



Innovations organisationnelles associées à une solution technologique ou numérique

Projet retenu en 2022

Titre du projet :

**HDJ numérique pathologies
neurologiques chroniques**

Rapport final
Date de rendu : 01/12/2024

Table des matières

1. Préambule

- 1.1. Les objectifs du rapport final
- 1.2. La trame du rapport final

2. Présentation du projet

- 2.1. Fiche d'identité du projet
- 2.2. Description du projet organisationnel et de la solution numérique
 - 1. Description
 - 2. Avancement du projet
- 2.3. Schématisation du ou des parcours expérimentés
- 2.4. Gouvernance et pilotage du projet
- 2.5. Calendrier de déploiement du projet

3. Capitalisation

- 3.1. Faits marquants
- 3.2. Mise en œuvre et facteurs clés
 - 1. Pré-requis à la réussite du projet
 - 2. Capitalisation des réussites notables
 - 3. Pratiques à améliorer et difficultés rencontrées
- 3.3. Freins et leviers au déploiement du projet

4. Evaluation

- 4.1. Présentation de la méthodologie et des outils d'évaluation
- 4.2. Principaux résultats et mesure d'impact

5. Conclusion

6. Communication

7. Perspectives

- 7.1. Piste(s) de viabilité économique du projet
- 7.2. Autres perspectives

1. Préambule

1.1. Les objectifs du rapport final

Le rapport final, rédigé de manière concise par le(s) porteur(s) du projet, est destiné en première intention à l'Agence Régionale de Santé Île-de-France.

Mais ce rapport final a également vocation à pouvoir être diffusé en externe auprès d'autres structures souhaitant mettre en place un projet similaire.

Pour le porteur, ce rapport est une opportunité de présenter une photographie globale de la progression de son projet et de partager ses réalisations, ses difficultés, son appréciation quant aux deux années écoulées et les actions post-expérimentation.

1.2. La trame du rapport final

Pour accompagner le porteur dans la rédaction de son rapport final, une trame est proposée.

Chaque projet étant unique et le rapport final relevant de l'entière responsabilité des porteurs, la trame est adaptable en fonction du projet.

Ce rapport est la synthèse du projet financé par l'ARS Ile-de-France dans le cadre de l'appel à projets "Innovations organisationnelles s'appuyant sur une solution technologique ou numérique". L'ARS a accompagné ce projet durant deux ans (fin 2022 - fin 2024) pour documenter à partir du retour d'expérience les freins et les leviers de la mise en oeuvre de ce type d'expérimentation. Les porteurs de ce projet ont rédigé en fin de projet leur retour d'expérience. Les informations contenues dans le rapport n'engagent qu'eux.

Rédacteurs :

- Dr Nacera Bradaï, Médecin cheffe de service, Hôpital La Boissière, VYV3 Ile-de-France
- Valentine Sallandre, Responsable planification de l'offre, Filière sanitaire, VYV3 Ile-de-France
- Sarah Abbas, Coordinatrice du plateau technique, Hôpital La Boissière, VYV3 Ile-de-France

2. Présentation du projet

2.1. Fiche d'identité du projet

Titre du projet		HDJ Numérique Pathologies Neurologiques Chroniques
Porteur(s)	Hôpital La Boissière- Vyv3 Île-de-France 13 boulevard de la Boissière 93130 Noisy-Le-Sec SIRET : 480 266 014 00533	
Partenaire(s)	Axomove 70 rue du Docteur Yersin 59120 LOOS SIRET : 829 306 125 FAM CICL- Vyv3 Île-de-France 179 avenue Napoléon Bonaparte 92500 Rueil-Malmaison SIRET: 480 266 014 00442	
Personne contact	<i>Audrey Jacquinet 0619628107 audrey.jacquinet@idf.vyv3.fr</i>	
Territoire(s) concerné(s)	Hauts de Seine (92) et Seine Saint-Denis (93)	
Public cible	Personnes adultes porteuses d'une pathologie neurologique chronique	
Professionnels de santé impliqués	Hôpital de jour SMR : Médecins MPR, Kinésithérapeutes, professeurs d'activités physiques adaptées, psychologue, cadre de rééducation. Foyer d'accueil médicalisé en externat : Cadre de rééducation, éducateurs spécialisés.	
Objet de l'expérimentation	La poursuite d'une activité physique dans le cadre d'un Hôpital De Jour numérique incluant des séances de télé-réadaptation et un télé-suivi de la pratique d'auto-exercices vidéo permettrait de limiter les ruptures de soins liées aux difficultés d'accès aux prises en charge paramédicales en ville, et conduirait les bénéficiaires du parcours atteints d'une pathologie neurologique chronique à pérenniser la pratique d'une activité physique dans leur quotidien afin de limiter la dégradation de leur état physique et fonctionnel.	
Date de première inclusion	14 mars 2023	
Nombre total de patients inclus	64 patients	
Durée totale du projet	2 ans	

2.2. Description du projet organisationnel et de la solution numérique

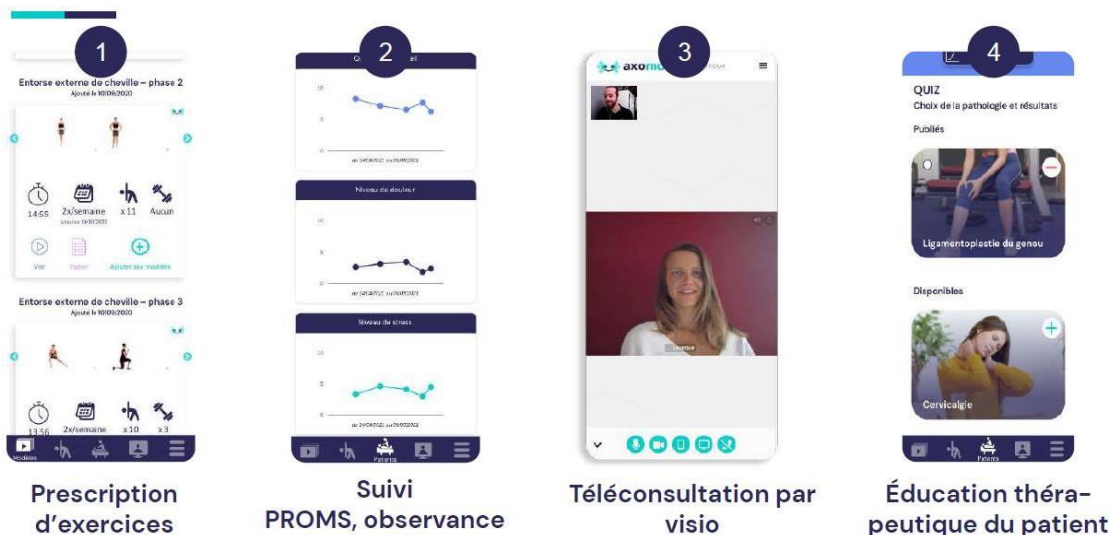
1. Description

La solution numérique utilisée dans le cadre du présent projet est l'application digitale Axomove, du nom de la start-up française éponyme.

Axomove est une entreprise française fondée à Lille en 2017 par 4 co-fondateurs et aujourd'hui constituée d'une équipe de 25 spécialistes des technologies et de la santé. Membre de la French Care, elle est hébergée au sein des pôles d'excellence d'Euratechnologies et d'Eurasanté. C'est un **dispositif médical numérique d'exercices guidés à domicile, de télé réadaptation et de télésurveillance médicale**. L'entreprise a pour objectif d'apporter un outil supplémentaire et complémentaire dans le parcours de soins de rééducation, de rendre acteur le patient dans sa rééducation, d'entretenir sa motivation et de faciliter le suivi des patients par les équipes de rééducation.

Cette solution de type Software As A Service combine astucieusement de multiples fonctionnalités, décrites ci-dessous :

FONCTIONNALITÉS



La vidéothèque d'Axomove regroupant près de 1500 vidéos d'exercices couvrant de nombreuses pathologies, permet l'élaboration de programmes d'auto rééducation guidés, personnalisés et adaptés aux profils des patients par les professionnels de santé. De plus, les professionnels peuvent partager des contenus d'éducation thérapeutique (ex : fiches pathologies, quizzes, vidéos éducatives) afin de permettre aux patients d'acquérir des connaissances sur leur pathologie et les composantes de leur prise en charge.

Axomove dispose d'un module de téléconsultation/télésoin permettant la réalisation de séances de rééducation à distance (télé réadaptation) de façon synchrone par les professeurs en activité physique adapté, les kinésithérapeutes, les psychologues.

Enfin, la solution digitale permet de réaliser une télésurveillance médicale des patients lors de leur retour à domicile, par le suivi hebdomadaire de PROMS et de l'observance des patients à la réalisation de leur programme d'auto rééducation prescrit.

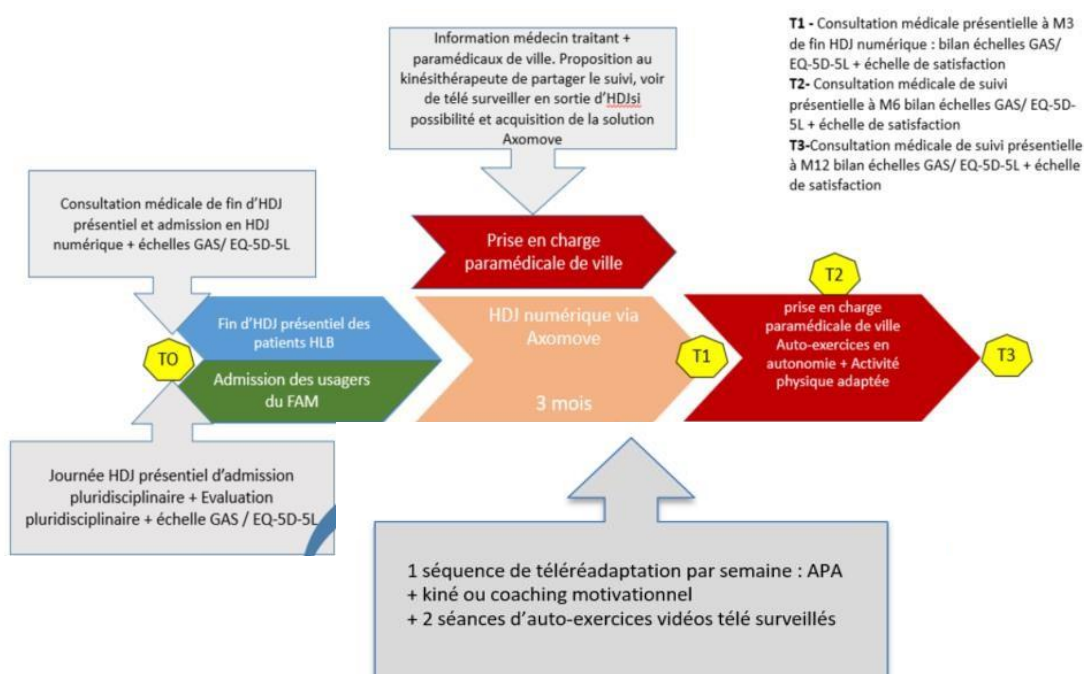
2. Avancement du projet

L'inclusion du premier bénéficiaire du parcours a eu lieu le 14 mars 2023. La dernière inclusion a eu lieu le 19 novembre 2024.

Depuis 64 personnes ont été inclus dans le parcours au 22 novembre 2024. En plus des 64 patients, 48 patients étaient fléchés mais n'ont pas pu être inclus en raison d'un manque d'outil informatique, du manque d'aidants à domicile, d'une incompatibilité avec un planning professionnel ou encore d'un refus.

- 22 patients ont fait le parcours en entier jusqu'à l'évaluation T3 (M12)
- 16 patients ont réalisé l'évaluation T2 (M6, fin de la phase 2 asynchrone)
- 4 patients ont réalisé l'évaluation T1 (M1, fin de la phase 1 synchrone)
- 19 patients ont réalisé le bilan T0
- 3 patients ont signé le consentement mais n'ont pas réalisé l'évaluation T0.

2.3. Schématisation du ou des parcours expérimentés



2.4. Gouvernance et pilotage du projet

Pour mener à bien le projet, nous avons mis en place un comité opérationnel qui suit en permanence les avancées du projet sur le terrain. Il résout les points de blocage opérationnels à son niveau et identifie des problématiques qui ont besoin d'une prise de décision en comité de pilotage.

Le comité comprend des responsables opérationnels de chaque groupement. Il se réunit une fois par mois pendant 1h.

Il est composé de :

- Sarah ABBAS coordinatrice du projet, Hamid HENADCI en charge de la planification des séances des patients, Nathalie PARISOT secrétaire médicale, Kevin OGIER référent kiné, Wilfried PALMIS référent APA pour le projet, le Dr BRADAÏ, le Dr BONNETON pour l'hôpital La Boissière ;
- Camille CALVEYRAC, Younès NABILI et Marie POURRIER pour Axomove ;

- Thomas WEBER, chef de service du FAM CICL ;
- Farida MEBAREK FALOUTI directrice des 2 structures expérimentatrices.

Le COPIL a pour mission de:

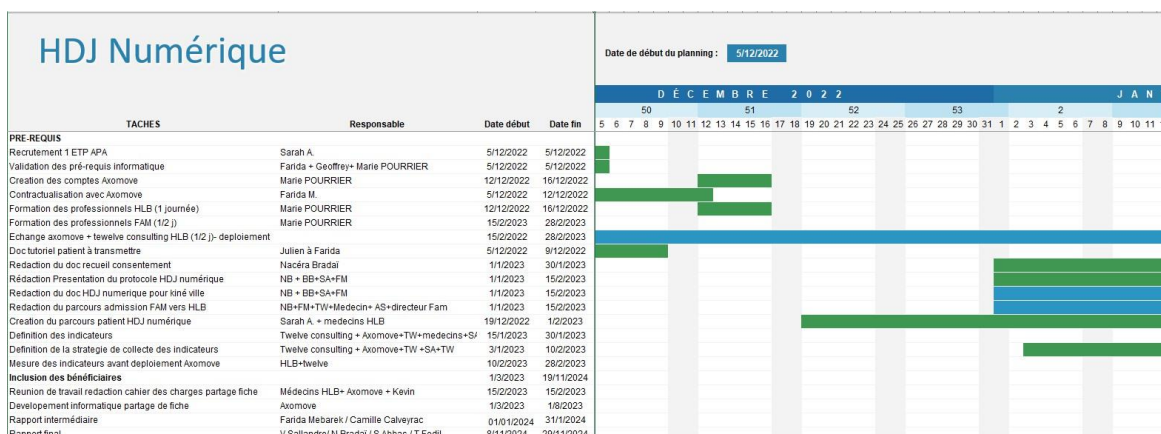
- Faire remonter les problématiques techniques liées à l'utilisation de la plateforme numérique rencontrées par l'équipe et les usagers,
- Faire remonter à Axomove les nécessités d'évolution de la solution pour répondre au mieux à nos besoins,
- Suivre la file active de bénéficiaires en cours et les usagers à inclure dans le parcours issu de l'Hôpital La Boissière et du FAM CICL,
- Valider les documents de fonctionnements.

Calendrier des réunions :

2022	28.11 / 20.12
2023	10.01 / 27.02 / 24.04 / 06.06 / 04.08 / 18.09 / 5.10 / 27.11
2024	26.02 / 25.03 / 29.04 / 29.05 / 29.07 / 26.08 / 30.09 / 29.10

Aucun kinésithérapeute libéral ni médecin traitant n'ont adhéré au projet (aucun retour des praticiens sollicités via les patients), nous n'avons donc pas de représentant dans le COPIL.

2.5. Calendrier de déploiement du projet



Le calendrier prévisionnel de déploiement a été respecté. Du retard avait été pris sur le développement de la fonction de partage de fiches entre l'établissement et les libéraux. Initialement prévue en avril, cette fonction a été déployée fin juin 2023.

