

RESUME DU PROTOCOLE D'ÉVALUATION

<p>Nom de l'expérimentation évaluée Code projet</p>	<p>Parcours éducatif expérimental de préparation et du suivi du patient obèse opéré (Expérimentation Baria Up) BARIA UP 18N13</p>
<p>Porteur de projet / Cellule évaluation / Équipe évaluatrice</p>	
<p>Porteur de projet</p>	<p>3 Centres Intégrés de l'Obésité (CIO) et Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO) : CHU de Lille, Hospices Civils de Lyon et CHU de Toulouse (centres experts hôpitaux).</p>
<p>Cellule évaluation</p>	<p>Référent 1 Nom et prénom : Luan Louise</p> <p>Référent 2 Nom et prénom : Thomas Lesuffleur / Anne-Sophie Aguadé</p>
<p>Équipe évaluatrice</p>	<p>Cabinet en charge de l'évaluation : IQVIA OPERATIONS FRANCE</p>
<p>CONTEXTE ET OBJECTIFS</p>	
<p>Contexte de l'étude et objectifs / impacts attendus</p>	<p>Près d'un français adulte sur deux présente un excès de poids, et 15 à 17 % des adultes et environ 4% des enfants et adolescents souffrent d'obésité (Indice de Masse Corporelle (IMC) supérieur à 30kg/m²), soit 8 à 9 millions d'individus. L'obésité est un enjeu majeur de santé publique, notamment compte tenu du coût des dépenses induit, estimé à 12,8 Md€ (0,6 % du PIB) en 2012.</p> <p>Le traitement de l'obésité morbide (>40kg/m²) repose aujourd'hui sur la chirurgie, traitement efficace et durable dans le temps. La chirurgie de l'obésité, appelée chirurgie bariatrique est proposée en seconde intention après échec d'un traitement diététique, médical et psychologique chez des patients dont l'IMC est supérieur ou égal à 40 kg/m² ou supérieur ou égal à 35 kg/m² lorsque l'obésité s'accompagne d'une comorbidité (diabète de type 2, apnée du sommeil, hypertension artérielle, etc.) (HAS 2020) ; cette pratique chirurgicale s'est nettement développée depuis 2008. Des recommandations en matière de prise en charge, bilans préopératoires et/ou de suivi postopératoire ont été publiés par l'HAS en 2009.</p> <p>Toutefois, force est de constater que des dysfonctionnements et des zones de rupture sont observés dans cette prise en charge : hétérogénéité des pratiques chirurgicales et de la technique utilisée, arrêt du suivi des patients 2 ans après l'intervention pour la moitié d'entre</p>

eux, manque d'accès aux professionnels paramédicaux dans le cadre du parcours, etc.
L'expérimentation Baria Up s'inscrit ainsi dans ce contexte avec pour objectif de rendre effective les recommandations de bonne pratique de la prise en charge chirurgicale de l'obésité chez le patient adulte (HAS Janvier 2009), via la mise en place d'un parcours coordonné, standardisé et reproductible sur plusieurs territoires de santé en France.

L'expérimentation sera conduite sur trois territoires : Lille (Hauts-de-France), Lyon (Rhône-Alpes), Toulouse (Occitanie), avec pour chacun un centre spécialisé de l'obésité (porteurs) et un centre de soins de suite et de réadaptation.

L'expérimentation Baria Up propose un parcours patient, éducatif, numérisé et coordonné entre l'établissement pivot de la prise en charge, à savoir l'établissement MCO expert (EMCO), la structure de soins de suite et de réadaptation et le médecin traitant du patient.

Aussi, d'autres professionnels de santé intervenant dans le cadre du parcours du patient recommandé par la HAS seront mobilisés, à savoir : Chirurgien digestif en charge de la chirurgie bariatrique, Médecin nutritionniste/Endocrinologue, Infirmier(ère) diplômé(e) d'état (IDE) de coordination, diététicien(ne)s, Enseignant d'activité physique adaptée (APA), et Psychologue. Un parcours standardisé a été co-construit avec l'ensemble des porteurs du projet. Le périmètre du parcours expérimental débute après la validation de l'indication de chirurgie bariatrique par la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Ce parcours étant éducatif, les étapes médico-chirurgicales ne font pas partie du schéma expérimental qui restent réalisées et financées dans le droit commun. L'accompagnement proposé vise à atteindre une bonne acquisition des compétences par le patient afin de lui conférer les connaissances nécessaires pour être acteur de sa prise en charge et à favoriser une meilleure atteinte des résultats cliniques.

