

ARTICLE 51

JOURNÉE NATIONALE des PORTEURS de PROJET



Bienvenue

3^e JOURNÉE

PRISES EN CHARGE
ACTUELLEMENT NON
REMBOURSÉES

100

EXPÉRIMENTATIONS

50 000 PERSONNES

PRISE EN CHARGE
À DOMICILE

« VOUS ÊTES DES
DÉFRICHEVEUX »



PRÉVENTION

Mieux vaut prévenir que guérir

FORFAITS
INNOVANTS

ARTICLE 51

-
-
-
-
-

ENJEUX

1 MISE EN ŒUVRE

L'article 51:
On a grandi
avec le covid

2 SAVOIR TERMINER
LES EXPÉS

AUJOURD'HUI

S'INSPIRER POUR
DIFFUSER



ACCOMPAGNEMENT MENTALE

DSPP

Dispositif apprenant pour
médecins généralistes afin d'obtenir
un avis psychiatrique

PASSCO

B

Ce SOA
Prise en charge
complexes
équipes



PROTOCOLE D'EVALUATION DE L'EXPÉRIMENTATION EQLAAT

EQUIPES LOCALES D'ACCOMPAGNEMENT SUR LES AIDES TECHNIQUES

Paris 17 Décembre 2021

Mandataire du consortium Lot 1

Antoine Georges-Picot & Mariane Beija

agp@govhe.com
06 07 68 13 86



Direction de projet Lot 1

Robert Launois, Elise Cabout, Myriam Diard

launois.reesfrance@wanadoo.fr
06 07 82 07 45



Genactis.



Genactis.

Description de l'expérimentation et questions évaluatives prioritaires

L'expérimentation a pour objet de mettre en place

- **Des équipes locales** rapidement et aisément accessibles,
- **N'ayant aucun lien commercial avec les fournisseurs d'aides techniques,**
- **Pour évaluer les besoins** des personnes en **situation de handicap** et **personnes âgées dans le choix de leur matériel** et les accompagner dans leur prise en main et leur suivi.

24 expérimentations

Nom du porteur	Région	Département	Type de structure	Public cible	Territoire couvert	Effectifs visés
CH de Grasse	PACA	6	CH	PA	Un site	500
Saint-Mayne-OPTEO-12	Occitanie	12	association gestionnaire MS	enfants/adultes/PA	Supradépartemental	800
CREEDAT	PACA	13	association non gestionnaire	enfants/adultes/PA	Un site	180
Ardevie	Nouvelle Aquitaine	16	SSR	enfants/adultes/PA		230
Union des Mutuelles de Corses	Corse	20	Union des Mutuelles de Corse Santé	enfants/adultes/PA	Un département	800
Gard'et autonomie	Occitanie	30	association non gestionnaire	PH/PA		700
GIHP Aquitaine	Nouvelle Aquitaine	33	association gestionnaire MS	enfants/adultes/PA	Un département	730
L'ETAPE	Occitanie	34	Etablissement public administratif	PH/PA	Un département + proximité	800
CH Issoudun	Centre-Val de Loire	36	CH de la Tour Blanche	PH/PA	Un site	800
Mutualité Française de Bretagne	Bretagne	56	Union des services mutualistes de bretagne	enfants/adultes/PA	Supradépartemental	800
Fondation Bompard-CICAT	Grand Est	57	association gestionnaire MS	enfants/adultes/PA	Un département	1010
Hacavie	Hauts de France	59	association non gestionnaire	enfants/adultes/PA	Un département	200
CD 59	Hauts de France	59	département collectivité	enfants/adultes/PA	Un département + proximité	900
MDPH 63	AURA	63	collectivité MDPH	enfants/adultes/PA	Un département	440
CEPS-CICAT 67	Grand Est	67	association non gestionnaire	PH/PA	Un département + proximité	800
CICAT Pays de la Loire	Pays de la Loire	72	association gestionnaire MS	PH/PA	Un département	600
Centre ressource Normandie Lorraine DV	Normandie	76	association gestionnaire MS	enfants/adultes/PA		350
CD 76	Normandie	76	collectivité MDPH	enfants/adultes/PA		800
Escavie	Ile de France	77	CRAMIF - organisme de sécurité sociale	enfants/adultes/PA		120
APF Nouvelle Aquitaine	Nouvelle Aquitaine	87	association non gestionnaire	enfants/adultes/PA		500
Territoire de Belfort	BFC	90	collectivité MDPH	enfants/adultes/PA	Un site	240
Diapasom	Nouvelle Aquitaine	86	association non gestionnaire	enfants/adultes/PA	Supradépartemental	250
CRICAT-APF 971	Guadeloupe	971	association gestionnaire MS	enfants/adultes/PA	Un département	500
IRSAM	Réunion	974	association gestionnaire MS	enfants/adultes/PA	Un département	500

1_Constitution du dossier;

- Premier contact : Réception de la demande, et création d'un dossier
- Entretien téléphonique (Vidéo possible) et / ou échange de mails

2_Identification des besoins;

- Evaluation des besoins : si évaluation précise pré-existante : utilisation des données pré-existantes et possibilité de compléter
- Sinon l'équipe locale réalise une évaluation complète

3_Rédaction du plan d'accompagnement;

- Définition de l'accompagnement individuel : choix de l'AT, prise en main de l'AT, suivi ponctuel
- Programmation des interventions
- Répartition dans le temps des actions à déployer
- Entretiens en présentiel, échanges avec les partenaires

4_Préconisation de l'aide technique la plus adaptée;

- Choix de l'aide technique, type et modèle : Définition du type et des caractéristiques de l'aide technique
- Précision des modalités d'accès
- Entretiens en présentiel, recherche documentaire, mise en situation, organisation des essais en conditions réelles, indication des caractéristiques techniques, rédaction de la prescription (LPPR)

5_Construction d'un plan de financement;

- Obtention du financement : s'assurer que la personne soit en capacité de faire valoir ses droits pour le financement, orientation vers le bon interlocuteur (faciliter les liens avec CPAM, MDPH)
- Réalisation d'entretiens, bilan social, guidance pour plan de financement, transmission à la personne et au financeur

6_Assistance à la prise en main;

- Livraison à l'utilisateur, montage et formation
- Entretiens en présentiel sur le lieu de vie, mises en situation
- , formation à l'utilisation

7_Suivi de la prise en main. Réparation et adaptation.

- Maintenance et vérification périodique : orientation vers un tiers pour la recherche d'une solution complémentaire, prévision d'une nouvelle évaluation (déclenchement d'un nouveau forfait)
- Entretiens à distance, ou sur lieu de vie ; mise en situation

Financement par séquences d'évaluation et d'accompagnement



Modèle de financement au forfait avec des situations courantes et des situations complexes (10 heures / 15 heures)



Le forfait inclus une différence plaine / montagne pour palier la différence de transport



Un forfait de 10 heures peut se cumuler avec un forfait de 15 heures pour les cas les plus complexes



**Le forfait de 10 heures est à : 559 / 580 €
Le forfait 15 heures 848 / 879 €**

Actions	Taches
Inclusion et actions administrative	Réception et enregistrement de la demande Organisation des RDV & Suivi Après l'intervention, transmission des éléments
Evaluation et accompagnement jusqu'au choix de l'AT	Evaluation Analyse des données et étude des solutions, recherche documentaire(produits) Proposition d'AT à la personne, réalisation des essais, validation des propositions Rédaction d'un CR Déplacement A/R
Prise en main et suivi à moyen terme	Contact au moment ou rapidement après la réception de l'AT Appels à 3 mois et 6 mois après réception de l'AT Réponses aux sollicitations de la personne après réception de l'AT

– **Une même finalité**

Répondre aux besoins des personnes âgées ou en situation de handicap, d'être accompagnées dans le choix des ATs qui leur sont prescrites et dans leurs utilisations.

– **Des modalités d'intervention partagées quant :**

- A la définition des populations cibles : personnes handicapées, personnes âgées;
- Au périmètre des territoires à desservir : départements, bassin de population
- Aux actions à déployer;
- A l'organisation des essais
- Aux partenariats à mettre en place;
- A la nécessaire professionnalisation du milieu;
- A l'importance à accorder à la pair-aidance;
- A la subsidiarité des financements

Une seule méthodologie d'évaluation externe

Les questions auxquelles l'évaluation devra répondre

- Orientations stratégiques

- Objectifs opérationnels

- Questions évaluatives

- Interventions à déployer

- Effets attendus

• OS1 : Créer un service de proximité accessible et adapté
--

• OP1 : délivrer aux usagers une information neutre pour répondre à la demande d'accompagnement
• OP2 : Lever les obstacles géo et financiers à l'accompagnement pour les choix et l'utilisation AT

• QE1 : Dans quelle mesure l'implantation locale des expérimentations EqLAATs a-t-elle facilité le choix et la prise en main des aides techniques en diffusant une information neutre et en levant les obstacles géographiques et financiers ?
--

• Mettre en place d'un service d'information et d'orientation de l'accès aux AT
• Introduire Forfait 10h / Forfait 15h • Distinction entre plaine/montagne

EA1 : Une Information renforcée du grand public et des professionnels sur l'émergence d'équipes locales susceptibles de les accompagner dans le choix et l'usage des AT
EA2 : Une fluidification de l'accès à l'accompagnement par la neutralisation des obstacles géographiques et financiers

• OS2 : Renforcer la logistique des EqLAATs et le professionnalisme des intervenants
--

• OP3 : Garantir la qualité des évaluations aux professionnels adesseurs
• OP4 : Articuler les équipes locales d'accompagnement avec les dispositifs existants

• QE2 : Dans quelle mesure, les EqLAATs ont-elles eu un impact organisationnel en modifiant les modalités d'accès aux aides techniques et en renforçant les capacités professionnelles?

• Recrutement/réaffectation et structuration d'une équipe pluridisciplinaire • Echange d'informations avec les professions intervenantes auprès de la personne
• Organisation de la subsidiarité • Signature d'accords de partenariat

EA3 : Renforcement de la pertinence des prescriptions et des préconisations
EA4 : Augmentation du nb de bénéficiaires et accélération du processus de la prise en charge

• OS3 : Améliorer la pertinence des préconisations et du suivi en conditions normales d'usage

• OP5 : Aider au choix du matériel adapté
• OP6 : Aider à la bonne utilisation

• QE3 : Dans quelle mesure les EqLAATs ont-elles permis d'identifier et de répondre aux besoins de la personne en demande d'accompagnement pour le choix et l'usage des AT ?
--

• Constitution du dossier et entretiens • Formulation du besoin, parc d'exposition, recours à la pair-aidance • Construction d'un plan de financement
• Réalisation d'essais • Suivi de la prise en main • Recours à la pair-aidance

EA5 : Réduction des taux d'abandon
EA6 : Gain d'autonomie pour la personne • Goal attainment scale, GAS

• OS4 : Réaliser des gains d'efficience

• OP7 : Vérifier le bon calibrage des forfaits
• OP8 : Eviter les coûts induits

• QE4 : Dans quelle mesure les modalités de financement des EqLAATs ont-elles été pertinentes et bien dimensionnées pour couvrir les coûts de l'accompagnement et éviter les doublons?
--

• Identification des coûts réels de la PEC • # de personnes accompagnées • Vérification de l'équilibre budgétaire
• Identification du coût financier de l'accompagnement pour les différents financeurs

