



PROTOCOLE D'ÉVALUATION DE L'EXPÉRIMENTATION RR TÉLÉDOM RÉADAPTATION RESPIRATOIRE À DOMICILE EN PRÉSENTIEL (RR DOM) COUPLÉE À LA TÉLÉ RÉADAPTATION (TÉLÉRR) 29 septembre 2022

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, Elise Meto

launois.reesfrance@wanadoo.fr

06 07 82 07 45



Genactis.





Description de l'expérimentation et questions évaluatives



1

L'expérimentation a pour objectif d'accompagner les patients porteurs de BPCO hospitalisé pour une exacerbation aiguë de BPCO et leur aidant, via un programme de service mixte de réadaptation respiratoire à domicile et à distance par télé-réadaptation (RR TéléDom).

Structuration de l'expérimentation parcours RR TéléDom

DESCRIPTION

Dispositif associant le réentraînement à l'effort et la reprise d'activités physiques adaptées, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement psychosocial et motivationnel, quel que soit le lieu de résidence, le niveau socio-économique, le nombre et la sévérité des comorbidités associées

DURÉE ET TERRITOIRE

Durée de l'expérimentation envisagée sur 4 ans
Région Hauts-de-France : territoires de Lille-Roubaix et Béthune-Lens-Arras

MODÈLE DE FINANCEMENT

- Prestations dérogatoires
- Forfait de coordination : 250€ / patient / an
- Forfait de prise en charge rééducative

BUDGET TOTAL

- 1 422 557€ dont 171 K€ de crédits d'amorçage

PORTEUR DU PROJET : FORMACTION SANTÉ

- **FormAction Santé** fondé en 2009 par le professeur Grosbois
- 30 ans d'expérience dans la réadaptation respiratoire, tant sur le plan pratique, la coordination, l'opérationnel et le scientifique
- Expérience reconnue au plan régional et national
- **Motivations :**
 1. Contexte actuel des suites de la crise sanitaire
 2. Progression de l'incidence des maladies respiratoires chroniques
 3. Rang croissant en terme de mortalité;
 4. Coût global de la maladie et de ses traitements:
 5. Difficultés d'accès aux programmes de réhabilitation pour certains patients
 6. Préconisation de la HAS
 7. Efficacité de la RR démontrée