L'entrée dans le parcours est marquée par l'évaluation initiale, permettant d'orienter le patient vers un **parcours « simple »** ou **« complexe »** en fonction de ses caractéristiques.

Le parcours se structure ensuite autour de 3 étapes distinctes : 1/une phase de préparation à la chirurgie, d'une durée de 6 semaines (parcours **« simple »** ou parcours socle pour tous les patients), comprenant des séances pluridisciplinaires collectives en SSR (3 à 6 séances) ; 2/une phase de suivi renforcée sur les deux années suivant la chirurgie, et 3/ une phase de suivi au long terme (entre 3 et 5 ans après chirurgie). Dans le cadre du parcours **« complexe »**, en supplément du parcours socle, des consultations individuelles supplémentaires seront proposées.

L'expérimentation est conduite pour 5 ans, à compter de l'inclusion du premier patient (soit jusqu'en février 2027) et s'adresse aux patients obèses pour lesquels la RCP a « validé » la chirurgie bariatrique (et ayant reçu la prise en charge pré-chirurgicale préconisée par la HAS).

Les inclusions seront réalisées sur les 3 premières années, à compter de l'inclusion du 1^{er} patient dans chaque territoire. Le suivi des patients sera réalisé sur une période de 3 à 5 ans selon la date d'inclusion.

Pour permettre sa réalisation ce projet expérimental comprendra un volet financier, envisagé sous la forme d'un financement forfaitaire par patient, permettant les financements dérogatoires des prestations prévues dans BARIA-UP et non prises en charge en droit commun.

En effet, certains actes du parcours recommandé par la HAS ne sont pas aujourd'hui pris en charge par l'Assurance Maladie. De plus, un manque de ressources humaines (notamment paramédicales) par manque de moyens financiers peut également s'observer dans certains centres de rééducation rendant difficile le déploiement de ce type d'expérimentation avec leurs moyens actuels.

Ce financement se décomposera en 3 parties, alignées sur le parcours BARIA-UP :

- 1 forfait préparatoire et 1 forfait post-opératoire immédiat (année 1, A1)
- 1 forfait suivi post-opératoire court terme lors de la 1^{ière} séance pluridisciplinaire collective et 1 forfait lors de la dernière séance pluridisciplinaire collective (année 2, A2)
- 1 forfait suivi post-opératoire long terme lors de la 1^{ière} séance pluridisciplinaire collective et 1 forfait lors de la dernière séance pluridisciplinaire collective (années 3 à 5, A3 à A5) (i.e. chaque forfait respectivement renouvelable 2 fois)

Objectifs principaux

- Améliorer la qualité de la prise en charge des patients obèses opérés au travers d'une filière de soins pluridisciplinaire coordonnée et personnalisée en fonction du profil du patient.
- Assurer l'autonomisation du patient en l'impliquant à chaque étape de sa prise en charge et en améliorant ses connaissances et sa perception des risques associés à la chirurgie.
- Améliorer l'efficacité et la sécurité de la chirurgie bariatrique (absence des complications à court terme, c'est-à-dire à 2 ans, et moyen terme, c'est-à-dire 3 à 5 ans après la chirurgie).
- Améliorer la qualité de vie des patients et leur expérience de prise en charge.

Objectifs opérationnels

- Mettre en place une filière de soins permettant une prise en charge pluridisciplinaire personnalisée des patients obèses opérés et coordonnée entre centres experts (EMCO), SSR et médecins traitants.
- Standardiser le parcours de soins sur les 3 régions/territoires grâce à la coordination inter-régionale, à la conduite du changement et à l'appropriation du programme Baria Up par les équipes ainsi que par l'utilisation d'une plateforme numérique de suivi connecté.
- Favoriser l'autonomisation du patient et sa qualité de vie au travers de l'éducation thérapeutique, de la coordination du parcours et d'un suivi rapproché pour renforcer son adhésion et optimiser les résultats de la chirurgie bariatrique.

