



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**Avis du Comité technique de l'innovation en santé sur l'opportunité de
généraliser l'expérimentation « RRTélédom »**

Avril 2026

Le comité technique de l'innovation en santé (CTIS) est saisi pour avis sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « RRTélédom » portée par FormAction Santé (Dr Jean Marie Grosbois). L'expérimentation a été autorisée par arrêté du 9 novembre 2021 pour une durée de 48 mois à compter de la première inclusion. La première inclusion du patient est intervenue le 18 janvier 2022.

Après examen du rapport d'évaluation finale et des différents documents à sa disposition, le comité technique a rendu son avis le 7 avril 2026. Il est favorable à la transposition en droit commun de l'expérimentation.

Note de lecture :

Le Comité technique de l'innovation en santé, placé auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, est composé des membres suivants ou leur représentant (Article R.162-50-2 du Code de la sécurité sociale) : le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, le directeur de la sécurité sociale, le directeur général de l'offre de soins, le directeur général de la santé, le directeur général de la cohésion sociale, le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, un représentant des directeurs généraux des agences régionales de santé (en l'occurrence le directeur général de l'ARS d'Ile de France) et le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie.

Il est chargé d'émettre un avis sur l'opportunité de généraliser les expérimentations conduites dans le cadre de l'« Article 51 », sur la base d'une évaluation dont le résultat est public. Le Rapporteur général, nommé par les mêmes ministres, propose l'avis au Comité technique, y intègre les remarques de ses membres, le signe et le transmet aux ministres pour décision (Article R.162-50-4 du Code de la sécurité sociale).

Le document présente donc l'avis commun à l'ensemble des membres du CTIS ; il est ensuite transmis au Conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS), réunissant les principales parties prenantes des secteurs sanitaire et médico-social, qui s'exprimera à son tour. L'avis conjoint du CTIS et du CSIS fera enfin l'objet d'une communication publique sur le site internet du Ministère chargé de la santé.

On lira dans ce document : l'avis et les recommandations du CTIS sur l'opportunité d'une transposition, placé en tête du document pour une meilleure lisibilité, puis un rappel du contexte, de l'objet de l'expérimentation, les dérogations mobilisées, le champ d'application territoriale, la durée, la population cible, le modèle organisationnel et économique, le budget et enfin les principaux enseignements de l'évaluation afin d'éclairer l'avis du CTIS.

Avis et recommandations du comité technique de l'innovation en santé sur la suite à donner à l'expérimentation

Le dispositif RR TéléDom, porté par FormAction Santé, propose un modèle hybride de réadaptation respiratoire (RR) combinant séances en présentiel à domicile et visioconférence. Il s'adresse principalement à des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) présentant des limitations fonctionnelles et des difficultés d'accès à la réadaptation respiratoire en établissement. L'expérimentation démontre une faisabilité opérationnelle solide, reposant sur une équipe transdisciplinaire structurée, un adressage fluide par les pneumologues et une prise en charge personnalisée assurée par des « care managers » formés à l'ETP.

Malgré quelques limites (notamment la concurrence d'un modèle d'accompagnement entièrement en présentiel à domicile), les conditions d'organisation, de coordination clinique, et de réactivité des équipes confirment que le modèle est opérationnel et transposable, sous réserve d'une ouverture plus large des circuits d'adressage et d'un renforcement du lien avec les professionnels de santé de ville.

Les résultats cliniques montrent une amélioration significative de l'état de santé respiratoire, fonctionnel et psychologique, avec des bénéfices maintenus à court terme (6 et 12 mois). Les analyses issues du SNDS confirment la non-infériorité du dispositif par rapport à une réadaptation classique en soins médicaux et de réadaptation (SMR), notamment en termes de recours aux soins (hospitalisations en SMR plus courtes, dépenses de santé réduites) et de mortalité, avec une tendance favorable observée à 9 et 12 mois.

La satisfaction des patients est très élevée (92,7/100) : les séances sont perçues comme fluides, motivantes et rapidement bénéfiques. Le distanciel facilite la participation mais reste moins apprécié que le présentiel. L'impact positif observé chez certains aidants complète ces résultats. Ces éléments attestent que RR TéléDom répond à un besoin réel pour des patients fragiles, isolés ou réticents à se rendre en établissement.