Il y a également eu un retard dans le nombre d'inclusions en raison du turn-over au sein de l'équipe de thérapeutes.

Au 22/11/2024, nous en sommes à **64 inclusions sur 100 fléchés**. Le planning prévisionnel des inclusions était le suivant :

	Nombre de bénéficiaires inclus dans le parcours
Fin T2 2023	15
Fin T4 2023	Entre 40 et 60
Fin T2 2024	Entre 65 et 80
Fin T4 2024	Entre 90 et 110

Nous sommes donc dans la fourchette prévisionnelle du nombre de patients susceptibles d'être inclus dans le parcours (100 fléchés éligibles)

3. Capitalisation

3.1. Faits marquants

A. Formation des utilisateurs praticiens

Les praticiens de l'hôpital La Boissière ont bénéficié de la formation à l'outil Axomove Therapy le 14 décembre 2022, tandis que les praticiens du FAM ont été formés le 25 janvier 2023. Cette formation, de deux heures, avait pour objectif la maîtrise des diverses fonctionnalités d'Axomove par les professionnels de santé ainsi que de valider les prérequis techniques à la mise en place de la téléadaptation.

Une fois la maîtrise de la plateforme acquise, il a été possible de construire les chemins cliniques autour des possibilités offertes par la plateforme.

B. Phase préparatoire : construction du parcours médico administratif et construction du chemin clinique HDJ Numérique (février 2023)

Cette phase fut une phase très importante et très marquante pour les équipes de l'Hôpital La Boissière.

Nous avons mené en parallèle des réunions de travail autour du parcours médico-administratif avec tous les acteurs impliqués dans le parcours et des réunions de co-construction pluridisciplinaires avec tous les professionnels de santé impliqués afin d'obtenir l'adhésion de tous.

Concernant la construction du chemin clinique, et du contenu de chaque atelier, nous avons opté pour des réunions très participatives qui ont été particulièrement appréciées par les professionnels de santé.

Nous avons commencé par les faire réfléchir autour de la question de l'activité physique des personnes atteintes de pathologies neurologiques chroniques : identification des freins à la pratique et des facilitateurs. Puis nous avons réfléchi aux moyens d'actions possibles pour lever les freins et potentialiser les facilitateurs pour arriver à un chemin clinique.



Exemple du Mois 1 parcours HDJ Numérique :

AUTOEXERCICES	MI à MG	1/sem	2 séances d'autoexercices à domicile pour tous les bénéficiaires du parcours		
			Marchant sans AT - 1	Marchant avec AT - 2	Non Marchant - 3
1er Mois	Semaine 1	Séance Téléré APA	contenu: renforcement musculaire mup/mi/tronc	Séance Téléré APA	Séance Téléré APA
		5' accueil/présentation	5' échauffement	Msup	contenu: Renforcement musculaire Msup
		20 séances = exo+recup	5' retour au calme	Mmi avec adaptation ++ en fonction des capacités	Tronc
		Séance Téléré Kiné	contenu: Echauffement	Séance Téléré Kiné	Séance Téléré Kiné
	Semaine 2	Séance Téléré APA	contenu: Endurance Msup/Mi/Tronc	Séance Téléré APA	Séance Téléré APA
		contenu: Endurance Msup/Mi/Tronc	contenu: Endurance Msup/Mi/Tronc	Mmi avec adaptation ++ en fonction des capacités	Tronc
		Séance Téléré Coaching	contenu: Finalité Mettre en place Une activité physique pérenne dans son quotidien	Séance Téléré Coaching	Séance Téléré Coaching
		contenu: Finalité Mettre en place Une activité physique pérenne dans son quotidien	contenu: Finalité Mettre en place Une activité physique pérenne dans son quotidien	contenu: Finalité Mettre en place Une activité physique pérenne dans son quotidien	contenu: Finalité Mettre en place Une activité physique pérenne dans son quotidien
	Semaine 3	Séance Téléré APA	contenu: renforcement musculaire mup/mi/tronc	Séance Téléré APA	Séance Téléré APA
		5' accueil/présentation	5' échauffement	Msup	contenu: Renforcement musculaire Msup
		20 séances = exo+recup	5' retour au calme	Mmi avec adaptation ++ en fonction des capacités	Tronc
		Séance Téléré Kiné	contenu: Echauffement	Séance Téléré Kiné	Séance Téléré Kiné
	Semaine 4	Séance Téléré APA	contenu: Endurance Msup/Mi/Tronc	Séance Téléré APA	Séance Téléré APA
		contenu: Endurance Msup/Mi/Tronc	contenu: Endurance Msup/Mi/Tronc	Mmi avec adaptation ++ en fonction des capacités	Tronc
		Séance Téléré Coaching	contenu: Finalité Mettre en place Une activité physique pérenne dans son quotidien	Séance Téléré Coaching	Séance Téléré Coaching
		contenu: Finalité Mettre en place Une activité physique pérenne dans son quotidien	contenu: Finalité Mettre en place Une activité physique pérenne dans son quotidien	contenu: Finalité Mettre en place Une activité physique pérenne dans son quotidien	contenu: Finalité Mettre en place Une activité physique pérenne dans son quotidien
			Seance Téléré orthophoniste pour tous les bénéficiaires qui présentent des troubles cognitifs		
			contenu: a déterminer après recrutement ortho		
			Seance Téléré orthophoniste		
			contenu a déterminer		

La construction du parcours médico-administratif a été plus complexe. Il s'agissait de coordonner tous les acteurs en définissant le « qui fait quoi ? » en traçant nos actions dans le DPI. Il nous a fallu développer un outil de suivi de la file active pour faciliter le suivi des inclusions. Les médecins ont également créé un cahier d'observation pour faciliter le recueil des données afin de traiter l'information.

Extrait du parcours médico-administratif

QUAND	QUI ?	QUOI ?	COMMENT ?
A l'entrée du séjour HDJ présentiel	Medecin	Identifié les patients éligibles à l'HDJ numérique	Cocher la case de la fiche HDJ numérique et remplir le DRIVE "patients éligibles HDJ numérique"
	Planificateur	Identifie à l'entrée les patients éligible techniquement à la Télér	inscription dans le DRIVE si non inscrits par le médecins
	Secrétaire médicale	Inscrit la date de fin d'HDJ présentiel et planifie une CS d'admission HDJ numérique	Complétude du DRIVE
chaque semaine	la planification	Planification des bilan paramédicaux HDJ numérique de tous les patients neuro identifié dans les liste des patients éligibles techniquement	
Avant le RDV de consultation d'admission HDJ numérique	Les rééducateurs	Réalisation des bilans normés du parcours HDJ numérique	Dans HM
	Les secrétaires	Ouverture de séjour en préadmission Télér Neuro pour les patients neuro éligible	Liste à partir du DRIVE Dans HM
Pendant la consultation d'admission dans les 15 jours avant la sortie d'HDJ présentiel	Le médecin	Remis des documents d'information Complétude de la fiche d'admission en HDJ numérique pour ouverture du séjour et planification du parcours Recueil le formulaire de consentement Complétude de cahier d'obsversion Remise des questionnaires pré HDJ numérique Recueil des coordonnées du kinésithérapeute de ville Complétude de la fiche d'admission HDJ numérique pour remise au secrétariat et planification Redaction de l'observation médicale d'entrée dans le séjour en préadmission Télér	Cahier d'observation stocké dans le bureau du Dr Bradai
	IDE ou secrétaire	Installation du patient dans le bureau de passage pour passation des questionnaires d'évaluation HDJ N	Questionnaire patients : https://twelveconsulting1.typeform.com/EnquetePatient1
Semaine avant sortie HDJ présentiel	APA référent du patien en HDJ présentiel	Création du profil patient Axomove et création du programme personnalisé + prescription des auto-exercices 2x/sem Remise au patient du tutoriel d'utilisation de la solution et l'informe qu'il va recevoir un lien pour créer son profil	
	Les rééducateurs	Complétude du cahier d'observation	Cahier d'observance stocké dans le bureau du Dr Bradai
	Ouleye DIALLO	Complétude du tableau excell cahier d'observation Envoie du courrier d'information au kiné libéral	

La gestion de la file active et la coordination des acteurs autour des inclusions HDJ numérique a nécessité des réunions de suivi régulières afin de s'assurer que tous les intervenants maîtrisaient le nouveau parcours tout numérique.

C. Atelier d'élaboration du cahier des charges du développement de la fonction de partage sur Axomove entre établissements sanitaires et professionnels libéraux

En Mars 2023, un atelier a été réalisé entre les professionnels de santé de l'hôpital La Boissière, des kinésithérapeutes libéraux et l'équipe de développeurs d'Axomove afin de déterminer les éléments requis à la fonction de partage d'un patient aux libéraux. La mise à disposition de cette fonctionnalité, initialement prévue pour le début des inclusions, a eu un retard de livraison en raison

d'une sous-estimation du temps de développement requis. Cette fonctionnalité fut disponible à la fin du mois de juin 2023.

D. Inclusion du premier patient issu de la file active de l'Hôpital La Boissière dans le parcours le 14 mars 2023

E. Inclusions des premiers usagers du FAM CICL en juillet 2023

Nous avons fait le choix d'attendre que le parcours soit rôdé au niveau des patients issus de la file active de La Boissière avant d'inclure les usagers du FAM CICL. La coordination entre les établissements a nécessité que nous ajustions les horaires des séances de Téléréadaptation pour que ces dernières soient compatibles avec les plannings d'activité du FAM CICL.

F. Les premiers résultats

Les premiers résultats ont montré que les patients étaient satisfaits de l'utilisation de la plateforme. Ils montraient une adhésion plutôt forte aux séances de téléréadaptation mais elle était moindre sur les auto-exercices vidéo. Il semblait plus difficile de se motiver à les faire seuls à la maison. En tout état de cause, la majorité des patients inclus était plus active et avait intégré l'activité physique adaptée à son quotidien de manière régulière.

Les professionnels ont également adhéré à l'utilisation de la plateforme qui leur offre une plus grande facilité de création de programmes d'auto-rééducation et de suivi des patients grâce aux tableaux de bord. Mais le changement de pratique restait difficile. Ils avaient tendance à comparer la prise en charge en présentiel et la prise en charge en distanciel qu'ils trouvaient moins qualitative (alors que le parcours HDJ numérique n'a pas vocation à remplacer les séjours de rééducation en présentiel). Toutefois, selon eux, ce parcours avait le mérite d'exister et il semblait pertinent pour les patients marchants avec aides techniques et non marchants.

Malgré la communication auprès des professionnels libéraux, aucun des kinésithérapeutes de ville que nous avons sollicités dans le cadre de la participation au parcours d'un patient n'a souhaité participer au programme.

G. Les résultats finaux

Les résultats finaux confirment ce qui a été constaté lors des résultats intermédiaires à savoir :

- Une bonne adhésion des patients à la phase synchrone
- Une très mauvaise observance des patients à la phase 2, phase asynchrone, les raisons étant :
 - Les manque de satisfaction des patients d'être livrés à eux-mêmes sans la supervision en direct d'un thérapeute.
 - Le manque de suivi et d'encouragements des patients par les thérapeutes (peu d'investissement des thérapeutes pour améliorer l'observance). Exemples : peu ou pas de relances par messages ou contacts téléphoniques.
 - L'expression de doutes concernant l'utilité et le bénéfice de l'HDJ numérique par certains thérapeutes.
 - Le manque de motivation des patients en raison de l'absence de diversification du contenu des auto-exercices.
 - Une mauvaise information principalement de la part des E-APA auprès des patients sur la poursuite du parcours en phase asynchrone (réalisation d'auto-exercices). En cas de constatation de mauvaise observance (pas de connexion recensée par exemple) des patients en phase asynchrone, très peu de professionnels ont contacté les patients pour leur rappeler de poursuivre les auto-exercices sur la plateforme numérique.
- A l'Hôpital La Boissière, le profil du participant type est un patient atteint de Sclérose en Plaques (SEP), marchant avec aide technique, actif et sans ou avec peu de troubles cognitifs. La plupart des participants (37%) sont sans activité professionnelle, 18% sont cadres.

H. Autres faits marquants

En cours de déploiement du projet (au moment des premières évaluations M+12), nous nous sommes rendus compte que les patients avaient accès à Axomove mais sans programmes

d'auto-rééducation entre M+6 et M+12. Ce problème a été remonté à Axomove qui a modifié son paramétrage pour que les patients aient accès aux programmes. Les patients suivants ont donc pu accéder aux programmes et les thérapeutes ont été sensibilisés pour en fournir et pour rappeler aux participants d'en réaliser.

3.2. Mise en œuvre et facteurs clés

1. Pré-requis à la réussite du projet

Nos équipes avaient déjà une première expérience de la téléadaptation avec un autre outil. Cela a favorisé leur adhésion à ce nouveau type de parcours. En effet, avant de déployer le parcours HDJ numérique nous avons mené une première expérimentation de téléadaptation dans le cadre d'un parcours hybride (présentiel + distanciel) début 2020. Puis durant la fermeture de l'établissement lors du confinement, nous avons assuré la continuité des soins de nos patients en distanciel, et nous avons développé par la suite des chemins cliniques incluant des séances de Téléadaptation en 2021 qui sont toujours déployés.

Nous partagions la conviction forte avec Axomove, que ce type de parcours pouvait être extrêmement bénéfique aux patients chroniques et nous avons pu bâtir une collaboration efficace, avec des personnes ressources dédiées et investies qui pilotent le projet de manière dynamique, au plus proche des besoins du terrain.

Le recrutement de 0,5 ETP d'APA était indispensable pour mettre à disposition les ressources nécessaires au déploiement du parcours numérique, et l'implication de tous les acteurs sans exception dans la création du chemin clinique a favorisé la réussite du projet.

Avoir un discours clair, construit et commun auprès des patients à qui l'on propose d'être inclus est un élément indispensable à la réussite du projet, et dans le cas d'HDJ numérique fait l'objet d'une réévaluation constante dans le cadre des COPIL. Nous avons ainsi développé des outils de communication simples auprès d'eux.

Avoir une direction commune aux 2 structures expérimentatrices a facilité la coordination des acteurs et l'inclusion des usagers du FAM CICL dans le parcours. Les problématiques liées aux multi-sites sont traitées rapidement.

Enfin, l'ensemble de l'équipe médicale était partie prenante du projet. La pertinence des inclusions a permis d'avoir un taux de refus assez faible et donc de pouvoir avoir une file active conforme au planning prévisionnel d'inclusion.

2. Capitalisation des réussites notables

Le déploiement du parcours HDJ numérique a mis en évidence les intérêts notables suivants :

Pour l'établissement et ses patients :

- Augmenter la satisfaction des patients en leur offrant la possibilité de bénéficier d'une solution innovante qui leur permet d'avoir accès à un thérapeute pour les guider dans les exercices dans leur environnement habituel.

Pour les patients :

- Volume d'activité physique plus important qui favorise leur santé
- Possibilité de bénéficier d'une solution de suivi d'auto-exercices à la sortie même si la modalité asynchrone mérite d'être améliorée.

Pour l'établissement et ses praticiens :

- Avoir expérimenté un programme d'HDJ numérique structuré et avoir tiré des conclusions dans l'objectif de pérenniser la téléadaptation.
- Diversifier les modalités de ses prises en soins

- Améliorer l'attractivité, le rayonnement et l'image de l'établissement en innovant autour du numérique.
- Donner la possibilité aux praticiens de sortir du contexte de travail habituel, introduire de la flexibilité et de la créativité dans la construction des séances.
- Une coordination efficiente entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire

Pour la société :

- Rompre l'isolement des patients qui peuvent se retrouver seuls à leur sortie d'hospitalisation : maintien du lien à distance.

