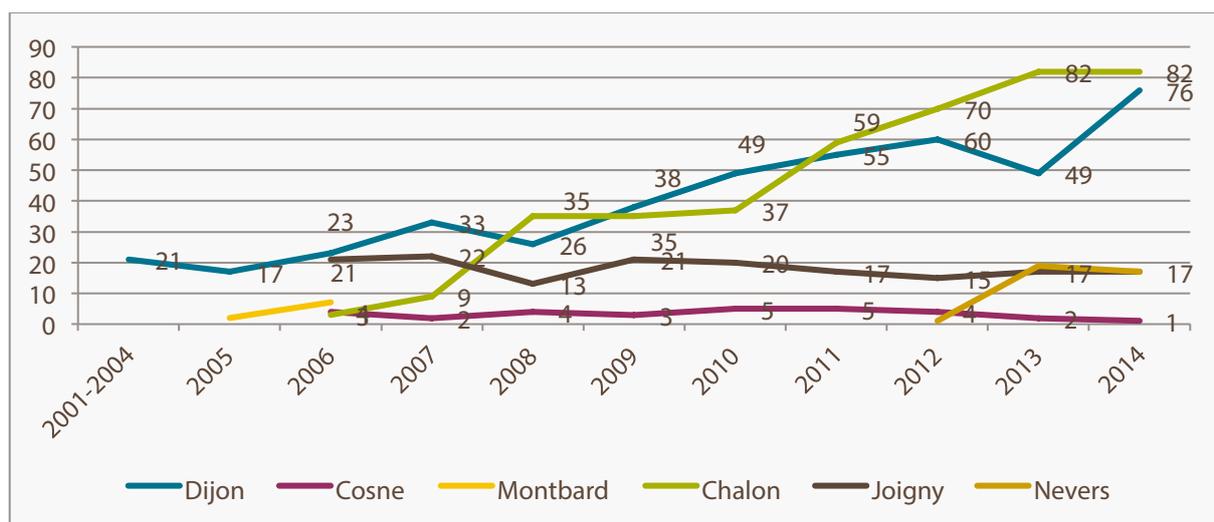


Figure 12 : répartition des séjours à domicile selon les centres d'origine



Avec une file active à domicile en moyenne de 180 patients

La file active à domicile correspond au nombre de patients en cours chaque mois. En progression constante, elle était en 2014 de 180 patients pris en charge à domicile en moyenne par mois contre 158 en 2013 soit une progression de +14% (Cf. Figure 13).

Figure 13).

La répartition par mois (Cf. Figure 14) montre que l'activité à domicile connaît deux pics dans l'année : en période estivale et en décembre. A l'inverse en début d'année et en automne la file active à domicile est plus faible. Ceci correspond directement à l'activité des centres et à la durée de prise en charge des patients avec : des sorties patients plus importantes en juin-juillet et décembre suite à la fermeture et/ou activité réduite durant la période estivale et fêtes de fin d'année, pour une durée de prise en charge en centre de 10 semaines.

Figure 13 : file active à domicile en moyenne par an

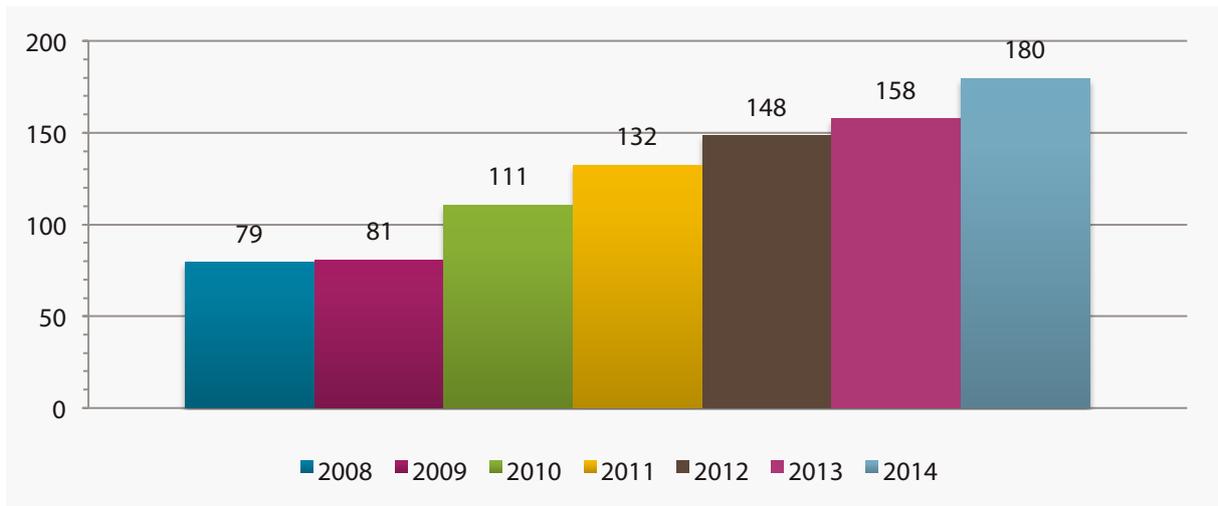
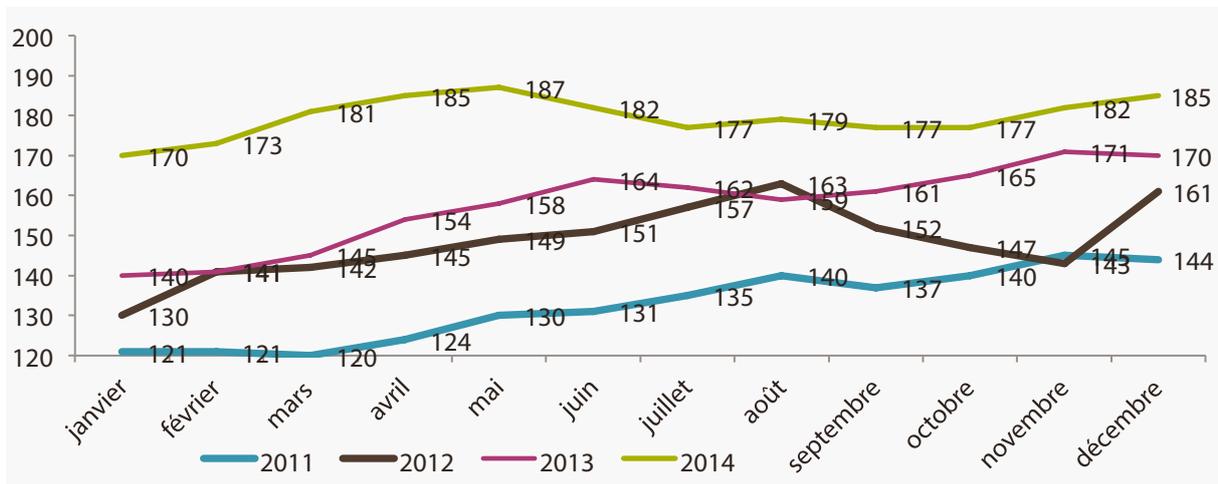


Figure 14 : répartition de la file active des patients à domicile par mois.