L'évaluation économique conclut à **une efficience favorable, avec des dépenses de santé significativement réduites** chez les patients RR TéléDom à 12 mois, même en intégrant le forfait d'innovation. Le coût du forfait apparaît cohérent avec les prévisions (1 669 € vs 1 677 € attendus).

Quelques points doivent être ajustés pour garantir la soutenabilité du modèle :

- déclenchement trop précoce du forfait en SpO₂, y compris pour les patients n'entrant pas réellement dans le parcours ;
- niveau d'inclusions inférieur au seuil permettant d'optimiser les coûts fixes ;
- dépendance forte au dispositif RR Dom (100% présentiel à domicile), dont le modèle économique actuel (hors Article 51) n'est pas transposable à l'identique.

Malgré ces limites, les résultats montrent que le modèle est économiquement pertinent et que son financement pourrait être assuré en droit commun moyennant des ajustements.

L'expérimentation met en évidence une reproductibilité globalement favorable : structuration en équipe transdisciplinaire, processus d'adressage standardisable, outils numériques déjà en place, possibilité d'alignement avec les structures autorisées à coordonner des parcours de soins complexes.

Pour autant, plusieurs conditions doivent être réunies pour un déploiement maîtrisé :

- ouverture de l'adressage aux médecins généralistes ;
- amélioration des fonctionnalités numériques (télésuivi, support ETP) ;
- modalités adaptées pour les patients en précarité numérique ;
- articulation clarifiée entre TéléDom, RR Dom et les SMR ;
- sécurisation du modèle économique en droit commun.

Une extension progressive à d'autres pathologies pourrait être envisagée, sous réserve d'une adaptation des contenus et du forfait.

Ces résultats permettent de conclure à une **opportunité favorable à la généralisation** du dispositif en droit commun, sous réserve d'ajustements visant à garantir sa viabilité et à optimiser son accessibilité, notamment par l'élargissement de l'adressage, la consolidation du modèle économique et le renforcement de l'articulation avec les acteurs de ville.

Pour le comité technique de l'innovation en santé,



Cécile Lambert,
Rapporteuse générale

Objet de l'expérimentation

Pour rappel, le projet a pour objectif d'accompagner tout patient porteur de BPCO hospitalisé pour une exacerbation aiguë de BPCO et son aidant éventuel *via* un programme de réadaptation respiratoire à domicile et par télé-réadaptation. Ce programme de réadaptation est dispensé par une équipe transdisciplinaire spécialisée (pneumologue, infirmier, diététicien, esthéticienne socio médicale, kinésithérapeute, éducateur d'activités physiques adaptée (EAPA), assistante administrative, psychologue).

Il associe le réentraînement à l'effort et la reprise d'activités physiques adaptées, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement psycho-social et motivationnel du patient, quels que soient son lieu de résidence, son niveau socio-économique, le nombre et la sévérité des comorbidités associées, sans rupture dans le parcours de soin, au bon moment.

Le programme de réadaptation respiratoire d'une durée de huit semaines comprend :

- un bilan éducatif (anamnèse, évaluation de l'environnement, des besoins, les objectifs pédagogiques du patient et le projet de vie) ;
- une évaluation en réadaptation respiratoire (évaluation de la dyspnée, la capacité physique, la fragilité et l'équilibre, l'humeur, la qualité de vie, la vulnérabilité et l'élaboration du plan personnalisé et des objectifs pédagogiques de santé) ;
- une séance de réadaptation respiratoire hebdomadaire (réentraînement à l'effort et reprise des activités physiques adaptées, éducation thérapeutique, accompagnement psycho-social et motivationnel), quatre séances en présentiel avec apprentissage des activités et quatre séances en distanciel avec mise à disposition de supports et de matériel de réentraînement à l'effort ;
- une réunion de concertation transdisciplinaire hebdomadaire ;
- une évaluation de fin de stage.

Une évaluation et un entretien motivationnel sont réalisés à six et douze mois après la fin du programme.

Dérogations mobilisées

Le projet soumis est recevable en ce qu'il déroge aux articles L.160-8 (1°, 2° et 6°), L.162-25, L.162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS).

Champ d'application territorial de l'expérimentation

Le champ d'application de l'expérimentation proposée est de portée locale. Il s'applique en région Hauts-de-France.