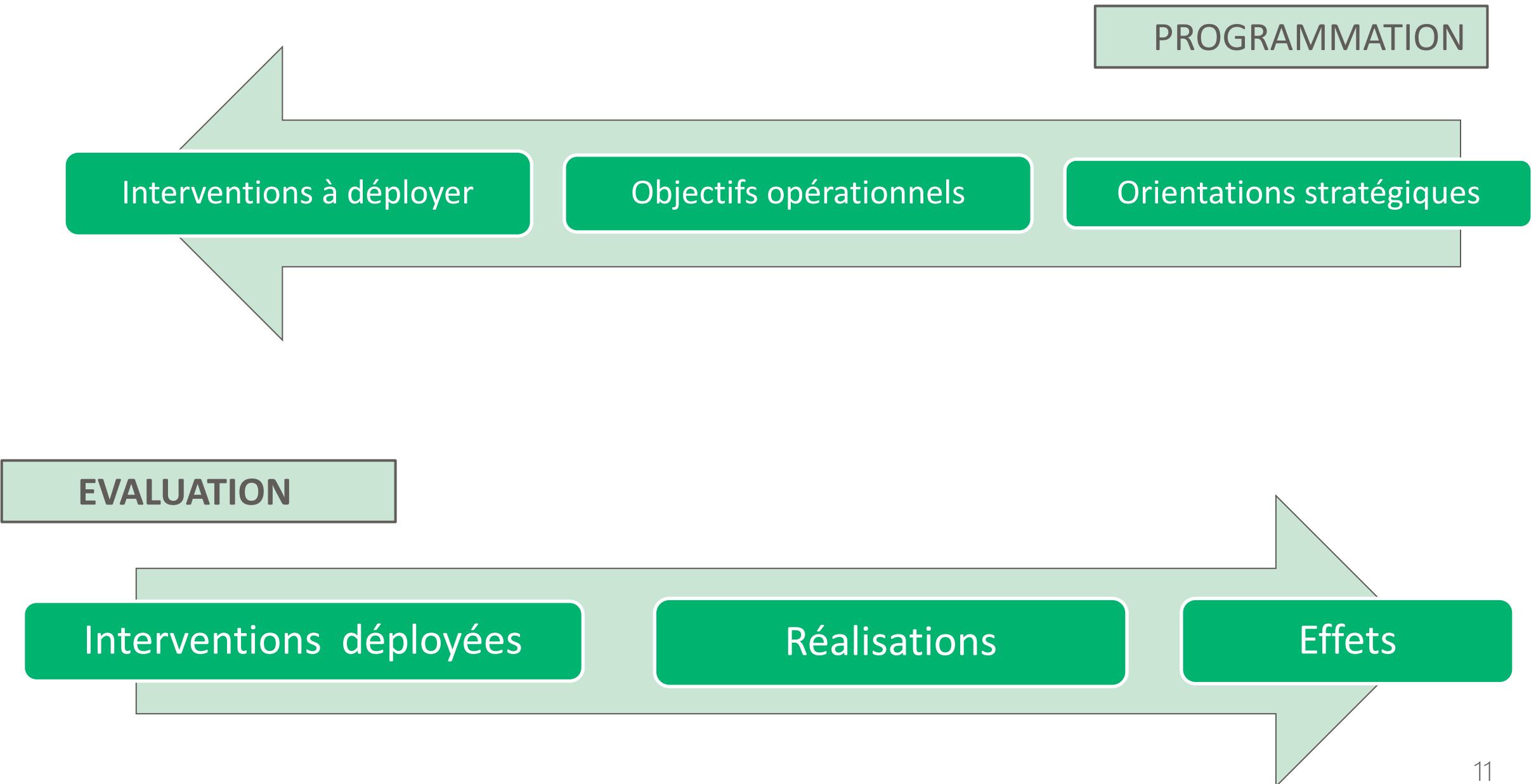
EA7 : Validation du cadre de financement forfaitaire
EA8 : Pertinence du financement forfaitaire des accompagnements relatifs aux aides techniques par rapports aux dispositifs de financement existants

Définitions à garder à l'esprit

2 Principes clés :

- Bien distinguer:
 - *la programmation* qui détaille les interventions à prévoir pour respecter les orientations stratégiques fixés a priori et atteindre objectifs opérationnels,
 - *l'évaluation des progrès accomplis* qui vérifie si le fonctionnement de l'organisation a permis d'obtenir les résultat attendus
 - Dans le 1^{er} cas le modèle logique se lit de droite à la gauche, dans le 2ième de gauche à droite
- Bien distinguer les *réalisations* des *effets* qui en découlent₁₀

Programmation et évaluation

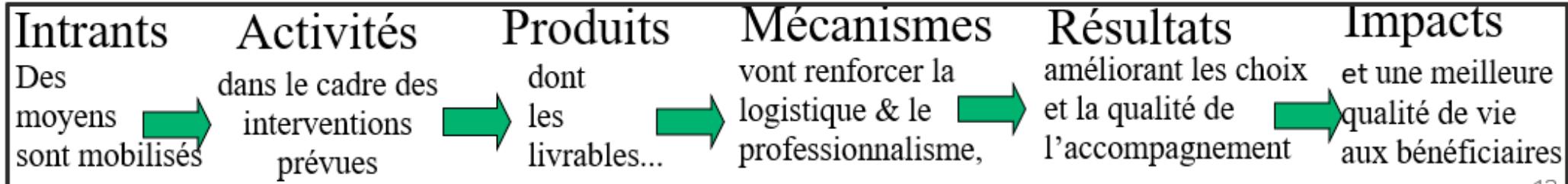
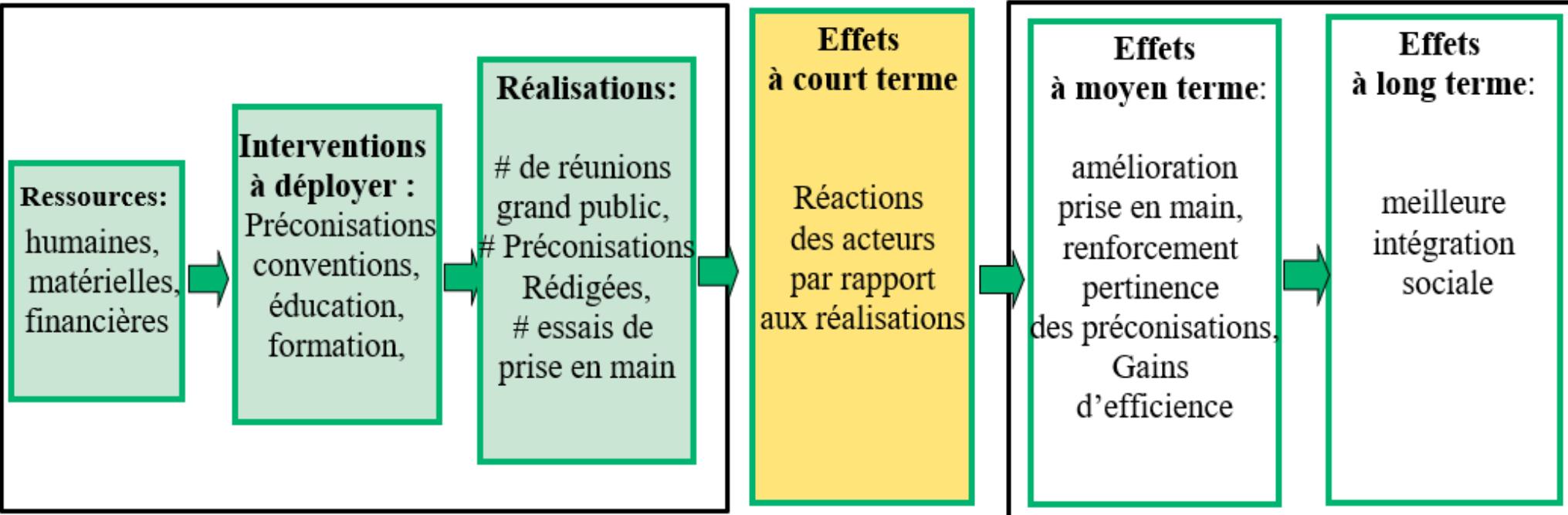


Réprésentation visuelle de la logique du projet EqLAAT

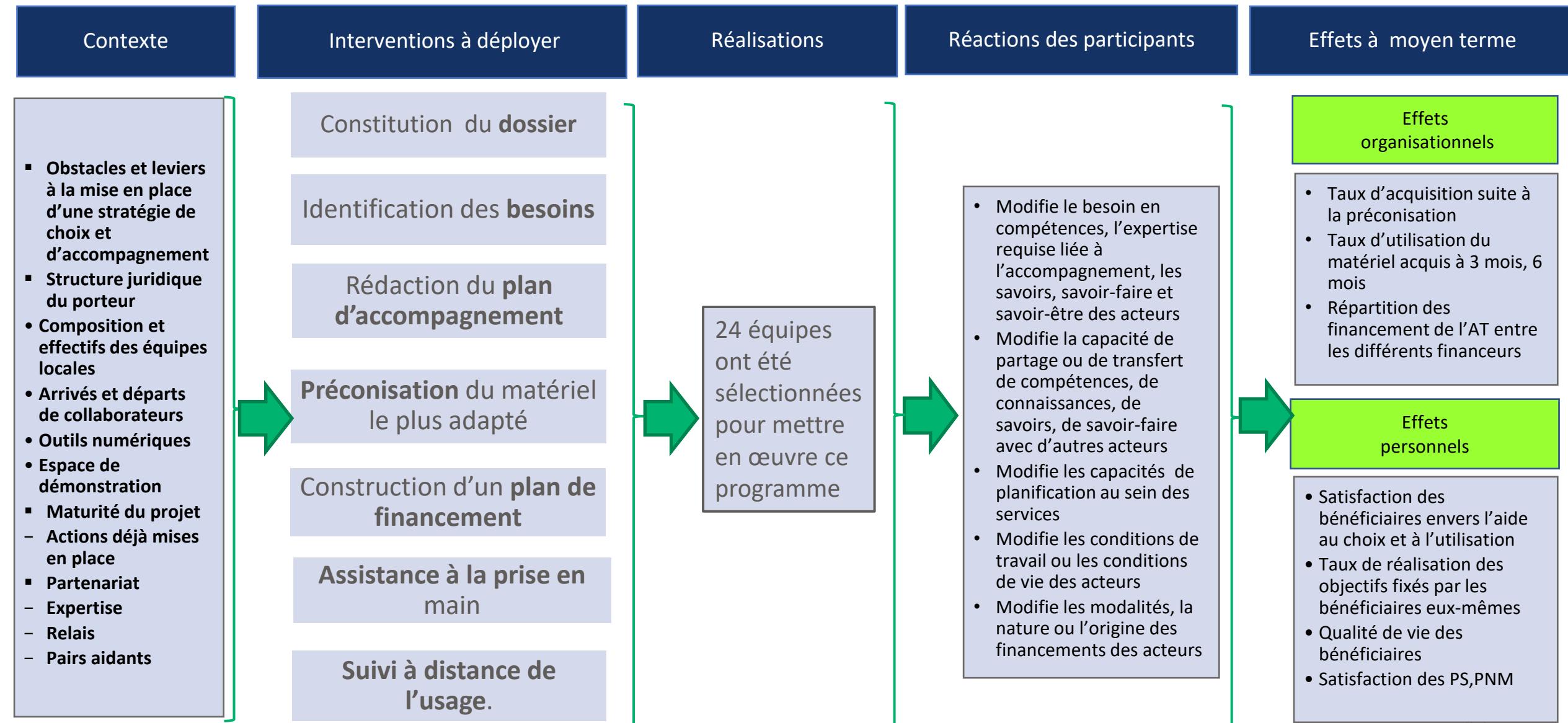
CONTEXTE

MISE EN ŒUVRE DU SUIVI COURANT

EVALUATION REALISTE DES EFFETS ATTENDUS



Changements attendus ex ante

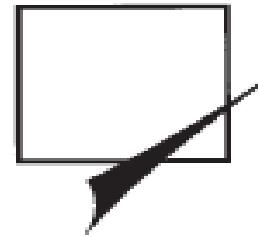


2

Méthodologies de l'évaluation

Théorie du changement et évaluation réaliste : *Deux petits pois dans une même cosse ou un mélange de choux et de carottes?*

Evaluation
Copyright © 2007
SAGE Publications (Los Angeles,
London, New Delhi and Singapore)
DOI: 10.1177/1356389007082129
Vol 13(4): 439–455

