



HAL
open science

Critères qualités de la gestion des visites à domicile du médecin généraliste : revue systématique de la littérature

Leslie Rogeau

► To cite this version:

Leslie Rogeau. Critères qualités de la gestion des visites à domicile du médecin généraliste : revue systématique de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01975649

HAL Id: dumas-01975649

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01975649v1>

Submitted on 9 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Par

Leslie ROGEAU

Née le 4 Novembre 1988 à Cannes (06)

**Critères qualités de la gestion des visites à domicile du médecin
généraliste :
Revue systématique de la littérature.**

Présentée et soutenue le 28 Septembre 2018

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur HOFLIGER Philippe	Président
Monsieur le Professeur STACCINI Pascal	Assesseur
Monsieur le Docteur DARMON David	Directeur
Monsieur le Docteur GASPERINI Fabrice	Co-directeur

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	Pr. ALUNNI Véronique
Recherche	Pr DELLAMONICA jean
Etudiants	M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus	Pr. PAQUIS Philippe
--	----------------------------

Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
---------------------------------	---------------------

Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
--	---------------------

Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
-------------------	--

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale (53.03)
----	-------------------	---------------------------

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)
----	--------------	---------------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
-----	---------------	---------

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
----	-----------------	------------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HARTER Michel
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DARCOURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. PRINGUEY Dominique
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M . FRANCO Alain	M. TRAN Dinh Khiem
M. FREYCHET Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GASTAUD Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	Mme MEMRAN Nadine
Mme DONZEAU Michèle	M. MENGUAL Raymond
M. EMILIOZZI Roméo	M. PHILIP Patrick
M. FRANKEN Philippe	M. POIRÉE Jean-Claude
M. GASTAUD Marcel	Mme ROURE Marie-Claire

Au Professeur HOFFLIGER,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Votre engagement pour notre enseignement est un véritable modèle pour moi. Veuillez recevoir, Monsieur le Professeur l'expression de mon profond respect.

Au Professeur STACCINI,

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury. Je vous suis extrêmement reconnaissante pour la réactivité et disponibilité dont vous avez fait preuve à mon égard dès lors que j'ai formulé le souhait de vous voir faire partie de ce jury. Permettez-moi de vous exprimer mon plus grand respect et ma gratitude.

Au Docteur DARMON,

Un grand merci pour le temps que tu m'as accordé pendant cette longue année de travail, malgré toutes tes responsabilités. Merci de m'avoir transmis ta passion pour la médecine générale. Merci pour ta franchise, ton dynamisme, ta bienveillance et surtout pour ta patience. J'ai gagné en confiance grâce à toi, ce qui n'était pas chose facile. Mille merci David, j'ai beaucoup appris à tes côtés et je t'adresse toute ma gratitude pour cela.

Au Docteur GASPERINI,

Merci d'avoir accepté de co diriger cette thèse avec David. Je tenais réellement à ta présence au sein de ce jury. Merci pour la vision que tu m'as transmise de la médecine générale. Merci de m'avoir fait confiance pour débiter en tant que remplaçante au sein dans ton cabinet. J'ai beaucoup appris à tes côtés, sois rassurée de ma plus grande reconnaissance.

Aux médecins que j'ai remplacés :

Merci à *David, Fabrice, Maud, Denis, Jean Christophe, Stéphanie, Sophie* de m'avoir fait confiance pour vous remplacer.

Aux secrétaires et aux autres :

Marie Renée, merci pour ta bienveillance lors de mon passage à Antibes. J'ai vite appris grâce à toi.

Karine TOUSSIN, la meilleure secrétaire de tout Roquefort les Pins, qu'aurais je fais sans toi ... merci pour ta disponibilité.

A mes voisins :

A Maryke et Guy, vous me faites l'honneur de venir ce soir. Merci à vous deux pour votre bienveillance et votre bonne humeur. Un très bon anniversaire à toi Guy. On a de la chance de vous avoir.

Aux filles de la peskett team, mes plus belles rencontres :

A Mathilde, merci pour ton soutien, ta bonne humeur et ta folie. J'ai passé les meilleurs moments de ma vie d'étudiante à tes côtés. Tu as toujours su être là quand il le fallait. Reviens vite dans le sud avec ton super Jules.

A Margaux, la reine du style. Merci pour ton soutien. Je suis fière de te compter parmi mes amies les plus proches. Reviens vite toi aussi, tu me manques tellement ... (et je t'emmènerai voir les tortues de Florides !)

A Johanna, merci d'être restée sur Nice. Merci de me faire sortir de chez moi pour discuter de tout et de rien au Café Paulette. Je suis tellement contente que tu aies enfin trouvé ta voie, tu le mérites. Je suis ravie que tu aies rencontré Claude Éric.

A la peskett team :

Peskett, au leader de l'équipe, que de bons moments passés ensemble. Merci pour ta légendaire bonne humeur. Et quel couple incroyable vous formez toi et *Manu*.

Pierre, mon pitou, et dire qu'au début je me suis dit « c'est qui ce geek ? » ... maintenant tu es le number one !! Quel dommage que tu sois parti si loin...

Xavier, monsieur Jack Daniels, tu as enfin trouvé ta Roxy girl, la belle *Gwendoline*. Quel beau mariage vous avez fait et quel EVJF incroyable.

Clément, merci pour ton écoute, tes conseils, nos fous rires. Que de bons moments passés ensemble. On est presque cousins maintenant !

Loïc, à toi lolo, dommage que tu ne sois pas là mais ce n'est que partie remise. Prends soin de ta jolie *Sabou*.

Alexis, que de bons moments passés ensemble.

Aux autres :

Tiara, mille merci pour ton écoute, ton soutien, tes conseils, pour toutes nos soirées passées ensemble, toujours plus folles et improbables. A nos discussions interminables dans ma voiture, et à nos goûts musicaux étranges de fin de soirée (« J'ai compris tous les mots, j'ai bien compris merci »). Merci d'avoir toujours eu les mots pour me remonter le moral. *Tiara*, tu es une femme exceptionnelle.

Lulu et Carl, merci à vous deux, pour votre bienveillance. Merci à toi *lulu*, pour ton écoute, ta patience et tes conseils. Merci à toi *Carl* pour tes conseils « thèse », tu m'as beaucoup aidée. Merci pour tout ce

que tu apportes à Éric. Merci pour votre générosité. Vous représentez beaucoup à mes yeux. Bisous à vous et à votre magnifique Émilie.

Bianca et Chichou, merci pour votre éternelle bienveillance, douceur et gentillesse. Vous êtes une de mes plus belles rencontres.

Camille et Benjamin, avec vous on ne s'ennuie jamais ! A toutes ces supers soirées passées ensemble ! Merci d'être là tous les deux ce soir.

Christine et Stéphane, vous êtes la preuve que l'on peut rester « jeunes et fous » avec des enfants tout en étant de supers parents ! Vous êtes incroyables. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble.

Julie Benard, à ma co pilote de D4, qu'aurais je fais sans toi ? Merci pour tout ce que tu m'as apporté à cette époque. Quelle belle petite famille vous faites avec Faf et Louise.

Perrine, tu me manques tellement ... reviens vite d'Australie. Cela fait maintenant 18 belles années que l'on se connaît, je t'aime ma Petouche.

Martin, merci pour ton écoute, ton soutien, ton humour (particulier). Je ne m'ennuie jamais quand tu es là. Merci d'être là ce soir.

Justine, merci d'être venue nous rassurer ce 13 avril 2016. Merci de supporter avec moi le caractère de cochon d'Éric...

Audrey, à notre soirée thèse conjointe. Ravie de passer ce moment à tes cotés avec tous nos amis. Bisous à toi et Gauthier.

Julie Auda, merci d'être là ce soir. A nous deux qui avons surpris tout le monde. Quel parcours ! On aura quand même bien profité.

Édouard, doudou ! Merci pour ton éternelle bonne humeur. Une belle trouvaille pour notre peskett team.

Bérengère, Laëtitia, Carole, Henri, Hervé et Victor, merci pour votre présence aujourd'hui. Merci pour tous les bons moments passés ensemble (surtout pour la coupe du Monde).

A mes parents :

Enfin votre première thèse de médecine, il en aura fallu du temps, mais mieux vaut tard que jamais. Merci à toi *Maman*, qui a toujours été à mes côtés quels que soit les moments. Tu es un véritable exemple, et ce depuis toute petite. Ma super maman, ma confidente, ma meilleure amie Je t'aime. Merci à toi *papa*, d'avoir réussi à supporter quatre femmes à la maison. Merci pour ta sérénité, ta patience, ta force sur humaine, ton esprit affuté et pour tes blagues (merci « rires et chansons »)... je t'aime.

A mes sœurs

Merci à toi *ma grande sœur*, pour ton GRAND cœur, tu as toujours été d'un précieux soutien, une oreille attentive. Un modèle, tout simplement. Merci d'avoir égayé ma vie d'étudiante lors de nos collocations. J'admire ton parcours, je suis si fière d'être ta sœur. Je t'aime ma Dodie chou « poussière d'étoile » ! Merci à *ma petite sœur*, la tornade ! Je suis tellement fière de toi, je te souhaite une vie professionnelle à la hauteur des efforts que tu as fournis tout au long de tes études... Merci pour cette super colloc' de D4 et à cette phrase mythique « je le vois même dans le reflet de la table ». Je t'aime Mathou. A toutes nos soirées passées et futures entre sœurs (« Les Rogeau sont de sortie »). Quel bonheur d'être trois !