Un programme très bien suivi

En 2014, 66% des patients ont suivi le programme de RR à domicile dans sa globalité, avec une légère diminution par rapport à 2012 (69%) (Cf. Tableau 2).

	2010		2011		2012		2013		2014	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	Nb	%
Fin de prise en charge	57	59,4%	70	63,1%	83	63,8%	106	69,3%	117	66,1%
Sortie anticipée	39	40,6%	41	36,9%	47	36,2%	47	30,7%	60	33,9%
Total désappareillages	96	100%	111	100%	130	100%	153	100%	177	100%

Tableau 2 : répartition des désappareillages

Pourquoi certains patients arrêtent de façon anticipée ?

Parmi les causes, les problèmes de santé arrivent en premier avec 17% et sont suivis des démotivations avec 11% contre 8% en 2013 qui expliquent la légère augmentation des désappareillages anticipés (34% Vs 31). Tendance qui s'est inversée par rapport à 2011 et 2010. A noter que les problèmes de santé peuvent être une cause de démotivation et que la démotivation peut être liée à un problème de santé. Les chiffres sont donc à prendre avec prudence. Cependant, il est important de souligner que la somme de ces deux variables est en diminution constante avec 35% des motifs de sorties en 2010 contre 28% en 2014 (Cf. Figure 15).

Les problèmes de santé sont marqués par les problèmes rhumatologiques et respiratoires dans 50% des cas et sont suivis par les problèmes cardiaques dans 17% des cas (Cf. Figure16).

Pour les patients qui n'ont pas poursuivi à domicile, les 30 séances en centre ont été réalisées dans 86% des cas. Les causes d'interruption sont réparties entre les problèmes de santé (34%) démotivation (45%), décès (7%) et autres (14%).

Figure 15 : répartition des sorties anticipées selon les motifs pour les patients pris en charge à domicile

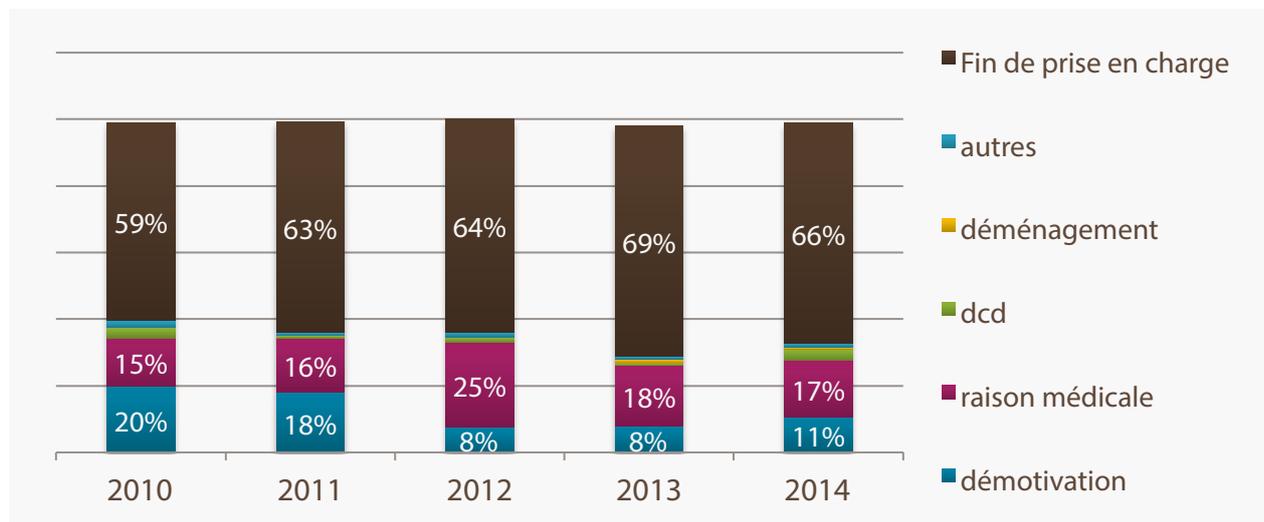
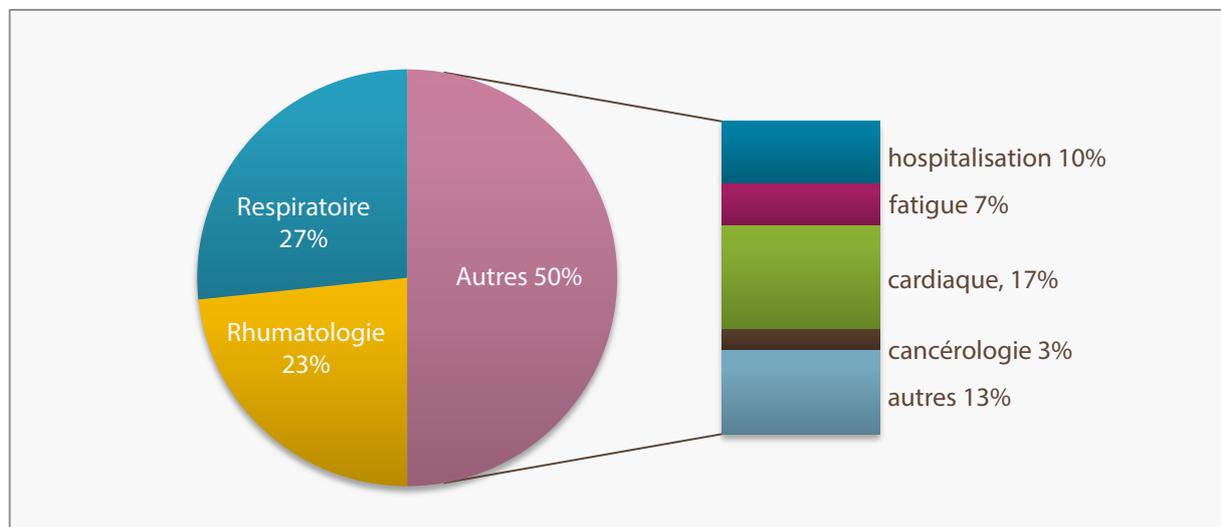


Figure 16 : détails des sorties anticipées pour raisons médicales



Durées de prise en charge

La durée moyenne de prise en charge pour les 177 désappareillages en 2014 est de 10,7 mois contre 11,84 en 2013. En 2014, il n'existe plus de désappareillage au delà de 18 mois.