3. Pratiques à améliorer et difficultés rencontrées

<i>Ce qui a marché</i>	<i>Ce qui a moins bien marché</i>
✓ Faisabilité du parcours (planification, coordination, etc.) avec participation de toute l'équipe. ✓ La coordination entre le secteur sanitaire et médico-social ✓ Engagement des patients inclus autour de ce nouveau type de prise en soins à l'instar de la télé-réadaptation pour la modalité synchrone ✓ Feedback facilité permettant un meilleur suivi de l'activité des patients par les praticiens lors des évaluations.	✓ L'adhésion des thérapeutes au projet ✓ L'adhésion des professionnels libéraux au projet ✓ Manque d'engagement des patients sur la réalisation des auto-exercices vidéo à domicile ✓ Installation non optimale des patients en fauteuil roulant pour leur séance à domicile devant la caméra qui gêne l'accompagnement par le thérapeute
<i>Facteurs de réussite</i>	<i>Freins rencontrés</i>
✓ Construire des groupes homogènes avec des participants ayant des pathologies différentes ✓ Engagement de tous les acteurs ✓ Pilotage efficace, présent, réactif pour fluidifier le parcours ✓ Capacité à accompagner les patients à maîtriser la solution ✓ Faire prendre conscience aux patients du bénéfice sur leur santé d'une activité physique régulière.	✓ Saisonnalité d'inclusion des patients neurologiques à l'hôpital La Boissière en séjour de rééducation ✓ Problèmes de réseaux internet et les limitations matérielles ✓ Manque d'appétence de certains patients pour le numérique ✓ Manque d'adhésion des professionnels qui comparent l'HDJ numérique à l'HDJ classique notamment pour les patients très actifs et les patients trop dépendants.

3.3. Freins et leviers au déploiement du projet

Forces	Faiblesses
✓ Implication des établissements et de la Start Up ✓ Expérience antérieure de la Téléréadaptation ✓ Solution adaptée aux besoins de l'établissement ✓ Capacité d'adaptation de la Start Up à l'évolution des besoins	✓ Changement de pratiques pour les professionnels de l'établissement ✓ Turn-over dans l'équipe paramédicale ✓ Ressources humaines disponibles non suffisantes ✓ Communication et moyens insuffisants pour animer le lien avec les libéraux
Opportunités	Menaces
✓ Promotion de l'activité physique et du Télé-soin qui sont des enjeux de santé publique ✓ Expérimentation transposable sur d'autres structures SMR	✓ Peu de kinésithérapeutes libéraux disponibles sur le territoire ✓ Réforme de financement SMR : Pérennisation du financement de la Téléréadaptation ?

4. Evaluation

4.1. Présentation de la méthodologie et des outils d'évaluation

Afin de mesurer l'impact du parcours "HDJ numérique pathologies neurologiques chroniques", nous avons choisi d'utiliser à chaque évaluation (T0-T1-T2-T3) des échelles validées dont la passation était réalisée sous la supervision des médecins. Ces échelles sont l'EQ-5D-5L et la Goal Attainment Scaling (GAS). Pour l'EQ-5D-5L, nous avons utilisé la version française pour la France et avons obtenu d'Euroqol l'autorisation d'utilisation de cette échelle pour ce projet.

Les thérapeutes ont également réalisé des échelles que, pour le moment, nous n'avons pas jugé opportun d'exploiter mais que nous exploiterons probablement dans le futur. Par ailleurs, nous avons sollicité le cabinet Twelve Consulting qui nous a accompagnés dans la définition des indicateurs de mesure, et le développement des outils de recueils de données.

Les données sont recueillies au travers de questionnaires digitaux, de la solution Axomove et dans le cadre des évaluations réalisées par l'équipe médicale et paramédicale.

Les typologies de mesures retenues

PATIENTS ET PROFESSIONNELS DE SANTÉ



Satisfaction

Elle reflète le **degré de concordance entre les attentes et préférences** par rapport à la **perception de la qualité des soins réalisés**. Cette donnée est **récoltée de manière déclarative** auprès des patients et professionnels de santé.

PATIENTS ET PROFESSIONNELS DE SANTÉ



Usages

Les données d'usages reflètent l'**adoption de l'outil** par les utilisateurs. Celles-ci peuvent provenir directement de la **plateforme** ou être **recueillies auprès des utilisateurs**.

PATIENTS UNIQUEMENT



PREMS Patient-Reported Experience Measures

Mesure de l'**expérience des soins**. Les PREMS comprennent l'ensemble des **interactions que le patient a avec le système de soin**. C'est un mélange d'approche **subjective et objective**, les données sont récoltées de manière **déclarative**.



PROMS Patient-Reported Outcome Measures

Mesure du **résultat des soins** recouvrant une ou plusieurs caractéristiques de l'**état de santé du patient exprimées par lui-même**. Les PROMS reflètent la vision de la maladie et des traitements. L'approche et la récolte des données sont similaires aux PREMS.

Les indicateurs retenus

Les indicateurs côté patients



Données Axomove

Pourcentage :

- Patients ayant complété le programme
- Patients ayant réalisé leurs séances de téléadaptation
- Patients ayant réalisé leurs auto-exercices

Indicateur numérique :

- Patients ayant surconsommé



Données HDJ

- Test d'autoévaluation de l'activité **Ricci et Gagnon** ★
- Amélioration de la qualité de vie (**EQ-5D-5L**) ★
- Évolution du « **Goal Attainment Scale** » ★



Questionnaire digital

CSat :

- Quel est votre niveau de satisfaction global par rapport à l'outil **Axomove**
- Quel est votre niveau de satisfaction global sur le parcours HDJ numérique ?

Échelle de 1 à 5 :

- Vous êtes-vous senti **motivé.e** lors des auto-exercices à domicile ? ★
- Vous êtes-vous senti **motivé.e** lors des séances de téléadaptation ?
- **A-t-il** été facile d'obtenir des réponses de la part des médecins lorsque vous les avez sollicités ? ★
- **A-t-il** été facile d'obtenir des réponses de la part des paramédicaux lorsque vous les avez sollicités ? ★
- Votre participation à ce programme a permis de maintenir votre état physique plus longtemps

CES (Taux d'effort) :

- Suivi d'un programme d'auto-exercices à domicile ★
- Suivi d'une séance de téléadaptation

Oui / Non :

- Avez-vous une activité physique régulière en dehors du programme ? Si oui, est-ce une pratique à domicile, à l'extérieur, en club... ? ★
- Avez-vous l'intention de continuer les auto-exercices disponibles sur **Axomove** ?



Échéances à 3, 6 et 12 mois



Questions à poser avant la mise en place d'**Axomove** (+après)

Les indicateurs côté professionnels de santé

Seuls les **paramédicaux** sont à étudier (APA / Kinésithérapeutes et psychologues)

Une question à destination des médecins : selon vous, le parcours HDJ numérique a-t-il permis de repousser la prochaine hospitalisation ?



Données Axomove

Indicateur numérique :

- Séances réalisées sur la solution
- Professionnels de santé libéraux ayant fait l'essai de la solution numérique

Pourcentage :

- Utilisateurs actifs par rapport au nombre de professionnels formés
- Questions laissées sans réponse dans le chat



Questionnaire digital

NPS (Indice de recommandation) :

- Niveau de recommandation global de l'outil **Axomove**

Échelle de 1 à 5 :

- La solution vous a permis d'être plus efficace dans l'élaboration de programmes d'auto-exercices à domicile ?
- Vous sentez-vous impliqué dans le parcours de soin de votre patient au niveau des auto-exercices à domicile ? ★
- Sentez-vous que votre patient est impliqué dans la pratique de ses auto-exercices à domicile ? ★
- Les **dashboards** vous ont-ils permis de mieux suivre l'évolution de votre patient dans le temps ?
- Les informations proposées dans les **dashboards** sont-elles pertinentes ?
- La bibliothèque de programmes **Axomove** vous semble-t-elle suffisante ?

CES (Taux d'effort) :

- Création d'un programme d'auto-exercices ★
- Animation des séances de **téléadaptation**
- Utilisation des **dashboards**



Échéances à 3, 6 et 12, 18 et 24 mois



Questions à poser avant la mise en place d'**Axomove** (+après)

4.2. Principaux résultats et mesure d'impact

Les résultats présentées ci-dessous sont les résultats obtenus depuis la 1ère inclusion jusqu'au 22 novembre 2024.

Inclusion- Quelques chiffres

Nombre de bénéficiaires éligibles dans le parcours : 100

Nombre de bénéficiaires inclus dans le parcours : 64

- 60 sont issus de la file active d'HLB
- 4 sont des usagers du FAM CICL
 - 22 patients ont fait le parcours en entier
 - 16 patients ont réalisé l'évaluation T2
 - 4 patients ont réalisé l'évaluation T1
 - 19 patients ont réalisé le bilan à T0
 - 3 ont interrompu le programme après avoir signé le consentement

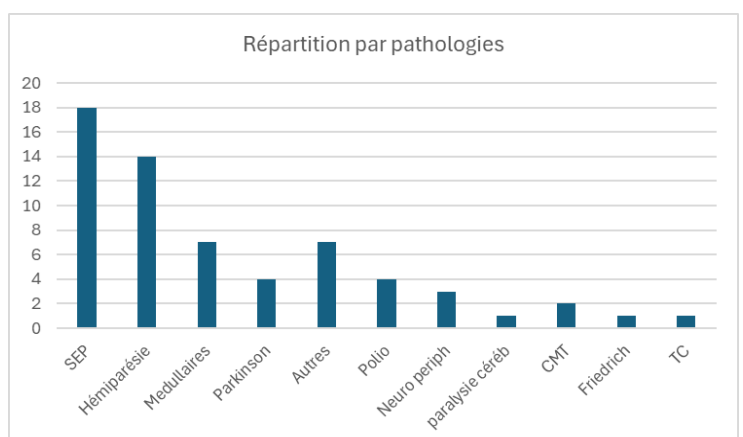
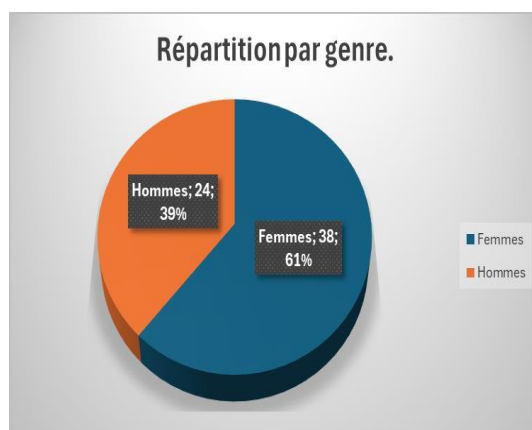
Nombre de bénéficiaires éligibles non inclus dans le parcours : 48

Les raisons des non-inclusions et des abandons sont :

- L'absence de matériel informatique ou les problèmes techniques de connexion
- Le manque de disponibilités des patients (contraintes professionnelles notamment)
- L'absence d'aidants
- Les raisons familiales
- Le manque de confiance en leur capacité à participer au programme.
- La non présentation du patient lors des RDV (à distance ou en présentiel)
- Les refus sans raison formulée
- L'hospitalisation du patient

Les Bénéficiaires du parcours

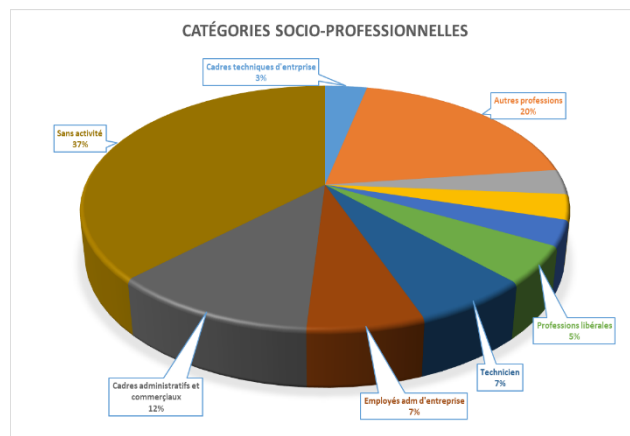
Profil des bénéficiaires du parcours



- **L'âge moyen** est de 56,45 ans.
- **Répartition par genre** : 61% des patients inclus dans le parcours HDJ numérique sont des femmes et 39% sont des hommes.
- **Répartition par pathologies** : La pathologie la plus représentée chez nos participants est la SEP (29%) suivie de l'hémiplégie (22%) puis des lésés médullaires (11%). La catégorie "autres" comprend diverses pathologies neurologiques centrales pourvoyeuses de troubles de l'équilibre tels que l'ataxie cérébelleuse, l'hémophilie...

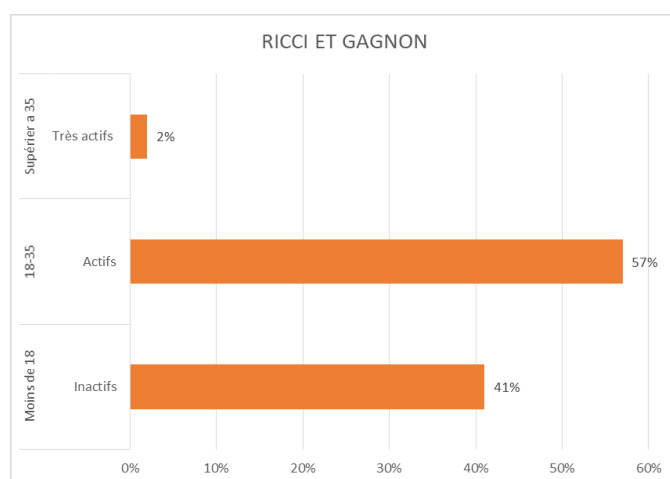
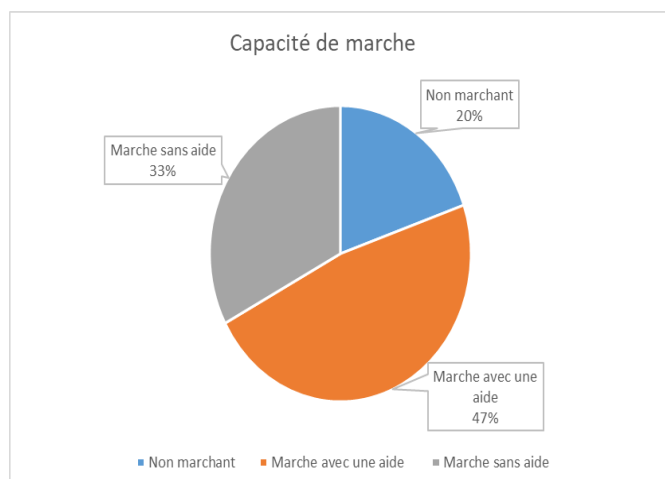
- **Répartition selon la catégorie socioprofessionnelle des participants:**

Plus d'un tiers des participants n'occupent pas d'emploi. Le reste des participants occupant un emploi est représenté en majorité par la catégorie des cadres et administratifs commerciaux (12%) suivie par les employés administratifs et les techniciens (7%) et les professions libérales (5%). D'autres catégories socio-professionnelles comme les artisans, les professeurs, les commerçants et assimilés sont identifiées à faible pourcentage (1.60%) et ont été regroupées dans "Autres professions" par souci de clarté.



- **Répartition selon les capacités de marche et auto-évaluation RICCI & GAGNON**

La majorité des participants (47%) sont marchants avec aide technique et une majorité de participants (57%) inclus a un profil actif. Ceci aurait pu présager d'une bonne adhésion des participants au programme.