A la famille ACQUILINA : Brigitte, André, Fabrice, Diego, Gabin, Aurore, Olivier, Ninon, Colline, Marion, Jérôme et Romane.

A mes beaux-parents :

Christine, ma maman de cœur. Merci pour ta gentillesse, tes conseils avisés et pour nos discussions. *François*, merci pour votre bienveillance, merci d'avoir modifié la date de votre vol pour pouvoir être là ce soir. Merci à vous deux de m'avoir accueillie à bras ouverts dans votre famille, quelle fierté d'en faire partie !

A mes beaux-frères et aux autres :

Antho, dès les premiers instants j'ai su que je n'allais pas m'ennuyer avec toi. Sacha va apprendre beaucoup de choses avec toi (pas que des bonnes choses cela dit...), sacré tonton « Foufou ». J'admire ta force.

Jérémy, à nos batailles de « gestes », même si je gagne toujours. Merci d'avoir accepté d'être le parrain de Sacha. Merci de m'avoir amené une copine, Olivia est super(be).

Joss, merci de rendre heureuse ma grande sœur. Merci pour les soirées chez vous, qui ne se finissent jamais comme prévues.

Vincent, le monde est vraiment tout petit. Merci de rendre ma petite sœur aussi rayonnante (ça doit être grâce à l'alimentation Bio et aux vins sans sulfites). Bienvenue dans la famille.

Merci à Christian, Stéphanie, Greg, Louis, Jules, Cindy, Christopher, Gabin, Édouard, Margaux, de vous être libérés (en partie) ce soir.

A ceux partis trop vite :

A mes grands-mères Renée et Odette et mon grand-père Michel. A toi, ma Mamie Renée, il ne se passe pas un jour où je ne pense à toi, tu nous manques tellement... Merci pour tous les bons souvenirs passés avec toi ... au pan bagnat ... au Cap d'Antibes aux vacances d'été ... aux glaces illégales ... au soleil ... à ton sourire ... « Y'a du soleil Bip bip... » Je t'aime.

Au Dr Philippon, merci pour l'enseignement que vous m'avez inculqué au début de mon internat. Vous étiez une personne incroyable. Merci pour tout.

Aux amours de ma vie :

A *Sacha*, mon bébé, ma crevette, mon Sachachou, mon amour d'amour. Merci d'avoir donné un sens à ma vie. Merci de nous donner autant d'amour. Tu as ensoleillé nos vies depuis que tu es là. J'espère que tu seras fière de moi ce soir. J'ai fait ce travail avec ta photo en face de moi, ce qui m'a permis de garder le moral pendant toute cette dure et longue année.

Je t'aime mon Sachou.

A Éric, le meilleur pour la fin.

Enfin, nous y voilà, le grand jour de ma soutenance est arrivé. Merci d'avoir pris autant de temps pour corriger ma thèse. Je ne te remercierai jamais assez pour les mots que tu m'as dit lors de ta première lecture. Sache que si j'ai mis autant de rigueur pour cette thèse c'est pour que tu sois fière de moi. C'est si important à mes yeux...

Bientôt 4 ans que nos regards se sont croisés et depuis, l'amour de notre vie est né, notre plus grande fierté.

Nous avons traversé de nombreuses épreuves ces dernières années, mais malgré les difficultés, nous ne nous sommes jamais quittés, nous avons su surmonter tout ça ensemble.

« Sur la musique on va on vient, on s'éloigne et on revient, puis tu t'élances et je te tiens, je te retiens du bout des doigts pour te ramener contre moi »

Merci pour ta folie des grandeurs, ta sensibilité, ton grand cœur, ton amour (même si tu le montres à ta façon), et à l'importance que tu accordes à la famille. Merci pour tes traductions de chansons (« je suis une crêpe »), pour tes regards et ton sourire (quand tu t'empêches de rire à mes bêtises). Merci d'être ce papa formidable que tu es devenu au fil des jours.

J'ai hâte de continuer cette aventure que représente la vie avec toi, hâte d'aboutir tous nos projets présents et à venir.

J'aurai tellement de choses à te dire mais ce qui est sûr c'est que, « je sais bien que je l'ai trop dit mais je te le dis quand même je t'aime »

« Rire souvent et beaucoup, mériter le respect des gens intelligents et l'affection des enfants, gagner l'estime des critiques honnêtes et endurer les trahisons de ceux qui ne sont pas de vrais amis, apprécier la beauté, trouver ce qu'il y'a de mieux dans les autres, laisser derrière soi un monde un peu meilleur, par un bel enfant, un jardin fleuri, ou une condition sociale moins dure, savoir qu'une vie seulement a respiré plus facilement grâce à vous, voilà ce qu'est la réussite »

Frédéric Lenoir

1 Table des matières

Résumé :	13
Abstract	14
TABLE DES ABREVIATIONS :	15
Table des tableaux et figures	16
1 INTRODUCTION :.....	17
2 METHODE :.....	19
2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion	19
2.2 Sources d'informations et stratégie de recherche	21
2.3 Sélection des études.....	22
2.4 Extraction des données	23
2.5 Évaluation de la qualité des études.....	23
3 RESULTATS	24
3.1 Sélection des études.....	24
3.2 Caractéristiques des études retenues.....	26
3.3 La demande de visite à domicile	26
3.3.1 Différents moyens pour demander une visite à domicile	26
3.3.2 La régulation des appels	31
3.3.3 Les motifs de demande d'une visite à domicile.....	34
3.3.4 Alternatives aux visites à domicile	43
3.4 La visite à domicile après acceptation.....	46
3.4.1 Organisation :	46
3.4.2 Moyens et matériels utiles au bon déroulement d'une visite à domicile	47
3.5 Coordination des soins.....	52
3.6 Continuité des soins	57
3.6.1 Permanence des soins	57
3.7 Évaluation méthodologique.....	63
4 DISCUSSION	67
5 CONCLUSION.....	82
6 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	83
7 ANNEXES.....	101
7.1 Annexe 1 : Prise en charge financière de la visite à domicile.....	101
7.2 Annexe 2 : Grille d'extraction des données	103
7.3 Annexe 3: The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias.....	104
7.4 Annexe 4: Revised Assessment Of Multiple Systematic Reviews (R-AMSTAR)	106
7.5 Annexe 5 : Niveau de preuve des recommandation selon l'HAS.....	108
7.6 Annexe 6 : Articles exclus.....	109
7.7 Annexe 7 : Caractéristiques des études incluses.....	110
7.8 Annexe 8 : Synthèse des recommandations européennes et anglophones :	139
7.9 Annexe 9 : Évaluation méthodologique des Revues Systématique et des Méta-analyses selon la grille R-AMSTAR.	156
7.10 Annexe 10 : Risque de biais des études contrôlées randomisées selon Cochrane Collaboration's tool.....	159
7.11 Annexe 11 : Ligne directives des visites à domicile d'après le South Staffordshire Local Medical Committee, General practitioners visiting guidelines.....	170
7.12 Annexe 12: Accord de Bon Usage des Soins (AcBUS) :	171

7.13	Annexe 13 : Modèle d'ordonnance d'une prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation médicale.....	172
7.14	Annexe 14 : Listing des médicaments : trousse d'urgence.....	173
7.15	Annexe 15 : Domaines fondamentaux pour l'évaluation initiale des soins à domicile d'après l'American Medical Association, disponible dans le « Medical Management of the Home Care Patient ».....	181
7.16	Annexe 16 : Évaluation méthodologique détaillée	182

Résumé :

Introduction

En 2001, la France, était le pays européen qui réalisait le plus de visites à domicile (VAD). Une diminution de 20% des VAD en France entre 2002 et 2003 s'est produite par le bais d'une revalorisation tarifaire des VAD des médecins généralistes (MG) obtenue en contrepartie d'un engagement de ces derniers d'en réduire leur nombre. La VAD est un acte ressenti comme chronophage et peu rentable pour le MG alors qu'elle peut constituer un complément précieux et enrichissant aux informations recueillies au cabinet médical.

Objectifs

Identifier les éléments du processus de visite à domicile, ainsi que leurs alternatives, afin d'améliorer la qualité des soins aux patients. Les objectifs secondaires étaient : la proposition de critères qualités d'une VAD pour améliorer l'organisation des soins et de proposer un référentiel concernant la qualité des soins dans le cadre des visites à domicile.

Méthode

Revue de la littérature selon la méthode PRISMA en interrogeant 2 bases de données (Medline, Cochrane) sans limite temporelle jusqu'à octobre 2017 inclus. L'examen des références des articles inclus et de la littérature grises a été fait manuellement, ainsi que la recherche dans les bases institutionnelles européennes et anglo-saxonnes.