Parmi les 60 sorties anticipées, la prise en charge a été inférieure à 9 mois dans 73% des cas.

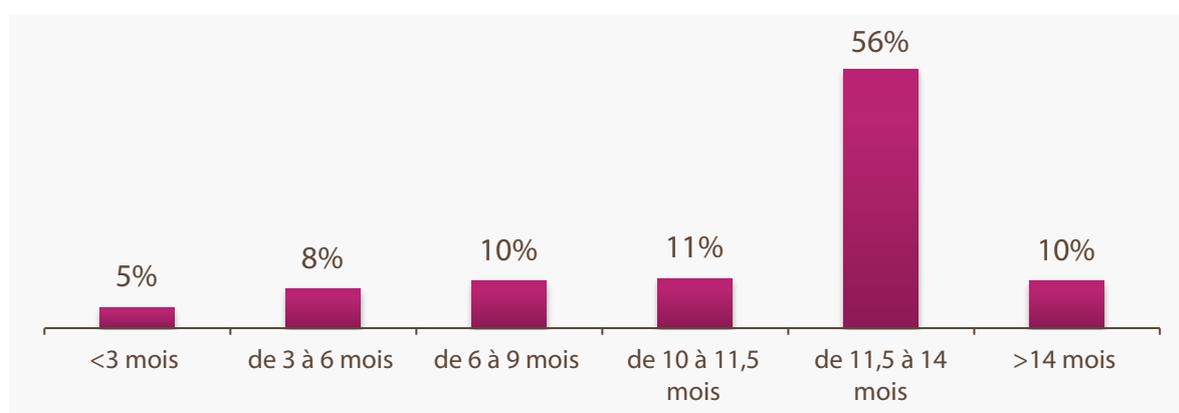
La réduction des délais d'attente et par voie de conséquence le respect de la durée de prise en charge, sont issus de la réorganisation de la prise de rendez vous en 2013, et trouve toute son efficacité en 2014.

Le retrait du cycloergomètre

Dans le cadre d'une fin de prise en charge après 12 mois il se fait après une consultation et un bilan.

En dehors de ce cadre le désappareillage se fait à la demande du patient après accord du médecin du centre dont il dépend.

Figure 17 : durées de prise en charge pour l'ensemble des désappareillages



Examens réalisés

En 2014, dans le cadre des évaluations, 3217 examens ont été réalisés. La progression de 11% pour 2014 (3 217 contre 2 890 en 2013) suit la montée en charge de l'activité en centre et à domicile.

Le centre des Rosiers et le centre de Mardor ont réalisé à eux deux 65% des examens.

Le CHU de Dijon et la Clinique Ste Marie qui ne pratiquent que les évaluations ont réalisé quant à eux 32% des épreuves d'effort et 37% des EFR en 2014 (Cf. Tableau3).

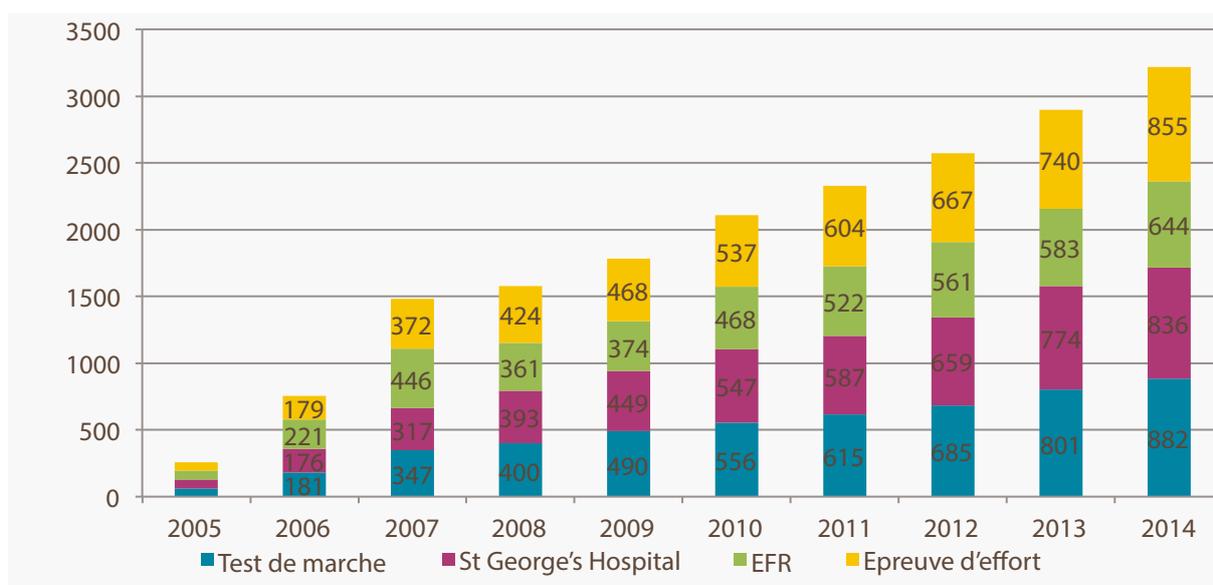
Rappel

- 2 évaluations sont réalisées durant la prise en charge en centre : à l'entrée et à la sortie
- 2 autres évaluations sont réalisées durant la poursuite à domicile : à 6 mois et à la fin de la prise en charge soit à 12 mois

		Epreuve d'effort	St George's Hospital	EFR	TM6	Total
Côte d'Or	CRF les Rosiers	270	314	219	362	1165
	CHU Dijon	93	0	92	0	185
Yonne	CH de Joigny	74	78	63	81	296
Saône et Loire	Clinique Ste Marie	184	0	147	0	331
	Chalon Mardor	137	368	44	366	915
	CH Chalon	17	0	8	0	25
Nièvre	CH de Nevers	80	70	71	69	290
	CRF Pasori	0	6	0	4	10
Total		855	836	644	882	3217

Tableau 3 : Répartition des examens réalisés selon les unités d'évaluation

Figure 18 : Nombre d'examens par année



UN RESEAU TRANSVERSAL

Des patients adressés par les pneumologues

Les questionnaires de satisfaction (Cf. analyse questionnaires de satisfaction des patients 2014 en annexe) envoyés aux patients ont mis en évidence une prescription majoritairement par les pneumologues dans 82% des cas.