Motivation et Implication des bénéficiaires dans le parcours

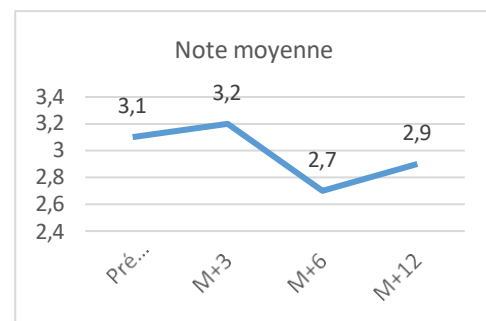
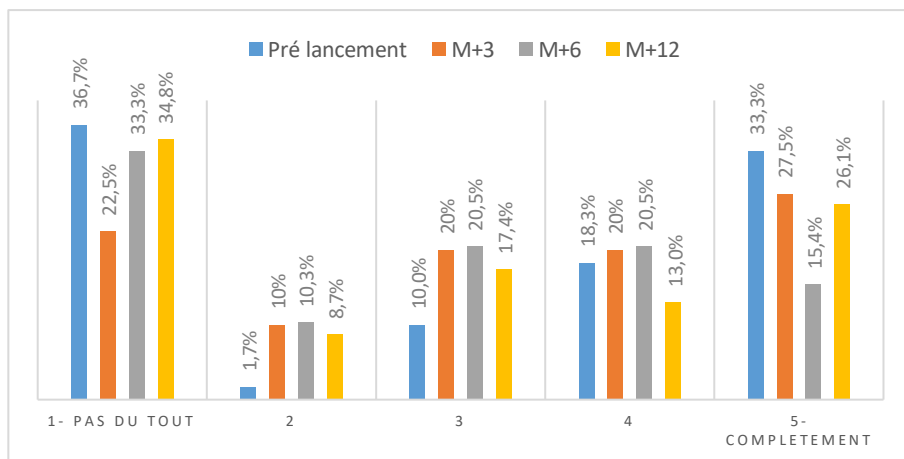
60 répondants au questionnaire de Pré-lancements

42 répondants au questionnaire M3

39 répondants au questionnaire M6

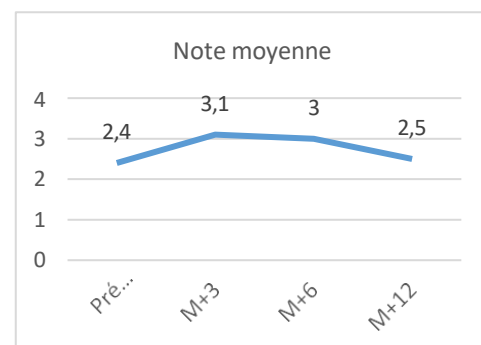
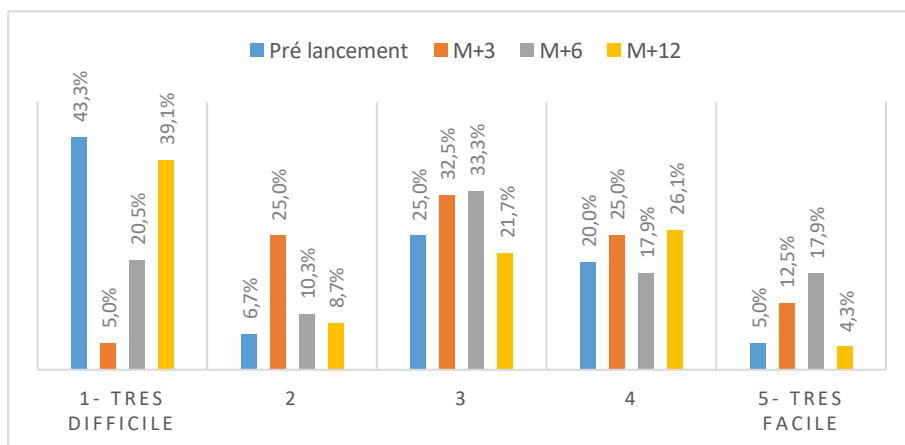
23 répondants au questionnaire M12

Vous sentez-vous motivé.e aujourd'hui lors des auto-exercices à domicile ? Échelle 1 à 5



La motivation pour les auto-exercices augmente à la fin de la phase synchrone (T1=M3), baisse à la fin de la phase asynchrone, les patients n'étant plus supervisés et remonte à M12 sans atteindre le niveau du pré lancement et de M3. Cela confirme que les patients sont plus motivés lorsqu'ils sont supervisés par un professionnel.

Aujourd'hui, à combien évaluez-vous l'effort que vous devez fournir pour suivre un programme d'auto-exercices à domicile ? Échelle 1 à 5



On constate une augmentation de la motivation à réaliser des exercices à domicile entre T0 et M3 qui correspond à la période où les bénéficiaires sont télésurveillés et bénéficient de séances de coaching motivationnel. Cette motivation baisse entre M3 et M6 qui correspond à la phase 2 durant laquelle les patients ont des programmes d'auto exercices vidéo à réaliser seuls.

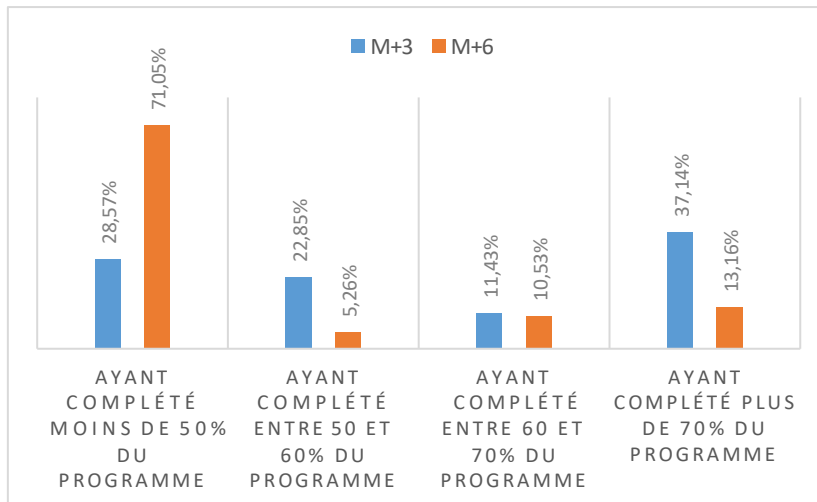
La perception de l'effort à fournir pour faire les auto-exercices vidéo suit la même tendance. Bien qu'elle baisse par rapport à M3, l'effort à fournir reste plus facile en M6 par rapport à celui à fournir avant l'entrée dans le programme, alors que la motivation à réaliser des exercices à domicile a baissé par rapport au niveau initial, ce qui est assez contradictoire.

Pour l'expliquer, on peut poser l'hypothèse suivante. Au moment de l'évaluation initiale, les patients sortent d'un séjour en HDJ durant lequel ils ont bénéficié d'éducation thérapeutique à poursuivre une activité physique et ils sont plus motivés à maintenir les acquis du séjour par rapport à M6 où ils sont livrés à eux-mêmes depuis 3 mois. En revanche, la plateforme Axomove étant à leur disposition, il reste aisé pour eux de pratiquer s'ils le souhaitent, ce qui expliquerait que l'effort à fournir reste moins important par rapport à l'évaluation initiale.

Par ailleurs, l'effort à fournir atteint quasi le même niveau en M+12 qu'en T0, ce qui montre que lorsque les patients ne sont plus supervisés par les thérapeutes, il devient difficile pour eux de

s'astreindre à faire des auto-exercices. Cela a été exprimé lors des différentes évaluations avec les médecins.

Répartition des patients en fonction de la complétion du programme

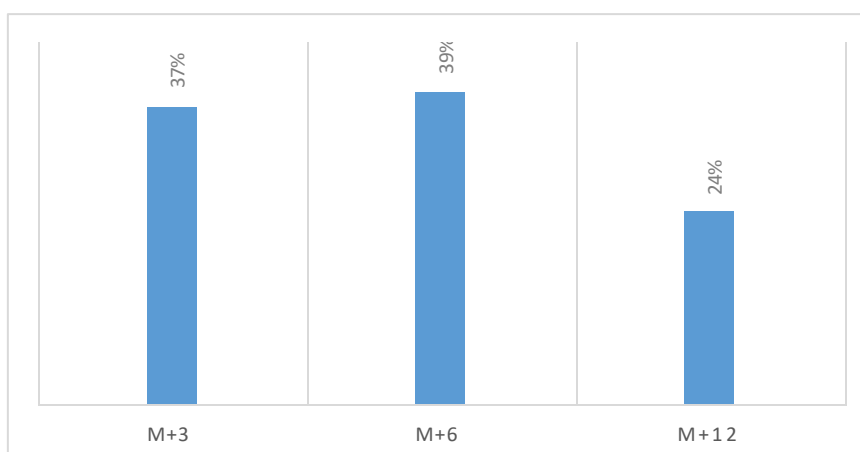


Pourcentage des patients ayant réalisé plus de 70% du programme (présence à la séance de télésoin + programme d'autorééducation effectué) :

- A M+3, 37,14% des patients
- A M+6, 13,16% des patients

On constate une bonne adhésion des bénéficiaires en phase T0-M3 qui correspond à la phase synchrone où les patients bénéficient de séances de téléadaptation et donc d'un contact pluri-hebdomadaire avec les professionnels. Cette adhésion baisse à M+6 où 71% des patients ont complété moins de 50% du programme et seulement 13% des patients ont réalisé plus de 70% du programme.

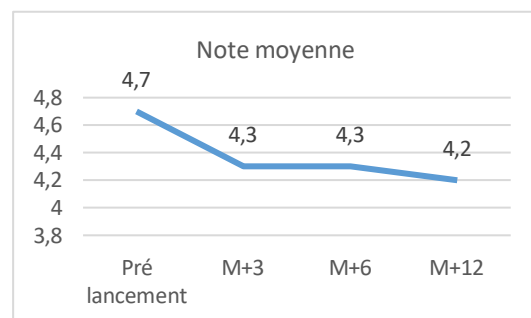
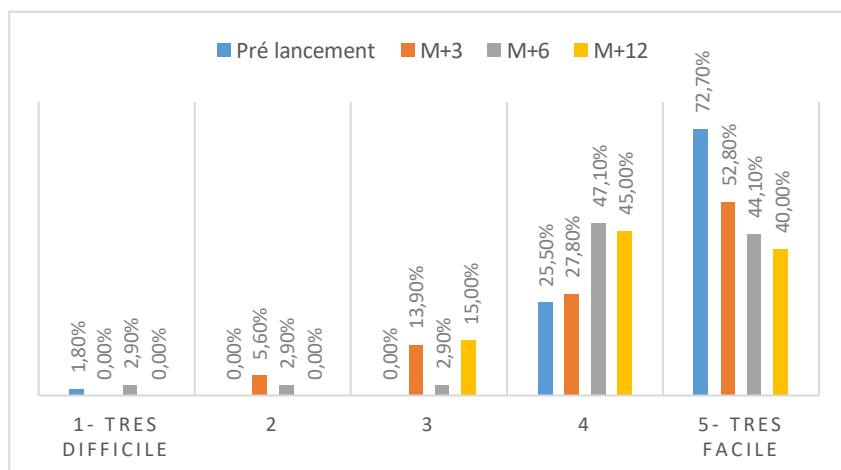
Proportion de bénéficiaires ayant surconsommé les auto-exercices c'est-à-dire qui ont réalisé plus de 2 séances d'auto-exercices par semaine au moins une fois.



Le résultat sur la surconsommation est surprenant et va à l'encontre des constatations du peu d'observance. Le retour par les évaluations médicales apporte une explication qui serait que les sur-consommateurs sont les participants les plus observants.

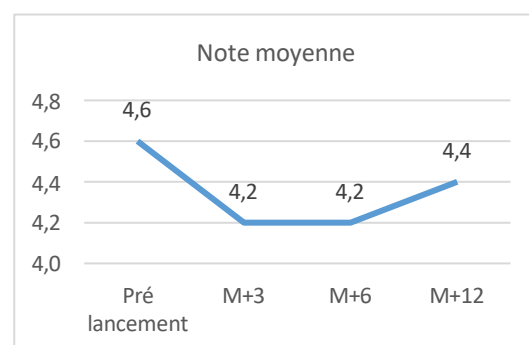
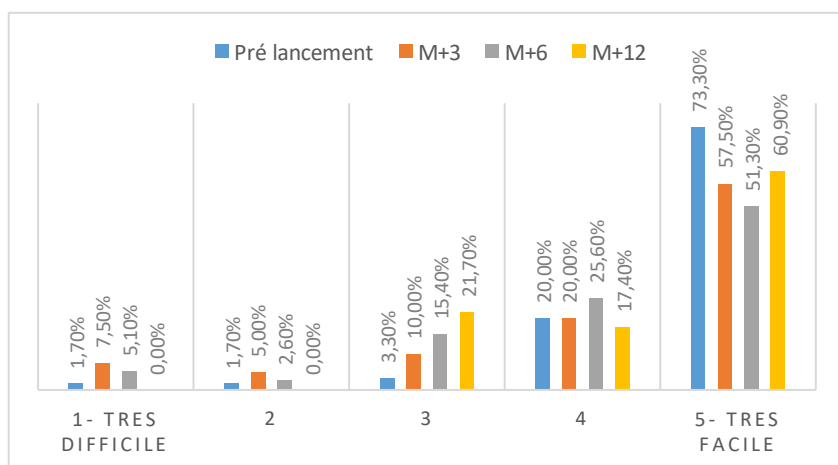
Communication avec les professionnels d'HLB

Est-il facile d'obtenir des réponses de la part des paramédicaux lorsque vous les sollicitez ? Echelle 1 à 5



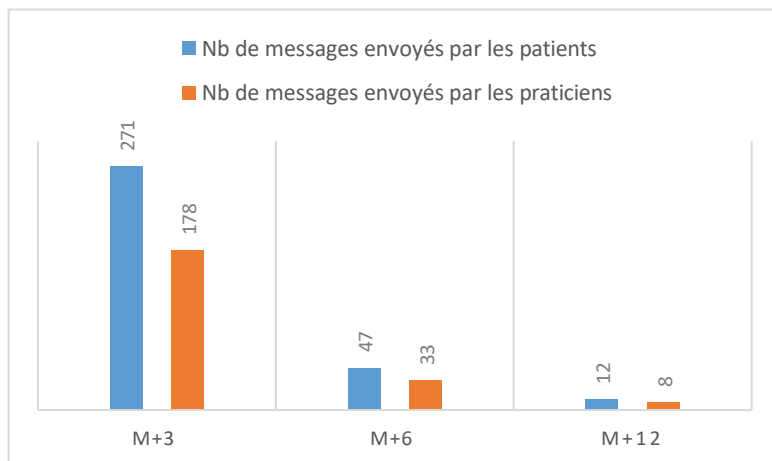
La facilité à obtenir des réponses se situe majoritairement entre 4 et 5 à toutes les phases. Il est constaté une baisse du niveau à M3-M6 et M12 restant néanmoins majoritairement entre 4 et 5 car, en pré lancement, les patients sont encore hospitalisés en HDJ présentiel, ils ont plus de facilités à poser des questions et obtenir des réponses.

Est-il facile d'obtenir des réponses de la part du médecin lorsque vous le sollicitez ? Echelle 1 à 5



La même tendance est constatée que dans l'item précédent. La différence vient du fait qu'entre T0 et T1(M3) les patients viennent de terminer la phase synchrone durant laquelle ils ont été en contact pluri-hebdomadaire avec des thérapeutes mais pas avec des médecins.