Durée de l'expérimentation

L'expérimentation était prévue pour une durée de 48 mois, à compter de l'inclusion du premier patient. La première inclusion a été effectuée au 18 janvier 2022. L'arrêté du 20 novembre 2025 a prolongé l'expérimentation jusqu'au 30 avril 2026, compte tenu des délais nécessaires à la finalisation de l'évaluation.

Population cible

Critères d'inclusion : patients atteints de BPCO et/ou porteurs à la fois d'une maladie asthmatique et d'une BPCO récemment victime d'une exacerbation aiguë de BPCO (EABPCO) ayant nécessité une hospitalisation, pour lesquels des séances de réadaptation respiratoire (RR) s'avèrent indispensables. Ces patients pour des raisons médicales et/ou personnelles ne peuvent pas et/ou ne veulent pas être pris en charge en hospitalisation complète ou partielle en soins médicaux et de réadaptation (SMR).

Critères d'exclusion : patients souffrant d'instabilité respiratoire (acidose respiratoire), ou présentant une pathologie cardio-vasculaire non stabilisée (ischémique, HTA, insuffisance cardiaque, troubles du rythme...), patients avec des soins médicaux et paramédicaux lourds et continus nécessitant une hospitalisation en SMR ou une hospitalisation à domicile (HAD), patients avec incapacité fonctionnelle (neurologique, ostéo-articulaire ou musculaire) empêchant le réentraînement à l'effort, troubles cognitifs ou psychiatriques majeurs.

Niveau d'inclusions :

	Inclusions prévues au cahier des charges	Inclusions effectuées Source : porteur sur la période janvier 2022 – fin 2024	Inclusions facturées au 12 mars 2026
Total	815 patients sur 3 ans	384 patients distincts ont effectué le bilan éducatif et partagé 238 patients distincts ont suivi le stage de RR Télédom	490

Modèle testé

Le programme de réadaptation respiratoire d'une durée de huit semaines comprend :

- un bilan éducatif (anamnèse, évaluation de l'environnement, des besoins, les objectifs pédagogiques du patient et le projet de vie) ;
- une évaluation de réadaptation respiratoire (évaluation de la dyspnée, la capacité physique, la fragilité et l'équilibre, l'humeur, la qualité de vie, la vulnérabilité et l'élaboration du plan personnalisé et des objectifs pédagogiques de santé) ;
- une séance de réadaptation respiratoire hebdomadaire (réentraînement à l'effort et reprise des activités physiques adaptées, éducation thérapeutique, accompagnement psycho social et motivationnel), quatre séances en présentiel avec apprentissage des activités et quatre séances en distanciel avec mise à disposition de supports et de matériel de réentraînement à l'effort ;
- une réunion de concertation transdisciplinaire hebdomadaire ;
- une évaluation de fin de stage.

Professionnels impliqués

Professionnels impliqués	Rôles
<u>Pneumologues</u>	Pneumologue porteur = pilote de l'expérimentation Pneumologues hospitaliers = prescription du parcours RR Télédom et suivi pneumologique à 3 mois
<u>IDE</u>	Membre de l'équipe transdisciplinaire Rôle de <i>care manager</i> avec spécificités liées à sa formation et son expérience professionnelle
<u>Diététicien</u>	Membre de l'équipe transdisciplinaire Rôle de <i>care manager</i> avec spécificités liées à sa formation et son expérience professionnelle
<u>Kinésithérapeutes</u>	Membre de l'équipe transdisciplinaire Rôle de <i>care manager</i> avec spécificités liées à sa formation et son expérience professionnelle
<u>Enseignants en activité physique adaptée</u>	Membre de l'équipe transdisciplinaire Rôle de <i>care manager</i> avec spécificités liées à sa formation et son expérience professionnelle
<u>Psychologue</u>	Membre de l'équipe transdisciplinaire Rôle de <i>care manager</i> avec spécificités liées à sa formation et son expérience professionnelle
<u>Autres (art-thérapeute, esthéticienne socio-médicale, ...)</u>	Membre de l'équipe transdisciplinaire Rôle de <i>care manager</i> avec spécificités liées à sa formation et son expérience professionnelle
<u>Cercle de soins habituel du patient (médecin traitant, IDEL, MK, ...)</u>	Ils sont avertis de la mise en place de la RR TéléDom par courrier, les invitant à y participer, et reçoivent des courriers de suivi au décours des différentes étapes ; ils assurent le suivi de post hospitalisation d'exacerbation aigüe de BPCO.