Tous les médecins de premiers recours enregistrés comme médecins référents des patients reçoivent un courrier pour les informer de la prise en charge de leur patient par le réseau et de la possibilité de consulter le dossier médical de leur patient. Il en est de même pour tous les médecins spécialistes enregistrés dans le Dossier du patient et, sous réserve d'une inscription au préalable (Cf. § sur le DMP)

⊙ Médecins au 31/12/2014 enregistrés dans le DMP
Médecins généralistes : 813
Pneumologues : 95
Cardiologues : 87

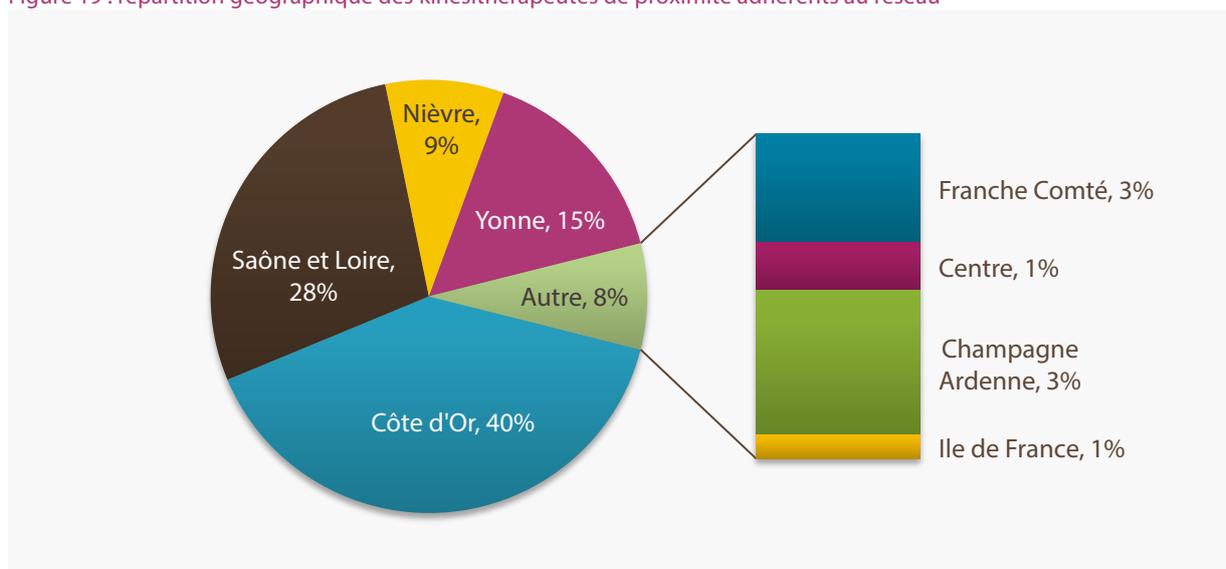
⊙ Nombre de médecins enregistrés dans le DMP en 2014
Médecins généralistes : 332
Pneumologues : 62
Cardiologues : 38

Plus de 300 kinésithérapeutes adhérents au réseau

Au 31 décembre 2014, le nombre de kinésithérapeutes adhérents au réseau, ayant pris au moins un patient en charge depuis l'ouverture du réseau, était de 342 soit une progression de 10% par rapport à décembre 2013 (n=310).

Là encore la répartition géographique est en lien direct avec les inclusions patients puisque l'offre de soin proposée en RR à domicile est faite avec des professionnels qui exercent au plus proche du domicile du patient. Ceci explique notamment pourquoi 8% des kinésithérapeutes exercent hors de la région (Cf. Figure 19).

Figure 19 : répartition géographique des kinésithérapeutes de proximité adhérents au réseau



Durant l'année 2014, ce sont 1940 séances de kinésithérapie qui ont été enregistrées (Cf. Figure 21). Soit au regard de la file active moyenne (n=180), (Cf.

Figure 13), 10,8 passages en moyenne en 2014. On note 17% de baisse par rapport à 2013 (n=2364) qui s'explique par le choix fait en 2013 de diminuer le nombre de séances des kinésithérapeutes de proximité de 27 à 17 par an. Il en a été de même pour le nombre de passages des techniciens diminué de 8 à 7 par an. Ce qui explique une faible augmentation de ce nombre en 2014 malgré la progression de 14% de la poursuite de la réhabilitation à domicile (Cf. figures 10 & 21).

Depuis 2013, les suivis téléphoniques ont été réintégré.

A noter que chaque séance est enregistrée dans le DMP à réception de la fiche de suivi.

Ces données sont donc des extractions directes en temps réel et sont susceptibles d'évoluer légèrement en raison de la réception tardive de certaines fiches.

Figure 20 : nombre de passages moyens par patient et par professionnel

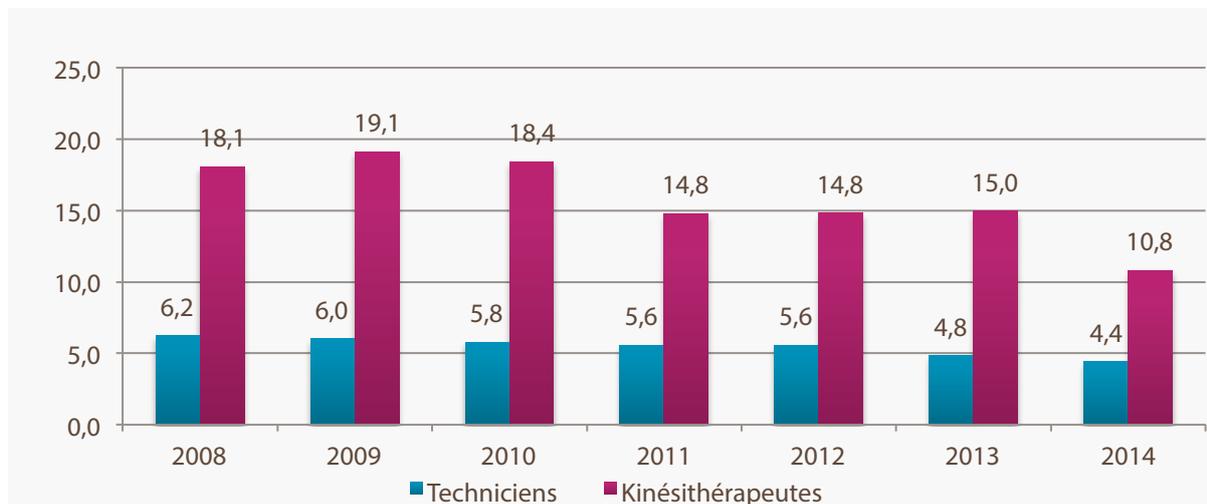
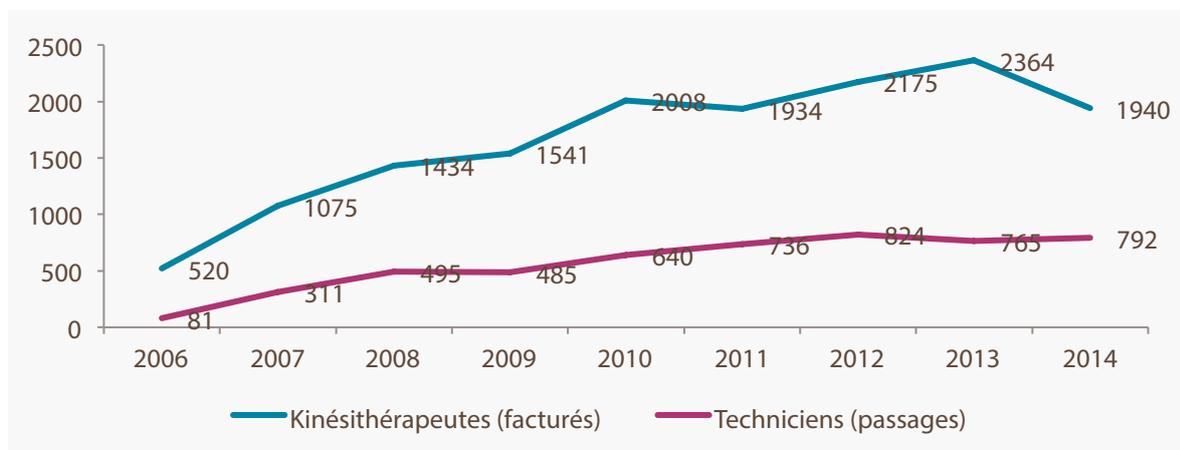