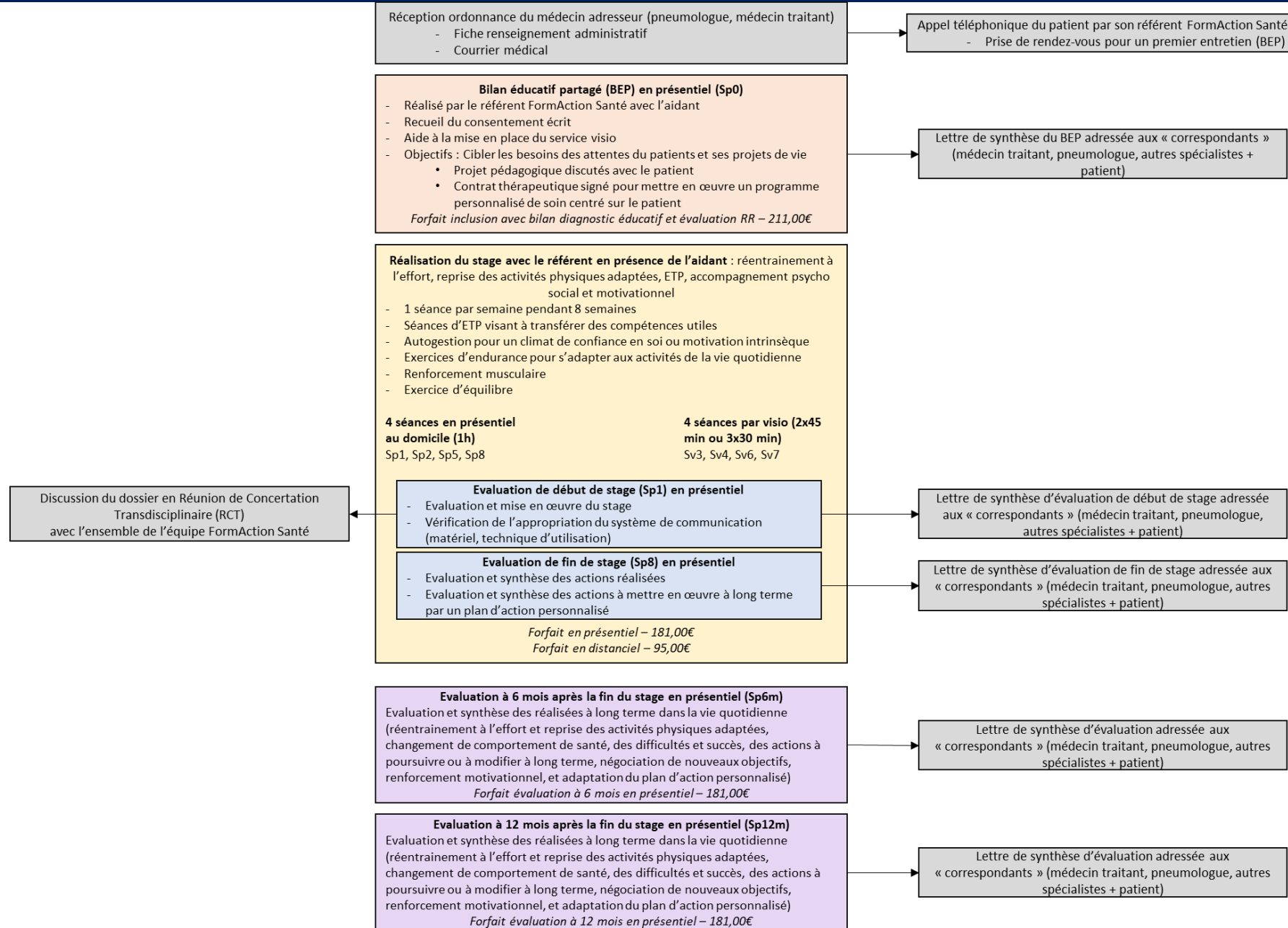
IMPACTS ATTENDUS

1. Impact en termes de **service rendu aux patients** : gain de chance, sans rupture de parcours de soins, centrée sur la personne
2. Impact **organisationnel et sur les pratiques professionnelles** : offre alternative en unité mobile transdisciplinaire en relation avec les professionnels de premier recours
3. Impact en **termes d'efficience** pour les dépenses de santé

Déroulement de la prise en charge

- RR TéléDom repose sur un stage de RR puis un suivi à 6 mois et à 1 an.
- Au total, un parcours de 7 séances en présentiel et 4 séances en visio
 1. Bilan éducatif partagé en présentiel (BEP – Sp0)
 2. 8 séances de RR hebdomadaire de 1h30
 - 4 séances à domicile en présentiel (Sp1, Sp2, Sp5, Sp8 – RRDom)
 - 4 séances à distance en visio (Sv3, Sv4, Sv6, Sv7 – TéléRR)
 3. Séance d'évaluation en présentiel à 6 mois (Sp6m)
 4. Séance d'évaluation en présentiel à 12 moi (Sp12m)

Dispositif organisationnel



Professionnels impliqués

1. Les pneumologues des Centres Hospitaliers publics ou privés et des SSR partenaires : prescription de la RR TéléDom + bilan pneumologique
2. Le médecin traitant et les professionnels de santé s'occupant habituellement du patient : participation à la prise en charge et réception de courrier de suivi des différentes étapes
3. Equipe transdisciplinaire spécialisée de FormAction Santé :
 - Pneumologue
 - IDE
 - Diététicienne
 - Esthéticienne socio médicale
 - Kinésithérapeute
 - Professeure d'activités physiques adaptées
 - Psychologue

- Equipe salariée
- Equipe formée à l'ETP et la RR (formations initiales ou continues)
- Chaque membre est référent de patients pour accompagnement global avec délégation de tâches, sous la responsabilité et la coordination du pneumologue
- Des réunions de concertation transdisciplinaire (RCT) ont lieu tous les lundis avec tous les membres de l'équipe pour présenter et discuter des dossiers patients, co-construction du programme évolutif

Population cible

- **Population cible** : patient BPCO, patient présentant un asthme et une BPCO avec comorbidité venant de présenter une EABPCO, ayant eu recours à une hospitalisation et nécessitant une RR
- Au total 815 patients BPCO seront pris en charge : 200 l'année 1, 275 l'année 2 et 340 l'année 3. L'année 4 est réservée pour les évaluations à distance
- Les patients inclus sont suivis à 100% jusqu'à la séance 4.
- Il est estimé :
 - 10% de la population initiale ne termine pas le stage (90% suivi jusqu'à la séance 8)
 - 20% de la population initiale n'est pas évaluée à 6 mois
 - 30% de la population initiale n'est pas évaluée à 12 mois
- L'évaluation à 6 mois est réalisée en deux temps : 50% des patients auront cette évaluation au cours de l'année N et 50% au cours de l'année N+1

Montée en charge

	% des patients cible	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Total
Nbr patients cible		200	275	340	0	815
Sp0	100% (N)	200	275	340	0	815
Sp1	100% (N)	200	275	340	0	815
Sp2	100% (N)	200	275	340	0	815
Sv3	100% (N)	200	275	340	0	815
Sv4	100% (N)	200	275	340	0	815
Sp5	90% (N)	180	250	310	0	740
Sv6	90% (N)	180	250	310	0	740
Sv7	90% (N)	180	250	310	0	740
Sp8	90% (N)	180	250	310	0	740
Sp6m	40% (N-1) + 40% (N)	80	190	245	135	650
Sp12m	70% (N-1)	0	140	190	240	570

Dispositif financier

- Modèle de financement **substitutif** et **complémentaire** à la prise en charge de droit commun
- Financement forfaitaire par séquences comprenant 5 forfaits :
 1. Forfait inclusion (Sp0) à 211€ comprenant bilan diagnostic éducatif et évaluation RR
 2. Forfait d'une séance de RR en présentiel (Sp1, Sp2, Sp5, Sp8) à 181€
 3. Forfait d'une séance de RR en distanciel (Sv3, Sv4, Sv6, Sv7) à 95€
 4. Forfait d'évaluation à 6 mois (Sp6m) à 181€ comprenant une évaluation et un renforcement motivationnel
 5. Forfait d'évaluation à 12 mois (Sp12m)) 181€ comprenant une évaluation et un renforcement motivationnel
- Au total, si le patient réalisé tout le parcours RR TéléDom le coût de sa prise en charge s'élève à **1 677€**