Résultats

37 documents ont été identifiés. Les essais contrôlés randomisés étaient majoritaires (n= 12), suivis des revues systématiques de la littérature (n= 11), des recommandations (n= 8), des études observationnelles (n=4), et des enquêtes postales transversales (n=2). La consultation téléphonique et le triage des appels par des IDE, réduisaient le nombre de VAD du MG de 39% ($p < 0,001$) contribuant à une augmentation de leur pertinence. L'instauration au décours d'une hospitalisation d'un suivi à domicile des personnes de plus de 65 ans, par un MG et/ou une IDE entraînait une diminution des admissions en maison de retraite ($p < 0,05$) et une diminution du nombre de ré hospitalisation ($p = 0,03$, RRR 23%). Les personnes âgées refusant des VAD « préventives » (programmées, et non à la demande du patient), avaient un taux de mortalité et d'admission en maison de retraite plus élevé ((RR= 1,5 (IC 95% = 1,3-1,7, $p < 0,0001$)). La télésurveillance, alternative aux VAD, réduisait le taux de mortalité de toutes causes confondues (RR de 0,66 IC à 95 % (0,54 et 0,81, $p < 0,0001$)). La télésurveillance et le soutien téléphonique réduisaient le taux d'hospitalisation pour cause d'insuffisance cardiaque chronique ($p = 0,008$) vs ($p < 0,0001$). Le protocole de visite systématique dans le cadre des sorties d'hôpital, de nos études, n'ont pas retrouvé de résultat significatif concernant l'amélioration de la qualité de vie, le recours aux services d'urgences et/ou d'hospitalisations.

Conclusion

Nous avons identifié différents critères d'amélioration de la qualité des VAD. Ceux permettant de diminuer la charge de travail du MG comme les systèmes de prise de rendez-vous par internet et le triage téléphonique délégué à une IDE formée sous supervision médicale. La communication efficace des motifs justifiant le déplacement du médecin au domicile, permet d'optimiser son activité. Le suivi coordonné à domicile d'un MG et d'une IDE permet de diminuer le taux de réadmissions en maison de retraite, le taux de ré hospitalisation ainsi que le nombre de recours aux services d'urgences. L'évaluation du mode de vie à domicile des patients à l'aide d'une grille permet de compléter les données recueillies lors des consultations au cabinet. En France, il existe un manque de recommandations sur les VAD. Les preuves apportées par ce travail restent faibles. Ainsi, le référentiel proposé ici devra être évalué pour attester de son utilité sur la gestion des VAD.

Mots clefs : Visite à domicile, médecin de famille, médecine générale, médecin généraliste.

Abstract

Background

In 2001, France was the largest consumer of physician-conducted home visits in Europe. Between 2002 and 2003, France witnessed a reduction of 20% of physicians home visits. GP committed to reduce the number of their home visits in return of a fee increase. Home visit can offer a valuable supplement to the informations collected at the medical office. Nonetheless, physicians consider it as a time consuming and a low-profitable care.

Objective

To identify the elements that improve the quality of healthcare delivered by the GPs in home visits, and their alternatives. The secondary objectives are: propose home visit's quality criteria to improve home health care management and to propose a quality framework for home care visits.

Methods

Literature review using the PRISMA method by querying 2 databases (Medline, Cochrane) with no time limit until October 2017. References of the included articles and of the grey literature were examined manually. The European and anglo-saxon institutional databases were handsearched.

Results

37 documents were identified. The majority were randomized controller (n= 12), followed by systematic reviews (n= 11), expert guidelines (n= 8), observational studies (n= 4), cross-sectional mail surveys (n= 2).

Telephone counselling and nurse triage reduced the number of GP visits by 39% ($p < 0.001$). Home follow-up for people over 65 years of age after a hospitalization by a general practitioner and/or a nurse led to a decrease in admissions to retirement homes ($p < 0.05$) and decrease in the number of re-hospitalizations ($p = 0.03$, RRR 23%). Seniors refusing "preventive" home visits had a higher mortality and admission rate to retirement homes ((RR= 1,5 (IC 95%= 1,3-1,7, $p < 0,0001$)). Telemonitoring is an alternative to home visiting, reducing mortality from all causes (RR 0.66, 95% CI (0.54 - 0.81) $p < 0.0001$)). Telemonitoring ($p = 0.008$) and telephone support ($p < 0.0001$), reduced the rate of hospitalization for chronic heart failure. Systematic visits after hospital discharges did not significantly improve the patients quality of life, neither influenced the use of emergency services and/or hospitalizations.

Conclusion

We have identified different criteria to improve the quality of home visits. Those allowing to reduce the workload of the general practitioner, such as the use of online appointment services, the telephone triage delegated to a trained nurse under medical supervision. Communicating effectively the reason behind home visits demands allows the GP to optimize his activity. The coordinated home monitoring between a general practitioner and a nurse reduces the rate of readmissions to retirement homes, the rate of re-hospitalization and the number of emergency services. Moreover, assessing patients home-based lifestyle completes the data collected during the consultations in the office. In France, there is a lack of home visits guidelines. The evidence provided by this work remains weak. Thus, the repository proposed by this review should be evaluated to prove its usefulness in the management of home visits.

Keywords: Home visit, house call, family doctor, general medicine, general practitioner.

TABLE DES ABREVIATIONS :

AcBUS : Accord de Bon Usage des Soins

AMA : American Medical Association

AMU : Aide Médicale Urgence

ASIPsanté : Agence des Systèmes d'information partagés de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNGE : Collège National de Généralistes Enseignant

CODAMUPS-TS : Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires

ECR : Essai Contrôlé Randomisé

EPOC : Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group

HAS : Haute Autorité de Santé

ICC : Insuffisance Cardiaque Chronique

IDE : Infirmière diplômée d'État

IGA : Inspection Générale de l'Administration

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MG : Médecin généraliste

MT : Médecin traitant

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

NHS : National Health Service

PDS : Permanence de soins

PVD : Programme de visite à domicile

RACGP: The Royal Australian College of General Practitioners

RBP: Recommandation de Bonne Pratique

RRR: Réduction du Risque Relatif

SAMU: Service d'Aide Médicale Urgente

SFMG : Société Française Médecine Générale

SIGLE: System for Information on Grey Literature

SMUR: Service Médicale d'Urgence Régionale

TCAM : Taux d'accroissement annuel moyen

VAD : Visite à domicile

Table des tableaux et figures

Figure 1: Diagramme de flux de l'inclusion pour l'analyse.....	25
Figure 2: Sample house call checklist (« INHOMESS » Impairments / Immobility, Nutrition) The home visit. Am Fam Physician. 1990	51
Figure 3: Système de coordination d'appui mis en place par le réseau ARESPA.....	56
Tableau 1: Critères d'inclusion et d'exclusion des articles.....	20
Tableau 2: Équation de recherche bibliographique.....	21
Tableau 3: Bases institutionnelles européennes et anglo-saxonnes	22
Tableau 4: Comparaison des différents types de systèmes de prise de rendez-vous selon Knight A. et Lembke T.	30
Tableau 5: Principaux motifs de VAD selon Cauthen et Scanameo ; J Fam Pract 1981, Geriatrics 1995	37
Tableau 6 : Suggestion d'équipement nécessaire pour une VAD selon l'American Family Physician	48
Tableau 7: Grille "EVALADOM"	49
Tableau 8: « Elements of a home assessment » d'après l'American Medical Association Home Care Advisory Panel. Guidelines for the medical management of the home care patient. Arch Fam Med 1993	50
Tableau 9: Régulation de la demande de soins non programmés en Europe. « Revue française des affaires sociales ».	62
Tableau 10: Proposition d'un référentiel d'aide à la gestion des visites à domicile	75
Tableau 11: Les différents types de secrétariats.....	79
Graphique 1: Évolution des visites de généralistes libéraux en taux d'accroissement annuel moyen (TCAM).....	18

1 INTRODUCTION :

En 2001, la France, était le pays européen qui réalisait le plus de visites à domicile (VAD). La visite représentait alors près d'un acte sur quatre (23,5%)(1). Entre 2002 et 2003, une diminution de 20% des VAD en France a pu s'observer par le bais d'une revalorisation tarifaire des VAD des MG, obtenue en contrepartie d'un engagement de ces derniers d'en réduire leur nombre. (2) (Graphique 1). De plus, après l'instauration d'un Accord de Bons Usages des Soins (AcBUS)(3) en 2002, reposant sur le principe d'une nouvelle tarification selon que le patient est, ou non, en difficulté ou en incapacité de se déplacer (annexe 1) ; la visite à domicile ne représentait plus que 12,8% de l'activité du MG francilien en juin 2003 (1). Entre 1980 et 2008 le nombre de VAD a diminué de 65,4 à 28 millions /an (soit une réduction de 57,2% en 20 ans)(4).

La VAD reste un acte ressenti comme chronophage, contraignant, fatigant, augmentant les risques d'accidents liés aux déplacements et, en contrepartie peu rentable pour le MG (5). Le temps moyen d'une visite a été estimé à 41 minutes, en comprenant le trajet, la visite et la retranscription de la consultation dans le dossier. Tandis que le temps moyen d'une consultation au cabinet a été estimé à 18 minutes.