Figure 21 : nombre de passages par année et par professionnel



Des prestataires très impliqués

En 2014, ce sont 361 patients qui ont été pris en charge par les prestataires. Il faut comprendre au travers ce chiffre, les patients qui étaient en cours sur 2013 avec une fin de prise en charge en 2014 et ceux nouvellement entrés en 2014 (Cf. Tableau 4).

Depuis 2009, on note un rééquilibrage progressif, en faveur d'Hospidom et Vitalaire notamment.

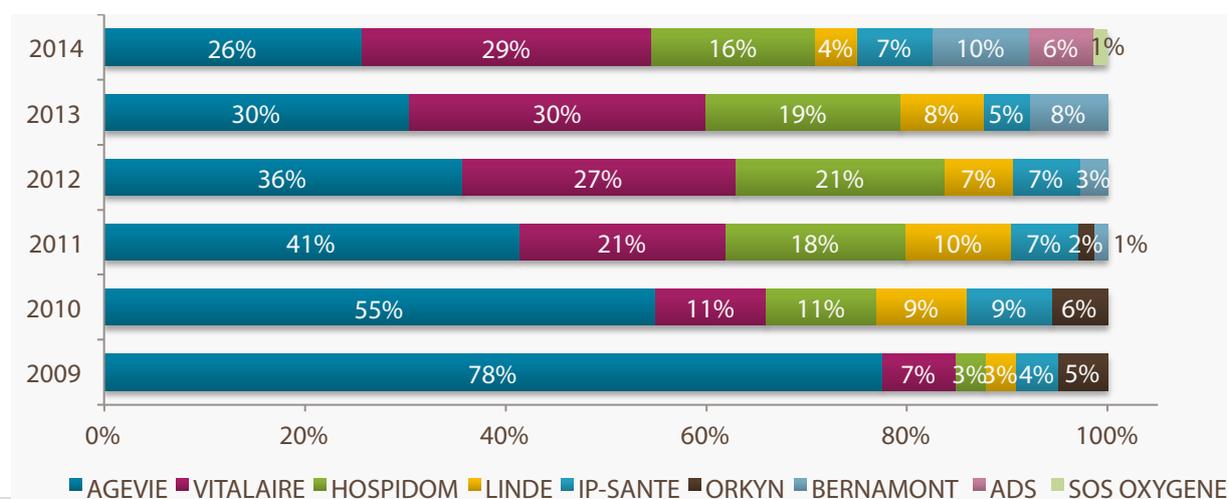
Augmentation constante de l'activité pour Bernamont avec l'ouverture du CH de Nevers en 2013 avec également l'entrée d'ADS dans le réseau en octobre 2013. On observe également une inversion de la progression de la prise en charge d'Ip-Santé et de Linde, avec respectivement 27 patients et 15 patients en 2014 contre 15 et 27 en 2013.

A l'origine du réseau, un seul prestataire (Agevie), membre fondateur du réseau, accompagnait les patients à domicile.

L'ouverture à l'ensemble des prestataires, sous condition de la signature d'une convention, d'un cahier des charges et de la charte du réseau, avec l'AdRRes a eu lieu en 2009.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ADS						23
Agevie	128	110	99	106	99	93
Bernamont	0	0	3	8	25	35
Hospidom	5	22	43	62	63	59
Ip-Santé	7	17	16	20	15	27
Linde	5	18	25	22	27	15
Orkyn	8	11	4	0	0	0
SOS Oxygène						5
Vitalaire	12	22	49	81	96	104
Total	165	200	239	299	325	361

Tableau 4 et Figure 22 : nombre de patients pris en charge dans l'année selon les prestataires



Les associations patients adhérentes au réseau ont un rôle très important. Elles participent à l'autonomisation des patients et à une prise en charge active de leur pathologie. Leurs actions sont tournées vers l'information, le dépistage et la dispensation d'activités physiques adaptées. A noter que pendant le séjour en institution certaines associations dispensent un cours aux patients concernant leur fonctionnement. Depuis cette année, chaque patient reçoit à sa sortie du réseau un courrier d'information sur ces associations.

L'Association Bourguignonne des Insuffisants Respiratoires (ABIR) :

Son siège social est à Dijon. Elle comptait fin 2014, 212 adhérents répartis sur l'ensemble de la Bourgogne. L'ABIR, participe à la vie d'autres associations, dispense des informations collectives et des activités physiques adaptées via Bouger Ensemble. Ses actions en 2014 ont été nombreuses et sont détaillées ci-dessous.

Participation à la vie d'autres associations :

- membre du bureau de l'AdRRes (trésorier et trésorier adjoint)
- membre du bureau de Bouger Ensemble (vice-Président)
- membre du CISS et présence hebdomadaire à la maison des usagers, représentation des usagers dans les instances de santé (Dijon, Chenôve, Talant, Beaune, Yonne)
- membre de la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation
- membre du Conseil d'Administration du CDMR (Comité Des Maladies Respiratoires)
- membre du réseau prévention tabac (trésorier)
- affilié à la FFAIR (Fédération Française des Associations et amicales des malades Insuffisants Respiratoires)
- encadrement bénévole des séjours vacances des Insuffisants Respiratoires.