Modèle de financement

Le modèle de financement comporte cinq forfaits à la séquence : un forfait inclusion, un forfait séance en présentiel, un forfait séance en distanciel, un forfait évaluation à six mois, un forfait évaluation à douze mois.

Le forfait par patient et pour un stage complet s'élève à 1 677 euros.

Budget de l'expérimentation

	Budget maximal autorisé après prolongation jusqu'au 30 avril 2026	Budget consommé au 12 mars 2026
Financement dérogatoire (FISS ¹)	1 251 145 €	443 136 € ²
Crédits d'amorçage et d'ingénierie (FIR ³)	182 125 €	€ ⁴
Total	1 433 270 €	€

Principaux résultats d'évaluation

Faisabilité

L'expérimentation s'est déployée de manière opérationnelle malgré des inclusions qui sont restées en deçà des prévisions du cahier des charges. Entre janvier 2022 et fin 2024 (période d'évaluation), 401 patients ont été inclus (soit 49% de l'objectif de 815 inclusions), et 238 (29%) ont accepté de suivre le parcours TéléDom. En effet, RR TéléDom a été « concurrencé » par le parcours RR Dom hors Article 51 réalisé entièrement en présentiel à domicile et préféré par 134 patients (33% des 401 patients inclus). RR TéléDom s'est appuyé sur la notoriété de FormAction Santé et son réseau de médecins adresseurs consolidé depuis quinze ans. Il convient de noter que le médecin adresseur ne faisait pas le choix entre les deux dispositifs, ce dernier était laissé à la discrétion de FormAction Santé et du patient.

L'opérationnalité du dispositif repose sur une équipe transdisciplinaire de 14 *care managers*, uniques référents du patient, formés à l'ETP et coordonnés par un pneumologue référent et une responsable administrative. Les *care managers* sont désignés selon un secteur géographique et suivent en moyenne 50 à 60 patients par an (quatre par jour). L'organisation horizontale mise en place, les échanges hebdomadaires à travers des Réunions de Concertation Transdisciplinaire (RCT) et la réactivité opérationnelle des équipes (un à deux jours entre l'adressage et le premier contact) garantissent un accompagnement fluide et de qualité. L'adressage vers RR TéléDom est perçu comme simple et fluide par les médecins pneumologues, seuls adresseurs. Le choix a été fait par l'équipe projet de confier aux seuls médecins pneumologues l'adressage compte tenu de la capacité de réponse limitée du dispositif dans la phase expérimentale. Le parcours RR TéléDom est hybride, personnalisé aux besoins du patient et reposant sur l'activité physique adaptée (APA), l'ETP et l'accompagnement psychosocial et motivationnel. La visioconférence facilite la réalisation d'activités éducatives et physiques simples, en réduisant les déplacements des patients, mais demande une préparation en amont. La RR TéléDom s'appuie sur une combinaison d'outils matériels, éducatifs et numériques mis à disposition des patients (vélos, pédaliers, fiches d'éducation thérapeutique du patient (ETP), etc.).

¹ Fonds pour l'innovation du système de santé.

² Source : plateforme de facturation de l'Article 51.

³ Fonds d'intervention régional.

⁴ Source : Agence régionale de santé des Hauts-de-France.

Le suivi des parcours est centralisé dans le logiciel « Care Itou », qui regroupe l'ensemble des données administratives et de suivi des patients. « Care Itou » ne permet pas encore le télésuivi direct des patients ni l'accès aux supports pédagogiques. En revanche, les patients et le pneumologue adresseur peuvent consulter en ligne les résultats de leurs tests et les comptes rendus de séances. Cependant, son utilisation n'a été mentionnée par aucun patient interrogé ou observé.