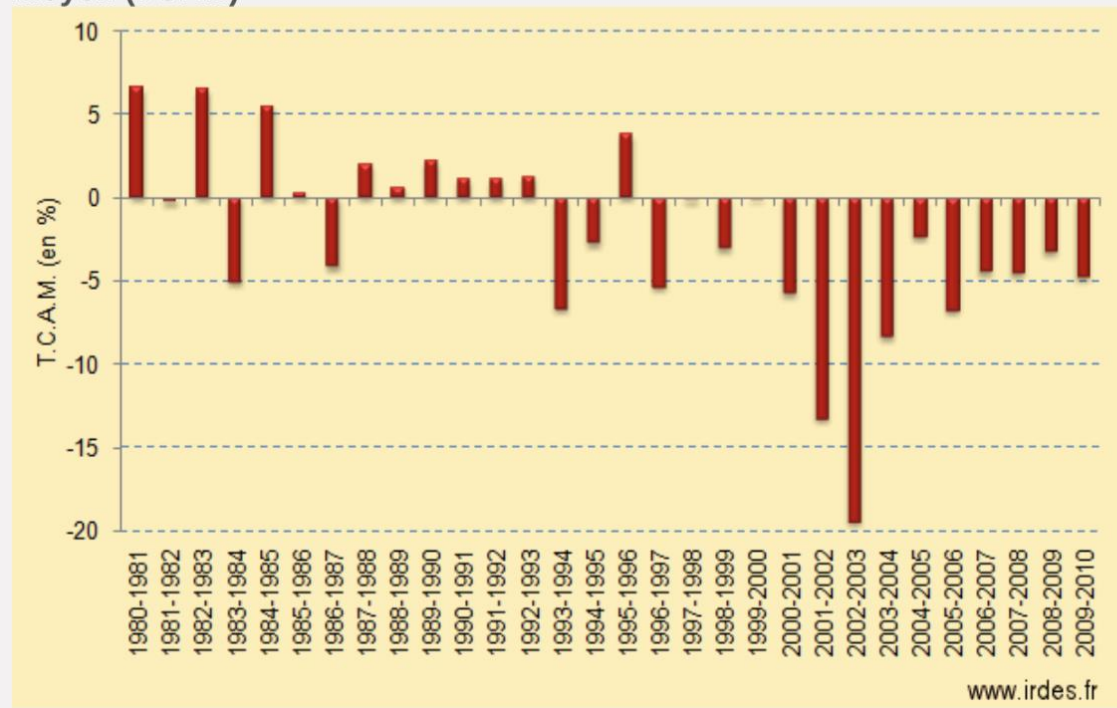
Pourtant, le MG exerçant en libéral est le professionnel de santé qui se déplace le plus au domicile des patients. En France, 93% des visites sont effectuées par des MG en 2010 (2). Les informations recueillies lors d'une visite à domicile complètent celles recueillies lors d'une consultation au cabinet, concernant le contexte socio-économique, religieux et familial (5). Les VAD permettent de fournir des soins de santé de base, et préviennent le déclin fonctionnel des patients physiquement ou mentalement fragiles confinés au domicile (6). Le médecin peut réaliser une évaluation gériatrique multidimensionnelle personnelle (diagnostic domiciliaire) et familiale (7)(8). On retrouve également des bienfaits d'ordres relationnels (9) avec le renforcement de la relation malade/médecin. Ainsi, il existe une réelle ambivalence entre l'utilité des VAD et la perte de temps occasionnée pour le MG.

L'objectif de ce travail de recherche était d'identifier les éléments du processus de visite à domicile ainsi que leurs alternatives, afin d'améliorer la qualité des soins aux patients :

Les objectifs secondaires étaient :

- La proposition de critères qualités d'une VAD pour améliorer l'organisation des soins.
- Proposer un référentiel concernant la qualité des soins dans le cadre des visites à domicile.

Évolution des visites de généralistes libéraux en taux d'accroissement annuel moyen (TCAM)



Graphique 1: Évolution des visites de généralistes libéraux en taux d'accroissement annuel moyen (TCAM)

2 METHODE :

Nous avons conduit une revue systématique de la littérature selon les recommandations internationales du groupe PRISMA (Preferred Reporting Item for Systematic reviews and Meta-Analysis) (10)(11).

2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons inclus les articles selon les critères suivants (tableau 1) : Les articles dont l'objectif principal était centré sur la réalisation d'une visite à domicile par le MG avec ou sans la collaboration d'une infirmière diplômée d'état (IDE). Les articles devaient traiter d'une des étapes du déroulement d'une VAD, c'est à dire de la demande initiale, et/ou du déroulement de la visite au domicile après acceptation, et/ou du suivi avec la continuité et la coordination des soins. Les études devaient traiter des visites réalisées pendant et/ou en dehors des heures d'ouvertures normales des cabinets médicaux. Les études traitant des alternatives aux VAD ont été incluses.

Nous avons étudié une population sans retenir de limite d'âge. Seuls les articles en français et en anglais ont été inclus. Les études éligibles étaient les méta-analyses, les revues systématiques, les recommandations des sociétés savantes, les essais contrôlés randomisés (ECR), les études observationnelles ainsi que les revues narratives. Ont été exclus, les études portant sur les VAD réalisées par d'autres professionnels de la santé (IDE, ergothérapeute, kinésithérapeute, médecin spécialiste...), ainsi que les études ne traitant pas des visites à domicile. Toute publication parue avant la date de début de l'étude, répondant à ces critères a été étudiée (octobre 2017).

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> - Articles traitant des visites à domicile réalisées par le médecin généraliste - Études portant sur les critères à prendre en compte lors de la demande de VAD - Études sur le déroulement d'une visite à domicile lorsque le médecin est arrivé sur les lieux - Études portant sur la continuité et la coordination des soins au décours d'une VAD - Études portant sur des visites à domicile réalisées pendant et en dehors des heures d'ouvertures du cabinet - Études portant sur les alternatives aux VAD - Objectifs en lien avec l'ensemble du déroulement d'une visite à domicile - Population : de tout âge - Langue : français, anglais - Période : toute publication parue avant le début de l'étude (octobre 2017) - Type d'étude : Méta-analyses, revues systématiques, essais contrôlés randomisés études observationnelle, recommandations des sociétés savantes et institutions, revue narrative. 	<ul style="list-style-type: none"> - Études ne traitant pas des visites à domicile - Études réalisées par d'autres professionnels de santé

Tableau 1: Critères d'inclusion et d'exclusion des articles

2.2 Sources d'informations et stratégie de recherche

Nous avons recherché les articles en langue anglaise et française dans les bases de données documentaires MEDLINE via Pub Med et la COCHRANE database. Le tableau 2 présente les équations de recherche utilisées associant les concepts de visite à domicile associés aux termes « médecin de famille » ou « médecine générale » ou « médecin généraliste ». Nous avons ciblé les revues de la littérature et les essais. D'autre part, nous avons fait une recherche manuelle au sein des références bibliographiques des études incluses et au sein de la littérature grise.

Des ressources supplémentaires ont été étudiées à la recherche d'articles pertinents : Google, Google scholar, ainsi que dans les bases institutionnelles européennes et anglo-saxonnes (tableau 3).

<p>PubMed</p>	<p>(((((« community medicine"[MH] OR "physicians, family"[MH] OR "gatekeeping"[MH] OR "general practitioners"[MH] OR "general practice"[MH] OR "physicians, primary care"[MH]))) OR ("general practice"[MH] OR ("general practice"[TW] OR "practice, general"[TW] OR "family doctor "[TW] OR "primary care practitioner "[TW] OR "family doctor"[TW] OR "primary care physician"[TW] OR "GP/FM"[TW] OR "general practitioner"[TW]))) AND (("house calls"[MH] OR ("house calls"[TW] OR "home visits"[TW] OR "call, house"[TW] OR "home visit"[TW] OR "visit, home"[TW] OR "visits, home"[TW] OR "calls, house"[TW] OR "house call"[TW]))) Sort by: Relevance Filters: Guideline; Review; Clinical Trial; English; French</p>
<p>Cochrane Library</p>	<p>MeSH descriptor : Home visit</p>

Tableau 2: Équation de recherche bibliographique

Bases institutionnelles européennes	Bases institutionnelles anglo-saxonnes
→ Haute Autorité de Santé (HAS) → Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) → Société Française Médecine Générale (SFMG) → WONCA EUROPE	- <u>États-Unis d'Amérique</u> : → American Family Physician → American Medical Association → American Academy of home care Physicians - <u>Canada</u> : → The College of Family Physicians of Canada (CFPC) → Ontario College of Family Physicians - <u>Royaume-Uni</u> : → National Health Service (NHS) → Drug and Therapeutics Bulletin → Graham Road Surgery → South Staffordshire Local Medical Committee - <u>Australie</u> : → Royal Australian College of General Practitioners (RACGP)

Tableau3: Bases institutionnelles européennes et anglo-saxonnes

2.3 Sélection des études

La sélection des études était effectuée par un seul opérateur (RL), l'auteur de la revue. En cas de doute, un second opérateur était consulté (DD). En cas de divergence, un consensus était recherché. En l'absence d'un tel consensus, un troisième opérateur (GF) pouvait être sollicité pour arbitrer et trancher.

Le processus de sélection des articles était réalisé en trois étapes :

- Analyse du titre et du résumé de l'article.
- Analyse par lecture du corps des articles
- Recherche manuelle pertinente des références bibliographiques de chaque article retenu.

A chaque étape, les doublons étaient exclus ainsi que les études ne répondant pas aux critères d'inclusions et d'exclusions, conformément aux critères préalablement définis dans le tableau 1.