Journées d'information en 2014 :

- journée du sommeil au niveau régional (300 participants) et national
- participation au parcours du cœur
- participation à la semaine de la sécurité patients
- journée contre la BPCO et journée mondiale sans tabac
- dépistage avec des mesures du souffle en centre commercial : 3 interventions pour 881 personnes dépistées.
- 5 Interventions au CMPR Les Rosiers pour présenter l'association ABIR, et Bouger Ensemble : susciter des adhésions, témoigner sur les bienfaits de la Réhabilitation Respiratoire et la nécessité de poursuivre les exercices physiques.
- 2 passages sur Dijon-sante.fr
- 4 sorties (une dans chaque département)
- édition d'un journal d'information santé en direction de tous les membres (3 par an).

Bouger ensemble

Créé en 2005, Bouger Ensemble est un collectif inter associatif qui propose à des patients porteurs de pathologies chroniques et adhérents à des associations de malades, un cadre juridique et financier destiné à promouvoir et encadrer une stratégie thérapeutique commune : l'activité physique.

- Bouger Ensemble a dispensé 778 séances en Côte d'Or, encadrées par 10 participants durant l'exercice clos en juin 2014. Il s'agit d'activités physiques adaptées (gym, aquagym, renforcement musculaire segmentaire, marche nordique, Qi.Gong). Elles sont pratiquées par 400 patients environ adhérents aux 3 associations fondatrices : ABIR (Insuffisants respiratoires), ADCO (diabétiques de Côte d'Or) et CLUB CŒUR ET SANTE de Dijon. 25% à 30% sont des insuffisants respiratoires.

Air 71

En Saône et Loire, l'Association Air 71 et au même titre que Bouger ensemble a pour objectif de promouvoir et encadrer l'activité physique. Uniquement destinée aux patients Insuffisants Respiratoires, son siège social est à Chalon. Au 31 décembre 2014 elle comptait 55 adhérents actifs. Ils mettent un point d'honneur à garder un lien avec les patients absents.

- 3 activités par semaine : marche le lundi, gymnastique le mardi (dès 2015 tous les lundis et mardis) et aquagym à la piscine de Chalon le mercredi.
- en 2014, elle a également organisé une sortie en plein air.
- enfin, un de ses membres vient tous les deux mois dans le centre de Chalon pour informer les patients de l'existence de l'association et susciter les adhésions.

A noter, l'organisation de co-voiturage pour les patients qui souhaitent participer aux activités.

Enquête de satisfaction auprès des patients 2014



Depuis 2004, l'Adres s'est attachée à effectuer une mesure de la satisfaction des patients au moyen de questionnaires envoyés au domicile des patients qui ont bénéficié d'une réhabilitation respiratoire à domicile

Cette enquête permet de disposer d'une photographie de la perception qualitative par les patients à un instant T par rapport aux prestations proposées mais également de mesurer l'évolution de la satisfaction qui peut résulter des modifications introduites dans le processus lors d'un déploiement plus grand du dispositif de prise en charge

Taux de réponse et méthodologie

Le questionnaire est adressé par courrier à la fin de la prise en charge soit, à 12 mois ou plus tôt si le patient est sorti du réseau de façon anticipée.

Le taux de participation est très satisfaisant puisque en 2014, 840 questionnaires ont été envoyés pour un nombre de questionnaires reçus de 432 soit un taux de participation de 51%

L'analyse consistera en une analyse descriptive des résultats.

Caractéristiques des patients

Parmi les répondants, 60% étaient des hommes. L'âge moyen était de 64 ans pour une médiane de 65 ans. Un âge mini de 16 ans et un âge maxi de 90 ans, Pour 94% d'entre eux, il s'agissait d'une première prise en charge par le réseau et, dans 78% des cas, les patients ont suivi la RR dans sa globalité.

répartition hommes femmes en nb

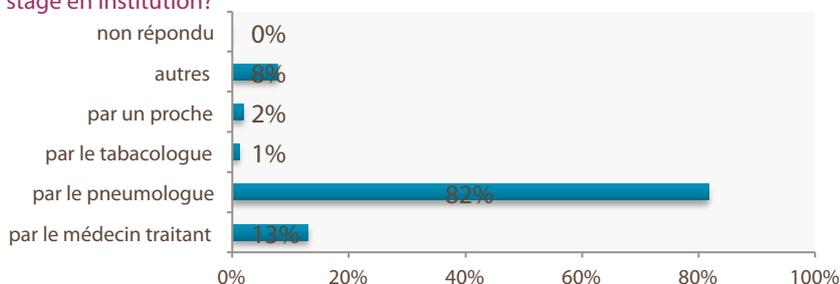
Hommes	260
femmes	172
Total	432

Connaissance du réseau

Comment avez vous eu connaissance du stage en institution?

par le médecin traitant	13%
par le pneumologue	82%
par le tabacologue	1%
par un proche	2%
autres	8%
non répondu	0%
Total	106%

choix multiple possible



La connaissance du réseau passe majoritairement par les pneumologues à 82% et/ou par le médecin traitant dans 13% des cas.

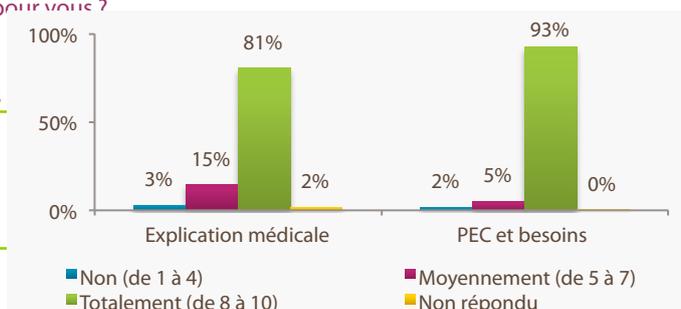
Prise en charge en institution

Lorsque le médecin vous a présenté le stage en institution, avez vous trouvé les explications claires ?

La prise en charge proposée correspond- elle à vos besoins ?

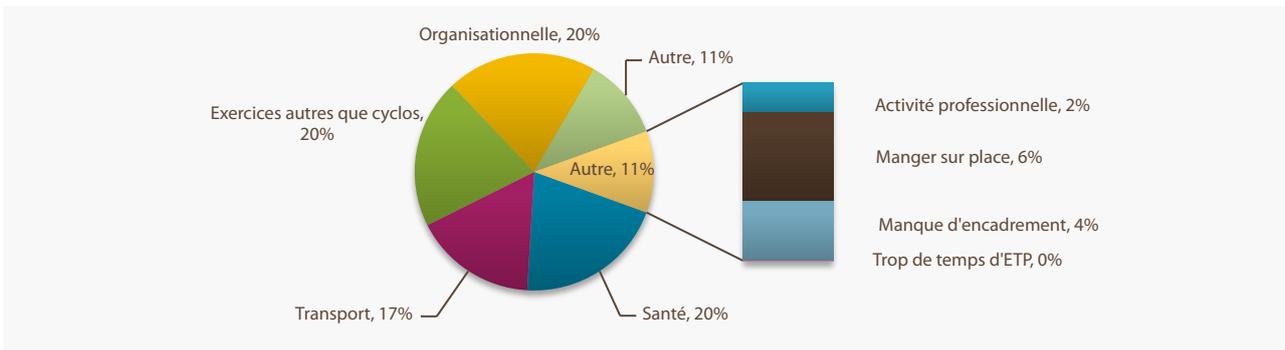
Y a-t-il des éléments de ce stage qui ont été dérangeants pour vous ?