Plan de mise en œuvre des orientations stratégiques

• Orientations stratégiques	• Objectifs opérationnels	• Interventions à déployer	• Effets attendus	• Questions évaluatives
<ul style="list-style-type: none"> OS1 : Créer une offre innovante et mixte de prise en charge de RR 	<ul style="list-style-type: none"> OP1 : Accueillir un nombre plus important de patients BPCO en RR OP2 : Donner les mêmes chances à tous (lieu de résidence, niveau socio éco, sévérité) 	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'une offre mixte en réadaptation respiratoire Accord de partenariat avec les CH et SSR Constitution d'une équipe transdisciplinaire Mise en place d'une prise en charge à domicile et en distanciel Forfait de prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> EA1 : Une offre de RR innovante et alternative à la SSR EA2 : Un accès facilité pour tous 	<ul style="list-style-type: none"> QE1 : Quels sont les facteurs qui ont facilité (respectivement freiné) la mise en place de l'expérimentation ?
<ul style="list-style-type: none"> OS2 : Améliorer la prise en charge des patients et un maintien de l'efficacité sur le long terme 	<ul style="list-style-type: none"> OP3 : Améliorer la tolérance à l'effort, dyspnée, fatigue, anxiété, dépression et qualité de vie à moyen et long terme OP4 : Intégrer les aidants dans cette prise en charge globale et améliorer leur qualité de vie 	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge centrée sur le patient Utilisation d'outils validés Intégration dans le quotidien du patient Projet personnalisé Intégration des aidants lors des séances Satisfaction des aidants 	<ul style="list-style-type: none"> EA3 : Amélioration des résultats de la RR à moyen et long terme EA4 : Amélioration de la qualité de vie des patients et des aidants 	<ul style="list-style-type: none"> QE2 : Dans quelle mesure l'expérimentation a-t-elle contribué à améliorer l'accès à la RR pour tous les patients BPCO et améliorer la prise en charge ?
<ul style="list-style-type: none"> OS3 : Renforcer les connaissances de la RR et la coordination des professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> OP5 : Former les professionnels de santé à la prise en charge de la RR à domicile OP6 : Intégrer les professionnels de santé de premier recours et améliorer la coordination entre professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> Formation des professionnels Utilisation des outils validés Réunion de concertation Utilisation du dossier partagé Suivi du projet personnalisé Envoi de lettre de synthèse 	<ul style="list-style-type: none"> EA5 : Augmentation de la connaissance de la RR EA6 : Amélioration de la coordination entre les professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> QE3 : Dans quelle mesure l'expérimentation a-t-elle renforcé la coordination entre les professionnels et amélioré leurs pratiques ?
<ul style="list-style-type: none"> OS4 : Réaliser des gains d'efficience 	<ul style="list-style-type: none"> OP7 : Vérifier le bon calibrage des forfaits OP8 : Diminuer le nombre de ré-hospitalisation, de décès et de passage aux urgences 	<ul style="list-style-type: none"> Identification des coûts réels et cachés # de personnes accompagnées Vérification de l'équilibre budgétaire Identification du nombre de ré-hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> EA7 : Validation du cadre de financement forfaitaire EA8 : Pertinence du financement forfaitaire 	<ul style="list-style-type: none"> QE4 : Dans quelle mesure l'expérimentation a-t-elle permis de couvrir les besoins de financement du dispositif ?
<ul style="list-style-type: none"> OS5 : Vérifier la transposabilité de l'expérience 	<ul style="list-style-type: none"> OP9 : Identifier les caractéristiques spécifiques OP10 : Identifier les liens de causes à effets entre l'expérimentation et les résultats obtenus 	<ul style="list-style-type: none"> Caractéristiques de l'expérimentation Caractéristiques des patients Caractéristiques de l'organisation Freins et leviers au déploiement de l'expérimentation Recommandations 	<ul style="list-style-type: none"> EA9 : Démonstration de la transposabilité 	<ul style="list-style-type: none"> QE5 : Le projet est-il reproductible à une plus grande échelle ?