2.4 Extraction des données

L'extraction des données était faite selon un formulaire préétabli (annexe 2). Elle était effectuée par l'auteur de la revue (RL) puis soumise à une vérification par un deuxième lecteur (DD). Les données recherchées concernaient : le nom de l'auteur principal, l'année de publication, le pays, la population étudiée, l'objectif étudié, le type de l'étude, les principaux résultats (effets des VAD sur la qualité des soins et leurs alternatives) et leurs significativités.

2.5 Évaluation de la qualité des études

Les essais randomisés contrôlés étaient évalués par le *Cochrane Risk of Bias Tool for randomized controlled trials* (12)(annexe 3). Cet outil analyse la sélection, évalue le respect de l'aveugle et les biais liés à la mesure des résultats et permet de classifier les essais en 3 catégories, à faible risque de biais, à risque incertain et à risque élevé. La qualité méthodologique des revues systématiques et des méta-analyses était évaluée à l'aide de la grille R-AMSTAR (13)(annexe 4). Si la revue n'intégrait pas la qualité de ses études dans la formulation de sa conclusion ou si l'évaluation de leurs méthodes était jugée insuffisante, les références étaient analysées à la recherche de l'article au plus haut niveau de preuve. La gradation des recommandations (A, B, C ou Accord d'Experts (AE)) était fondée sur le niveau de preuve des études venant à l'appui des recommandations, selon la HAS (annexe 5).

3 RESULTATS

3.1 Sélection des études

Les équations de recherche nous ont permis d'identifier 189 articles, 122 articles sur Medline et 67 sur Cochrane (figure 1). Nous avons retenu 18 études sur MEDLINE ainsi que 6 revues de la littérature sur la base de données Cochrane. La recherche manuelle au sein des références bibliographiques des études incluses et au sein de la littérature grise, a permis d'inclure 7 études pertinentes. La recherche au sein des 14 bases institutionnelles européennes et anglo-saxonnes (tableau 3) a permis d'inclure 6 recommandations de bonnes pratiques (RBP). Trente-sept documents ont été finalement inclus pour l'analyse qualitative.

Dans la base de données MEDLINE, 104 études ont été exclues pour les raisons suivantes (annexe 6) : 3 doublons, 41 études ne traitaient pas des visites à domicile, 32 études concernaient la réalisation de visites à domicile par d'autres professionnels de santé (sages-femmes, pharmaciens, éducateurs thérapeutiques, ergothérapeutes), 19 études étaient introuvables ou sans abstract disponible et 9 études étaient des interventions complexes. Sur la base de données Cochrane, 61 revues systématiques ont été exclues pour les raisons suivantes : 39 revues ne traitaient pas des visites à domicile ; 15 abordaient les visites à domicile par d'autres professionnels de santé ; 2 revues ont été retirées de la base de données Cochrane pour des erreurs de publication ; 2 revues traitaient du virage ambulatoire, et 3 revues concernaient des interventions complexes.

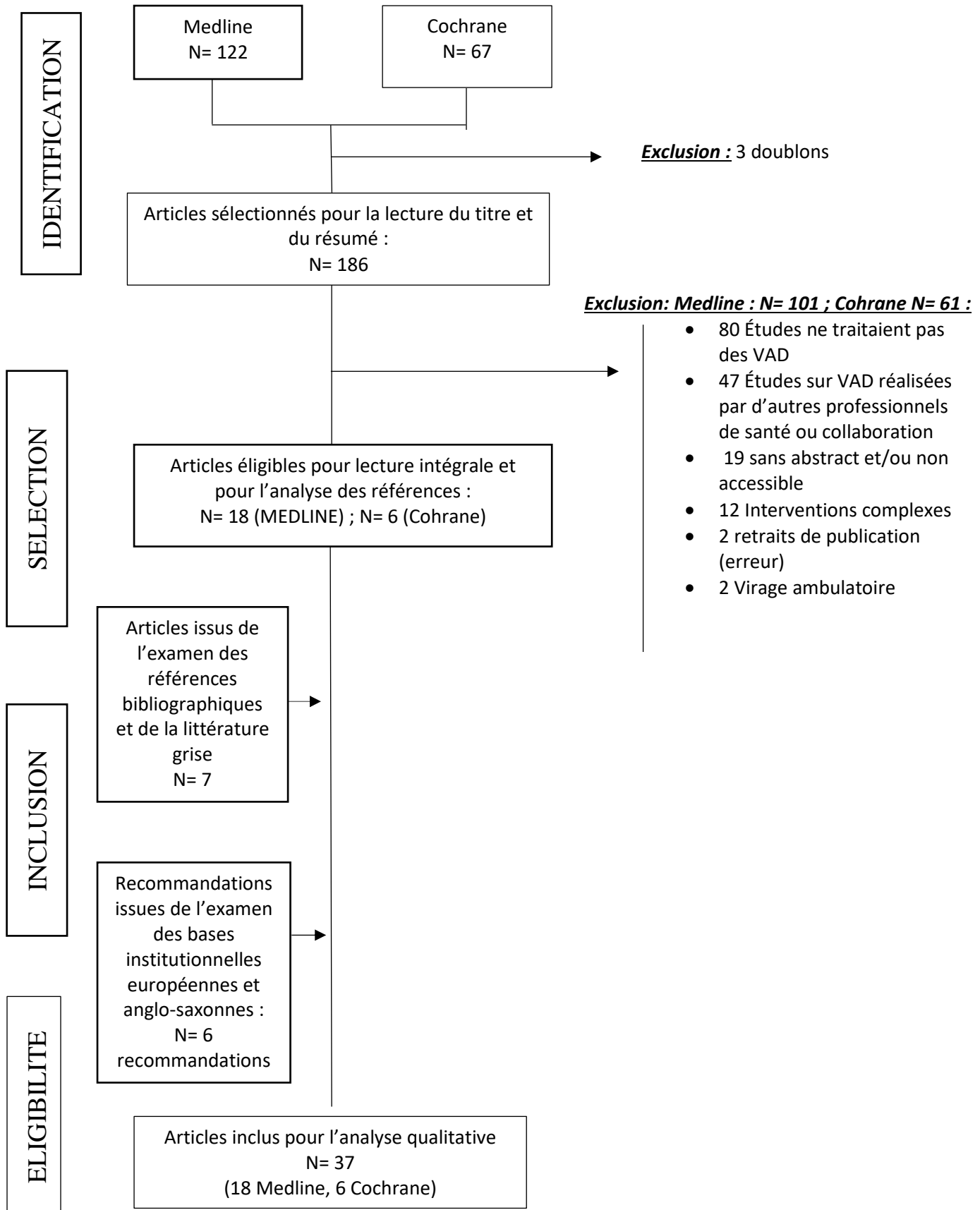


Figure 1: Diagramme de flux de l'inclusion pour l'analyse

3.2 Caractéristiques des études retenues

Les caractéristiques des 37 documents retenus pour l'analyse finale sont résumées dans la figure 1. Les essais contrôlés randomisés étaient majoritaires (n= 12), suivis des revues systématiques de la littérature ((n= 11) dont 5 méta-analyses), des recommandations (n=8), des études observationnelles comparatives (n=4), et des enquêtes postales transversales (n=2). Les caractéristiques des études incluses sont détaillées dans l'annexe 7 : le(s) nom(s) de(s) l'auteur(s), l'année de publication, le pays, la période de recrutement, le design de l'étude, la population étudiée et son âge, l'effectif global, la durée du suivi, la provenance du financement et l'existence ou non de conflit d'intérêt, ainsi que leurs résultats. Les recommandations spécifiques aux visites à domicile, issues des bases institutionnelles européennes anglo-saxonnes, sont détaillées dans l'annexe 8.

3.3 La demande de visite à domicile

3.3.1 Différents moyens pour demander une visite à domicile

3.3.1.1 Le Téléphone

En France, le ministère des Solidarités et de la Santé (2016)(Référence légale)(14) stipule que, **tout patient demandeur d'une VAD en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux** (soir, nuit, week-end et jours fériés), **peut solliciter un médecin de garde**. Soit par le biais du numéro téléphonique « 15 », ou bien par le numéro spécifique réservé à la permanence des soins mis en place par chaque région.

En Australie, le site du « Royal Australian College of General Practitioners » (RACGP)(Grade des recommandations : Accord d'Experts (AE))(15)(annexe 8) a mis à la disposition des médecins des **recommandations sur la bonne utilisation du téléphone et des moyens de communication électroniques** tels que :

- Tout appel téléphonique mis en attente par le personnel administratif du cabinet, doit être précédé de la question suivante « s'agit-il d'une urgence médicale ? ».
- Si le cabinet médical dispose d'un message téléphonique de mise en attente, il doit inclure les numéros à appeler en cas d'urgence.
- L'ensemble du personnel doit être en mesure de savoir quels appels téléphoniques nécessitent d'être transférés au MG.

- Chaque jour, le MG doit consacrer un créneau horaire pour prendre et/ou renvoyer des appels téléphoniques. La retranscription des appels téléphoniques importants dans les dossiers médicaux des patients est une nécessité.
- Pour les patients avec un handicap, les médecins ainsi que le personnel administratif du cabinet doivent être informés des moyens de communication alternatifs existants : le « National Relay Service » pour les patients atteints de surdité, et le « Translation and Interpreter Service » pour les personnes non anglophones.