	Explication médicale	PEC et besoins	Els dérangeants
Non (de 1 à 4)	3%	2%	71%
Moyennement (de 5 à 7)	15%	5%	10%
Totalement (de 8 à 10)	81%	93%	17%
Non répondu	2%	0%	3%
Total	100%	100%	100%

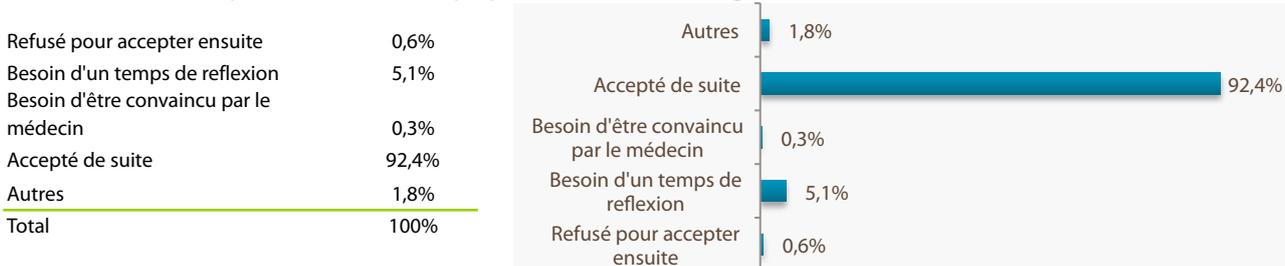


Les personnes interrogées sont très satisfaites par les explications données par le médecin à 80% et ont estimé que la prise en charge répondait à leurs besoins dans 92% des cas.

Parmi les éléments dérangeants, les exercices de marche et piscine arrivent en premier, viennent ensuite des difficultés liées aux transports pour se rendre dans les centres et des problèmes de santé.



Qu'avez vous fait lorsque le médecin vous a proposé de continuer le stage à domicile ?

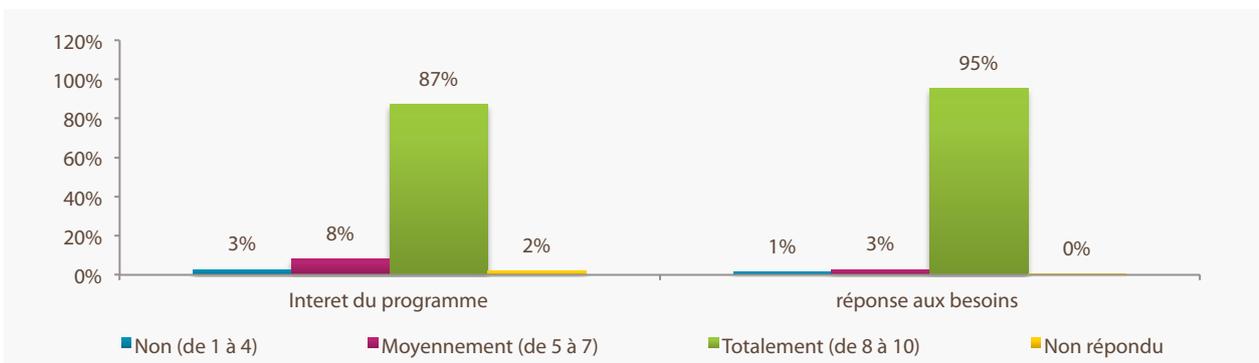


La poursuite à domicile a été évidente pour les patients dans 92% des cas

Prise en charge à domicile

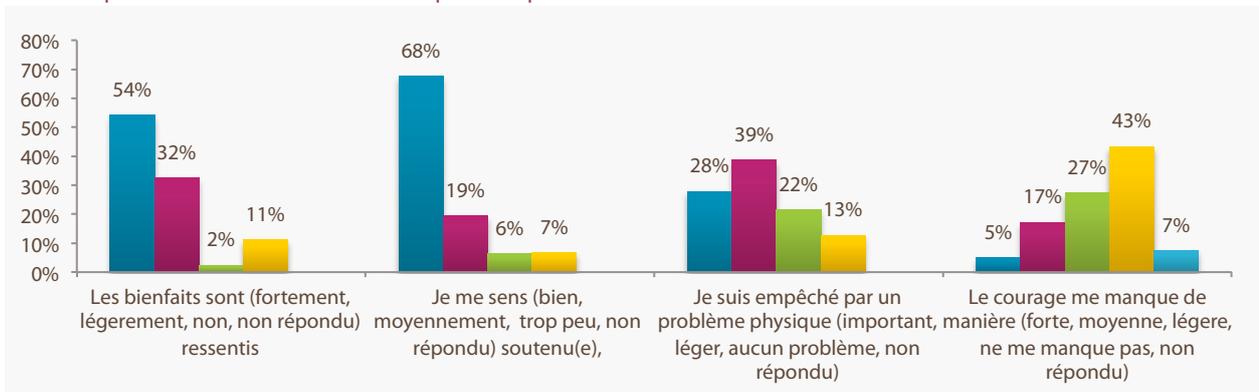
Etes vous à ce jour convaincu par l'interet du programme ?

Diriez vous que la prise en charge à votre domicile répond à vos besoins ?



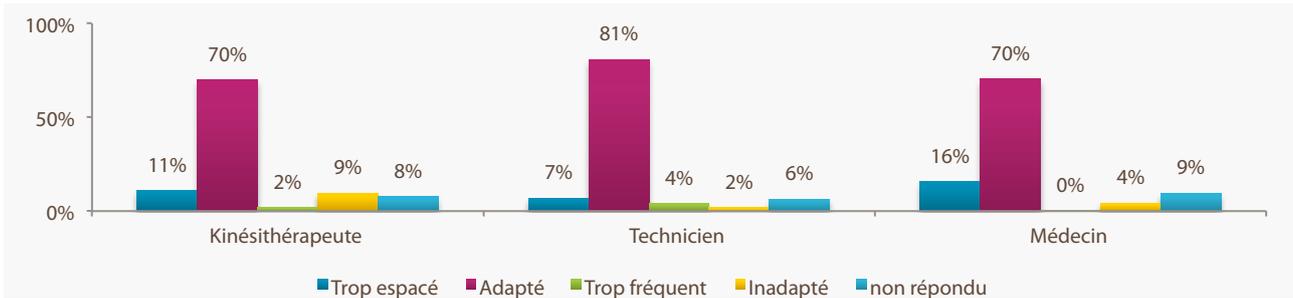
87% des personnes sont convaincues par le programme et 95% estiment que la prise en charge répond pleinement à leurs besoins

Parmi les phrases suivantes cochez celles qui correspondent à votre situation :



54% ressentent fortement les bienfaits de la RR à domicile, 68% des patients se sentent fortement soutenus, 28% des patients sont fortement gênés par un problème physique et 22% des patients avouent manquer de courage.