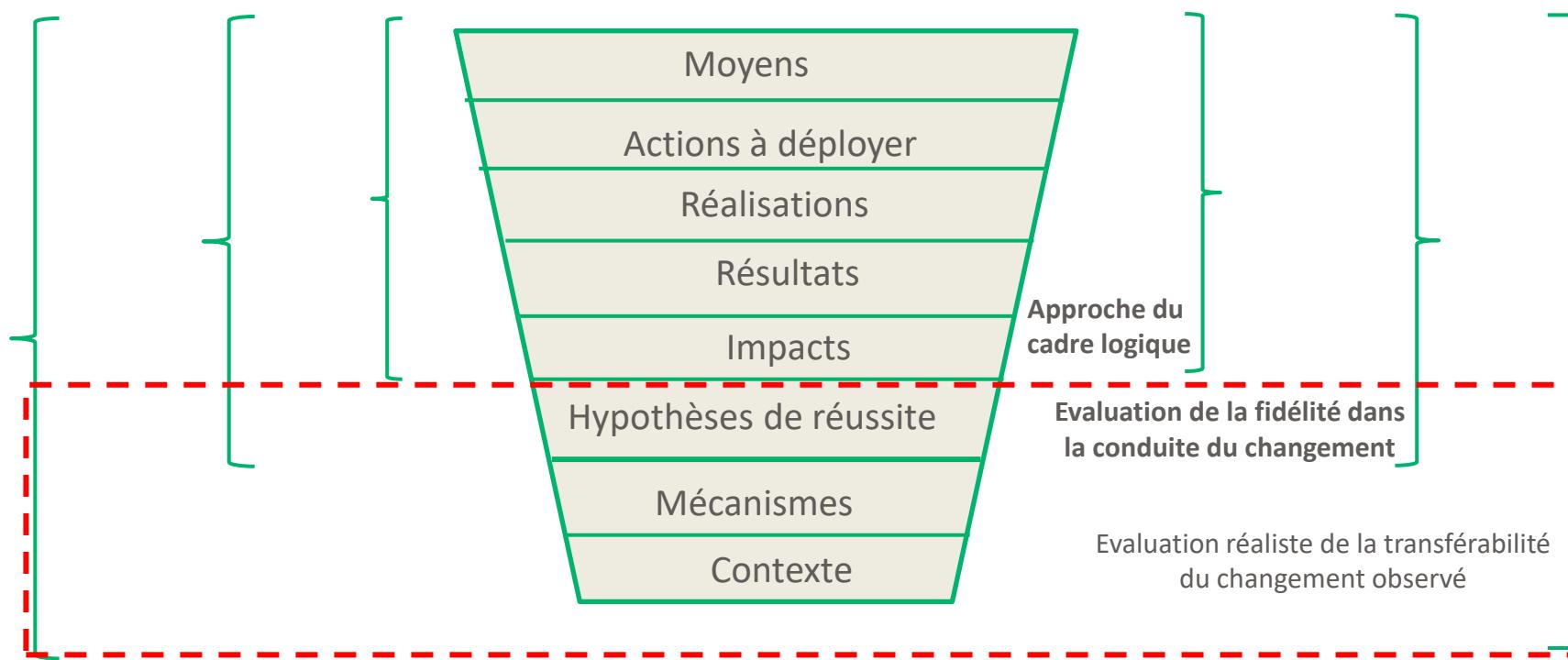


Theories of Change and Realistic Evaluation *Peas in a Pod or Apples and Oranges?*

AVRIL BLAMEY
NHS Health Scotland, UK

MHAIRI MACKENZIE
University of Glasgow, Scotland

2 voies possibles pour évaluer la stratégie de transformation du système de santé

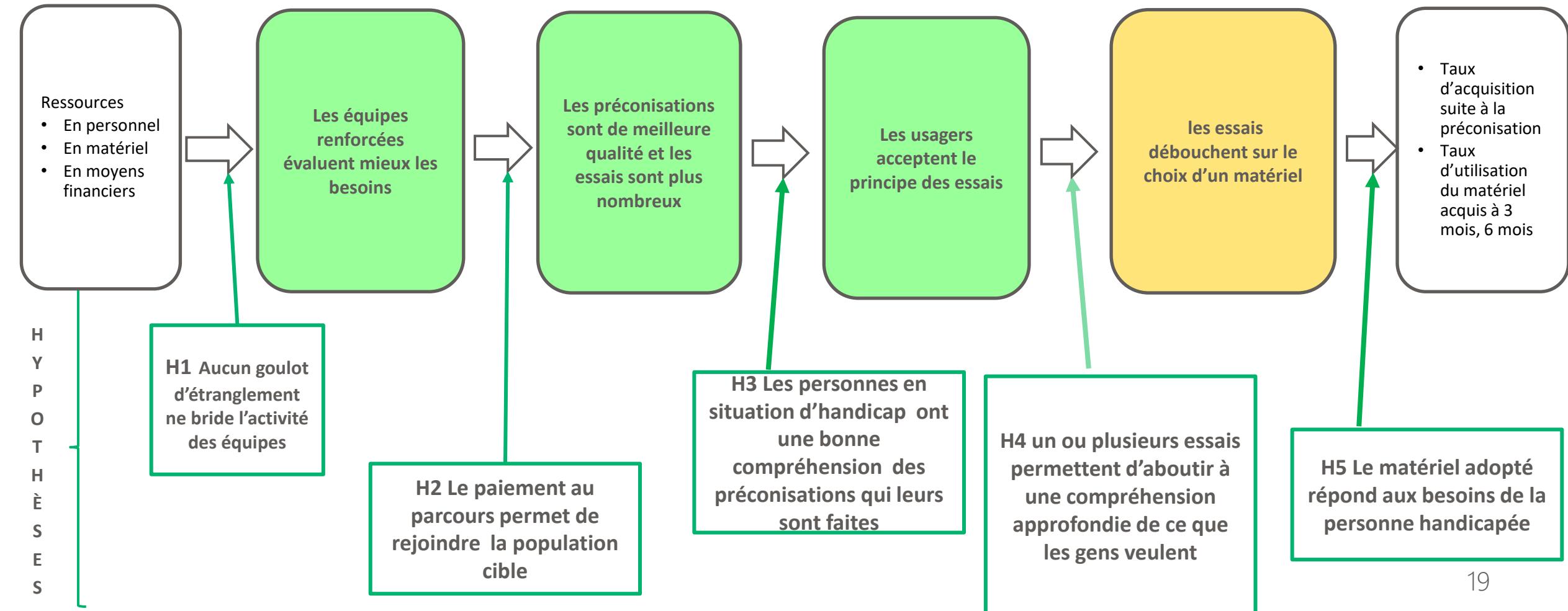


- Les variables **mesurent ce qui est arrivé** et sont destinées à documenter les éléments de contexte et de réalisations.
 - ces variables **portent** (pour l'essentiel) sur les taux d'atteinte **des objectifs de niveau inférieur** de la chaîne des résultats : ressources, activités, réalisations
 - Les **indicateurs quantitatifs de mise en œuvre ou de processus** qui permettent d'en étudier l'évolution font l'objet d'une programmation dans le cadre d'un suivi courant,
 - → MODÈLE DE SUIVI COURANT
- Les mécanismes permettent de découvrir **comment et pourquoi c'est arrivé** en explorant le jeu des réactions des acteurs sous-jacentes aux effets produits.
 - Ces effets attendus sont des **objectifs de niveau supérieur** qui correspondent à des changements en matière d'aptitudes, de pratiques et de comportements
 - qui sont mesurés par des **indicateurs qualitatifs d'effets ou de résultats** qui expliquent la genèse de leur apparition,
 - → MODÈLE D'ÉVALUATION RÉALISTE



L'EVALUATION DE LA FIDÉLITÉ DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

Théorie du changement = Modèle logique +Hypothèses de réussite



Liste des hypothèses implicites sur les liens causaux

- **Entre le contexte / les moyens et les activités**
- ▶ **H1.** Si aucun goulot d'étranglement ne vient briser l'activité des équipes locales **ALORS** les équipes EqLAAT renforcées évalueront mieux les besoins ;
- **Entre les activités et les populations rejoindes**
- ▶ **H2.** Si le paiement au parcours facilite l'accès de la population cible à des conseils d'utilisation neutres d'intérêts commerciaux, **ALORS** la population cible sera rejoindre et les préconisations seront de bonne qualité
- **Entre les populations rejoindes et les réalisations**
- ▶ **H3.** Si les personnes en situation de handicap ou agées comprennent et s'approprient les préconisations qui leur sont faites **ALORS** les usagers participeront à des essais
- **Entre les réalisations et les comportements**
- ▶ **H4.** Si les essais permettent d'obtenir une compréhension approfondie de ce que veulent les usagers **ALORS** un matériel sera adopté par les personnes en situation d'handicap
- **Entre les changements de comportement et les résultats en termes de meilleur accès aux aides techniques**
- ▶ **H5.** Si le matériel adopté répond aux besoins la personne handicapée **ALORS** les taux d'utilisation s'amélioreront et des gains en efficience seront relevés,

Indicateurs sélectionnés pour suivre la performance

MISE EN ŒUVRE DU SUIVI COURANT			EVALUATION DES EFFETS OBTENUS		
Contexte	Interventions déployées	Réalisations	Effets à court terme	Effets à moyen terme	Effets à moyen terme
Caractéristiques des équipes locales	Ce que l'expérimentation va faire	Les livrables que l'expérimentation a produit	Effets sur les capacités et compétences des acteurs [Mécanismes]	Effets organisationnels	Effets personnels
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Structure juridique du porteur • Composition et effectifs des équipes locales • Arrivés et départs de collaborateurs • Outils numériques • Espace de démonstration ▪ Maturité du projet - Actions déjà mises en place ▪ Partenariats <ul style="list-style-type: none"> - pairs aidants - Expertise - Relais 	<ul style="list-style-type: none"> • Ouverture des dossiers • Evaluation du besoin • Rédaction du protocole d'intervention • Préconisation de la solution d'assistance • Construction plan de financement • Assistance à la prise en main (essai des AT) • Suivi de l'utilisation et adaptation aux besoins 	<ul style="list-style-type: none"> • # Réunions grand public • # dossiers ouverts • Typologie des bénéficiaires • # visite à domicile • # de protocoles personnalisés rédigés • # & % de préconisations • # & % des AT préconisées par type d'activité • # & % AT préconisées et acquises par type d'activité • # d'heures effectives de travail par catégories professionnelles et par tâches :adm, evaluatives, prises en mains, suivis de la prise en main • # de conventions de partenariat signées • # recours pair-aidants 	<ul style="list-style-type: none"> • Modifie le besoin en compétences, l'expertise requise liée à l'accompagnement, les savoirs, savoir-faire et savoir-être des acteurs • Modifie la capacité de partage ou de transfert de compétences, de connaissances, de savoirs, de savoir-faire avec d'autres acteurs • Modifie les capacités de planification au sein des services • Modifie les conditions de travail ou les conditions de vie des acteurs • Modifie les modalités, la nature ou l'origine des financements des acteurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'acquisition suite à la préconisation • Taux d'utilisation du matériel acquis à 3 mois, 6 mois • Répartition des financement de l'AT entre les différents financeurs • % de reste à charge • Calibrage des forfaits & impact budgétaire en se plaçant du point de vue des EqLAAT et des financeurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction des bénéficiaires envers l'aide au choix et à l'utilisation • Taux de réalisation des objectifs fixés par les bénéficiaires eux-mêmes • Qualité de vie des bénéficiaires • Satisfaction des PS,PNM

Et évaluer la réussite p/r à ce qui avait été prévu au départ

• Orientations stratégiques	• Objectifs opérationnels	• Questions évaluatives	• Interventions réalisées	• Effets Observés
• OS1 : Créer un service de proximité accessible et adapté	<ul style="list-style-type: none"> OP1 : délivrer aux usagers une information neutre pour répondre à la demande d'accompagnement OP2 : Lever les obstacles géo et financiers à l'accompagnement pour les choix et l'utilisation AT 	<ul style="list-style-type: none"> QE1 : Dans quelle mesure l'implantation locale des expérimentations EqLAATs a-t-elle facilité le choix et la prise en main des aides techniques en diffusant une information neutre et en levant les obstacles géographiques et financiers ? 	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un service d'information et d'orientation de l'accès aux AT 	EO1 : l'expérimentation a (n'a pas) permis d'améliorer l'Information du grand public et des professionnels sur l'existence d'équipes locales pour mieux les accompagner dans le choix et l'usage des AT?
• OS2 : Renforcer la logistique des EqLAATs et le professionnalisme des intervenants	<ul style="list-style-type: none"> OP3 : Garantir la qualité des évaluations aux professionnels <u>adresseurs</u> OP4 : Articuler les équipes locales d'accompagnement avec les dispositifs existants 	<ul style="list-style-type: none"> QE2 : Dans quelle mesure, les EqLAATs ont-elles eu un impact organisationnel en modifiant le contenu des modalités d'accès aux aides techniques et en renforçant les capacités professionnelles? 	<ul style="list-style-type: none"> Recrutement/réaffectation et structuration d'une équipe pluridisciplinaire Echange d'informations avec les professions intervenantes auprès de la personne 	EO3 : l'expérimentation a (n'a pas) renforcé la pertinence des prescriptions et des préconisations
• OS3 : Améliorer la pertinence des préconisations et du suivi en conditions normales d'usage	<ul style="list-style-type: none"> OP5 : Aider au choix du matériel adapté OP6 : Aider à la bonne utilisation 	<ul style="list-style-type: none"> QE3 : Dans quelle mesure les EqLAATs ont-elles permis d'identifier et de répondre aux besoins de la personne en demande d'accompagnement pour le choix et l'usage des AT ? 	<ul style="list-style-type: none"> Constitution du dossier et entretiens Formulation du besoin, parc d'exposition, recours à la pair <u>aidance</u> Construction d'un plan de financement 	EO4 : l'expérimentation a (n'a pas) permis une prise en charge plus rapide et mieux adaptée
• OS4 : Réaliser des gains d'efficience	<ul style="list-style-type: none"> OP7 : Vérifier le bon calibrage des forfaits OP8 : Eviter les coûts induits 	<ul style="list-style-type: none"> QE4 : Dans quelle mesure les modalités de financement des EqLAATs ont-elles été pertinentes et bien dimensionnées pour couvrir les coûts de l'accompagnement et éviter les doublons? 	<ul style="list-style-type: none"> Identification des coûts réels de la PEC # de personnes accompagnées Vérification de l'équilibre budgétaire 	EO5 : l'expérimentation a (n'a pas) réduit les taux d'abandon à 3 et 6 mois
			<ul style="list-style-type: none"> Identification du coût financier de l'accompagnement pour les différents financeurs 	EO6 : l'expérimentation a (n'a pas) amélioré l'autonomie de la personne handicapée au regard des objectifs qu'elle s'était fixés dans le cadre de la « Goal attainment scale » GAS
				EO7 : Le cadre de financement forfaitaire peut (ne peut pas) être validé
				EO8 : Le financement forfaitaire des accompagnements relatifs aux aides techniques doublonne (ne doublonne pas) les dispositifs de financement existants

En prenant en compte le contexte et les réactions des acteurs

Les interventions , réalisées dans un contexte donné et entraînant des réactions bien typées représentent l'aspect transférable de l'intervention à des interventions futures réalisées dans des organisations présentant des contextes et des réactions similaires.