Nombre de messages envoyés

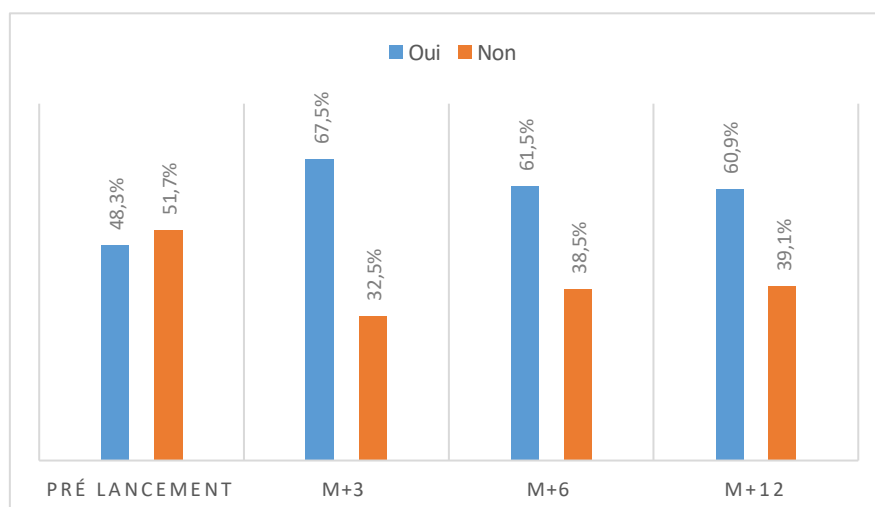


Entre M0-M3	Moyenne de 3,7 messages envoyés / bénéficiaire
Entre M3-M6	Moyenne de 1,3 messages envoyés / bénéficiaire
Entre M6-M12	Moyenne de 0,5 messages envoyés / bénéficiaire

Entre M3 et M6, on constate que beaucoup moins de messages sont échangés sur la même période par rapport à la période M0-M3. Entre M6 et M12, la baisse se poursuit avec une moyenne qui tombe à 0,5 messages par bénéficiaire.

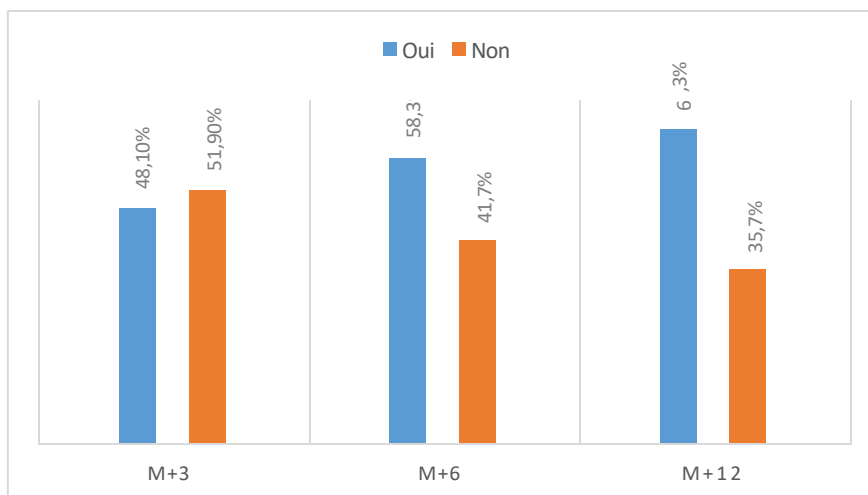
Malgré le fait qu'il était prévu un échange entre les praticiens et les patients, le nombre d'échanges de messages est faible, y compris lors de la phase synchrone lors de laquelle, les patients sont en contact pluri-professionnel avec les thérapeutes. Lors du bilan intermédiaire, une sensibilisation des thérapeutes a été réalisée afin qu'ils restent en lien avec les patients via la messagerie pour répondre à leurs questions et les motiver à réaliser les auto-exercices.

Pratiquez-vous une activité physique régulière ?



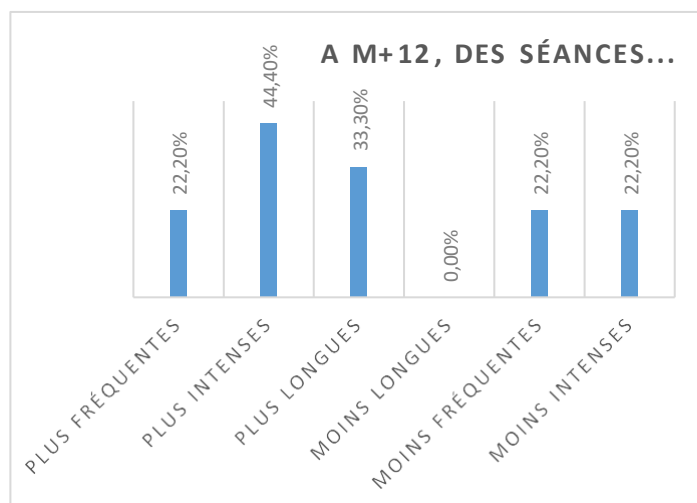
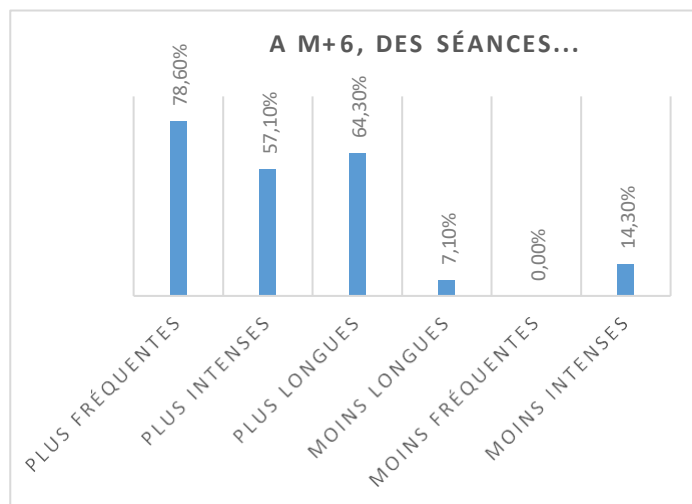
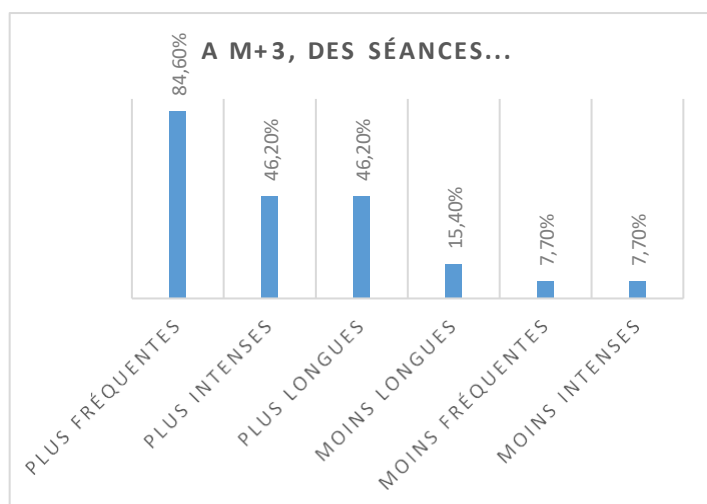
Nous constatons une augmentation de la pratique d'activité physique, qui, si elle n'est pas étonnante à T1 (M3) est satisfaisante à T2 (M6) et T3(M12) et qui confirme que le principal objectif de ce programme, à savoir, encourager les patients à pérenniser une activité physique a été atteint.

Votre rythme d'activités physique a-t-il évolué depuis votre participation à ce programme ?



La même tendance est constatée que dans l'item précédent

Evolution de la pratique sportive

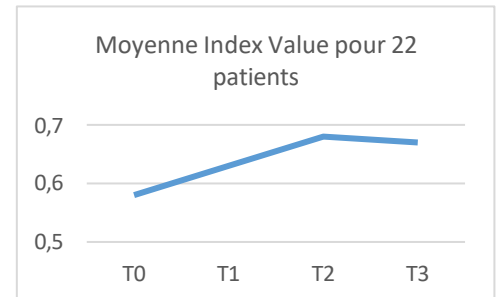
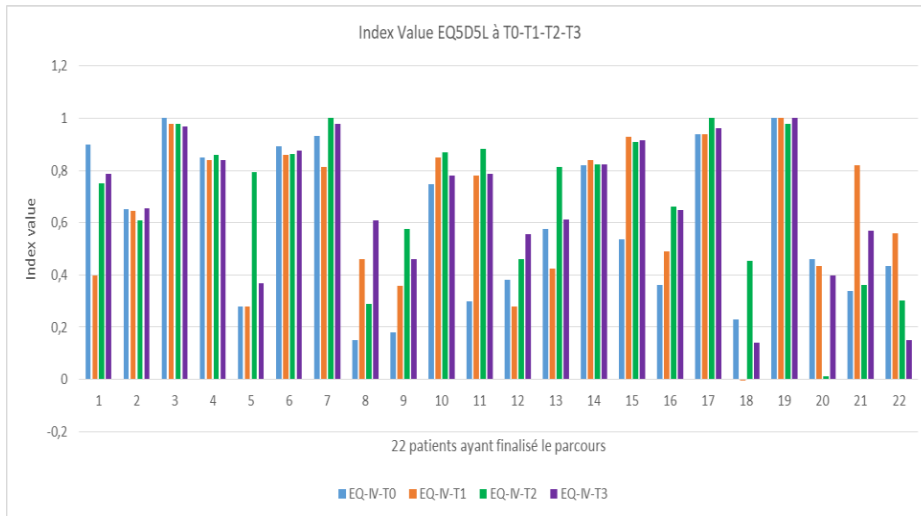


La proportion de bénéficiaires pratiquant une activité physique régulière augmente entre TO et M3 et a tendance à se maintenir entre M3 et M6 pour diminuer en M12. Par ailleurs, le rythme des séances a évolué positivement avec des séances plus fréquentes, plus longues et plus intenses (même si la proportion est moindre à M12).

La qualité de vie EQ-5D-5L

Pour des besoins de clarté, nous avons examiné l'EQ5D5L et la GAS par groupes de participants: ceux qui ont finalisé le parcours, ceux qui ont réalisé l'évaluation T1 et ceux qui ont réalisé l'évaluation T2. Nous ne rapporterons pas les données des 19 patients qui n'ont réalisé que l'évaluation T0.

EQ5D5L sur l'Index Value (IV) pour les 22 patients ayant finalisé le parcours:



pour 9 patients et a augmenté pour 9 patients.

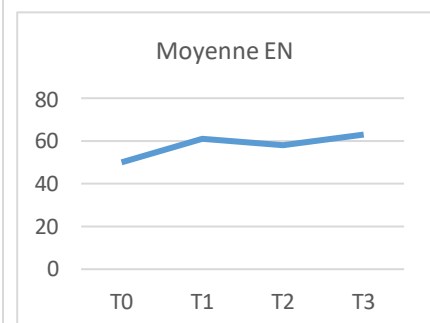
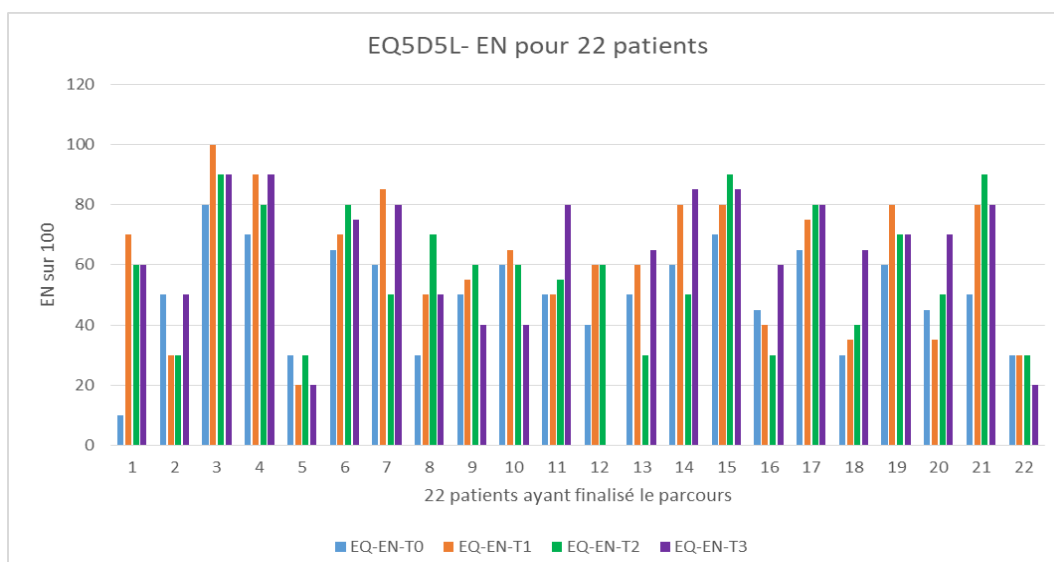
En T2, l'Index Value a baissé pour 6 patients et a augmenté pour 14 patients.

En T3, il a baissé pour 7 patients et augmenté pour 14 patients.

Néanmoins, la moyenne de l'Index Value a augmenté jusqu'à T2 pour baisser légèrement à T3 restant supérieure à la moyenne en T0.

En T1, l'Index Value a baissé

EQ5D5L sur l'Echelle Numérique (EN) pour les 22 patients ayant finalisé le parcours:



En T1, L'échelle numérique augmente chez 16 patients sur 22 par rapport à T0 et baisse chez 4 patients.

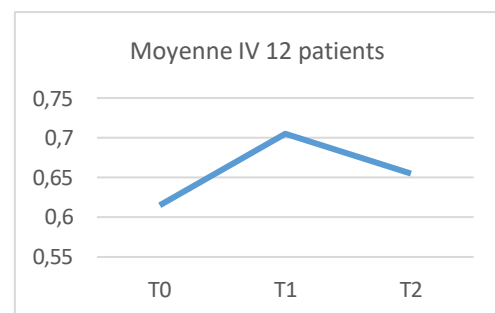
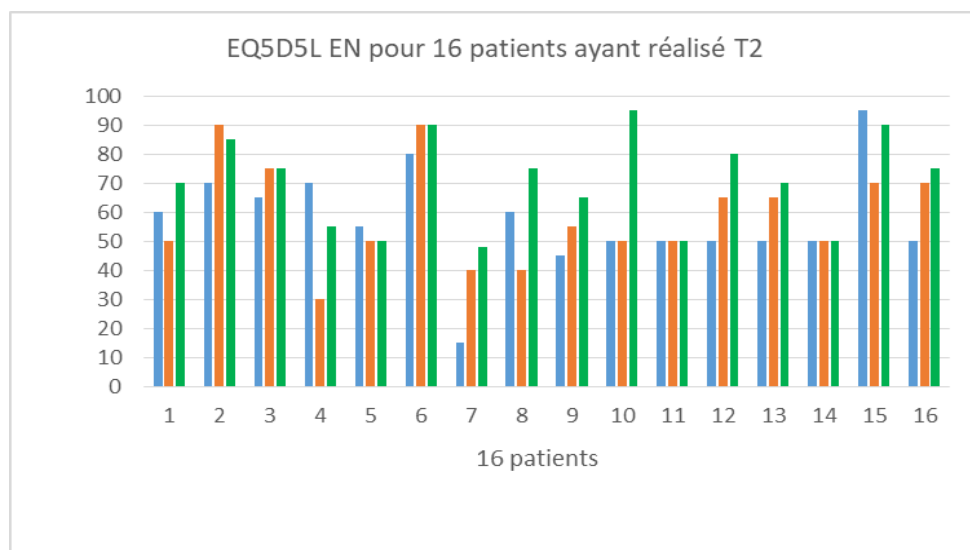
En T2, elle baisse chez 9 patients par rapport à T1. L'hypothèse est que les patients ont considéré que leur état de santé était meilleur après la phase synchrone mais qu'il a baissé après la phase asynchrone restant néanmoins supérieur à celui de T0 chez la majorité des patients (14).

En T3 (M12), elle augmente chez 17 patients sur 22 par rapport à T0 (9 mois après la phase synchrone).