Méthodologie de l'évaluation



Programmation et évaluation

PROGRAMMATION

Interventions à déployer

Objectifs opérationnels

Orientations stratégiques

EVALUATION

Interventions déployées

Réalisations

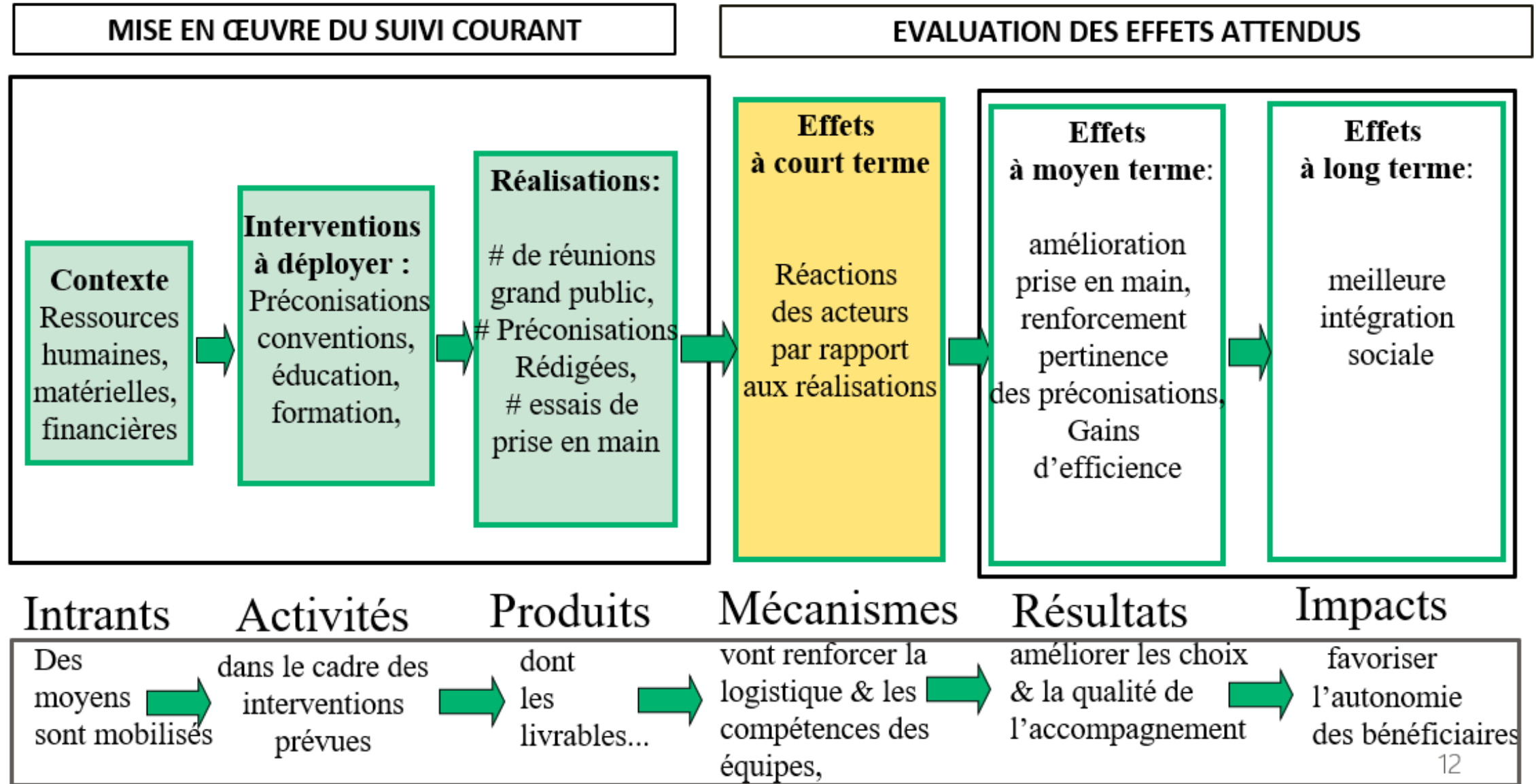
Effets

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 découlent₄

Traduction des objectifs en indicateurs



- ◆ 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 PHENOMENOLOGIQUE**

Deux approches pour appréhender les mécanismes

« EVALUATION « ATHÉORIQUE »

- Une approche affranchie des objectifs : une approche sans but qui cherche à appréhender l'ensemble des effets, quels qu'ils soient (**étude phénoménologique**).
- L'analyste n'interprète pas ce qu'il étudie. Il **s'interdit tout a priori et tout jugement de valeur** pour recueillir l'intégralité de l'expérience vécue par autrui.
- 4 temps:(i) Retranscription intégrale des entretiens (ii) Réécriture à la troisième personne du singulier en conservant le langage des répondants; (iii) traduction des discours en langage commun (iv). **La synthèse finale décrit l'expérience telle qu'elle a été vécue, et non telle qu'elle a été conçue.**

« EVALUATION À PARTIR D'UN RÉFÉRENTIEL A PRIORI »

17

- L'approche doit se limiter à l'étude des seules conséquences escomptées (**protocole réaliste**)
- Le cadre conceptuel explique comment l'expérimentation va fonctionner en **indiquant les hypothèses de cause à effet nécessaires** pour que les résultats souhaités soient obtenus.
- Ce qui suppose que les hypothèses sous-jacentes au bon fonctionnement de l'intervention aient été les bonnes.
- L'objet de la démarche évaluative est de s'en assurer en expliquant **comment et pourquoi les liens de causalité fonctionnent.**

la 1^{er} approche a été choisie

17

Systeme d'information

- Dossier informatise **Careltou**, développé sur mesure en 2009 par FormAction Santé
- Volet patient
 1. **Diagnostic éducatif** : qui est le patient ? que fait-il ? qu'est-ce qu'il a comme pathologie ? qu'est-ce qu'il sait de sa pathologie ? quels sont ses projets/motivations pour le suivi ?
 2. **Evaluation initiale au début du stage** : test de tolérance à l'effort, questionnaire anxiété-dépression HAD, questionnaire EQ-5D_3L, COPD assesement test, évaluation de la dyspnée, fatigue assesment scale, évaluation de l'ETP, questionnaire « les inégalités de santé »
 3. **Evaluation à la fin du stage** : même test + évaluation du mieux être patient, questionnaire de satisfaction du stage de réhabilitation
 4. **Evaluation à 6 mois et à 12 mois** : acceptation de la maladie et motivation
 5. **Suivi tout au long du stage**
- Volet aidant
 1. Evaluation administrative
 2. Evaluation de la personne
 3. Evaluation de l'impact de la RR chez l'aidant à partir de tests qualitatifs et quantitatifs



Détails des indicateurs



Faisabilité

Quels sont les facteurs qui ont facilité (respectivement freiné) la mise en place de l'expérimentation ?

1. Les publics visés ont-ils été atteints ?
2. La composition de l'équipe de FormAction Santé (effectif, pluridisciplinarité, compétences, savoir-faire) et le matériel utilisé étaient-ils adaptés ?
3. Les activités proposées par les professionnels de l'équipe FormAction Santé étaient-elles accessibles ?
4. Dans quelle mesure la coordination avec les professionnels et adresseurs a-t-elle fonctionné ?