Au Royaume-Uni le « South Staffordshire Local Medical Committee » (16)(Grade des recommandations : AE)(annexes : 8 et 11) a mis en place des **recommandations destinées aux MG afin d'améliorer la gestion des visites à domicile**. Lorsqu'un patient demande des soins médicaux (généralement par téléphone), son interlocuteur (MG, IDE, secrétaire) est préalablement formé au triage et, est soutenu par un protocole d'aide à la prise de décision. Si le problème médical ne peut pas être solutionné par un simple conseil téléphonique, le médecin évalue alors l'aptitude du patient à prendre la voiture pour se rendre au cabinet médical. Le transport ne doit pas causer une aggravation ou une détérioration de l'état de santé actuel. Si l'état de santé du patient semble de nature grave, un transfert à l'hôpital dans le meilleur délai doit être organisé (ambulance, 999). En l'absence de signe de gravité, le médecin programme une VAD dans un délai approprié. Il est possible, dans certaines situations, que le médecin délègue la VAD à un autre membre de l'équipe de soins (ex. IDE).

3.3.1.2 Internet

Que ce soit en cabinet libéral individuel ou de groupe, en maison médicale ou même dans une structure salariée, les systèmes de prise de rendez-vous (RDV) par **internet constituent un nouvel outil, alternatif et/ou complémentaire à la prise de RDV par téléphone**.

Selon une étude réalisée en 2016 par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de l'Île de France) (Grade des recommandations : AE)(17), une quinzaine de plateformes proposant des services de gestion de RDV pour les MG a été répertoriée. Une offre pléthorique qui a incité la même URPS à rédiger et présenter en février 2018, une charte pour la protection des utilisateurs des plateformes de rendez-vous médicaux en ligne. De nombreux éditeurs ont déjà signé cette charte dont les principes de base sont le respect de la déontologie médicale, et la confidentialité des données et du secret médical (18).

Biard P. (Grade des recommandations C ; Faible niveau de preuve)(2016)(19) dans une étude observationnelle suivait 9 praticiens (7 médecins, 1 ostéopathe, 1 podologue) et 3 secrétaires au sein d'une maison médicale à Avoine, afin d'évaluer un logiciel de prise de RDV en ligne. Le recueil des

données était réalisé au cours d'entretiens semi dirigés. **Ce système a été défini comme rassurant**, car permettait aux patients de prendre rendez-vous à toute heure, même lorsque le secrétariat était saturé par les appels téléphoniques, ainsi qu'en dehors des heures d'ouverture du secrétariat. Les **relations entre le médecin et le patient n'ont pas été modifiées** par ce logiciel. Il apportait des **bénéfices aux médecins dans leurs organisations professionnelles**, tels que la possibilité de donner un RDV au patient depuis internet sans être physiquement présent au cabinet, l'accès à l'agenda depuis un smartphone, connaître par avance le motif de la consultation ainsi que la diminution du dérangement en consultation pour les prises de RDV. Au niveau du secrétariat, cela permettait de **diminuer le nombre d'appels téléphoniques via l'ergonomie et les fonctionnalités du système**.

En Australie, *Knight A. et Lembke T. (2013)(20)*(Grade des recommandations C, faible niveau de preuve) ont proposé un article comparant les différents types de systèmes de prise de rendez-vous (tableau 4). Chaque système a été décrit, ainsi que leurs avantages et leurs inconvénients. Cet article était issu de l'expérience des deux auteurs, après 7 années de collaboration avec l'« Australian Primary Care Collaboratives (APCC) ». Ainsi les médecins pouvaient adapter et choisir leur système de prise de rendez-vous à leurs besoins, mais également pour répondre au mieux aux besoins de leurs patients et de leurs personnels. Le but de cet outil était de :

- De donner un RDV au bon moment (urgence, avant le travail, pendant le week-end)
- De faire une réservation en adéquation avec les horaires de travail ou de transport
- De planifier les RDV de manière à minimiser l'attente
- D'obtenir un RDV ou une VAD avec le médecin habituel
- D'obtenir un RDV ou une VAD en urgence si nécessaire
- De proposer des RDV ou VAD à courte ou longue échéance selon le besoin

Les bénéfices seraient, un remplissage optimal du planning, d'améliorer la continuité des soins, un meilleur respect des horaires de travail et une diminution du stress du médecin. Il améliorerait la flexibilité du planning du médecin pour répondre aux urgences, aux problèmes familiaux ou pour l'éducation thérapeutique. Le médecin pourrait finir à l'heure, prendre des pauses pour le repas ou autres, tout en maîtrisant le flux de patient pour équilibrer les recettes. La maximisation de l'efficacité des systèmes de prise de rendez-vous en médecine générale aurait le potentiel de rapprocher les patients et les médecins pour les soins opportuns et créerait un environnement de travail durable.

SYSTEMES	Définition	Avantages	Inconvénients
« Open access »	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de prise de RDV - Système de « file d'attente » - Averti le patient lorsque c'est son tour 	<ul style="list-style-type: none"> - Début de journée : aucune consultation programmée. - Médecin fini à l'heure qu'il veut - Durée de consultation : flexible - Moins de triage - File d'attente augmente l'efficacité du système, et évite le « goulot d'étranglement » 	<ul style="list-style-type: none"> - Inadapté pour les personnes qui travaillent et/ou dépendent des transports - Peut entraver la continuité des soins - Perd la capacité d'influer sur l'arrivée des patients - Difficulté pour planifier des soins structurés en l'absence de RDV - Possibilité de retard de plusieurs heures et mécontentement des patients. - Stress sur le médecin si salle d'attente pleine : risque d'erreur diagnostic possible
« Book on the day »	<ul style="list-style-type: none"> - Remplissage du planning chaque matin - Dès que planning complet : les gens rappel le lendemain matin 	<ul style="list-style-type: none"> - Adapté pour : personnes handicapées, personnes âgées et travailleurs. - Flexibilité pour les imprévus et sans impact sur RDV programmés 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté pour planifier des soins structurés - Le matin, possibilité de submerger la capacité du système téléphonique et du personnel.
« Supersaturate »	<ul style="list-style-type: none"> - RDV réservés en fonction de la demande du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Système accessible pour tous : aux personnes avec des besoins chroniques 	<ul style="list-style-type: none"> -Système de couleur peut être complexe et devenir rapidement

	<ul style="list-style-type: none"> - RDV urgent : en doublon ou réalisé à la pause déjeuner ou en fin de journée - En fonction du motif de la demande : couleurs de RDV/VAD différentes. 	<p>prévisibles mais répond également aux personnes avec des besoins aigus.</p>	<p>illisible. Absence de règle commune pour les « couleurs » utilisées en fonction du motif.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Excès de patients, attente, stress du médecin - Surcharge de travail administratif du réceptionniste (triage, création RDV, courriers, mail...)
« Care out »	<ul style="list-style-type: none"> - Règle de base : débuter la journée avec 1/3 des RDV disponible - Se rendre disponible (urgences, VAD) - Ajuste la taille du planning en fonction de la demande 	<ul style="list-style-type: none"> - Place pour les demandes de soins aigus le jour même - Planification des VAD, des engagements professionnels ainsi que les soins structurés pour les patients avec une maladie chronique. 	<ul style="list-style-type: none"> - La demande de soins aigus peut augmenter le temps d'attente pour les autres RDV - Possibilité de défaut de remplissage du planning
« Advanced access »	<ul style="list-style-type: none"> - Système le plus reconnu en soins primaires - Mesure et façonne la demande - Fait correspondre la capacité de la pratique à la demande - Prévoit les imprévus (VAD, urgences) - Réduit l'accumulation de travail. 	<ul style="list-style-type: none"> - Débute la journée avec suffisamment de RDV pour répondre à la demande - Pas de restriction des RDV futurs - Flexibilité pour les médecins et les patients - Priorise la continuité des soins - Soins aigus /chroniques : organisés sans délai. 	<ul style="list-style-type: none"> - Temps de mise en œuvre plus long - Engagement du médecin important - Nécessité d'une formation du personnel administratif et médecin - Besoin d'une importante coopération du MG mais rarement faisable.

Tableau 4: Comparaison des différents types de systèmes de prise de rendez-vous selon Knight A. et Lembke T.

3.3.1.3 Sur place

En Australie, afin d'améliorer l'accès aux soins, le site du RACGP (21)(annexe 8) conseille aux MG de faire une **fiche pratique d'informations sur la politique du cabinet médical**, destinée aux patients. Cette fiche doit être régulièrement **mise à jour** et être **disponible** tant au cabinet médical que sur le site internet du cabinet médical. Elle doit être **conforme** au Code de conduite du « Medical Board of Australia » et être sous forme photocopiée, dactylographiée ou informatique contenant, au minimum, les informations suivantes :

- L'adresse et les numéros de téléphones du cabinet médical
- Les heures d'ouvertures du cabinet médical pour les consultations et les VAD, ainsi que les modalités pour obtenir des soins en dehors des horaires d'ouvertures du cabinet.
- Inscrire les numéros de téléphone en cas d'urgence.
- Les principes de facturations du cabinet
- La politique de communication (réception et retour d'appels téléphonique concernant la santé des patients ; messagerie sécurisée, SMS...).
- La politique de gestion de l'information sur la santé des patients
- Les modalités de suivi des résultats médicaux.
- Les modalités pour poser des questions ou porter plainte sur une prise en charge (numéros de téléphone)

Pour rendre cette fiche accessible pour tous, le RACGP insiste particulièrement sur l'importance de tenir informé les patients avec handicap (illettrés, malvoyant) par la présence d'illustrations picturales, d'une police adéquate, ainsi que les patients étrangers par le biais d'exemplaires en différentes langues.