L'ÉVALUATION RÉALISTE DE LA TRANSFÉRABILITÉ

- Le but de l'évaluation est d'essayer de comprendre ce qui se passe « dans le boîte noire » en registrant les événements qui surviennent entre la mise en œuvre des expérimentations article 51 et les résultats observés, en répondant à des questions simples :

Comment cela fonctionne?

Pour qui cela fonctionne ?

**Pourquoi les perdants perdent, les gagnants gagnent?
et dans quelles circonstances?**

- Le problème pour l'évaluateur externe n'est pas de savoir si l'expérimentation a obtenu les résultats qu'on en attendait, mais comment elle les a produits. Au-delà du constat des effets attendus, il faut savoir comment ça marche, pour qui, pourquoi et dans quel contexte.

Fondamentaux de l'évaluation réaliste

- Ce n'est pas l'expérimentation qui en elle-même, qui crée le changement;
- C'est parce que ces acteurs évoluent dans leur manière de voir les choses, que les choses changent;
- On ne peut s'abstraire du contexte qui conditionne leurs choix;
- Ces interactions entre interventions, contexte, acteurs, réactions latentes, qui conduisent à la prise de décision sont à l'origine des effets ;

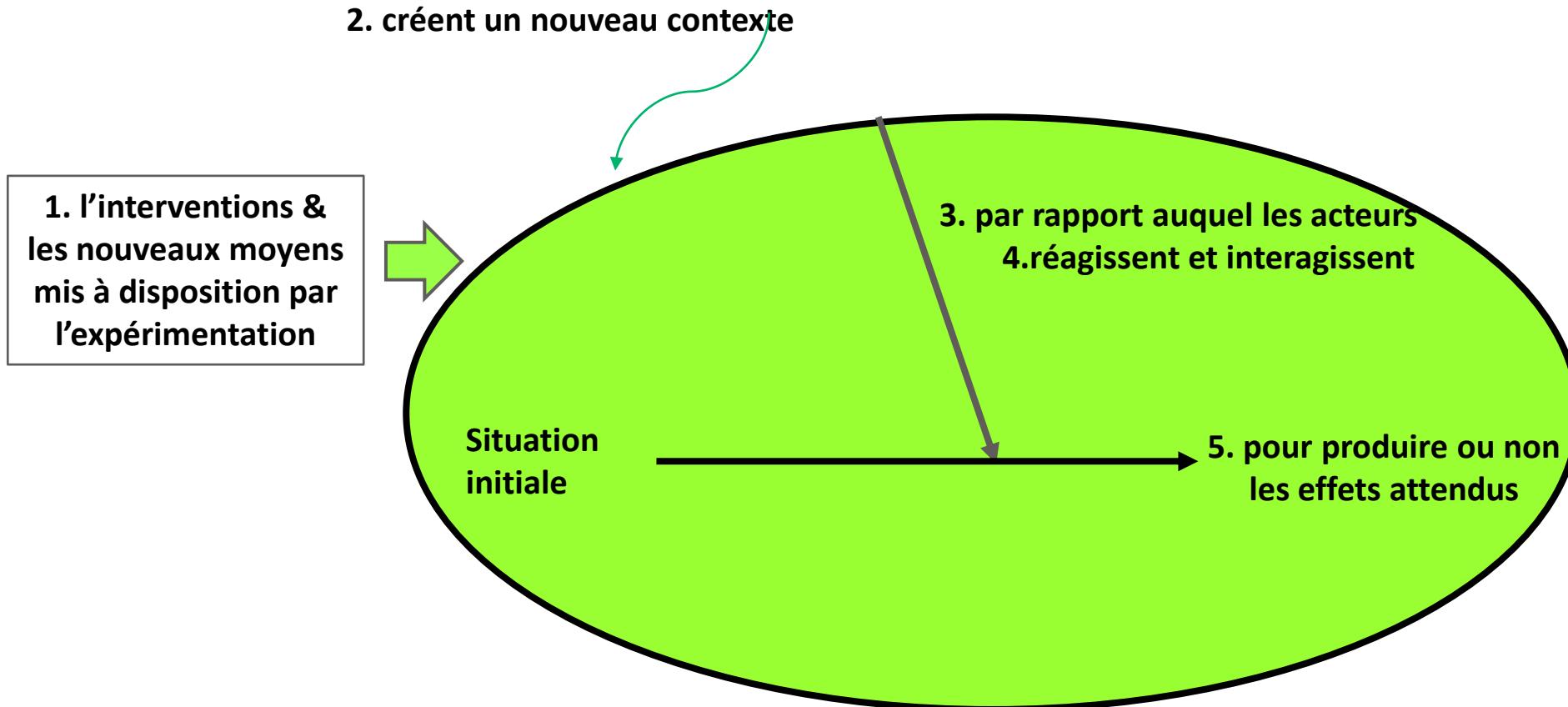
**ICARE : Interventions + Contexte + Acteurs + Réactions des acteurs =
Effets**

- Le but de l'évaluation n'est pas de renseigner les indicateurs, mais d'apporter des réponses aux questions que l'on se pose
- il faut s'émanciper de la logique projet et s'interroger sur les facteurs qui expliquent le changement pour savoir s'ils seront ou non reproductibles dans un autre contexte

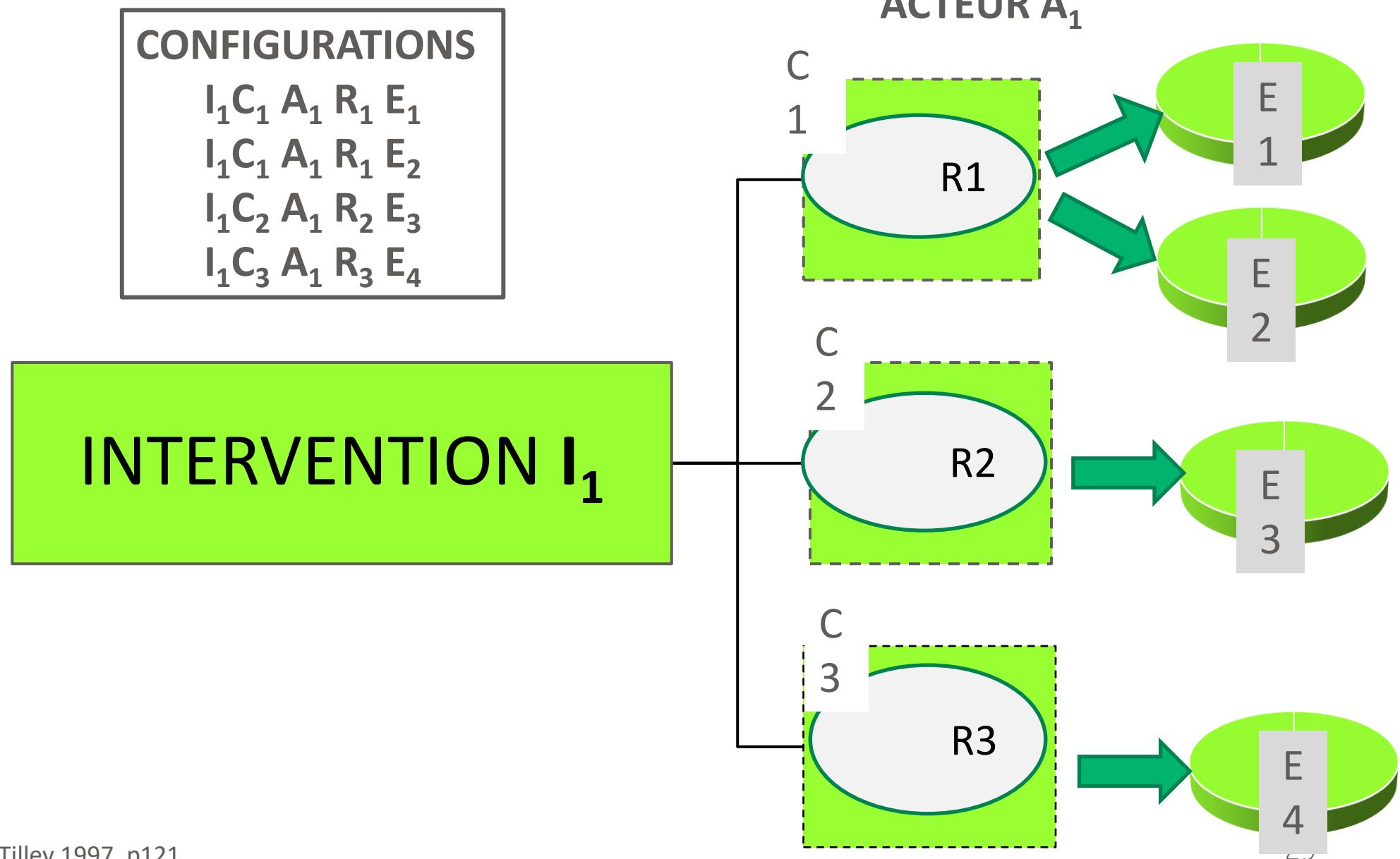
- I. Description de l' **Intervention** en termes de modalités, de lieu, de temps et d'intensité,
- C. Caractérisation du **Contexte** et de son influence potentielle sur les résultats
- A. Identification des **Acteurs et Actrices** impliqués dans la conception et dans la mise en œuvre de l'expérimentation,
- R. Mise à jour des **Réactions latentes** des acteurs par rapports aux différentes modalités de l'expérimentation et de leurs liens avec les résultats observés (les mécanismes),
- E. Recherche active des **Effets observés**.

 Les composantes de l'acronyme **ICARE** détaillent la façon dont les interventions (**I**) et les moyens mis à disposition par l'expérimentation créent un nouveau contexte (**C**) qui amène les acteurs (**A**) à agir et réagir (**R**) pour produire (ou non) les effets attendus (**E**)

Les configurations des interactions entre les composantes de l'acronyme ICARE détaillent la façon dont les interventions et les moyens (1) mis à la disposition des parties prenantes par l'expérimentation créent un nouveau contexte (2) qui amène les acteurs (3) à agir et réagir (4) pour produire (ou non) les effets attendus