Dimensions : Porteurs, Professionnels de santé, Patients

Critères d'analyse :

1. Atteinte du public cible en termes de participation, profils, implication et satisfaction des publics
2. Matériels adaptés
3. Adéquation du profil des professionnels avec les besoins des patients

Source de données :

- Cahier des charges
- Matériels utilisés
- Données individuelles du SI du porteur
- Entretiens avec le porteur et son équipe
- Entretiens avec les patients et aidants
- Entretiens avec les médecins prescripteurs

Indicateurs - faisabilité

Indicateurs quantitatifs

- # professionnels dans la structure par spécialité
- Cartographie des professionnels
- # professionnels ayant quitté la structure (turn-over)
- Types et nombres de matériels utilisés
- Provenance des patients
- # patients adressés par médecin prescripteur
- Densité de professionnels par spécialité
- # de communications faites sur le dispositif
- # de newsletters rédigées et envoyées
- # de partenariats avec les CHU
- # d'utilisation du matériel développé

Indicateurs qualitatifs

- Profils des professionnels de la structure
- Profils des patients
- Ressenti des professionnels prescripteurs sur le contexte de l'expérimentation
- Ressenti des professionnels de FormAction Santé sur le contexte de l'expérimentation
- Motivations personnelles des membres de FormAction Santé et de leur adhésion au dispositif
- Difficultés de recrutement des professionnels au sein de la structure
- Raisons de départs des professionnels au sein de la structure
- Éléments facilitateurs et difficultés rencontrées
- Ressenti des patients vis-à-vis des outils utilisés (matériels, fiches, etc..)
- Description des outils, matériels utilisés
- Acceptation des outils, matériels utilisés
- Inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins de RR
- Identification des améliorations de prise en charge

Efficacité auprès des patients

Dans quelle mesure l'expérimentation a-t-elle contribué à améliorer l'accès à la RR pour tous les patients BPCO quel que soit leur lieu de résidence, leur niveau socio-économique, la sévérité de leur pathologie ?

- Y-a-t-il une amélioration de l'accès aux soins pour des patients qui en sont éloignés ?
- 1. Observe-t-on une meilleure adhérence du programme de RR du patient et une meilleure continuité dans le parcours du patient ?
- 2. Y-a-t-il une amélioration de la qualité de vie des patients et de leurs aidants ?
- 3. Les publics concernés sont-ils satisfaits du déroulement des activités ? Pour quelles raisons ?

Dimensions : Patients/aidants, système de santé

Critères d'analyse :

- Expérience patient et niveau de satisfaction des patients et de leurs aidants vis-à-vis des services proposés du suivi
- Raison de la satisfaction/insatisfaction des patients et de leurs aidants
- Changement de comportements (autonomie) observés ou non chez le patient
- Amélioration de l'état de santé
- Amélioration de l'accès aux soins et de l'assiduité vis-à-vis du suivi

Source de données :

- Données des questionnaires de satisfaction aidant/patient issues du SI porteur
- Données individuelles du SI porteurs
- Entretiens avec les patients/aidants

Indicateurs – efficacité auprès des patients

Indicateurs quantitatifs

RÉSULTATS / EFFETS :

- # patients pris en charge
- # patients BEP réalisés
- # patients sur liste d'attente
- # stages effectués
- # stages finis
- # évaluations 6 mois
- # évaluations 12 mois
- Durée du stage
- # séances totales effectuées
- Évolution de la qualité de vie des populations à priori éloignées des SSR ou précaires avec celles des patients plus privilégiés
- Assiduité des patients au programme
- # patients évalués à 6 mois, 12 mois vs. # patients ayant accepté le stage
- # patients présents par séance vs. # patients ayant accepté le stage
- # aidants présents par séances
- # aidants ayant eu un programme personnalisé
- Taux d'atteinte des objectifs du projet personnalisé
- Évolution de l'évaluation de la tolérance à l'effort, humeur, qualité de vie, fatigue, dyspnée
- Satisfaction des patients et des aidants

PROCESSUS / RÉALISATIONS : # et poids des patients précaires / non

- # et poids des patients « éloignés » géographiquement

Indicateurs qualitatifs

RÉSULTATS / EFFETS :

- Ressenti de l'organisation de la RR en présentiel et distanciel
- Facilités / difficultés d'adhérence au dispositif
- Raisons du décrochage
- Niveau de satisfaction des patients et de leurs aidants vis-à-vis de l'organisation du dispositif (fréquence des visites, informations transmises, partage de l'information, inclusion de l'aidant)
- Niveau de satisfaction des patients et de leurs aidants vis-à-vis des soins /exercices prodigués (diversités des soins, confort, réponse aux attentes, qualité de vie, accessibilité)

PROCESSUS / RÉALISATIONS :

- Ressenti des professionnels sur la prise en charge des patients précaires/éloignés

Efficacité auprès des professionnels

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

1. Y-a-t-il une amélioration de la coordination entre les professionnels ?
2. Observe-t-on une meilleure connaissance de la prise en charge de la BPCO notamment de la RR ?
3. Observe-t-on une amélioration des pratiques des professionnels pour la prise en charge des patients BPCO ?
4. Comment s'organise la formation des professionnels à la RR des patients BPCO ?