Efficacité/Efficience

Les patients suivis dans RR TéléDom ont 67,2 ans de moyenne d'âge, sont majoritairement des hommes (55%), fumeurs (24%) ou ex-fumeurs (71%), en situation d'obésité pour 21% d'entre eux et 63 % en situation de précarité (score EPICES). Sur le plan respiratoire, les patients se caractérisent par un trouble ventilatoire obstructif sévère (selon la classification GOLD), avec un VEMS moyen à 37,8% et un degré d'obstruction intermédiaire avec un ratio VEMS/CVF moyen à 49%. Les patients inclus n'ont majoritairement (80-85%) pas eu de réadaptation respiratoire avant leur entrée dans le dispositif et déclarent une bonne appropriation de leur maladie (75%). Le profil des patients inclus est comparable à celui des patients hospitalisés pour exacerbation aigüe et candidats à une réadaptation respiratoire. Les patients de RR TéléDom présentent en début de stage une dyspnée moyenne légèrement moins marquée ou comparable selon les études, une capacité physique plutôt meilleure, un état de santé perçu légèrement inférieur, un impact des symptômes situé dans la moyenne des études mais demeurant dans une catégorie sévère.

Les patients présentent des améliorations significatives sur les plans respiratoire, fonctionnel et psychologique, avec un maintien des bénéfices à six et douze mois. Parallèlement, la diminution des scores CAT, HAD-A et HAD-D, ainsi que du niveau de fatigue, souligne un impact positif sur le bien-être psychologique et la qualité de vie.

Le parcours est perçu très positivement par les patients et bien vécu : organisation fluide, créneaux souples, intervenants à l'écoute et motivants. Les séances de réadaptation respiratoire sont exigeantes mais apportant des bénéfices rapidement perceptibles sur le souffle, la confiance, le moral et l'autonomie. Le présentiel est nettement préféré à la visio (obstacles techniques, apprentissage moins aisé). Globalement, la satisfaction des patients atteint un niveau très élevé (92,7/100). Pour près d'un tiers des aidants, un effet positif sur leur santé physique (diminution de la fatigue), mentale, une amélioration de la qualité de vie ainsi qu'un bénéfice social sont observés. En fin de séance du stage, la majorité des patients se sent apaisée, plus confiante et moins isolée. L'intention de poursuivre la réadaptation respiratoire est forte pour les patients (9,3/10), les craintes sont faibles (6/32 répondants à l'enquête) mais la pérennisation reste inégale (environ 2/3 maintiennent une pratique régulière). Le rôle des médecins traitants et des autres professionnels de proximité gagnerait à être renforcé en tant que relais de motivation et d'engagement des patients.

Une analyse cas-témoins a pu être menée sur 138 patients (avec un ratio 1 cas pour 1 témoin). La population témoin est constituée de patients résidants en Hauts-de-France (pour assurer la comparabilité, importance de garder la même zone géographique que pour les cas pour des patients atteints de pathologies respiratoires) ayant fait une réadaptation respiratoire en SMR après une hospitalisation MCO pour exacerbation de BPCO dans les douze mois avant. Avant appariement, la population

cas était plus jeune, avec des exacerbations moins sévères, plus sous OLD/VNI et moins comorbides que les témoins. L'appariement mixte a permis de corriger les grandes disparités. La population d'étude était suivie en moyenne 8,5 mois.

Une différence significative a été observée sur le recours aux hospitalisations complètes en SMR, avec moins de recours chez les cas comparés aux témoins (doubles différences = 0,12 ; $p=0,0252$). Néanmoins, un recours faible dans les deux populations est constaté. Comparé aux témoins appariés, les cas RR TéléDom avaient des durées cumulées d'hospitalisations complètes en SMR pour réadaptation respiratoire significativement plus courtes (2,7 jours sur la période post-index de 12 mois vs 7,7 jours pour les témoins).

Une baisse similaire de la proportion de patients hospitalisés et de la durée cumulée des hospitalisations complètes en MCO pour BPCO a été observée dans les deux groupes sur les 12 mois post-index ($p=0,3669$). Concernant la sévérité des hospitalisations BPCO en MCO, aucune différence significative n'est retrouvée, malgré une tendance à plus d'hospitalisations en ambulatoire ou pour bilan chez les cas, suggérant potentiellement une prise en charge plus proactive.

A 18 mois, aucune différence concernant le taux de mortalité n'est observée : 17,3% pour les cas et 20,9 % pour les témoins ($p=0,3114$). Cependant, à 9 mois et 12 mois, une tendance à une mortalité plus faible chez les cas (7,9% à 12 mois et 16,8 % chez les témoins) est constatée.