La moyenne de l'EN indique une augmentation après la phase synchrone avec une baisse sans revenir à l'état de départ à la fin de la phase asynchrone pour remonter à un an (similaire à l'analyse détaillée). Cette remontée est en partie expliquée par l'intégration de l'activité physique de certains participants dans leur quotidien. Mais les raisons sont probablement multifactorielles.

Nous avons été surpris par ces résultats, notamment par le fait que l'IV soit meilleur chez un grand nombre de patients en T2 et T3 par rapport à T1 alors que la majorité des patients ont exprimé leur satisfaction pour le programme en phase synchrone et peu ou pas pour le programme asynchrone pour lequel l'observance a été particulièrement basse. Nous constatons par ailleurs qu'il n'y a pas de parallèle dans les taux d'amélioration entre les 2 parties de l'EQ5D5L (l'Index Value et l'échelle numérique). L'Index Value répertoriant 5 aspects de l'état de santé tandis que l'Echelle Numérique mesure le ressenti global. Une analyse plus approfondie des différents items de l'EQ5D5L de l'index value nous permettra probablement de déterminer quels items ont été les plus impactants sur ce résultat.

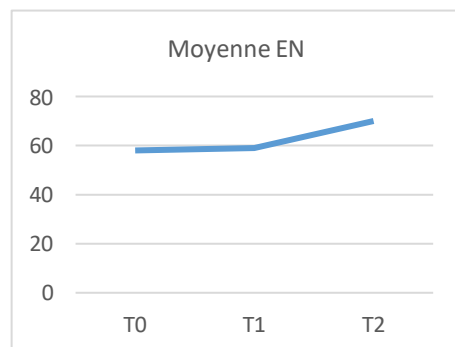
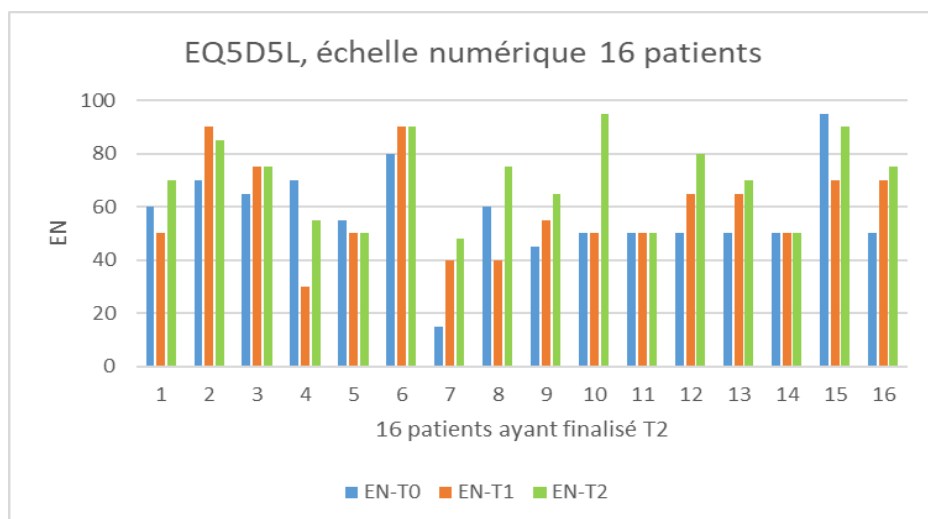
EQ5D5L sur l'Index Value pour les 16 patients ayant réalisé T2 (M6):



En T1, l'IV a augmenté chez 8/16 participants par rapport à T0, a baissé chez 5/16 patients et est inchangé chez 3/16 patients.

A T2, l'IV a augmenté chez 10 participants par rapport à T0 et autant par rapport à T1. Pourtant, la moyenne de l'IV a nettement augmenté à T1 pour baisser à T2 sans atteindre le niveau de T0.

EQ5D5L sur l'Echelle Numérique pour 16 patients ayant réalisé T2

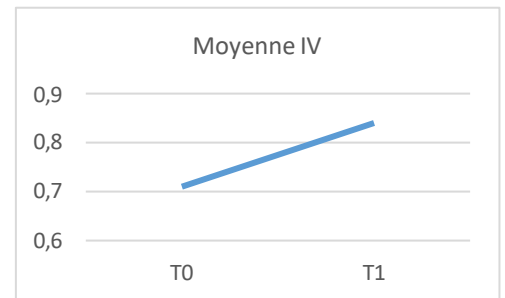
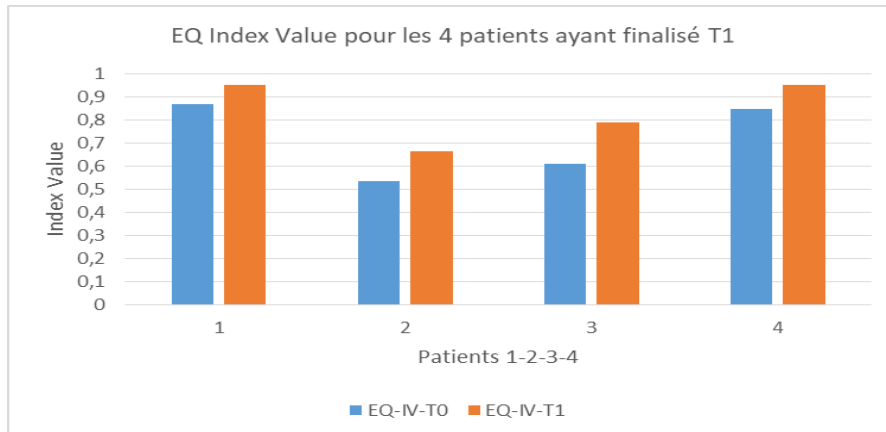


L'EN a été améliorée pour 8 patients/16, inchangée pour 3 patients et a baissé pour 4 d'entre eux en T1 par rapport à T0.

En T2, par rapport à T0, l'EN a augmenté chez 12 patients/16 et a augmenté chez 10 patients/16 par rapport à T1.

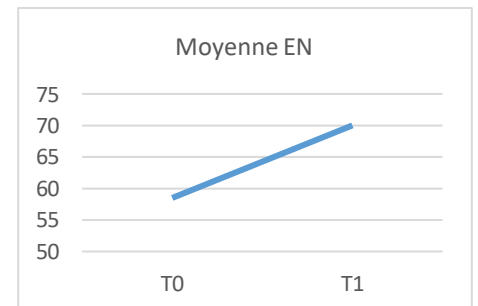
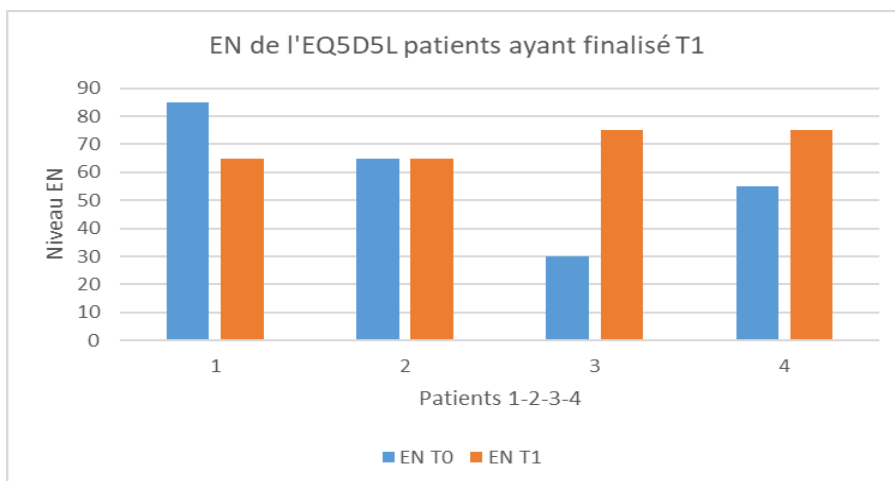
Pour ce groupe de patients, nous constatons une amélioration plus nette à T2 (à la fin de la phase asynchrone). Ce qui est surprenant du fait du peu d'observance pour les auto-exercices lors de cette phase.

EQ5D5L sur l'Index Value pour les 4 patients ayant réalisé T1:



En T1, tous les patients ont amélioré l'IV et le niveau d'amélioration est net sur les valeurs moyennes. Cependant, le faible nombre de participants dans ce groupe ne permet pas de tirer de conclusions même s'il a été constaté une meilleure gestion de l'éducation à l'observance des patients de la part des équipes.

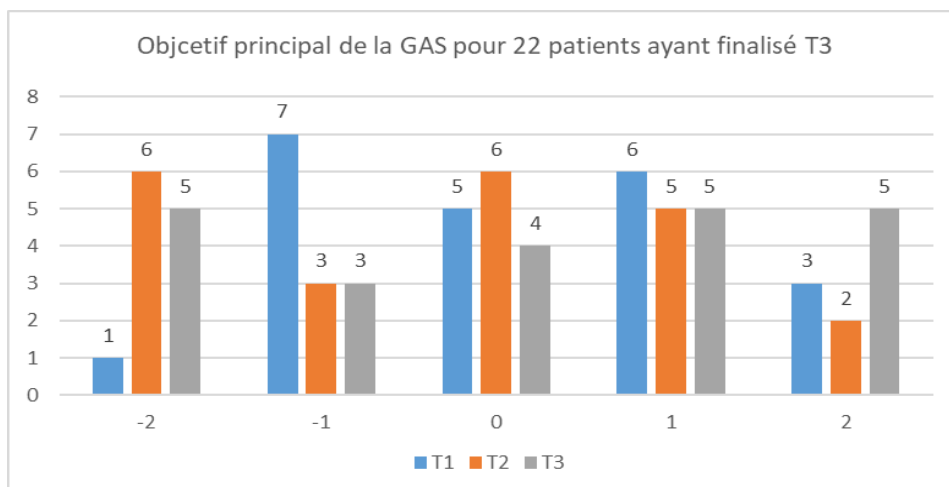
EQ5D5L sur l'Echelle Numérique du ressenti de l'état de santé pour les 4 patients ayant réalisé T1



A la fin de la phase synchrone (T1), 2 patients ont amélioré le ressenti de leur état de santé. Pour 1 patient, ce ressenti n'a pas changé et pour 1 patient, ce ressenti est moins bon. La moyenne est améliorée en raison de la relativement forte amélioration du patient 3 et 4. Si nous pouvons constater une similitude entre les moyennes de l'IV et de l'EN, le nombre de patients trop faible ne permet pas de tirer des conclusions.

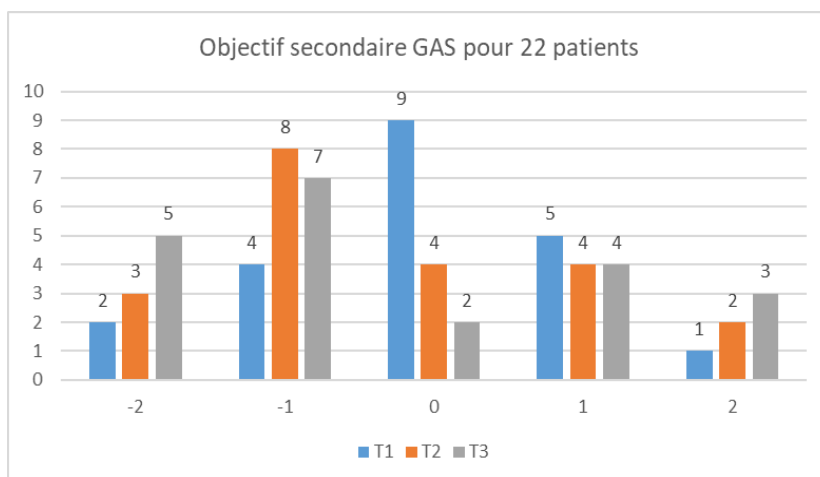
Niveau d'atteinte des objectifs personnels des bénéficiaires (GAS)

Objectif principal de la GAS pour les 22 patients ayant finalisé le parcours (T3)



- 14 patients/22 ont atteint ou dépassé leurs objectifs en T1 contre 8 qui ne l'ont pas atteint;
- 13 patients ont atteint ou dépassé leur objectif en T2 contre 9 qui ne l'ont pas atteint;
- 14 patients ont atteint ou dépassé leur objectif en T3 contre 8 qui ne l'ont pas atteint.
- Au niveau de toutes les évaluations, l'objectif principal GAS a été atteint ou dépassé chez une majorité de patients.

Objectif secondaire de la GAS pour les 22 patients ayant finalisé le parcours (T3)

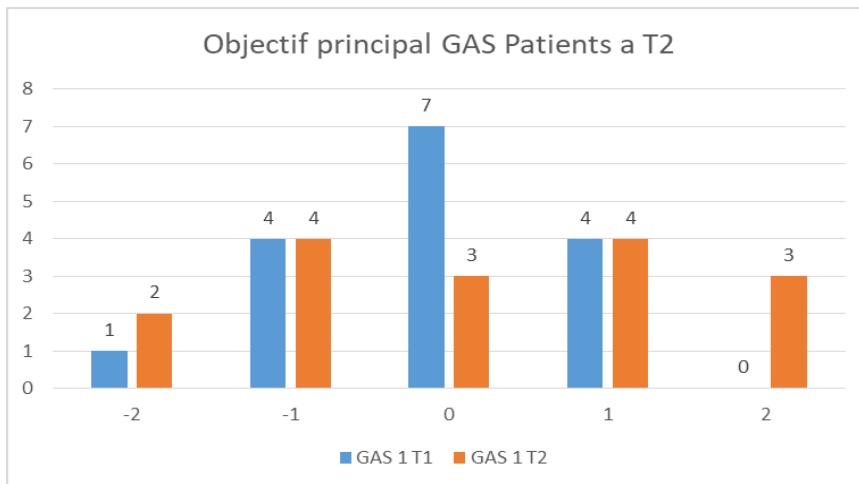


- 15 patients ont atteint ou dépassé leur objectif secondaire à T1 contre 6 qui ne l'ont pas atteint (à noter qu'un participant n'avait pas d'objectif secondaire);
- 10 ont atteint leur objectif en T2 contre 11 qui ne l'ont pas atteint;
- 9 l'ont atteint en T3 contre 12 qui ne l'ont pas atteint.
- Un patient n'avait pas d'objectif secondaire.

Il apparaît qu'à la fin de la phase synchrone de téléadaptation avec un thérapeute, les objectifs sont atteints chez un plus grand nombre de participants qu'après la phase asynchrone où l'observance a été nettement moins bonne et à T3 (M12) après la phase où les patients avaient accès à la plateforme numérique mais ont été peu à pas observants.

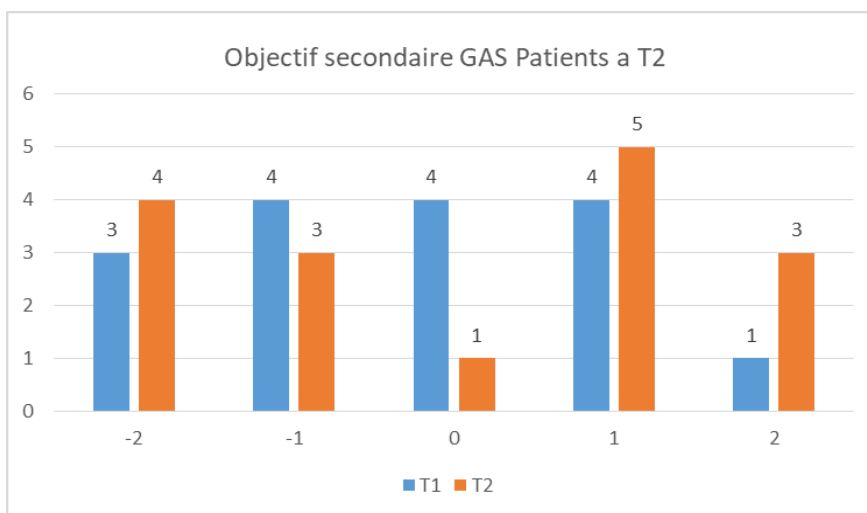
Niveau d'atteinte des objectifs personnels des bénéficiaires (GAS) pour les 16 participants qui ont finalisé le T2 :

Objectif principal de la GAS pour les 16 patients ayant finalisé T2 :



- 11 patients ont atteint ou dépassé leur objectif principal en T1 contre 5 qui ne l'ont pas atteint;
- 10 l'ont atteint en T2 contre 6.