Dimensions : Professionnels de santé, système de santé

Critères d'analyse :

1. Formation des professionnels
2. Coordination des professionnels
3. Niveau de connaissance sur la prise en charge des patients BPCO
4. Satisfaction des professionnels

Source de données :

1. Données individuelles du SI porteurs
2. Contenu des formations
3. Entretiens avec le porteur et son équipe
4. Enquête en ligne auprès des professionnels

Indicateurs – efficacité auprès des professionnels

Indicateurs quantitatifs

RÉSULTATS / EFFETS :

1. # de patients accompagnés par professionnels
2. # de réunions de concertation (+/- présence des professionnels)
3. # de bilans diagnostics par professionnels
4. # de bilans à 6 mois et 12 mois réalisés par professionnels
5. # de séances réalisées par professionnels
6. # de formations réalisées
7. # de médecins adresseurs
8. Cartographie des professionnels de FormAction Santé
9. # de synthèses envoyées aux correspondants

Indicateurs qualitatifs

PROCESSUS / RÉALISATIONS :

1. Structuration de l'équipe et répartition géographique
2. Amélioration de la connaissance de la RR
3. Quelles ont été les réactions des parties prenantes face aux nouveaux rôles qui leur ont été dévolus ?
4. Quels seraient aux yeux des différents acteurs les critères de succès de l'expérimentation ?
5. Dans quelle mesure les acteurs sont-ils prêts à accepter le changement ?
6. Dans quelle mesure les acteurs sont dans le même état d'esprit vis-à-vis de la conduite du changement ?
7. Satisfaction au regard des formations ou éventuels manquements dans les formations
8. Satisfaction de la coordination au sein de l'équipe
9. Satisfaction des médecins adresseurs vis-à-vis du retour du stage et de suivi de la prise en charge des patients

Efficiency

Dans quelle mesure l'expérimentation a-t-elle permis de couvrir les besoins de financement du dispositif et d'en améliorer l'efficacité ?

- Observe-t-on un bon calibrage des dépenses de santé vis-à-vis du forfait ?
- Observe-t-on une baisse du nombre de réhospitalisations et du nombre de passage aux urgences ?
- Observe-t-on une baisse du taux de décès à 1 an ?
- Dimensions : Système de santé
- Critères d'analyse :
- Bon calibrage des forfaits
- Ajustement du modèle économique

Source de données :

- Données individuelles du SI porteur
1. Données de facturation et fichier de contrôle
 2. Documents comptables

Indicateurs – efficacité

Indicateurs quantitatifs

PROCESSUS / RÉALISATION :

- Identification de tous les coûts pris en charge dans le forfait
- Identification des coûts de fonctionnement
- Identification des coûts d'acquisition des matériels
- Identification des coûts de déplacement
- Identification des coûts cachés
- Nombre de patients pris en charge
- Temps passés lors des séances et bilans
- Vérification de l'équilibre budgétaire (charges et recettes)
- Adéquation du forfait

RÉSULTATS / EFFETS :

- # de réhospitalisation pour BPCO à 6 mois et/ou à 12 mois
- # de passages aux urgences pour BPCO à 6 mois et/ou à 12 mois

Indicateurs qualitatifs

RÉSULTATS / EFFETS :

- Mise en relation des indicateurs de coûts et d'effets
- Évolution des coûts et des résultats
- Quelles ont été les réactions des acteurs quant à la modification de la nature, des modalités, ou de l'origine des financements ?

Reproductibilité

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

- ❖ Quels sont les prérequis pour construire un tel dispositif ?
- ❖ Le territoire comporte-il des spécificités influant sur le dispositif ?
- ❖ Quels sont les prérequis organisationnels et financiers pour le bon fonctionnement et le succès du dispositif ?
- ❖ Quels sont les caractéristiques territoriales spécifiques de l'expérimentation ?
- ❖ De façon générale, quels sont les freins/leviers au déploiement de l'expérimentation sur une autre région ?

Critères d'analyse :

- ❖ L'offre de soins dans la région des Hauts de France est semblable à une autre région
- ❖ La situation socio-démographique et sanitaire des résidents des Hauts de France est semblable à celle de résidents dans d'autres régions
- ❖ Freins et leviers au déploiement du dispositifs à une autre région

Source de données :

- ❖ Données agrégées du SI porteur
- ❖ Focus group avec les professionnels de la structure
- ❖ Entretiens avec l'ARS des Hauts de France
- ❖ Entretiens individuels avec des médecins pneumologues des CHU partenaires
- ❖ Entretiens avec les associations de patients partenaires : Association Calais Respiré, FFAIR, Association Santé Respiratoire France
- ❖ Données agrégées de la DREES, Insee, Santé Publique France

Indicateurs – reproductibilité

Indicateurs quantitatifs

RÉSULTATS / EFFETS :

- Profils des patients
- Profil du territoire
- # et densité des pneumologues
- Prévalence de la BPCO en France et par région
- Taux d'hospitalisation pour BPCO en France et par région
- Répartition de la population de la région par âge
- Profil de la population de la région en termes de précarité
- Répartition de la population BPCO par âge

Indicateurs qualitatifs

RÉSULTATS / EFFETS :

- Spécificités de l'organisation mise en place
- Spécificités de l'expérimentation
- Adaptation de l'expérimentation à un territoire
- Soutien institutionnel
- Comparaison aux parcours similaires expérimentés (Partn'air et Air+R et Inspir'Action)