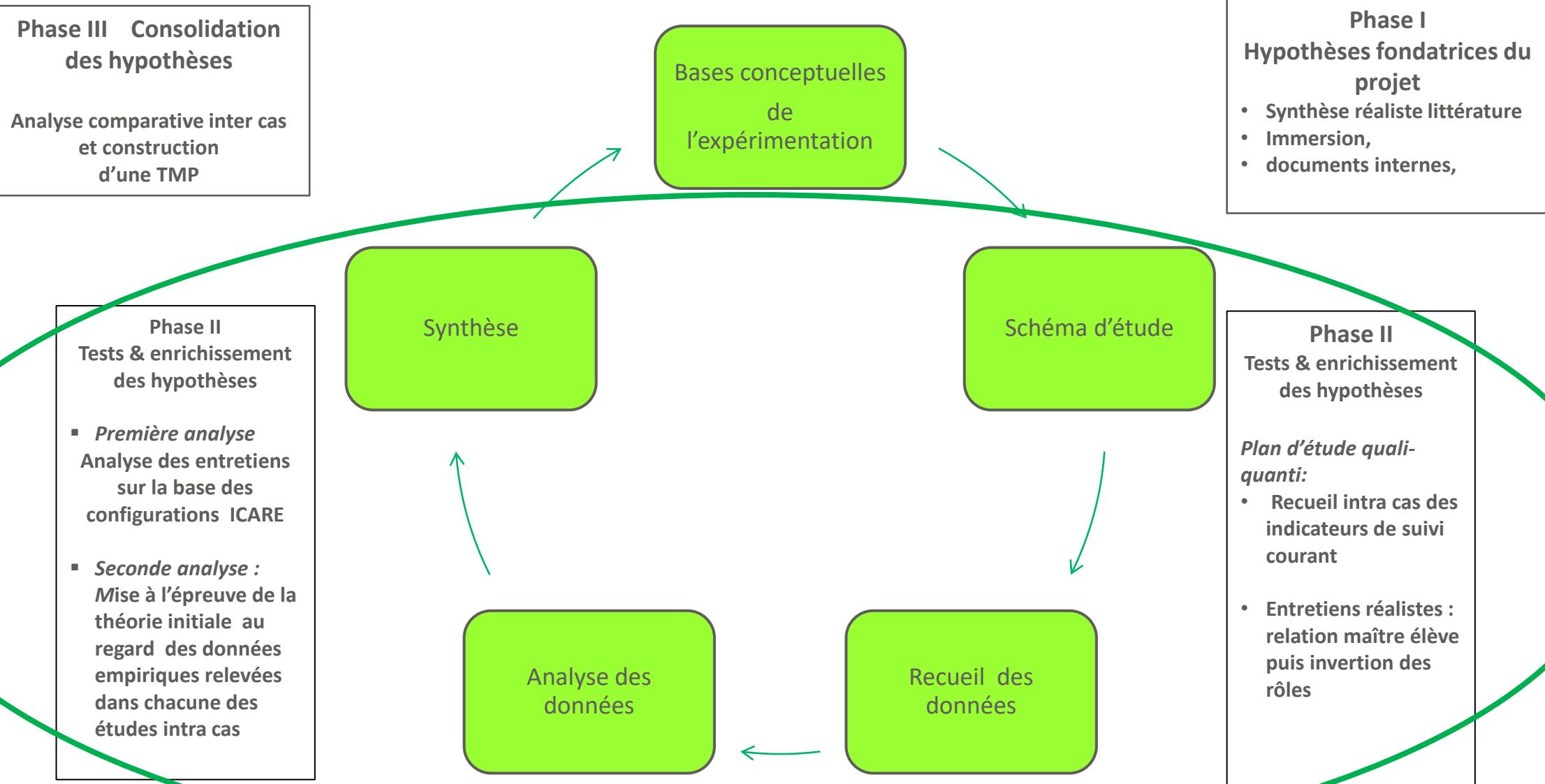
Profils des configurations plausibles



Causalité générative versus causalité successionniste

- ❖ **Causalité générative** : l'expérimentation met des innovations organisationnelles à la disposition des acteurs qui, suscitent des réactions et interactions chez les parties prenantes dans un contexte donné, produisant on non l'effet attendu.
- ❖ **Causalité successionniste** : stipule qu'un effet (E) peut être attribué à une innovation (I) que si on peut démontrer l'existence d'une relation stable entre (E) et (I).
- ❖ la différence entre ces deux modèles de causalité est essentielle. Pour l'évaluateur réaliste, **l'intervention n'est pas la cause des effets**

Dossou J-P et Marechal B. L'évaluation réaliste in Ed Valéry Ridde & Christian Dagenais Evaluation des interventions de santé mondiale. Éditions Science et Bien Commun; IRD, 465 p., 2019,



Phase I Formulation des hypothèses initiales des porteurs de l'expérimentation

But :

- Décrire les inter-relations des différents éléments de l'expérimentation en explicitant :

Comment l'intervention (I) se déroule,
dans quel contexte (C),
avec quels les acteurs (A),
quelles ont été les réactions latentes (R) : *les mécanismes*
à l'origine de leurs prises de décisions qui ont produite (ou non) les effets (E) observés?
- Phase exploratoire pour expliciter, en s'appuyant sur la littérature, les a priori conceptuels, et les hypothèses implicites des porteurs du projet, **quels seront les effets attendus de la mise en œuvre de l'expérimentation, comment ils seront obtenus, au bénéfice de qui et dans quelles circonstances?**

Résultats :

- **Identification préliminaire des « hypothèses initiales » sous forme « Si.... Alors... Parce que.... ».**

Hypothèses initiales de l'expérimentation EqLAAT

Si le financement forfaitaire par séquence d'évaluation et d'accompagnement (**I**) permet aux usagers âgés ou en situation de handicap (**A**) d'accéder gratuitement (**C**) aux services des aides techniques

Si ces usagers (**A**), bénéficient d'un accompagnement des équipes locales

- Pour évaluer leurs besoins (**I**),
- Pour choisir des aides techniques adaptées à leur style de vie et à leur environnement (**I**)
- Pour les accompagner dans leur utilisation depuis leur prise en main immédiate jusqu'à un terme plus éloigné (**I**),

Alors, Les usagers pourront réaliser plus facilement, plus vite et plus longtemps les activités compensées de la vie quotidienne, (**E**), ce qui facilitera leur insertion sociale, scolaire ou professionnelle (**E**)

Parce que

- Les compétences (**R**) des usagers (**A**) dans le maniement des aides techniques seront accrues et
- Les capacités (**R**) des usagers (**A**) à en faire le meilleur usage, s'en trouveront renforcées

Phase II « enrichissement des hypothèses initiales »

But : valider, d'enrichir et de critiquer les hypothèses initiales recueillies au cours des entretiens avec les promoteurs du projet et ayant fait l'objet d'une mise à l'épreuve dans le cadre des trois études de cas mises en place pour en vérifier la pertinence.

En pratique :

- **10 entretiens qualitatifs** (45 à 60 min) avec les dirigeants de 6 équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (Directeur général, ergothérapeutes etc...),
- **10 entretiens qualitatifs avec les « adresseurs »** : les professionnels et les dirigeants des établissements médicaux sociaux ou hospitaliers qui se trouvent à proximité du site où se dérouleront les entretiens.
- **10 entretiens qualitatifs** en phase de suivi avec les patients

Entretiens conduits avec la **méthode réaliste – maître à élève** : L'enquêteur (le maître) fait une description formelle des hypothèses sur la base desquelles il pense que l'expérimentation a été construite et offre aux répondants (l'élève) la possibilité d'expliquer, de clarifier, de contredire ces hypothèses en fonction de leurs propres idées (focalisation conceptuelle).

Résultats : Les hypothèses seront validées / affinées / enrichies et pourront être incluses et comparées pour le rapport d'évaluation intermédiaire.

Spécificité des entretiens réalistes



“I'll show you my theory if you show me yours”
(Pawson & Tilley, 1997: 169)



Phase III : « Confirmation des hypothèses enrichies »

But : renforcer ou nuancer les hypothèses précédemment identifiées et analyser comment ces théories expliquent (ou non), comment, pourquoi et dans quelles circonstances l'expérimentation fonctionne.

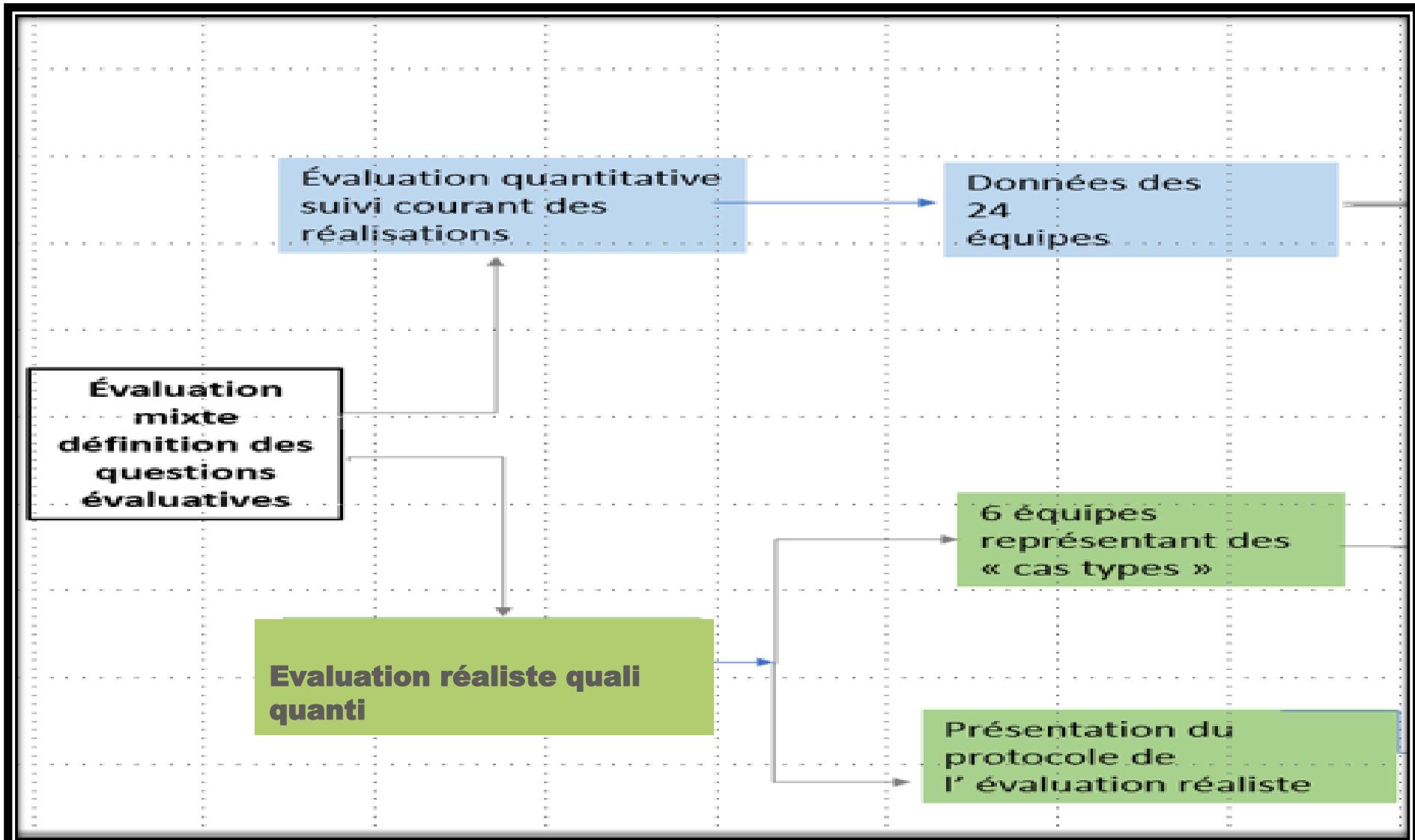
En pratique : les hypothèses enrichies feront l'objet d'une validation par l'ensemble des acteurs ; pour cela **deux entretiens collectifs** seront mis sur pied (focus groups). Après avoir présenté les hypothèses à l'ensemble du groupe, deux sous-groupes seront constitués et chaque sous-groupe sera amené à discuter comment et pourquoi l'expérimentation fonctionne à la lumière des hypothèses présentées.

Résultats : Cette démarche permettra d'obtenir une **théorie de moyenne portée** c'est-à-dire une théorie suffisamment abstraite pour expliquer une famille d'expérimentations, dont celle faisant l'objet de l'étude. Les conclusions deviendront ainsi transposables à d'autres expérimentations présentant des caractéristiques semblables.