3.3.2 La régulation des appels

Parmi les appels téléphoniques, un certain nombre concernent une demande de soins non programmés. **Le médecin a pour rôle de distinguer les situations urgentes, de celles qui vont nécessiter une consultation médicale différée ou d'un conseil téléphonique.** Les MG en exercice, ont accès à des formations dédiées à la régulation libérale, dans le cadre de la Formation Médicale Continue (FMC). Cependant ces formations se restreignent souvent à l'exercice de la régulation libérale seule ou au Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) et **n'englobent pas la pratique quotidienne du cabinet. La gestion des appels téléphoniques et la reconnaissance des situations urgentes correspondent aux objectifs de compétences des MG** d'après le consensus de la

WONCA (2002)(22)(Grade des recommandations : AE), et aux objectifs de formation du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE)(23)(Grade des recommandations : AE), édités en mars 2009 dans leur référentiel métier.

En France, lors de la conférence des présidents des Sections généralistes des unions professionnelles régionales de médecins libéraux, a été élaboré un référentiel professionnel du Médecin Généraliste intitulé « MG Form » (1999)(24)(Grade des recommandations : AE)(annexe 8). Ce travail a pour vocation d'être utilisé dans divers domaines tels que la formation, l'élaboration de recommandations pour la pratique, la construction de bilans de compétences et de démarches d'assurance-qualité. Ce référentiel permet, entre autres, d'assurer une régulation efficace des appels reçus au cabinet ou en centre de régulation. Il repose sur l'apprentissage à l'identification :

- Du degré de gravité actuel ou potentiel de la situation ayant motivé l'appel
- D'une éventuelle détresse des fonctions vitales
- Des conditions extérieures (ressources et contraintes) susceptibles d'influer sur la réponse à apporter à la situation

Selon l'appréciation de la situation, le MG doit :

- Informer le centre 15 et demander : une intervention immédiate du SAMU ou une mise en alerte du SAMU en attendant un bilan de situation plus précis du MG qui se rend sur place
- Se rendre sur les lieux de l'appel urgent
- Donner les conseils et la conduite à tenir dans l'attente d'une visite différée

Bunn F. et al. (2005)(25)(R-AMSTAR 33/44) ont présenté une revue de la littérature dont l'objectif était d'évaluer d'une part, l'impact des consultations téléphoniques et du triage sur l'utilisation des soins de santé et, d'autre part, l'impact sur la sécurité et la satisfaction des patients. Neuf études ont été incluses. La consultation téléphonique (IDE, MG, personnel administratif) a été comparée dans un premier temps aux soins habituels puis, dans un second temps les différents professionnels ont été comparés entre eux (IDE vs MG vs personnel administratif). Une des études incluses constatait que la consultation téléphonique et le triage **réduisaient les VAD du MG de 39% ($p < 0,001$)**, mais augmentaient en contrepartie, les consultations dans les semaines suivant l'appel téléphonique (RD= 0,32 (95% IC = 0,22 à 0,41)). **Cinquante pour cent des appels étaient traités uniquement par téléphone** : 25,5% des appels étaient traités en totalité par IDE et de 52% à 72% pour les médecins. D'autre part, il n'y avait **pas d'augmentation apparente des effets indésirables** (mortalité, nombre d'hospitalisation et de recours aux services d'urgences). **Le type de professionnel** de santé (IDE, MG, personnel administratif) **n'affectait pas les résultats**. Globalement les patients étaient satisfaits mais ces données restaient limitées, ainsi que celles sur les effets indésirables.

Varley A. et al. (2016)(26) ont réalisé une analyse à postériori des données de l'essai ESTEEM, concernant la prise de décision lors des consultations téléphoniques de triage par des IDE ayant reçu la même formation. Le programme de formation « CDSS » (logiciel d'aide à la prise de décision clinique), a été créé spécifiquement pour les consultations de triage téléphonique. Cette étude permettait de déterminer si, les caractéristiques des IDE (infirmière « praticienne » (droit de prescription) ou infirmière libérale (absence de droit de prescription), expériences cliniques antérieures, niveau d'expérience au triage et perception de la préparation au triage, années d'expériences, statut de diplômé), avaient un impact sur la prise de décision lors du triage téléphonique. Des questionnaires postaux ont été envoyés aux IDE ayant reçu la formation « CDSS ». Trente-cinq IDE avaient retourné des questionnaires complets. **Les IDE « praticiennes » étaient plus susceptible de gérer l'appel en totalité**, sans orienter le patient pour une consultation ultérieure avec un MG ou une IDE au cabinet (risque d'orientation au cabinet : 0,66 IC à 95% (0,51-0,81)), que les IDE libérale (risque d'orientation au cabinet : 0,90 IC à 95% (0,88-0,93)). Les IDE qui se considéraient bien préparées avaient un risque de suivi ultérieur au sein du cabinet médical de 0,57 IC à 95% (0,40-0,75) et celles qui se sentaient mal ou modérément préparées avaient un risque de 0,79 IC à 95% (0,74-0,85).

En Australie, le RACGP (21) propose un protocole d'aide à la programmation et au tri des demandes reçues pendant les heures d'ouverture du cabinet. Pour que ce système soit efficace, l'ensemble de l'équipe (administrative et médicale) doit être en mesure de comprendre la politique de tri des patients. Le médecin ou le membre du personnel médical qui reçoit une demande de consultation ou de VAD, doit être capable d'orienter le patient vers la solution la plus adaptée. Il repose sur l'identification des problèmes médicaux urgents afin de pouvoir bénéficier rapidement d'une assistance médicale adaptée. Lors d'une demande urgente, même si le planning du médecin est complet, une solution doit être trouvée.

En Australie le personnel médical, paramédical (IDE) et administratif (secrétaire), bénéficient d'une **formation externe ou intégrée dans la pratique**. Cette formation permet l'apprentissage à l'identification des différents types de soins demandés et de les prioriser. A la suite de cette formation la secrétaire doit, bien qu'elle n'ait pas accès au dossier médical du patient, être capable de communiquer une réponse adaptée à l'appel. Un site internet d'aide au triage est accessible sur : <http://www.gptriage.info/sample-triage-policy.html>.

3.3.3 Les motifs de demande d'une visite à domicile

La France reste le pays d'Europe où il subsiste un grand nombre de déplacements de MG hors cabinet. L'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale, précise « que les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état ». Le 1^{er} octobre 2002 a été signé l'AcBUS (27)(28)(Annexe 12)(Référence légale) qui a réorganisé les VAD afin de limiter leur nombre en réduisant les visites injustifiées.

Les VAD sont justifiées selon des critères médicaux, environnementaux et médico-administratifs. Dans des cas exceptionnels, les adultes en bonne santé peuvent également avoir besoin d'être examinés à domicile. Par exemple, en cas de pathologie rendant leur déplacement compliqué (ex.: problème rhumatologique douloureux).

Les soins hors cabinet justifiés peuvent, à ce titre, bénéficier d'une « majoration de déplacement » (MD) dans les conditions fixées par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (annexe 1). En contrepartie, le médecin peut décider de ne pas faire rembourser la part du déplacement pour les visites qui sont jugées « injustifiées » ou pour « convenance personnelle ».

Le présent accord, a établi un référentiel d'aide à la justification du déplacement du MG au domicile du patient :

- **Référentiels médicaux** : ils décrivent des situations cliniques ne permettant pas le déplacement du patient en dehors de son domicile :
 - Incapacité concernant la locomotion par : atteinte ostéo-articulaire dégénérative, inflammatoire ou traumatique ; atteinte cardio-vasculaire avec dyspnée d'effort, angor d'effort ou claudication intermittente ; atteinte respiratoire chronique grave ; atteinte neurologique avec séquelles invalidantes d'AVC ou liée à une affection neurologique caractérisée ; trouble de l'équilibre
 - État de dépendance psychique avec incapacité de communication
 - État sénile
 - Soins palliatifs ou état grabataire
 - Période post opératoire immédiate contre-indiquant le déplacement
 - Altération majeure de l'état général
- **Référentiels environnementaux** : ils décrivent des situations environnementales ne permettant pas le déplacement du patient en dehors de son domicile dans les zones géographiques où ont été constatées des difficultés d'accès aux soins de premiers recours :
 - Personnes âgées de plus de quatre-vingts ans

- Composition de la famille lorsqu'elle a une incidence sur la capacité à se déplacer au cabinet du médecin ;
- **Référentiels médico administratifs** : si le patient est bénéficiaire de l'allocation tierce personne ou titulaire de l'allocation personnalisée d'autonomie, ainsi que les personnes en hospitalisation à domicile.