Calendrier de l'expérimentation

Date de début : Décembre 2020 (date de l'arrêté : 24/12/2020)

Date de première inclusion (si différente de la date de début) : Février 2022

Date de fin : Février 2027 (soit 5 ans après la 1^{ère} inclusion)

Questions évaluatives

Axe évalué	Priorité	Questions évaluatives
FAISABILITE	Principale 1	Le dispositif parvient-il à recruter et maintenir les patients dans le parcours ?
	Principale 2	Le dispositif permet-il le déploiement d'un parcours de soins standardisé et coordonné entre les acteurs concernés ?
	Secondaire 3	Quelles adaptations organisationnelles et ressources doivent être mises en place au sein de chaque territoire participant à l'expérimentation ?
	Secondaire 4	Le dispositif permet-il de renforcer le lien ville-hôpital ?
EFFICACITE/ EFFICIENCE	Principale 1	Dans quelle mesure l'implémentation du parcours a permis une expérience satisfaisante des patients : en particulier autonomisation et responsabilisation ?
	Principale	L'expérimentation a-t-elle permis une amélioration des résultats

	2	cliniques à court et moyen terme ?
	Secondaire 3	Observe-t-on une gradation de la prise en charge dans le suivi du patient entre centre experts et SSR selon sa gravité/ complexité ?
	Secondaire 4	Le parcours patient tel que déployé dans l'expérimentation génère-t-il une satisfaction de prise en charge pour les professionnels intervenants auprès du patient ?
	Secondaire 5	Dans quelle mesure la mise en place et l'utilisation de la plateforme de suivi numérique connectée est-elle efficace dans ce système ?
	Secondaire 6	Le dispositif a-t-il permis l'implication du médecin traitant dans le parcours patient ?
	Secondaire 7	Dans quelle mesure l'expérimentation permet-elle de réduire les dépenses de santé liées à la prise en charge des patients ayant une chirurgie bariatrique ?
REPRODUCTIBILITE /SOUTENABILITE ECONOMIQUE	Principale 1	Les profils de patients effectivement inclus dans Baria Up permettent-ils d'envisager une généralisation du modèle ?
	Secondaire 1	Le dispositif Baria Up est-il acceptable pour les établissements de soins en termes d'acceptabilité du modèle économique et pour les patients ?
	Secondaire 2	Quels sont les impacts organisationnels et financiers prévisibles en cas de pérennisation et de passage à l'échelle nationale ?
	Secondaire 3	Dans quelle mesure la plateforme numérique pour la mise en œuvre de ce parcours est-elle généralisable ?
	Secondaire 4	Quels sont les freins et les clés de succès de l'expérimentation Baria Up ?

MÉTHODOLOGIE

Description de la population de l'expérimentation évaluée

Cohorte BARIA-UP

Critère d'inclusion de l'expérimentation :

Les patients réunissant l'ensemble des conditions suivantes seront inclus dans l'expérimentation Baria Up :

- Patients obèses présentant une indication de chirurgie selon les critères de la HAS (2009), validée par le centre expert de chirurgie bariatrique ;
- Patients issus des 3 CIO/CSO porteurs du projet (Lille, Lyon et Toulouse) ;
- Patients avec un IMC ≥ 40 kg/m² ou bien avec un IMC ≥ 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (notamment maladies cardio-vasculaires dont HTA, syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, maladies ostéo-articulaires invalidantes, stéatohépatite non alcoolique);
- En deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois;
- En l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte;
- Patients bien informés au préalable , ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoire pluridisciplinaire ;
- Patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme;
- Risque opératoire acceptable.

Critère d'exclusion de l'expérimentation Baria Up :

Les patients présentant au moins une des caractéristiques listées ci-dessous seront d'emblée exclus de l'expérimentation (présence d'un niveau de complexité très élevé, qui justifie une prise en charge exclusive en Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO) ou Centres Intégrés de

l'Obésité (CIO) ; patients estimés à 10% des patients obèses opérés.