3

Sources de collecte des données

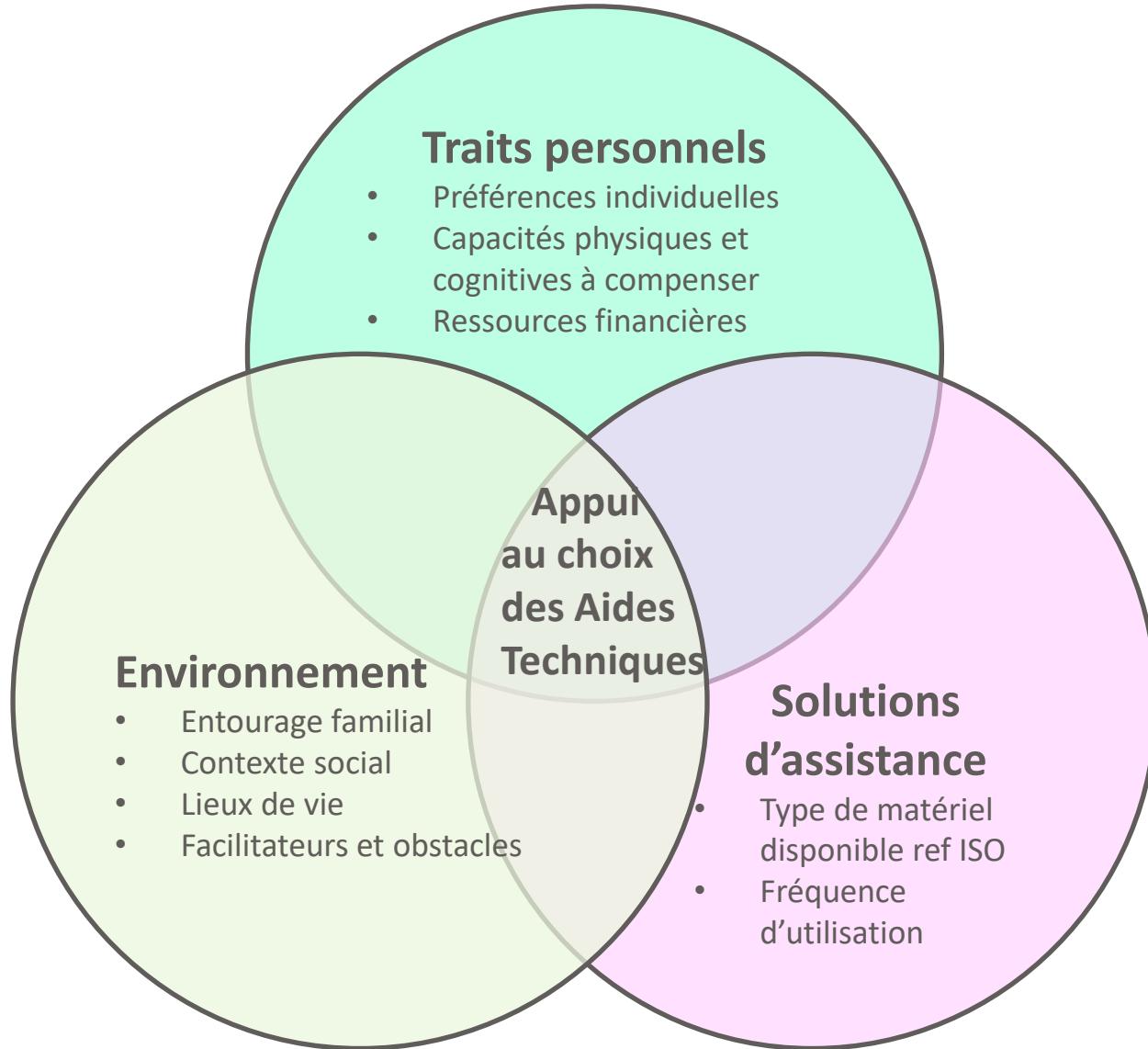
Deux approches complémentaires



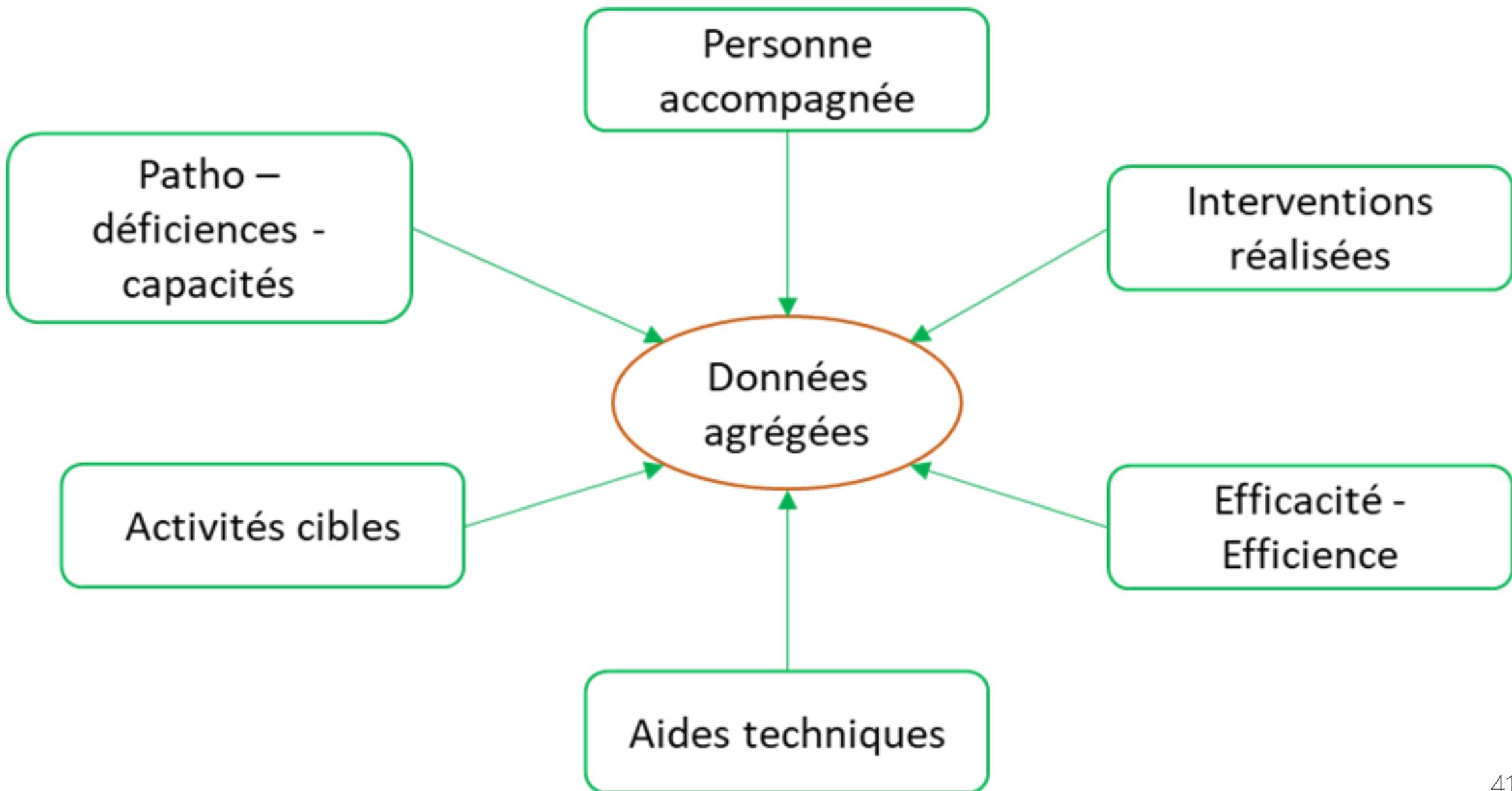


EVALUATION QUANTITATIVE SUIVI COURANT

Eléments à prendre en compte dans le choix et l'usage des AT



Variables du suivi courant à documenter



Evolution du suivi courant

PARTIE I

Le contexte de l'évaluation

Une prise en charge de référence existe-t-elle déjà ?	A	<p>OUI</p> <p>La EqLAAT transforme la prise en charge de référence existante (besoin couvert, existence d'alternative cliniquement pertinente)</p> <p>Préciser si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la T EqLAAT modifie qui est pris en charge - la EqLAAT modifie comment les patients sont pris en charge
	B	<p>OU</p> <p>NON</p> <p>La EqLAAT crée une prise en charge de référence (besoin non couvert, absence d'alternative cliniquement pertinente)</p> <p>Préciser si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la EqLAAT modifie qui est pris en charge - la EqLAAT modifie comment les patients sont pris en charge

Emprunt et adaptation à l'évaluation réaliste, de la problématique du guide méthodologique HAS « Cartographie des impacts organisationnels pour l'évaluation des technologies de santé 2020 »

PARTIE II

Impact de l'évolution de l'accompagnement et des réactions des acteurs

Suivi courant		Indicateurs quantitatifs de réalisations
Impacts des EqLAAT sur le CONTENU de l'accompagnement		<p>1.1 Modifie les délais d'entrée dans le processus</p> <p>1.2 Modifie le rythme ou la durée du processus</p> <p>1.3 Modifie la chronologie ou le contenu du processus</p> <p>1.4 Modifie les quantités ou le type de personnels participant au processus : vision quantitative des ressources humaines</p>
<i>Ces indicateurs prennent en compte la suite d'activités réalisées dans le choix et la prise en main des AT</i>		<p>1.5 Modifie le type ou la fréquence d'utilisation des produits, dispositifs, matériels, équipements, infrastructures et systèmes d'information utilisés dans le processus : vision en termes de ressources matérielles ou numériques</p> <p>1.6 Modifie la qualité et la sécurité de l'environnement ou le contexte dans lequel se déroule le processus</p>
Mécanismes		Indicateurs qualitatifs de réactions des acteurs
Impacts des EqLAAT sur les CAPACITES et COMPETENCES nécessaires aux acteurs pour mettre en œuvre le processus de soins		<p>2.1 Modifie le besoin en compétences, l'expertise requise liée à l'évaluation des besoins « à l'accompagnement de la prise en main, le savoir-faire du personnel des EqLAATs</p> <p>2.2 Modifie la capacité de partage ou de transfert de compétences, de connaissances, de savoirs, de savoir-faire avec les pairs aidants, les experts et les organismes relais</p> <p>2.3 Modifie les capacités d'ordonnancement et les modalités de programmation des choix et des conditions de prise en main au niveau spécifique du patient ou de l'aide</p> <p>2.4 Modifie les capacités d'ordonnancement et de planification entre les structures de soins ou combinaisons d'acteurs</p> <p>2.5 Modifie les conditions de travail ou les conditions de vie des acteurs</p> <p>2.6 Modifie les modalités, la nature ou l'origine des financements des acteurs</p>
Effets /résultats		Indicateurs d'effets/de résultats
Impacts des réactions des acteurs santé sur l'organisation et les bénéfices individuels des usagers <i>Ce se situe à un niveau d'analyse plus global</i>		<p>3.1 Impact sur la collectivité en termes de sécurité sanitaire</p> <p>3.2 Impact sur les inégalités sociales ou l'accessibilité aux soins</p> <p>3.3 Impact sur les relations sociales, professionnelles ou au niveau de la société dans son ensemble</p> <p>3.4 Impact sur l'empreinte écologique</p>

PARTIE III

Les acteurs concernés

Acteur A	Acteur B	Acteur C	Acteur D	Etc.

- ❖ **ESAT / QUEST 2.0** : questionnaire de satisfaction de l'individu de 12 questions à l'égard des aides techniques qu'il utilise, 8 portant sur l'appareil en lui-même et 4 sur les services associés. 4 items utilisés : 8 ; 9; 11;12
- ❖ **Goal Assessment Scale (GAS)** : un indicateur SMART intelligent (Spécifique – Mesurable – Ambitieux – Réaliste – Temporellement défini) qui mesure la réalisation des objectifs définis avec le patient
- ❖ Nombre d'AT mises en place
- ❖ Taux d'utilisation à 3 mois
- ❖ Différences des niveaux d'informations sur les AT entre le début et la fin de l'accompagnement (EVA)
- ❖ Nombre d'essais sur les lieux de vie catégorisées par AT.
- ❖ Durée de l'essai par AT

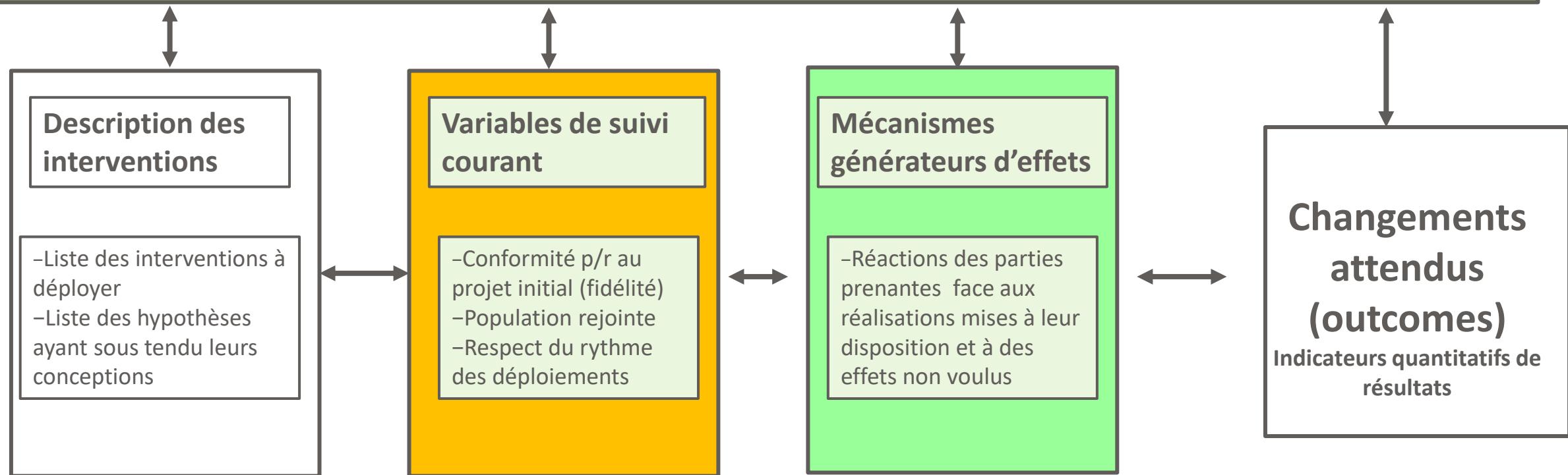


EVALUATION QUALI-QUANTI SUR 6 ETUDES DE CAS

Les cas : coup de projecteur sur les contextes et les mécanismes

Contexte :

- Besoins et attentes des parties prenantes
- Eléments moteurs qui facilitent ou entravent la mise en place des équipes locales
- Comment le contexte influence-t-il les changements de mentalité à implanter pour obtenir les effets attendus ?