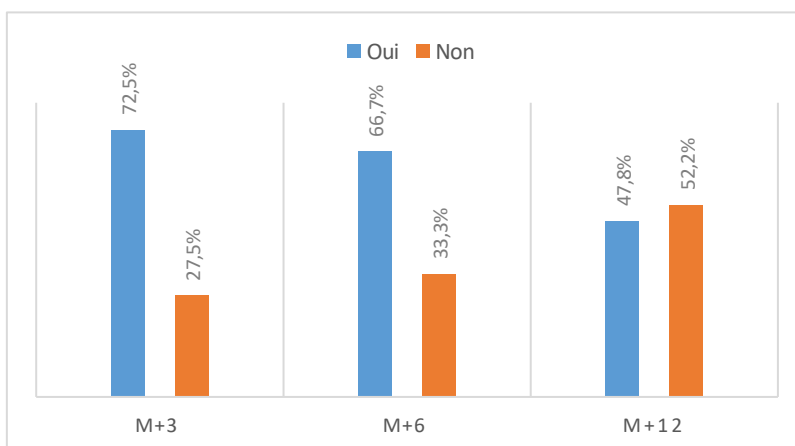
Objectif secondaire de la GAS pour les patients ayant finalisé T2 :



- 9 participants ont atteint leur objectif secondaire en T1 et 9 en T2.
- 7 ne l'ont pas atteint en T1 et autant en T2.

Niveau de satisfaction de l'utilisation de la plateforme e-santé Axomove

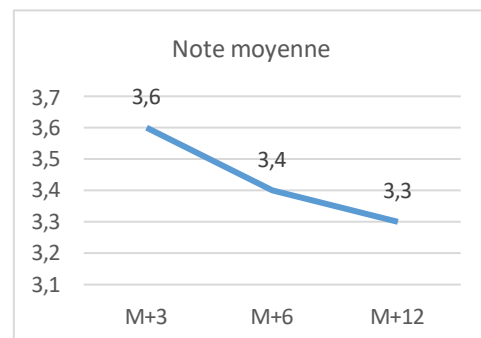
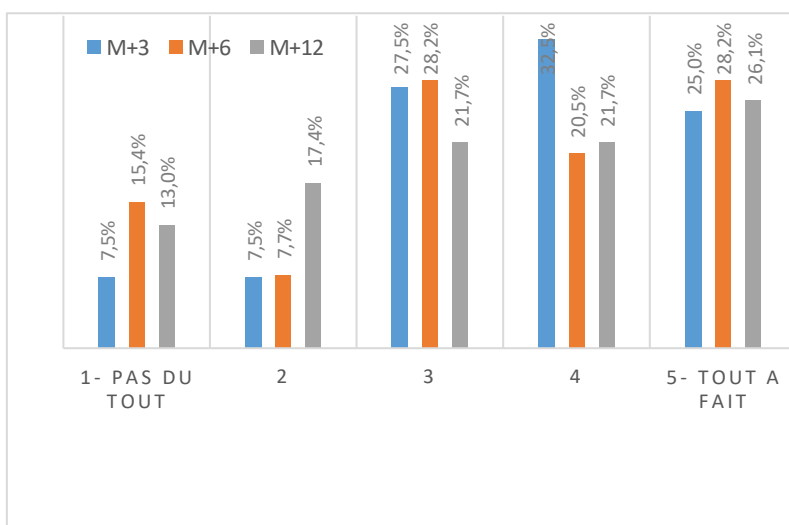
Avez-vous l'intention de continuer les auto exercices à l'aide d'Axomove ?



L'intention de poursuivre l'utilisation de la plateforme est beaucoup plus importante en M3 qu'en M12, ce qui est cohérent avec la baisse de la motivation à pratiquer des auto-exercices à domicile.

Niveau de satisfaction global de la participation au parcours HDJ numérique

Pensez-vous que votre participation à ce programme a permis de maintenir votre état physique plus longtemps ?



Les participants considérant que ce programme a permis de maintenir leur état physique sont nettement majoritaires. La note qui a baissé de 3,6/5 à 3,3/5 entre M3 et M12 est peu surprenante, les patients ayant clairement exprimé leur préférence pour un programme sous supervision d'un thérapeute qui peut avoir impacté leur ressenti sur leur état physique

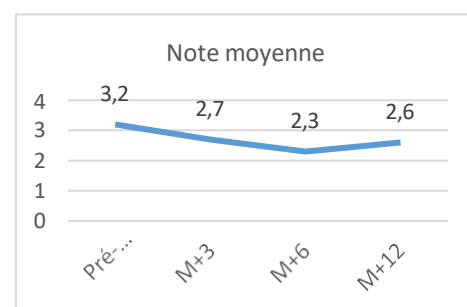
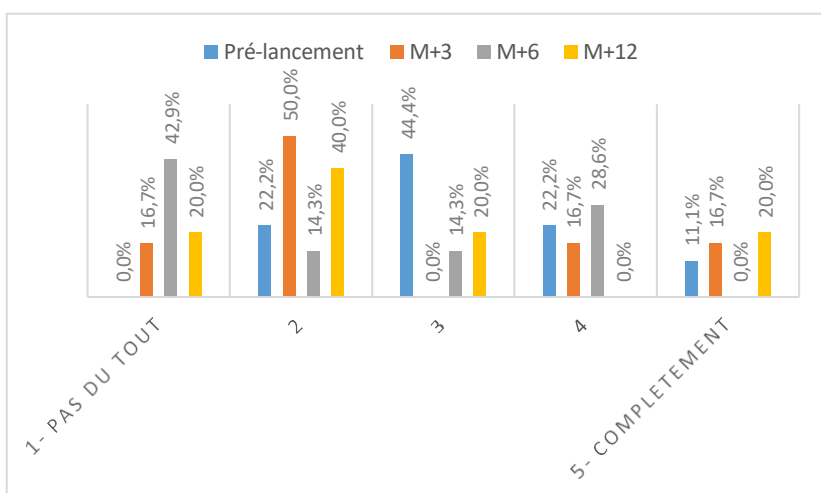
Les professionnels : nombre moyen de séances et de patients par séance par thérapeute :

Nombre moyen de patients par séance : 3,52 patients

Nombre moyen de séances par praticien : 41 séances

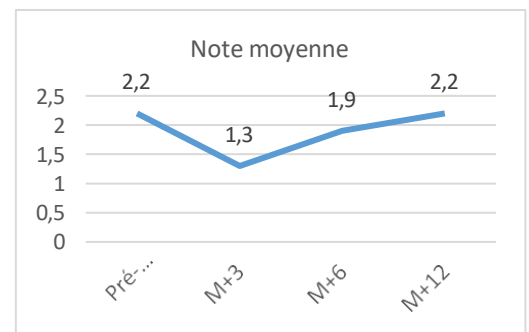
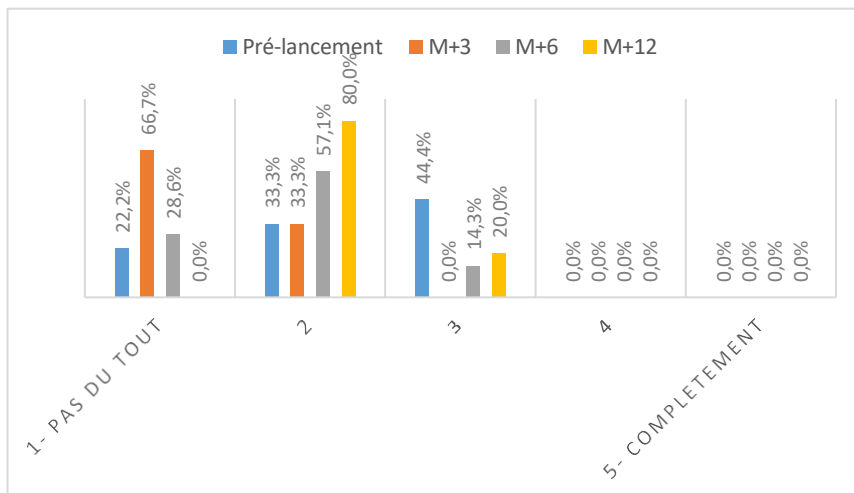
Implication des professionnels

Dans votre pratique courante, vous sentez-vous impliqué dans le parcours de soin de votre patient neuro au niveau de ses auto-exercices à domicile ?



Les thérapeutes ne se sentent pas particulièrement impliqués par les auto-exercices chez des patients neurologiques dans ce parcours de soin. Ces résultats montrent la nécessité de mettre en place des stratégies afin de faire accepter cette modalité de rééducation auprès des thérapeutes qui sont plus enclins à effectuer des prises en charge en présentiel sur les patients plutôt que par téléadaptation ou auto-exercices.

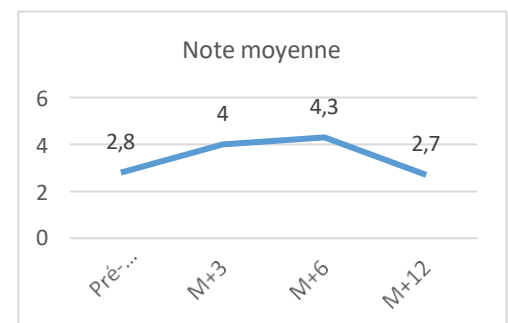
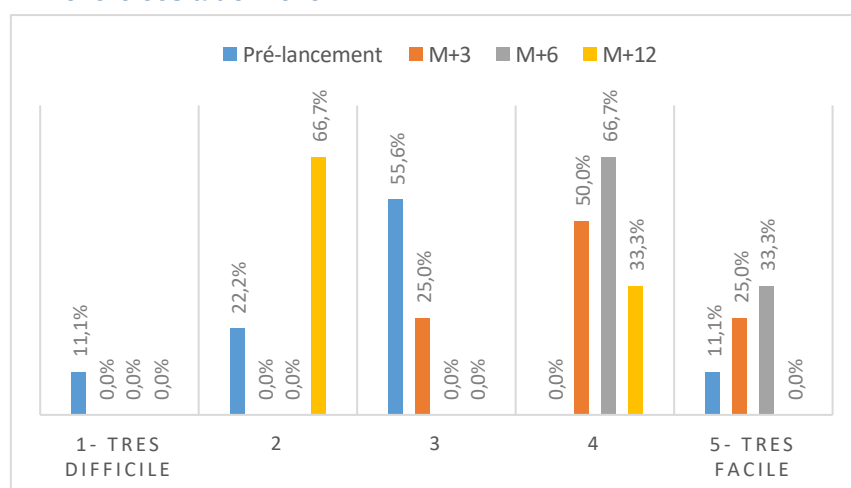
De manière générale, sentez-vous que vos patients neuro sont impliqués dans la pratique de leurs auto-exercices à domicile ?



Les professionnels ont plutôt tendance à estimer que les patients ne sont pas impliqués dans la réalisation d'auto-exercices au domicile tout comme eux ne sont pas particulièrement impliqués dans cette modalité.

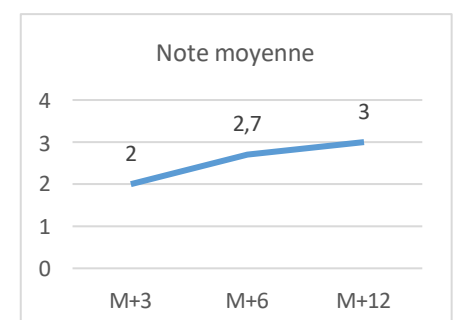
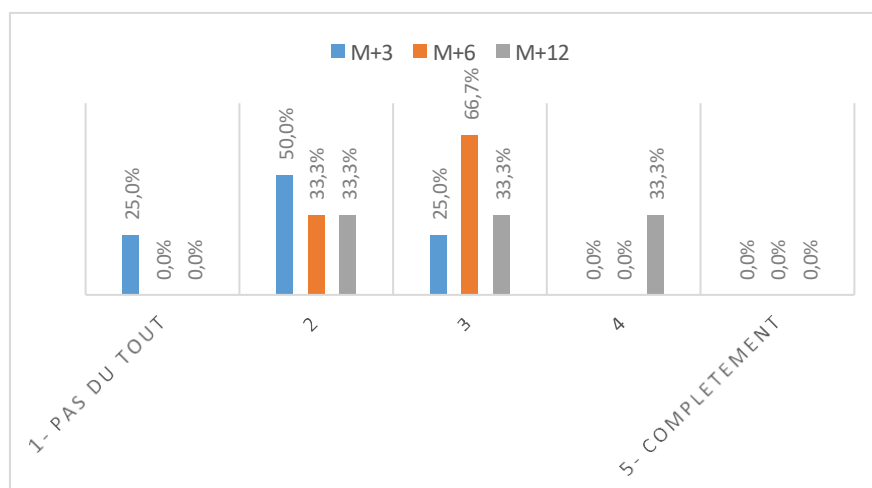
Utilisation de la plateforme e-santé par les professionnels – Auto exercices vidéo

À combien évaluez-vous l'effort que vous avez dû fournir pour créer un programme d'auto-exercices à domicile ?



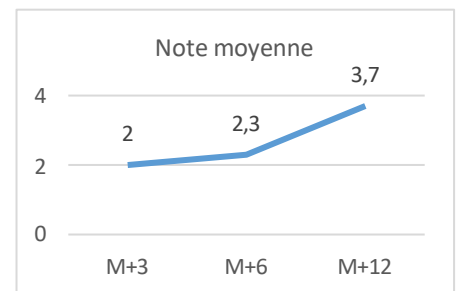
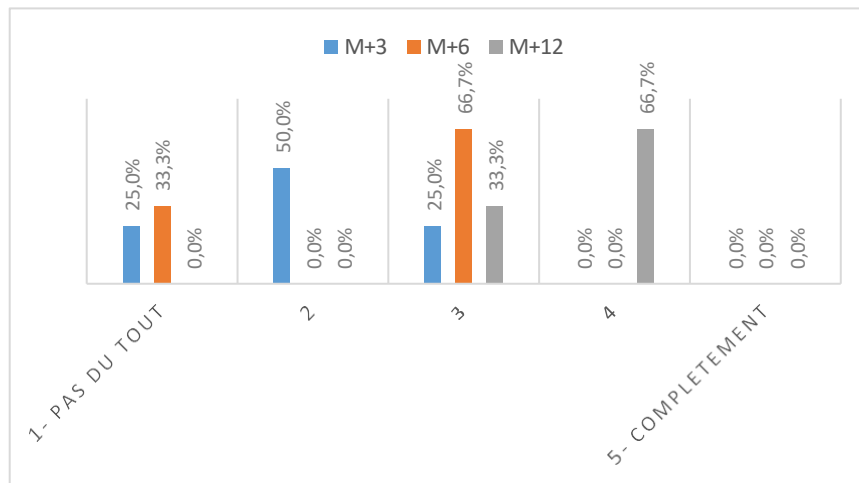
Si les professionnels ne se sentent pas particulièrement impliqués par les auto-exercices dans le parcours de soin, ils évaluent néanmoins l'effort à fournir pour en créer facile à très facile à M3 et M6 mais pas à M12.

La bibliothèque de programmes Axomove vous a-t-elle semblé suffisante ?



Ce résultat rejoint les constatations faites lors des différentes réunions du COPIL HDJ numérique, constatation qui a été remontée à Axomove.