- Insuffisance d'organe sévère
- Cirrhose (stade F4)
- Impotence fonctionnelle sévère (paraplégie)
- Obésité syndromique/génétique/iatrogène
- Maladie métabolique héréditaire
- Maladie orpheline
- Infection VIH
- Biothérapie/immunosuppression
- Maladie de système sévère (lupus...)
- Troubles de la coagulation
- Bipolarité
- Psychose
- Autres : la grossesse et les pathologies aiguës complexes dont la prise en charge supplante celle de l'obésité (par exemple, un cancer).

Taille de la population cible : 1065 patients ayant eu la chirurgie bariatrique sont attendus dans la cohorte BARIA UP.

Territoire d'inclusion : régions Auvergne Rhône-Alpes, Hauts de France et Occitanie

Utilisation d'une population témoin :

Des cohortes témoins seront requises uniquement pour l'évaluation finale de l'expérimentation (évaluation quantitative du Lot 2) ; ces populations témoins seront identifiées à partir des données du SNDS.

Critères d'inclusion de la population témoin :

- **Cohortes témoins régionales**

Elles seront constituées par une:

- **Cohorte Témoin régionale 1 :** patients ayant reçu une chirurgie bariatrique dans les centres expérimentateurs, entre Janvier 2019 et Janvier 2022 ; ces patients témoins seront appariés aux patients de la cohorte Baria Up, et constitueront la cohorte Témoin régionale 1 ;
- **Cohorte Témoin régionale 2 :** patients ayant reçu une chirurgie bariatrique (hors centres expérimentateurs) entre Février 2022 et Février 2025 ; ces patients témoins seront appariés aux patients de la cohorte Baria Up, et constitueront la cohorte Témoin régionale 2 ;
- **Cohorte Témoin régionale 3 :** chaque patient de la cohorte Témoin régionale 2 sera apparié à un patient ayant eu une chirurgie bariatrique (hors centres expérimentateurs), entre Janvier 2019 et Janvier 2022 ; ces patients témoins de la cohorte régionale 3 seront appariés aux patients de la cohorte Baria UP et constitueront la cohorte Témoin régionale 3.

- **Cohorte témoin nationale**

- Elle sera constituée d'une cohorte de patients ayant reçu une première chirurgie bariatrique (hors centres expérimentateurs) entre Février 2022 et Février 2025, identifiée par un séjour en PMSI-MCO avec facturation d'un code d'acte CCAM ; ces patients témoins seront appariés aux patients de la cohorte Baria Up.

Critères d'exclusion pour les groupes témoins :

	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les témoins régionaux : <ul style="list-style-type: none"> ○ Patients présentant au moins une comorbidité nécessitant un niveau élevé de complexité concernant la prise en charge (cf. comorbidités des critères d'exclusion de l'expérimentation); ○ Patientes ayant une grossesse ; ○ Patients présentant des pathologies aiguës complexes dont la prise en charge supplante celle de l'obésité (e.g. cancers). Ces comorbidités seront identifiées à l'aide d'algorithmes adaptés au SNDS. • Pour les témoins nationaux : mêmes critères que cités précédemment pour la population témoin régionale. <p><u>Taille de la population témoin :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohorte témoin régionale 1 : entre 850 à 1000 patients (appariement 1 :1, et si taux d'appariement au moins égal à 80%). • La taille de la cohorte témoin régionale 2 dépendra du nombre de témoins appariés de la cohorte régionale 1 aux patients Baria Up. • La taille de la cohorte témoin régionale 3 dépendra du nombre de patients appariés de la cohorte régionale 2.
<p>Méthode et analyse des données</p>	<p><u>Méthodes statistiques employées :</u></p> <p>Analyse qualitative et quantitative descriptive (Lot 1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statistiques descriptives des indicateurs définies dans le protocole construit à partir des données du système d'information (SI) de l'expérimentation, et des fichiers de contrôle/facturation. <p>Analyse descriptive et comparative (Lot 2) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statistiques descriptives des caractéristiques socio-démographiques, des établissements et indicateurs de parcours de soins définis dans le protocole pour la partie quantitative à partir des données du SNDS • Des modèles statistiques et économétriques seront utilisés pour évaluer et comparer le cas échéant les indicateurs ciblés, par l'évaluation quantitative, entre les cohortes témoins et les patients participants à BARIA UP. <ul style="list-style-type: none"> ○ Le modèle de régression logistique conditionnel multivarié (ajusté sur les comorbidités non retenues dans l'appariement) et multiniveau (pour prendre en compte l'effet centre) à l'inclusion et par année de suivi seront envisagés. ○ Des modèles de survie seront également envisagés pour la comparaison de résultats de type évènement de santé pour prendre en compte les données censurées, en particulier dans les analyses finales (3 à 4 ans de suivi) pour lesquelles un taux de perdus de vue relativement important pourrait être observé. ○ La méthode économétrique des doubles différences sera utilisée pour comparer les résultats obtenus dans la population BARIA UP versus populations témoins régionales en analyse avant/après. • Analyse de coûts selon la perspective de l'Assurance Maladie (coûts moyens et coûts/patient ; comparaison des coûts Baria Up vs. témoins par des modèles de régression linéaires généralisés (GLM avec distribution gamma)
<p>Sources de données utilisées</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SI du porteur : extraction de la plateforme numérique GetReady/Maela (RI et