† les rectangles en couleurs correspondent aux principales composantes de l'évaluation des modalités de fonctionnement de l'expérimentation

Effets de l'évolution du contexte sur le jeu des mécanismes

PARTIE I

Le contexte de l'évaluation

Une prise en charge de référence existe-t-elle déjà ?	A	<p>OUI</p> <p>La EqLAAT transforme la prise en charge de référence existante (besoin couvert, existence d'alternative cliniquement pertinente)</p> <p>Préciser si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la T EqLAAT modifie qui est pris en charge - la EqLAAT modifie comment les patients sont pris en charge
	B	<p>OU</p> <p>NON</p> <p>La EqLAAT crée une prise en charge de référence (besoin non couvert, absence d'alternative cliniquement pertinente)</p> <p>Préciser si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la EqLAAT modifie qui est pris en charge - la EqLAAT modifie comment les patients sont pris en charge

Emprunt et adaptation à l'évaluation réaliste, de la problématique du guide méthodologique HAS « Cartographie des impacts organisationnels pour l'évaluation des technologies de santé 2020 »

PARTIE II

Impact de l'évolution de l'accompagnement et des réactions des acteurs

Suivi courant	Indicateurs quantitatifs de réalisations
Impacts des EqLAAT sur le CONTENU de l'accompagnement <i>Ces indicateurs prennent en compte la suite d'activités réalisées dans le choix et la prise en main des AT</i>	<p>1.1 Modifie les délais d'entrée dans le processus</p> <p>1.2 Modifie le rythme ou la durée du processus</p> <p>1.3 Modifie la chronologie ou le contenu du processus</p> <p>1.4 Modifie les quantités ou le type de personnels participant au processus : vision quantitative des ressources humaines</p> <p>1.5 Modifie le type ou la fréquence d'utilisation des produits, dispositifs, matériels, équipements, infrastructures et systèmes d'information utilisés dans le processus : vision en termes de ressources matérielles ou numériques</p> <p>1.6 Modifie la qualité et la sécurité de l'environnement ou le contexte dans lequel se déroule le processus</p>
Mécanismes	Indicateurs qualitatifs de réactions des acteurs
Impacts des EqLAAT sur les CAPACITES et COMPETENCES nécessaires aux acteurs pour mettre en œuvre le processus de soins <i>Ces indicateurs prennent en compte les capacités d'organisation, compétences et partage des compétences, conditions de travail, financements, etc.</i>	<p>2.1 Modifie le besoin en compétences, l'expertise requise liée à l'évaluation des besoins « à l'accompagnement de la prise en main, le savoir-faire du personnel des EqLAATs</p> <p>2.2 Modifie la capacité de partage ou de transfert de compétences, de connaissances, de savoirs, de savoir-faire avec les pairs aidants, les experts et les organismes relais</p> <p>2.3 Modifie les capacités d'ordonnancement et les modalités de programmation des choix et des conditions de prise en main au niveau spécifique du patient ou de l'aide</p> <p>2.4 Modifie les capacités d'ordonnancement et de planification entre les structures de soins ou combinaisons d'acteurs</p> <p>2.5 Modifie les conditions de travail ou les conditions de vie des acteurs</p> <p>2.6 Modifie les modalités, la nature ou l'origine des financements des acteurs</p>
Effets /résultats	Indicateurs d'effets/de résultats
Impacts des réactions des acteurs santé sur l'organisation et les bénéfices individuels des usagers <i>Ce se situe à un niveau d'analyse plus global</i>	<p>3.1 Impact sur la collectivité en termes de sécurité sanitaire</p> <p>3.2 Impact sur les inégalités sociales ou l'accessibilité aux soins</p> <p>3.3 Impact sur les relations sociales, professionnelles ou au niveau de la société dans son ensemble</p> <p>3.4 Impact sur l'empreinte écologique</p>

PARTIE III

Les acteurs concernés

Acteur A	Acteur B	Acteur C	Acteur D	Etc.

- Pour les données qualitatives, le protocole actuel révoit des immersions sur site, des entretiens individuels téléphoniques d'une durée **de 60 minutes** et des entretiens en **groupes d'une durée de 2 heures**.
- Nous cherchons dans cette phase à collecter le point de vue de l'ensemble des acteurs des 6 équipes EqLAAT, les entretiens sont donc prévus avec des expérimentateurs et adhérents rééducateurs, des prescripteurs, et des patients ou aidant de patients.
 - Point d'attention : Le contact des patients est soumis à une autorisation de la CNIL. Le dossier a été déposé une réponse est attendue, d'ici la réception de cette réponse les évaluateurs ne pourront rentrer contact avec les patients.

- ❖ Dans les phases qualitatives, contrairement à la recherche quantitative, on ne recherche pas à obtenir un échantillon représentatif de la population totale. On cherche à obtenir un nombre limités de cas-types «exemplaires », **contrastés les uns par rapport aux autres et qui représentent une perspective plutôt qu'une population.**
- ❖ L'identification des cas-types permettra ainsi d'avoir une approche approfondie sur les sites identifiés et d'interroger au sein de ces sites 10 membres du projet, 10 acteurs prescripteurs et adhérents rééducateurs et 10 patients ou aidants en fonction du handicap / .

- Au cours de l'immersion sur site, les évaluateurs se rendent sur place et observent le fonctionnement du site de manière passive. Si possible, ils rencontrent également les différents personnes exerçant dans le site pour discuter de leur rôle sur le site.
 - Participation attendu des sites visités : accès au site, 10-15min de disponibilité des différents acteurs du site.
- Pour les entretiens téléphoniques individuels, nous prévoyons d'interroger par site **10 expérimentateurs et adhérents rééducateurs, 10 prescripteurs et 10 patients, répété sur 2 phases.**
 - Participation attendu des sites pour les entretiens téléphoniques individuels : première prise de contact avec des potentiels participants; la réglementation RGDP impliquant que la transmission des données de contacts ne peut se faire sans l'accord des personnes concernées). Pour 10 participants, il faut cibler en 60 et 80 personnes contactées.
- Pour les entretiens en groupe, nous prévoyons d'interroger une dizaine de personnes; des expérimentateurs et adhérents rééducateurs et des prescripteurs
 - Participation attendu des sites pour les entretiens téléphoniques individuels : première prise de contact avec des potentiels participants; la réglementation RGDP impliquant que la transmission des données de contacts ne peut se faire sans l'accord des personnes concernées). **Pour 10 participants, il faut cibler entre 60 et 80 personnes contactées** (on peut enrichir la liste des entretiens individuels.

Critères de repérage des cas types

Critères	Indicateurs
Polyvalence / public précis	
Dominante de la structures porteuse et/ou des partenaires	Moteurs/PA/déficience visuelle/déficience auditive/ tb psy, cognitive, neurodéveloppementaux
Âge des publics cibles	Enfant + adultes + PA / Adultes + PA/ PA
Place dans l'écosystème	Sanitaire/ESMS ou gestionnaire d'ESMS/CD-MDPH/ CICAT
Taille et type du territoire	Dépt/ Infradépt/ Supradépt Rural Urbain Insulaire Ultramarin
Façon de mailler et couvrir le territoire et les publics	Porteur seul / co-portage / portage + partenaires
Activité avant	Niveau 1, 2, 3 de maturité du projet
Démographie / Niveau social du territoire https://www.observatoires-fragilites-national.fr/	Niveau de vie INSEE? Caractère isolé ou non des personnes (ARS Aquitaine) / Zone blanche / manque d'accès

- ❖ Les 6 sites sélectionnés seront des acteurs importants dans l'évaluation et nous aurons besoin de leur implication pour:
 - La participation aux 10 entretiens « acteurs du projet »
 - Une première prise de contact avec des potentiels participants : en relation avec la réglementation RGDP, la transmission des données de contacts par les sites Eqlaat ne peut se faire sans l'accord des personnes concernées, en pratique il est admis que l'absence de réponse vaut accord.
 - **Prescripteurs et membres rééducateurs : pour obtenir 10 entretiens il faudra cibler min. 60/80 personnes**
 - **Patients ou aidants : pour obtenir 10 entretiens il faudra cibler min. 60/80 personnes**
- ❖ Ces contacts devront être pris à la fois pour les deux séries d'entretiens qualitatifs individuels qui devrait respectivement avoir lieu en **mai /juin-22 et mai 2023** et pour le groupe d'entretiens collectifs qui devrait prendre place à la même période en Mai 2023

- ❖ **ESAT / QUEST 2.0** : questionnaire de satisfaction de l'individu de 12 questions à l'égard des aides techniques qu'il utilise, 8 portant sur l'appareil en lui-même et 4 sur les services associés. 4 items utilisés : 8 ; 9; 11;12
- ❖ **Goal Assessment Scale (GAS)** : un indicateur SMART intelligent (Spécifique – Mesurable – Ambitieux – Réaliste – Temporellement défini) qui mesure la réalisation des objectifs définis avec le patient
- ❖ Nombre d'AT mises en place
- ❖ Taux d'utilisation à 3 mois
- ❖ Différences des niveaux d'informations sur les AT entre le début et la fin de l'accompagnement (EVA)
- ❖ Nombre d'essais sur les lieux de vie catégorisées par AT.
- ❖ Durée de l'essai par AT

Estimation du prix de revient des actions déployées par séquence

- ❖ Réalisation d'un recueil auprès des 6 cas types,
 - soit dans le cadre d'une enquête sur les « **coûts observés** » un jour donné ou sur plusieurs jours, mais de manière très limitée;
 - Soit en s'appuyant sur les « dires » des experts des équipes locales dans le cadre d'une analyse en « **coûts standards** »[†] dont seront tirées les durées de référence par tâche et par intervenant pour une séquence type d'évaluation et d'accompagnement.
- ❖ Les informations ainsi recueillies au niveau des cas types pourront faire l'objet d'une discussion par l'ensemble des expérimentateurs lors d'un comité de pilotage.

[†] Coût standard : coût préétabli ayant valeur de norme, définie sur la base d'une durée standard d'intervention par tâche et par bénéficiaire établie à « dires d'expert » et d'un coût unitaire fixé sur la base d'un salaire chargé médian.



L'entrecroisement des méthodologies qualitatives et quantitatives

La triangulation des données ; définition (s)

- ❖ **La triangulation se définit** comme le fait d'appréhender un objet de recherche en se plaçant de deux points de vue différents.
- ❖ **La conception ancienne de la triangulation** prend au pied de la lettre la métaphore militaire : si deux points sont donnés alors on peut localiser le 3iéme, On valide une source de données en la confrontant aux autres : étayage réciproque.
- ❖ **La conception moderniste de la triangulation** y voit la « vitrine de multiples réalités réfléchies simultanément » comme le serait un cristal qui peut être vu sous des angles multiples.