Aucun effet différentiel du dispositif n'a été mis en évidence sur la sévérité clinique mesurée par le recours aux dispositifs OLD/VNI entre les deux populations.

Les coûts totaux de prise en charge pour BPCO et totaux sont significativement plus faibles chez les cas y compris en intégrant les dépenses du forfait. Une baisse importante des dépenses pour les cas 12 mois après l'intégration dans le dispositif vs 12 mois avant est observée : 16 640 € en moyenne (médiane 8 620 €) post-index vs 29 934 € (médiane 23 023 €) pré-index. Des doubles différences significatives à l'avantage des cas sont constatées au sujet des hospitalisations en SMR pour réadaptation cardiaque et des dépenses de kinésithérapie. Concernant les témoins, leurs dépenses sont stables : 27 256 € en post-index en moyenne vs 28 334 € en pré-index.

Concernant le modèle économique, entre 2022 et 2024, les coûts de pilotage de projet, de matériel et de mise à niveau du système d'informatoin s'élevaient à 56 334 € contre 128 559 € perçus entraînant un excédent de 72 225 € de crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI). Toutefois, en prenant en compte les coûts de formation dans les CAI et après certains ajustements, l'excédent des CAI ne s'élève plus qu'à 13 795 €. Le nombre de patients inclus étant bien inférieur à l'objectif, le financement *via* le FISS est resté en deçà des prévisions (365 828 € vs 1 251 145 €). Le déclenchement du forfait dès la SpO pour des patients qui ne poursuivaient pas RR TéléDom, engendre des coûts supplémentaires importants (environ 50 000€), ce qui peut fragiliser la soutenabilité du modèle et devra être ajusté en vue d'une éventuelle généralisation. L'analyse du modèle économique de RR TéléDom permet d'établir que le coût du forfait a bien été dimensionné dans le cahier des charges (1 669€ VS 1 677€ prévu).

Reproductibilité

RR TéléDom et RR Dom complètent l'offre de réadaptation respiratoire en SMR en proposant des modalités adaptées aux patients fragiles, isolés ou réticents à une prise

en charge en SMR. La téléadaptation restant inadaptée à 30 à 40 % des patients, RR Dom (non évaluée ici, hors Article 51) constitue une alternative intéressante dont l'éventuelle généralisation devra s'accompagner d'une évolution du modèle économique actuellement.

Le déploiement effectif du dispositif passe par un adressage simplifié et standardisé, une coordination renforcée entre professionnels et une prise en charge individualisée portée par des équipes transdisciplinaires formées à la réadaptation respiratoire et à l'ETP. Le dispositif nécessite des outils numériques et matériels adaptés, ainsi que des solutions spécifiques pour les patients en situation de précarité numérique. Un point d'amélioration est mis en évidence à savoir le renforcement des relais avec les professionnels de santé de ville afin de maintenir la motivation des patients et un ancrage durable des acquis de la réadaptation respiratoire.

Fondé sur un équilibre entre présentiel et distanciel, RR TéléDom pourrait s'appuyer sur des structures autorisées à coordonner des parcours coordonnés renforcés (PCR) et pourrait être étendu à l'ensemble des patients BPCO ainsi qu'à d'autres pathologies chroniques (asthme, fibroses, oncologie, post-chirurgie), sous réserve d'une adaptation du modèle économique garantissant la viabilité et la pertinence clinique du dispositif.

En conclusion, des améliorations significatives de l'état de santé des patients inclus, une satisfaction importante de ces derniers et une non infériorité du dispositif démontrée dans l'analyse SNDS (résultats à minima égaux à ceux observés dans une population effectuant une réadaptation cardiaque classique en SMR avec des dépenses de santé bien inférieures pour les cas) permettent d'envisager une transposition dans le droit commun de RR TéléDom. Toutefois, la dépendance forte de RR TéléDom à RR Dom questionne la reproductibilité de RR TéléDom seule et amène à réfléchir sur un modèle conjoint de passage à l'échelle. Enfin, la possibilité d'ouvrir les adressages aux médecins généralistes permettrait d'augmenter l'accès à la réadaptation respiratoire.