	<ul style="list-style-type: none"> RF) • Recueil ad-hoc par le porteur – Format : <ul style="list-style-type: none"> ○ Entretiens qualitatifs individuels et « focus group » avec les porteurs du projet et les professionnels de santé (RI et RF) ○ Questionnaires Web à destination des patients et des professionnels de santé (RF) • Plateforme A51 (RI et RF) : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fichier de facturation ▪ Fichier de contrôle (si oui : cas standard) • SNDS (RF)
Exploitation de données individuelles	<ul style="list-style-type: none"> • Pour le rapport intermédiaire (mise à disposition des données sous format individuel) • Pour le rapport final ((mise à disposition des données sous format individuel)
Appariement des sources de données	Présence du NIR : oui (fichier de contrôle/facturation et données SI)
Appariement d'une cohorte témoin à la cohorte expérimentale	<p>Précision des variables d'appariement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Concernant les patients BARIA UP :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ NIR ○ Date de naissance ○ Rang de naissance ○ Sexe • <u>Concernant les cohortes témoins :</u> <p>Appariement direct de variable à variable en considérant les variables suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Age +/- 2ans* ○ Sexe* ○ CMUc/ACS/CSS (oui/non) ○ Indice de défavorisation sociale (quintile) ○ IMC à la date de chirurgie* ○ Type de chirurgie <ul style="list-style-type: none"> ▪ AGB : anneau gastrique ajustable (adjustable gastric band) ▪ SG : gastrectomie en manchon (sleeve gastrectomy) ▪ GBP : court-circuit gastrique (gastric bypass) ▪ Autre ○ Année de la chirurgie bariatrique ○ Comorbidités à l'inclusion : Diabète T2, pathologies cardiovasculaires chroniques, consommation d'antidépresseurs ○ Etablissement ayant réalisé la chirurgie (codes FINESS des établissements)*(uniquement pour l'appariement cohorte Baria Up vs. cohortes témoins régionales) <p>Si le nombre de témoins disponible est limité, les variables d'appariement pourront être ajustées et d'autres options d'appariement pourront être envisagées (e.g. appariement exact variable à variable sur les variables marquées par un astérisque et appariement par score de propension).</p>
Historique des données demandées (période d'extraction)	<p><u>Pour le rapport intermédiaire :</u></p> <p>Données du SI :</p> <p>De Février 2022 à fin Août 2023 (gel de base 31 Août 2023) ou fin Septembre 2023 selon la date de validation du document de conformité.</p>

	<p><u>Pour le rapport final :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Données du SI : De Février 2022 à fin Août 2026 (données SI, gel de base 31 Août 2026) • Données SNDS : Du 01/01/2017 au 31/02/2026 <ul style="list-style-type: none"> ○ Cohorte Baria Up : 01/01/2019-31/02/2026 ○ Cohorte témoins nationale : 01/01/2019-31/02/2026 ○ Cohorte témoins régionale T1 : 01/01/2017-31/01/2022 ○ Cohorte témoins régionale T2 : 01/01/2019-31/02/2026 ○ Cohorte témoins régionale T3 : 01/01/2017-31/01/2022
Calendrier prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Date du rapport intermédiaire prévu : Décembre 2023 (sous réserve du transfert des données à IQVIA dans les délais) Livraison des données attendue : fin Septembre 2023, soit 3 mois avant la remise du rapport intermédiaire ou Octobre 2023 (selon date de validation du document de conformité) • Date du rapport final prévu : Novembre 2026 Données du SI : Livraison des données attendue : fin Septembre 2026, soit 3 mois avant la remise du rapport final SNDS : Livraison des données attendue : deux vagues d'extraction (Septembre 2025 / Septembre 2026)