Calendrier



5

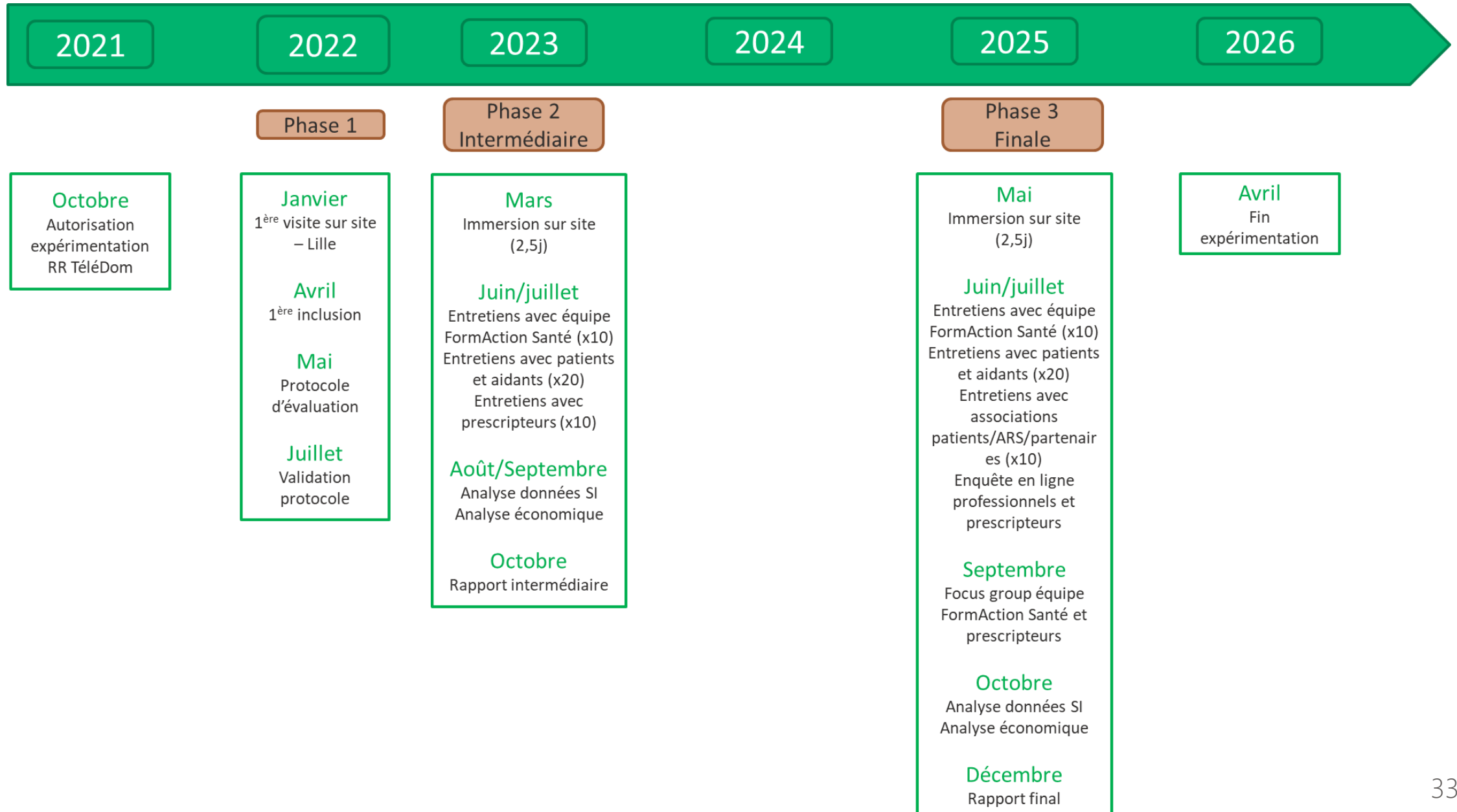
Phase intermédiaire

- Une **immersion/observation** sur site pour une meilleure compréhension des enjeux et du fonctionnement du parcours et des acteurs.
- Des **entretiens individuels téléphoniques** : 40 entretiens pour cette phase intermédiaire pour couvrir l'ensemble des publics ciblés : les professionnels de santé de FormAction Santé (10), les professionnels prescripteurs (10), les patients (15) / aidants (5) afin de recueillir leur ressenti de la mise en place du dispositif
- **L'analyse économique** : analyse des charges, de la comptabilité analytique de FormAction Santé, mais également de la plateforme de facturation pour l'adéquation des forfaits et la rentabilité
- **L'analyse des données** : Analyse du système d'information sur données individuelles avec la partie patient et la partie aidant pour tous les indicateurs quantitatifs. Des analyses comparatives en sous-groupes de populations selon le niveau de précarité, âge, accessibilité au SSR. Un grand travail de complémentarité et d'analyse conjointe sera réalisé entre les différentes données quantitatives et qualitatives.

Phase finale

- Une **immersion/observation sur site**
- Des **entretiens individuels téléphoniques** : 40 entretiens pour cette phase finale pour couvrir l'ensemble des publics ciblés : les professionnels de FormAction santé (10), les patients (10) / aidants (10), les associations de patients, ARS, partenaires (10) afin de recueillir leur ressenti, leur satisfaction, les freins et leviers d'une telle expérimentation
- Un **focus group** de 10 personnes avec 5 professionnels de FormAction Santé et 5 professionnels prescripteurs afin d'enrichir leur ressenti et de confronter leur point de vue sur la coordination entre les professionnels relatif au développement de l'expérimentation
- Une **enquête en ligne** auprès des professionnels prescripteurs et de premiers degrés qui suivent les patients auprès le stage afin de recueillir leur satisfaction envers l'organisation du parcours de télé-réadaptation, leur formation et connaissance sur la prise en charge
- **L'analyse économique** : analyse des charges, de la comptabilité analytique de FormAction Santé, mais également de la plateforme de facturation pour l'adéquation des forfaits et la rentabilité
- **L'analyse des données** : Analyse du système d'information sur données individuelles avec la partie patient et la partie aidant pour tous les indicateurs quantitatifs sur l'ensemble de l'expérimentation avec la possibilité d'avoir le recul suffisant pour avoir des évaluations à 6 mois et à 12 mois. Des analyses comparatives en sous groupes de populations selon le niveau de précarité, âge, accessibilité au SSR.