Que pensez vous du rythme des visites ou contacts avec votre kinésithérapeute, technicien et médecin responsable de votre réentraînement ?

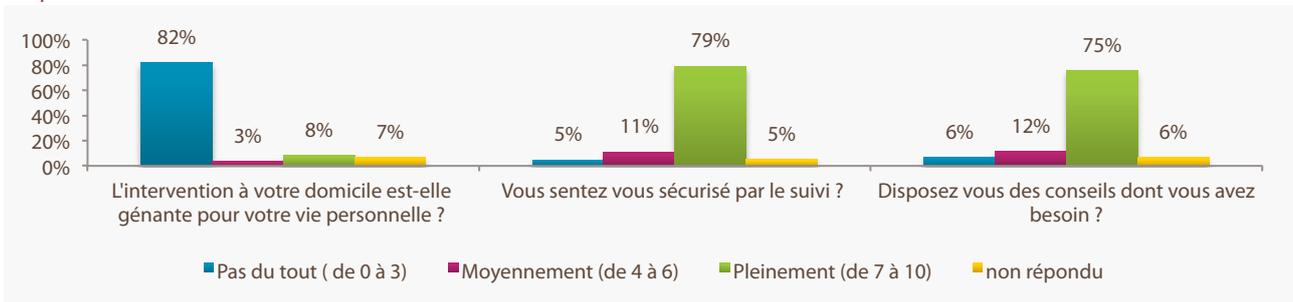


Que ce soit au niveau des passages des kinésithérapeutes, des techniciens ou des visites auprès des médecins, les patients estiment que la fréquence des visites est adaptée.

L'intervention à votre domicile est-elle gênante pour votre vie personnelle ?

Vous sentez vous sécurisé par le suivi ?

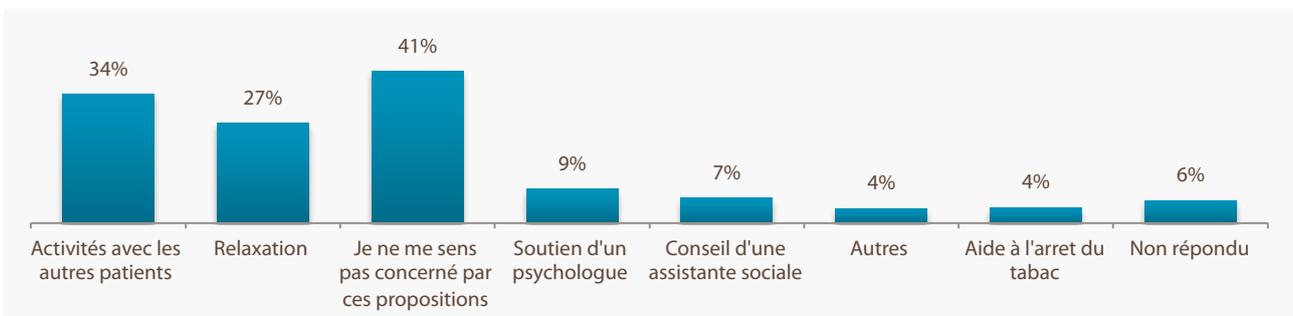
Disposez vous des conseils dont vous avez besoin ?



Les patients sont très satisfaits par les conseils prodigués à 75% et le suivi proposé à 79%.

Parmi les propositions suivantes, cochez celles qui vous intéresseraient

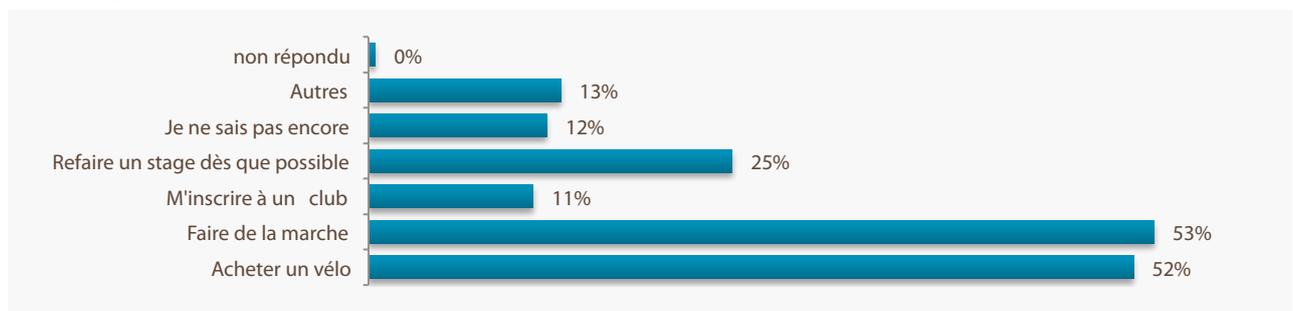
A la question subsidiaire 'quelles propositions vous intéressent ' les activités de groupe arrivent en tête, suivi par les séances de relaxation et psychologue qui représentent 36% . A noter que 41% ne se sentent pas concernés par ces propositions. On peut supposer que ce sont les patients pleinement satisfaits



choix multiple, total supérieur à 100%

Maintien des bénéfices acquis

Qu'envisagez vous de faire pour entretenir les bénéfices acquis ?



choix multiple, total supérieur à 100%

L'autonomisation semble acquise puisque seulement 12% des patients ne savaient pas encore quelle activité physique pratiquer à la sortie du réseau. Pour les autres options, 52% des patients souhaitent acheter un vélo et/ou faire de la marche et 25% souhaiteraient pouvoir refaire un stage.

Pour tout renseignement complémentaire, contactez

Dr Yann Devilliers
Président de l'AdRes
dr-devilliers@wanadoo.fr

Dr Jean Marc Perruchini
Médecin coordonnateur
j.perruchini@opendrp.fr

Christine Gandois
Coordinatrice
c.gandois@adrres.fr
03 80 52 66 63

Charlotte Louis-Jacquet
Assistante de Coordination
c.louisjacquet@adrres.fr
03 80 52 66 63

Amandine Rey
Secrétaire
adrres@rehabilitation-bourgogne-sante.fr
03 80 52 66 63



adRes

Association pour le Développement
de la Réhabilitation Respiratoire

10 Bis rue de Genève
21000 Dijon