1. Entretiens et enquêtes

Décrire ci-dessous les entretiens et enquête(s) prévus :

<p><u>Pour la phase intermédiaire :</u> Des entretiens seront conduits auprès des différents acteurs impliqués dans l'expérimentation Baria Up (par téléphone : équipe porteuse du projet, coordinateurs, responsable financier, 10 médecins traitants, 20 patients) ainsi que des focus group dans chaque région (professionnels de santé CSO et SSR en présentiel : 1 participant par spécialité, selon les disponibilités). Les patients et médecins traitants seront tous contactés, seront interrogés les premiers acceptant de participer. Si nous devons sélectionner les patients nous privilégierons a priori ceux inclus le plus tôt, ayant davantage de recul.</p> <p><u>Pour la phase finale :</u> Des entretiens seront réalisés par téléphone auprès de l'équipe porteuse du projet, des coordinateurs, des responsables financiers et des médecins traitants. Des focus group seront également conduits auprès des professionnels de santé. Enfin, des questionnaires web seront adressés à tous les professionnels de santé (CSO et SSR) et tous les patients.</p> <p>Pour la prise de contact avec les personnes interrogées, les noms et coordonnées téléphoniques seront transmis par les responsables de l'expérimentation à IQVIA de manière parfaitement confidentielle. Pour les questionnaires Web, l'évaluateur IQVIA contactera les professionnels de santé et les patients par téléphone, et assurera les relances par message.</p> <p>Le stockage des données s'effectuera sur les serveurs d'IQVIA. Un échantillonnage des participants n'est pas prévu. En phase finale et en phase intermédiaire, les personnes interrogées pourront ne pas être les mêmes personnes.</p>
--

Décrire ci-dessous les catégories d'informations collectées lors des entretiens et des enquêtes :

Catégories de données	Détail <i>(Veuillez préciser ici le détail des données souhaitées)</i>	Origine <i>(Comment allez-vous collecter ces données)</i>
------------------------------	--	---

Données de santé	Profil du patient (sexe, âge), antécédents médicaux	<i>Entretiens, questionnaires Web</i>
Vie personnelle	Situation familiale (patients) Proximité du lieu(x) de prise en charge en temps de transport (patients)	<i>Entretiens</i>
Vie professionnelle	Fonction occupée (porteurs, responsable financier), situation professionnelle (patients) Articulation de l'expérimentation Baria Up avec la vie professionnelle (patients)	<i>Entretiens & focus groups</i>
Appréciation sur les difficultés sociales des personnes	Couverture sociale/complémentaire santé (patients), frais non pris en charge par l'expérimentation Baria Up.	<i>Entretiens</i>
Autres données	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Patients</u> : Perception sur la prise en charge, relations avec l'équipe médicale, perception sur l'évolution du parcours préopératoire, post-opératoire et suites de l'opération, rôle du médecin traitant, évaluation de la plateforme numérique • <u>Porteurs/coordonateurs</u> : Perception sur le déploiement du parcours et coordination du projet, suivi de la qualité du parcours de soin par l'équipe médicale, pertinence du parcours, faisabilité du projet en termes de modèle économique et reproductibilité • <u>Responsable financier</u> : Perception sur le fonctionnement de Baria Up, incluant le flux financier • <u>Professionnels de santé</u> : Perception sur le parcours Baria Up, les moyens mis à disposition, bilan & généralisation • <u>Médecins traitants</u> : Connaissance et découverte du projet Baria Up, suivi du patient, les bénéfices du parcours Baria Up, avis sur la plateforme numérique. 	<i>Entretiens & focus group Questionnaires Web</i>