Calendrier prévisionnel



- Coquart J, Le Rouzic O, Racil G, Wallaert B, Grosbois JM. Real-life feasibility and effectiveness of home-based pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease requiring medical equipment. COPD. 2017;Volume 12:3549-3556. doi:10.2147/COPD.S150827
- Coquart jeremy, Grosbois JM, Olivier C, Castres I, Wallaert B, Bart F. Home-based neuromuscular electrical stimulation improves exercise tolerance and health-related quality of life in patients with COPD. COPD. Published online June 2016:1189. doi:10.2147/COPD.S105049
- Grosbois JM, Gephine S, Le Rouzic O, Chenivresse C. Feasibility, safety and effectiveness of remote pulmonary rehabilitation during COVID-19 pandemic. Respiratory Medicine and Research. 2021;80:100846. doi:10.1016/j.resmer.2021.100846
- Grosbois JM, Le Rouzic O, Monge E, Bart F, Wallaert B. La réhabilitation respiratoire : évaluation de deux types de prise en charge, ambulatoire versus domicile. Revue de Pneumologie Clinique. 2013;69(1):10-17. doi:10.1016/j.pneumo.2012.11.003
- Grosbois JM, Charlet Deffontaines L, Caron A, et al. Influence of DISC behavioral profile on the short- and long-term outcomes of home-based pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Respiratory Medicine and Research. 2020;77:24-30. doi:10.1016/j.resmer.2019.12.001
- Grosbois JM, Gephine S, Diot AS, et al. Gender does not impact the short- or long-term outcomes of home-based pulmonary rehabilitation in patients with COPD. ERJ Open Res. 2020;6(4):00032-02020. doi:10.1183/23120541.00032-2020
- Grosbois JM, Valentin ML, Valentin V, Wallaert B, Le Rouzic O. L'outil DISC améliore la communication et les résultats de la réhabilitation respiratoire : une approche comportementale adaptée. Revue des Maladies Respiratoires. 2019;36(1):39-48. doi:10.1016/j.rmr.2018.10.009
- Haute Autorité de Santé. Comment Mettre En Oeuvre La Réhabilitation Respiratoire Pour Les Patients Ayant Une Bronchopneumopathie Chronique Obstructive ?; 2014.
- Haute Autorité de Santé, Caisse Nationale d'Assurance Maladie, Stratégie de transformation du système de santé. Indicateurs de Qualité Du Parcours de Soins - Patients à Risque Ou Atteints de BPCO.; 2020.
- Haute Autorité de Santé, Caisse Nationale d'Assurance Maladie, Stratégie de transformation du système de santé. Guide Du Parcours de Soins Bronchopneumopathie Chronique Obstructive.; 2019.
- Jebrak G. Recommandations et prise en charge de la BPCO en France : les recommandations sur la prise en charge de la BPCO ne sont pas suivies dans la vraie vie ! Revue des Maladies Respiratoires. 2010;27(1):11-18. doi:10.1016/j.rmr.2009.08.002
- Launois R, Cabout E, Benamouzig D, Velpy L, Briot K, Alliot F, et al. Barriers and Expectations for Patients in Post-Osteoporotic Fracture Care in France: The EFFEL Study. Value in Health 2022 (avril) :572-581
- Launois R, Diard M, Cabout E, Meto E, Eymere S. Évaluer autrement les parcours de soins coordonnés article 51 LFSS 2018 : une innovation, les protocoles réalistes. Annales Pharmaceutiques Françaises 2022: (avril) :131-144.
- Laurendeau C, Chouaid C, Roche N, Terrioux P, Gourmelen J, Detournay B. Prise en charge et coûts de la bronchopneumopathie chronique obstructive en France en 2011. Revue des Maladies Respiratoires. 2015;32(7):682-691. doi:10.1016/j.rmr.2014.10.731
- McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Airways Group, ed. Cochrane Database of Systematic Reviews. Published online February 24, 2015. doi:10.1002/14651858.CD003793.pub3
- Stelianides S, Surpas P, Hervé A, Grosbois JM. Comment améliorer l'accès des patients à la réadaptation respiratoire ? Revue des Maladies Respiratoires. 2021;38(2):177-182. doi:10.1016/j.rmr.2020.12.001
- Wallaert B, Duthoit L, Drumez E, et al. Long-term evaluation of home-based pulmonary rehabilitation in patients with fibrotic idiopathic interstitial pneumonias. ERJ Open Res. 2019;5(2):00045-02019. doi:10.1183/23120541.00045-2019
- Wallaert B, Masson N, Le Rouzic O, Chéhère B, Wémeau-Stervinou L, Grosbois JM. Effects of pulmonary rehabilitation on daily life physical activity of fibrotic idiopathic interstitial pneumonia patients. ERJ Open Res. 2018;4(2):00167-02017. doi:10.1183/23120541.00167-2017
- Wallaert B, Grosbois JM, Gicquello A, et al. Long-term evaluation of home-based pulmonary rehabilitation in patients with COPD. COPD. Published online September 2015:2037. doi:10.2147/COPD.S90534