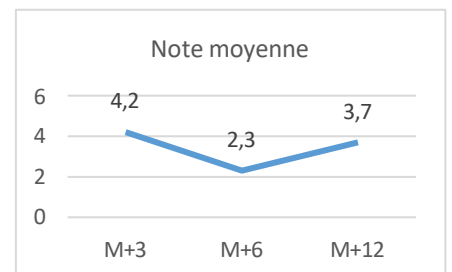
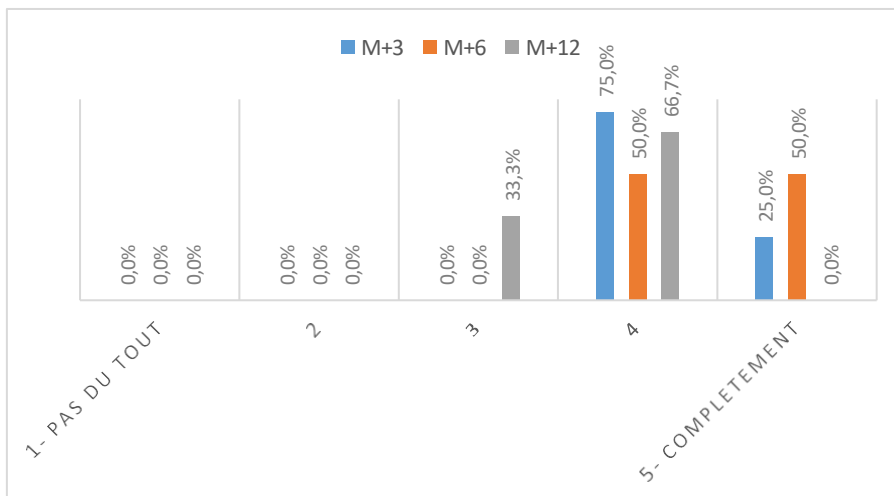
Pensez-vous que la solution vous a permis d'être plus efficace dans l'élaboration de programmes d'auto exercices à domicile ?



Les professionnels ont pu utiliser les ressources de la bibliothèque Axomove pour optimiser les auto-exercices qu'ils pouvaient proposer.

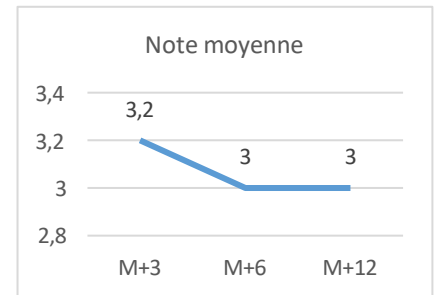
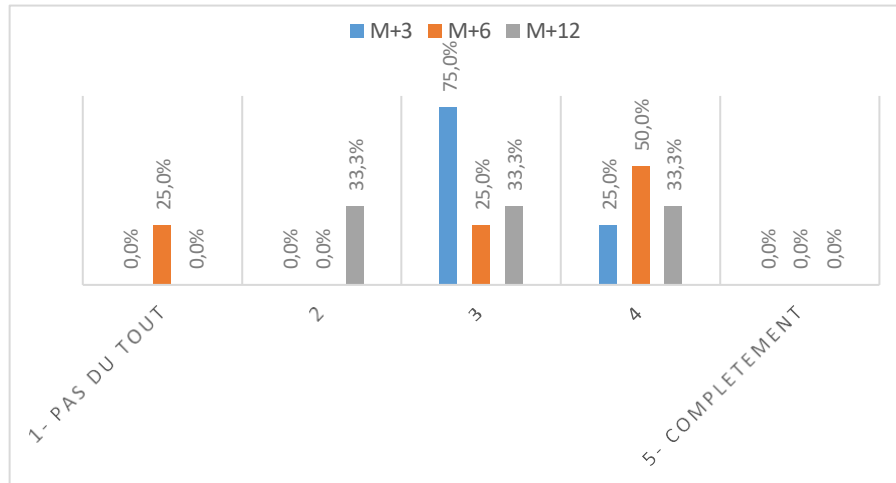
Utilisation des tableaux de bord par les professionnels

Vous a -t-il semblé facile d'utiliser les tableaux de bord ?



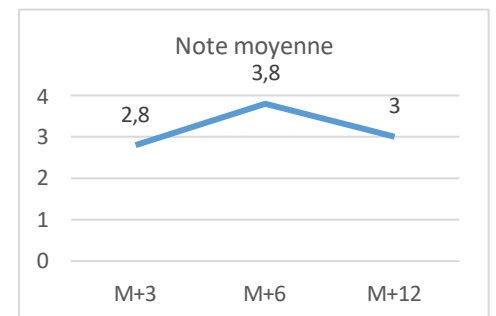
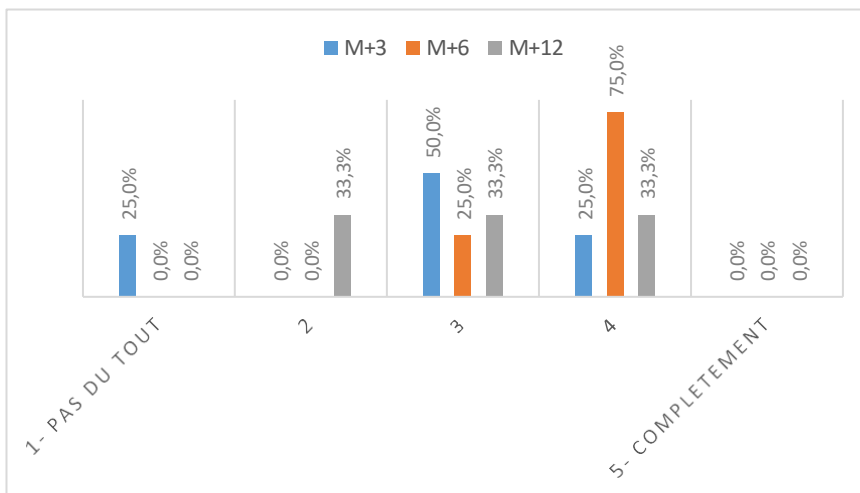
Les professionnels n'ont pas noté de difficultés à utiliser le tableau de bord de la solution numérique mis à leur disposition pour l'HDJ numérique.

Les tableaux de bord vous ont-ils permis de mieux suivre l'évolution de votre patient neuro dans le temps ?



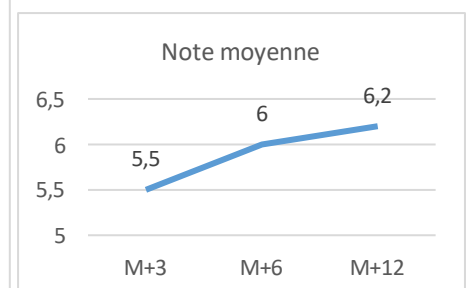
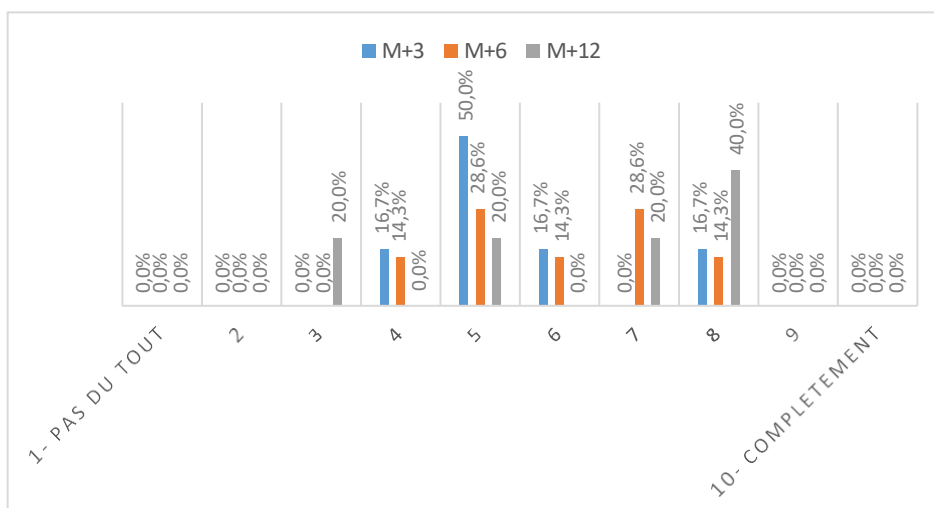
Sans surprise, le suivi de l'évolution est meilleur à M3 car le professionnel a été en contact pluri-hebdomadaire avec le patient durant la première phase.

Les informations proposées dans les tableaux de bord sont-elles pertinentes ?



Les informations disponibles sur le tableau de bord de la plateforme Axomove sont pertinentes pour la majorité des professionnels.

Recommanderiez-vous l'outil Axomove à un professionnel de santé ?



Au travers des premiers résultats, on constate une bonne appropriation de l'outil par les professionnels. Cette prise en main semble de plus en plus simple avec le temps d'utilisation. Ils conseilleraient l'utilisation de la plateforme à d'autres professionnels.

Certains se sentent moins concernés par la conception de programme d'auto-exercices vidéo puisque dans le parcours cette tâche relève exclusivement des professionnels APA.

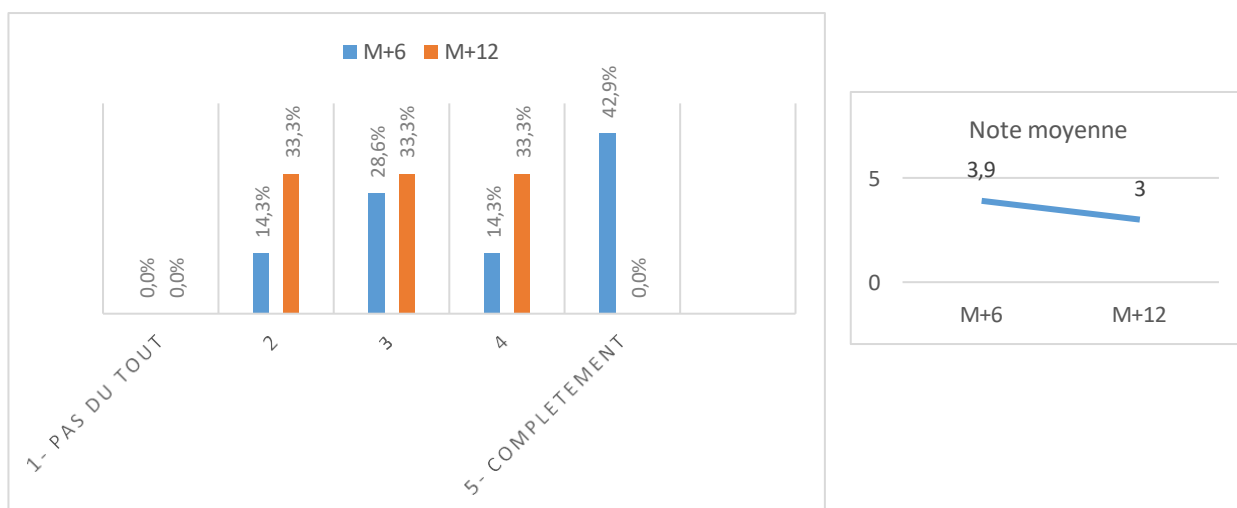
En phase 1 (M0 à M3), les feedbacks des patients aux professionnels indiquent des difficultés pour les patients à se motiver à faire leurs auto-exercices vidéo.

Néanmoins de M3 à M6, les professionnels observent une meilleure compliance des patients pour les auto-exercices vidéo.

Nous avons remonté à Axomove la volonté de pouvoir créer des salles virtuelles de connexion pour que ces séances d'exercices puissent se faire à plusieurs patients.

Le parcours HDJ numérique a-t-il permis de repousser la prochaine hospitalisation ?

Questions posée à M6 et M12 aux médecins



Le programme HDJ numérique a permis de repousser la prochaine hospitalisation dans la majorité des cas, en particulier à M6. Cependant, ce résultat est à prendre avec réserve car, la période est trop courte pour affirmer cette conclusion et, le résultat le plus fort se situe à M6, à peine à la fin du programme asynchrone.

5. Conclusion

Ces premiers résultats sont encourageants car ils démontrent la faisabilité d'un parcours numérique déployé par des professionnels hospitaliers.

Nous avons pu esquisser le type de patient pour lequel ce programme semble le plus adapté : un patient souffrant de SEP, marchant avec aide (EDSS entre 6 à 6.5), ayant peu à pas de troubles cognitifs, sans activité professionnelle ou travaillant à temps partiel.

Les patients semblent y répondre favorablement, en particulier pendant la phase synchrone, ce qui rejoint les résultats de la littérature. Le programme suscite notamment l'envie de pratiquer de l'APA chez les patients neurologiques chroniques. Les professionnels semblent sceptiques sur la pertinence de ce programme pour la prise en charge des patients marchant, ceux-ci ayant déjà une activité physique adaptée en ville. Les professionnels ont aussi rapporté des difficultés à faire réaliser un tel programme à des patients non marchants d'autant plus que les groupes, identifiés par leurs capacités de marche, ont néanmoins des pathologies différentes. Cependant, nous considérons que les patients non marchants et donc ayant peu la possibilité d'aller faire de l'activité

physique en extérieur sont ceux qui auraient le plus besoin d'un programme d'activité physique adaptée en modalité numérique. Il reste à en affiner les modalités.

Ce programme semble également limité pour les personnes sans aidants ou sans ressources pour pouvoir intégrer une activité à leur quotidien ou pluri-hebdomadaire.

Concernant l'intégration de cette nouvelle modalité de prise en charge à l'hôpital, l'encadrement continue de se heurter à des freins de la part des professionnels qui comparent les modalités d'accompagnement bien qu'elles n'aient pas la même finalité. Un effort réel a également dû être fourni pour aller jusqu'au bout de ce projet en encourageant les professionnels, en tentant d'apporter des réponses à leurs interrogations mais également en formant les nouveaux arrivants, l'établissement ayant vécu un turn over non négligeable dans l'équipe.

L'encadrement doit rester moteur sur le sujet et s'assurer que tous les professionnels utilisent la télé-réadaptation afin de l'ancrer dans les pratiques de chacun.

Aujourd'hui la question de la pérennisation de ce parcours se pose à nous tant du fait des freins rencontrés chez les professionnels que des questionnements sur le financement.

Lors de l'extraction des données et l'analyse des résultats, nous avons constaté qu'il serait intéressant de regarder de plus près les différents items de l'EQ5D5L afin d'analyser certaines discordances notamment entre les résultats de l'Index Value et de l'Echelle Numérique chez les différents groupes. Il serait également intéressant d'évaluer quelles échelles seraient les plus pertinentes si l'on devait mesurer l'impact d'une activité physique adaptée sur nos patients tant sur la plan physique que sur le plan économique (moindres hospitalisations, moindres transports sanitaires...). Pour cela, il nous faudra peut-être nous centrer sur un type de pathologie ou un seul niveau de capacité fonctionnelle « marchant avec aide technique » ou « non marchant », et modifier le parcours et son contenu.

6. Communications

Au lancement du projet, VYV³ Ile-de-France a publié une information sur *LinkedIn*.

Différentes présentations sous forme de communications orales et de posters ont également été réalisées en congrès :

- Décembre 2023 : communication orale au Congrès de l'Observatoire du Handicap, de la Réadaptation et de l'Ethique en santé à Oran ;
- Avril 2023 : poster au congrès de l'ESPRM société européenne de MPR à Ljubljana;
- Mai 2024 : communication orale au congrès de la société tunisienne de MPR SOTUMER Hammamet ;
- Septembre 2024 : accueil d'une délégation Ukrainienne au sein de l'établissement intéressée par l'expérimentation à HLB.
- Octobre 2024 :
 - Présentation du programme HDJ numérique aux Actualités Neurologie et Handicap d'Ile-de-France à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière
 - Communication orale au congrès de la SOFMER société française de MPR à Toulouse ;