L'absence de convergence, les contradictions, ne nuisent pas à la validité mais complètent notre connaissance des phénomènes étudiés

Triangulation des méthodologies, des méthodes et des points de vue

	Méthodologie qualitative	Méthodologie quantitative
	Entretiens-semi structuré Immersion sur site Archives du projet	Statistiques descriptives Modèles statistiques Estimation des forfaits
Parties prenantes		
Patients	● ●	● ●
Adresseurs	● ●	● ●
Porteurs de projets	● ● ●	● ● ● ●



Dans le cadre d'une méthodologie, recours à différentes méthodes, en se plaçant du point de vue d'une seule partie prenante



Dans le cadre d'une méthodologie, recours à une seule méthode, en se plaçant du point de vue de toutes les parties prenantes



Mélanges des méthodologies et des méthodes, en se plaçant du point de vue d'une seule partie prenante



Mélanges des méthodologies et des méthodes, en se plaçant du point de vue de toutes les parties prenantes

Interprétation et analyse intégrée des résultats QE1

Questions évaluatives	Indicateurs quantitatifs (variables)	Indicateurs qualitatifs (mécanismes)	Interactions variables mécanismes
QE1 : Quels sont les facteurs clés qui ont été susceptibles de faciliter ou d'entraver l'implantation locales des expérimentations locales ?	<ul style="list-style-type: none"> - CONTEXTE : <ul style="list-style-type: none"> ▪ # d'équipes par structures juridiques ▪ # d'ETP par catégories de postes non-médicaux ▪ # de partenaires par types de correspondants ▪ # de communications réalisées par type de vecteurs ▪ # de patients par localisation (km du centre) ▪ # de patients par catégorie d'âge ▪ # de patients par type de handicap ▪ # de patients par déficiences (codage CIF) ▪ # de patients par type de foyer (vit seul, en couple, famille, enfant, en collectivité, ESMS) - Durée du handicap 	<ul style="list-style-type: none"> - ATTITUDES ENVERS L'INTERVENTION <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ressenti sur le contexte de l'expérimentation ▪ Visions de l'intervention et ses effets ▪ Perceptions des réponses apportées aux inégalités ▪ Différence de perceptions sur les améliorations de prise en charge ▪ Freins et leviers de la mise en place de l'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> - EFFETS ORGANISATIONNELS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Certaines des activités prévues par l'expérimentation ne pourront peut être pas voir le jour du fait du covid ▪ La mise en place des tableaux de bord commun pourrait éventuellement être tardive

Interprétation et analyse intégrée des résultats QE2

Questions évaluatives	Indicateurs quantitatifs (variables)	Indicateurs qualitatifs (mécanismes)	Interactions variables mécanismes
<p>QE2 : Dans quelle mesure les EqLAATs ont-elles eu un impact organisationnel en modifiant le contenu des modalités d'accès aux aides techniques et en renforçant les capacités professionnelles ?</p>	<p>RÉALISATIONS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - # de personnes accompagnées pour lesquelles une expertise a été demandée - # de personnes accompagnées par type d'adressage - # de personnes accompagnées par type structure d'adressage - # de personnes accompagnées par type de professionnels, # de bilans réalisés - # d'évaluations réalisées par type de professionnel - # de conventions - # de conventions par type (recours expertise, maillage, moyens logistiques, couverture autre population) - # de personnes accompagnées avec intervention d'un pair-aidant - # de pair-aidants, # de pair-aidant par type (proche, ancienneté de handicap) - # d'interventions, # d'heures d'intervention, # d'interventions par activités - # d'interventions par type d'organisation (individuel, groupe, dans locaux, sur lieux de vie, distanciel, relation interpersonnelle, média) - # d'interventions par objectifs (lever les doutes, affiner le projet, comparer les aides techniques) - # d'AT par type d'organisation (parc d'AT, mutualisation des AT, prêts entre structures non commerciale, prêts par des acteurs commerciaux, location à des acteurs commerciaux) - Délais pour accès aux AT par type d'organisation - Moyens logistiques par type d'organisation, Description des aides technique par type d'organisation - # de structure non commerciale en collaboration#de structures commerciale en collaboration (fabricants et distributeurs) 	<p>REACTIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Structuration des équipes et répartition des tâches ▪ Modifie les compétences requises pour accompagner les choix et l'usage des AT les savoirs, les savoir-faire et savoir-être des acteurs ▪ Quelles ont été les réactions des parties prenantes face aux nouveaux rôles qui leur ont été dévolus? ▪ Quels seraient aux yeux des différents acteurs les critères de succès de l'expérimentation ▪ Dans quelle mesure les acteurs sont ils prêts à accepter le changement ▪ Dans quelle mesure les acteurs sont dans le même état d'esprit vis-à-vis de la conduite du changement 	<p>EFFETS ORGANISATIONNELS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmentation de l'éventail des AT offertes ▪ Augmentation du nombre d'essais réalisés ▪ Taux d'acquisition suite à la préconisation ▪ Taux d'utilisation du matériel acquis à 3 mois, 6 mois

Interprétation et analyse intégrée des résultats QE3

Questions évaluatives	Indicateurs quantitatifs (variables)	Indicateurs qualitatifs (mécanismes)	Interactions variables mécanismes
QE3 : Dans quelle mesure les EqLAATs ont-elles permis d'identifier et de répondre aux besoins de la personne en demande d'accompagnement pour le choix l'usage des AT ?	<ul style="list-style-type: none"> - REALISATIONS <ul style="list-style-type: none"> ▪ # de personnes intégrées ▪ Délai moyen entre la demande et le rendez-vous ▪ # activités CIF par personnes accompagnées ▪ # de visite à domicile des ergothérapeutes au cours d'un accompagnement ▪ # d'AT préconisés ▪ # d'aides technique attribuées en fonction de la modalité (prêt, location, achat) ▪ # d'essais d'AT par personnes accompagnées - Durée d'essais d'AT <ul style="list-style-type: none"> ▪ # d'AT par type d'accès (achat, location, prêt, autre) ▪ Délai entre préconisation et accès à l'AT ▪ Description de l'AT (déjà en place, demande initiale, essai, préconisées, mises en place) ▪ # de bilans ▪ # d'entretiens ▪ # d'analyse de l'environnement ▪ # d'essais ▪ Délai entre la demande et le premier contact ▪ Délai entre la demande et la préconisation ▪ Délai entre la demande et le suivi à 3 mois après l'accès à l'aide technique ▪ # de contacts téléphoniques ou audio ▪ # de mails par forfait ▪ # de rencontres dans les locaux de l'équipe • # de visites à domicile ▪ # de visites sur les lieux de vie ▪ Distance entre le domicile et les locaux de l'équipe - # de personnes accompagnées par zone géographique (montagne ou plaine) 	<ul style="list-style-type: none"> - REACTIONS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comment ont été perçues par les acteurs la modification de leurs capacités d'initiatives et d'organisation de leurs intervention auprès du bénéficiaire ▪ Quels sont les aspects de l'expérimentation qui ont entraîné les changements les + notables et pour qui? ▪ Quels ont été les principaux acteurs du changement ▪ Quels a été la part respective des PS et des usagers dans le choix des aides techniques et la définition de leurs conditions d'utilisation 	<p>EFFETS ORGANISATIONNELS</p> <ul style="list-style-type: none"> • activités compensées par personnes accompagnées - Taux d'acquisition suite à une préconisation • Taux de refus / d'abandon de l'AT lié au mésusage par catégorie d'AT • Taux de remplacement des AT liée à l'évolution des bénéficiaires - Taux d'utilisation du matériel acquis à 3 mois <p>EFFETS PERSONNELS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfaction des personnes accompagnées envers l'aide au choix et à l'utilisation • Qualité de vie des personnes accompagnées ▪ Questionnaire GAS (impact dans la réalisation de l'activité) ▪ Satisfaction des PS, PNM

Interprétation et analyse intégrée des résultats QE4

Question évaluative	Indicateurs quantitatifs (variables)	Indicateurs qualitatifs (mécanismes)	Interactions quali quanti
QE4 : Dans quelle mesure les modalités de financement des EqLAATs ont-elles été pertinentes et bien dimensionnées pour couvrir les coûts de l'accompagnement et éviter les doublons?	<ul style="list-style-type: none"> - RÉALISATIONS <ul style="list-style-type: none"> ■ # d'heures effectives de travail par catégories professionnelles et par tâches (adm, évaluatives, prises en main, suivi de la prise en main) ■ Coût global du dispositif : coûts fixes et coûts variables ■ Coût réel du parcours de soins ■ Coût moyen par patient ■ Coût cachés ■ # de forfaits par type de forfait ■ Frais liés aux trajets ■ Frais aux locaux ■ Frais liés aux parc d'aides techniques ■ Recettes autres celle liées à EqLAAT ■ Coûts liés à l'accès des AT (budget investissement, budget de fonctionnement) 	<ul style="list-style-type: none"> - REACTIONS <ul style="list-style-type: none"> ■ Quelle ont été les réactions des acteurs quant à la modification de la nature, des modalités, ou de l'origine des financements 	<ul style="list-style-type: none"> - EFFETS ORGANISATIONNELS <ul style="list-style-type: none"> ■ Calibrage des forfaits & impact budgétaire ■ Répartition des financements de l'AT entre les différents financeurs ■ % de reste à charge pour les personnes accompagnées

4

Calendrier

Calendrier Prévisionnel

	Sept 2021	Oct 2021	Nov 2021	Déc 2021	Janv 2022	Fév 2022	Mars 2022	Avril 2022	Mai 2022	Juin 2022	Juill 2022	Août 2022	Sept 2022	Oct 2022	Nov 2022	Déc 2022	Janv 2023	Fév 2023	Mars 2023	Avril 2023	Mai 2023	Jun 2023	Juill 2023	Août 2023	Sept 2023					
Début de l'expérimentation																														
Validation du protocole																														
COPIL																														
Visite sur site																														
Validation guide entretiens																														
Entretiens qualitatifs - Professionnels de santé																														
Entretiens qualitatifs - Patients																														
Retranscriptions																														
Focus Group																														
Enquête en ligne 24 équipes																														
Analyse des données																														
Analyse économique																														
Rapport intermédiaire																														
Rapport final																														
Fin de l'expérimentation																							02							

Bibliographie sélective

- Assurance maladie, Drees 2018. Note sur le cadre d'évaluation des expérimentations dans le cadre du dispositif d'innovation en santé (article 51 de la LFSS 2018);
- Assurance Maladie, Drees. 2019 Guide méthodologie de l'évaluation des projets art. 51 LFSS 2018.,
- Bhaskar Roy A Realist Theory of Science Verso, 2008, PB, 286pp
- Commission Européenne. Direction générale Politique Régionale,2006. Nouvelle période de programmation 2007 - 2013 documents de travail méthodologiques:Indicateurs pour le suivi et l'évaluation, un guide pratique..
- Commission Européenne. Direction générale Politique Régionale,2014. Période de programmation 2014-2020. Suivi et évaluation de la politique européenne de cohésion - fonds européen de développement régional et fonds de cohésion; Concepts et recommandations
- Dalkin SM, Greenhalgh J, Jones D, Cunningham B, Lhussier M. What's in a mechanism? Development of a key concept in realist evaluation. *ImplementSci.* 2015;10(1):49.
- Dejemeppe, M., Van der Linden, B., 2009. OPES 2155 Conception et évaluation économiques des projets et de politiques (Note No. OPES 1255).
- Launois, R. 2020 Article 51 : Evolution ou Révolution ? Des réseaux de soins coordonnés au paiement des équipes de professionnels de santé : un même combat ; Journal de Gestion et d'Économie de la Santé 2020, Vol. 38, n° 1, 3-20
- Launois, R., Trouiller, J.B., Cabout, E., 2018. Comment mesurer l'efficacité en vie réelle ? Annales Pharmaceutiques Françaises 76 : 421–435. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2018.07.003>
- Launois, R., Ghabri, S., Navarrete., L.F., Le Moine, J.G., Ethgen, O., 2014:/4. Paiement à la performance et fixation conditionnelle du prix du médicament. Rev. fr. aff. soc : 156-178 . <https://doi.org/10.3917/rfas.144.0156>
- Ghabri, S., Launois, R., 2014. Évaluation quasi-expérimentale des interventions médicales : méthode des variables instrumentales. Journal de gestion et d'économie médicales vol 52(5-6) : 371-388 . <https://doi.org/10.3917/jgem.145.0371>
- Launois, R., 1985. Les réseaux de soins coordonnés. Gest. hosp. 759–763.
- Launois, R., Majnoni d'Intignano, B., Rodwin, V.G., Stéphan, J-C., 1985. Les réseaux de soins coordonnés (RSC) : Proposition pour une réforme profonde du système de santé. Rev. fr. aff. soc 37–61.
- Makady A, de Boer A, Hillege H, et al What Is Real-World Data? A Review of Definitions Based on Literature and Stakeholder Interviews. *Value Health.* 2017 Jul-Aug;20(7):858-865. doi: 10.1016/j.jval.2017.03.008. Epub 2017 May 11. PMID: 28712614.
- OCDE; Réseau du CAD de l'OCDE sur l'évaluation du développement (EvalNet) 2019. De meilleurs critères pour de meilleures évaluations; Définitions adaptées et principes d'utilisation;
- Oge, C., Boule, J-P., 2015. Evaluation de la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique, dont le cancer. ARS Pays de la Loire.
- Oréade – Brèche., 2017. Evaluation flash du dispositif d'appui aux gestionnaires en matière d'espèces exotiques envahissantes. Agence de l'eau pays de Loire Bretagne.
- Pawson, R., & Tilley, N. 1997. *Realistic evaluation*. London, United Kingdom: Sage Publications.
- Porter, M., Pabo, E., Lee,T.H., 2013; *Health affairs* 32 (3) :516-525. Redesigning Primary Care: A Strategic Vision To Improve Value By Organizing Around Patients' Need. <https://www.healthaffairs.org › doi › hlthaff.2012.0961>
- Robert E 2015 Supprimer les paiements directs des soins en Afrique subsaharienne : débat international, défis de mise en œuvre et revue réaliste du recours aux soins. Thèse Université de Montreal
- Weiss C 1995 Nothing as practical as good theory/ exploring theory based evaluation for comprehensive community initiatives for children and families in New approaches to evaluating community initiatives vol I Concepts, méthods and contexts