D'autre part, le référentiel métier édité en 2009 par le CNGE (23)(Grade des recommandations : AE) précise que le praticien doit savoir intervenir si nécessaire dans l'urgence ou dans les situations médicales non programmées ressenties comme des urgences. **Ce référentiel a permis de développer l'aptitude à apprécier le degré d'urgence au téléphone, et à prendre des décisions dans un contexte temporel et environnemental inhabituel.** Le médecin doit évaluer, au téléphone, la gravité de la situation clinique au vu de l'histoire du patient et de la description de ses symptômes par le biais de questions précises fermées. Le médecin doit élaborer une stratégie opérationnelle quant à la réponse à apporter. Il élabore, avec le patient, un projet d'intervention, imposant l'identification ainsi que l'intégration des ressources et contraintes contextuelles susceptibles d'influer sur la réponse à apporter à la situation (conditions temporelles, géographiques). Le médecin peut également décider d'orienter le patient vers une filière de soins non programmés adaptés à l'état du patient.

En Australie, le RACGP (21) insiste sur le fait qu'une **VAD doit être jugée sûre et raisonnable**, qu'elle soit demandée pendant ou en dehors des heures d'ouvertures du cabinet. Le guide de bonne pratique du RACGP détail les critères à prendre en considération pour l'acceptation d'une VAD :

- Le motif de la demande
- La distance du domicile : Une visite dite « sûre et raisonnable » ; il revient au médecin de la définir, en fonction de son lieu d'activité (rural/urbain)
- La sécurité du professionnel de santé : Critères permettant d'améliorer la sécurité du professionnel de santé :
 - Tous les patients doivent avoir un numéro de téléphone où le médecin peut les joindre
 - La police doit intervenir en même temps que le médecin si le patient exprime l'intention de faire une tentative de suicide
 - Le médecin généraliste ne peut être sollicité pour une diminution de la douleur sauf si un plan de gestion de la douleur est déjà en place
 - Le médecin ne peut être envoyé seul sur un lieu où le patient est menaçant, la police doit être systématiquement présente

- Si une visite a été jugée sûre et raisonnable, le patient doit : retenir les animaux, allumer l'extérieur, donner des informations précises sur la localisation du domicile et faciliter son accès (code de résidence, numéros ...)
- Donner leur nom et leur date de naissance. En cas d'absence de ces informations et/ou d'un numéro de téléphone, le patient est directement orienté vers un hôpital ou contacté par une ambulance

Le médecin doit prendre en considération les patients avec des besoins particuliers, notamment un handicap nouveau. Il faut donc adapter la demande en fonction de l'évolution clinique de chaque patient pour ne pas entraver la continuité des soins.

La collaboration de l'American Medical Association (AMA) avec l'American Academy of Home Care Physicians a permis de créer un guide pratique destiné aux médecins généralistes intitulé « Medical Management of the Home Care Patient » (29)(Grade des recommandations : AE)(annexe 8). Ainsi, des recommandations sur les motifs retenus, pour se rendre au domicile du patient, ont été décrites brièvement:

- Patient incapable de se rendre au cabinet du médecin pour cause de handicap, de déficience cognitive ou d'état psychiatrique
- Demande de visite à domicile par un membre de l'équipe d'hospitalisation à domicile ou par un membre de la famille
- Nécessité de rencontrer un patient et/ou soignant pour prendre une décision importante pour sa santé
- Nécessité d'évaluer l'environnement et les capacités fonctionnelles du patient
- Rencontre avec les membres d'une équipe de soins à domicile
- Pour vérifier l'admissibilité au remboursement des prestations de santé données au patient

Unwin B. et Jerant A. (1999)(30)(Grade des recommandations : AE)(annexe 8) ont réalisé un article de synthèse présentant les motifs qui justifient le déplacement du médecin au domicile des patients (tableau 5).

Maladie	<ul style="list-style-type: none"> - Urgente - Aiguë - Chronique
Fin de vie à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Soins palliatifs - Constatation de décès - Soutien au deuil
Visite à domicile d'évaluation domiciliaire	<ul style="list-style-type: none"> - Poly pharmacie et/ ou problèmes médicaux multiples - Usage excessif des services de santé - Immobilité, isolement social, abus ou négligence présumés - Évaluation de la nécessité d'un placement en maison de retraite d'un patient âgé fragile avec un soutien social incertain
Visite à domicile post hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> - Maladie aiguë, chronique, blessure ou post chirurgie (organisation des soins à domicile, adaptation patient/famille) - Parents avec nouveau-nés

Tableau 5: Principaux motifs de VAD selon Cauthen et Scanameo ; J Fam Pract 1981, Geriatrics 1995

Laberge A. et al. (2000)(31)(Grade des recommandations C, faible niveau de preuve) ont réalisé en 2000 une enquête postale dans la région de Québec (Canada) afin de décrire les caractéristiques de la pratique médicale à domicile des médecins en première ligne. Ils ont identifié les facteurs susceptibles de faciliter ou de nuire au développement de cette pratique, ainsi que les caractéristiques des patients et des visites à domicile. Un questionnaire postal a été envoyé à l'ensemble des médecins généralistes avec une pratique clinique en zones urbaines et semi-urbaines. Ainsi, 487 médecins des 696 éligibles (70%) ont participé à l'étude. Les médecins qui pratiquaient des VAD (n= 283) suivaient un plus grand nombre de personnes âgées de plus de 65 ans comparés aux médecins qui ne réalisaient pas de VAD (n= 204), respectivement 37,9 (25,6%) versus 20,9 (19,3%). La majorité des médecins de l'étude **(82,8%) considérait que les VAD étaient indiquées pour les personnes avec des problèmes de mobilité ou des difficultés de déplacements associés à une perte d'autonomie majeure.** La patientèle visitée était principalement composée de **personnes de 65 ans et plus (n=1535 (50,8%)) se déplaçant sans aide (n=1883 (63,6%))**. Planifiées sur une base régulière (<1 fois/mois) pour 38,8% des médecins, ces visites à domicile (70,8% des visite n=2312) étaient le plus souvent effectuées pour la **surveillance**

de problèmes de santé chroniques (69,6% n=1977) et duraient entre **15 et 30 minutes** (64,1% n=1890). **Seuls 10,6% des visites étaient pour une urgence.** La demande pour ce type de suivi, selon les médecins de l'étude, provenait du patient ou de la famille dans 59,2% des cas, tandis que celle issue d'hôpitaux, de collègues de travail et de centres locaux de services communautaires (CLSC) était moins fréquente.

Parmi les 283 médecins qui réalisaient des prestations de soins médicaux à domicile, **244 (89%) considéraient qu'elles étaient très souvent nécessaires ; 168 (63,4%) pensaient qu'elles étaient effectuées à une fréquence suffisante ; 187 (71,6%) étaient d'avis que les VAD pourraient être faites dans certaine situation, par d'autres professionnels.**

3.3.3.1 Visite à domicile au retour d'hospitalisation

Le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des incapacités et des maladies chroniques ont entraîné un essor de la demande de suivi à domicile.

En Amérique du Nord, le système de santé a connu une réorganisation axée sur la réduction des durées des séjours hospitaliers, et la tendance à dispenser davantage les soins au domicile plutôt qu'à l'hôpital. Ainsi, « The College of Family Physicians of Canada » (2000)(32)(Grade des recommandations : AE) a défini, en 2000 des **recommandations à l'attention des médecins de famille sur « le rôle du MG dans les soins à domicile »**. L'objectif premier de ces recommandations, était de s'assurer que les patients ne tombent pas dans les failles du système lors de leur retour à domicile après une hospitalisation. Par conséquent, ce « virage ambulatoire » a pu accroître la demande de suivi médical à domicile dans les dernières années.

Hansen F. et al. (1992)(33) ont mené un ECR prospectif chez les personnes de plus de 75 ans sortant d'hospitalisation. L'objectif était d'évaluer un modèle de suivi par des VAD effectuées par un MG et une IDE. L'infirmière avait comme objectif d'identifier et d'instaurer des services de soins à domicile si elle en jugeait la nécessité. Le médecin avait pour rôle de réévaluer les traitements initiés lors de l'hospitalisation. Le groupe intervention (n=163) recevait deux VAD par une infirmière, à quinze jours d'intervalles. **Seize patients du groupe intervention ont été admis en maison de retraite versus 29 dans le groupe contrôle (p<0,05).** Le groupe contrôle (n= 181) a passé 2700 jours en institution versus **1950 jours pour le groupe d'étude.** Il n'y avait **pas de différence significative sur la mortalité** (32 patients du groupe intervention (20%) versus 43 (24%)) **ni sur le taux de réadmission hospitalière.** Un service à domicile a été instauré pour 70 (46%) des patients du groupe essai contre 51 (34%) pour le groupe contrôle. Un ajustement des médicaments par le médecin a été nécessaire pour 57 (48%)

patients du groupe essai. Globalement, l'intervention « prophylactique » a eu un **effet favorable sur l'ensemble de ces patients vivant à domicile.**

Sur le même principe, *Rytter L. et al. (2010)*(34) ont réalisé un ECR de 330 patients de plus de 78 ans après une hospitalisation. L'objectif était l'évaluation des bénéfices d'un programme de suivi (visites à domiciles et/ou consultations) par un médecin généraliste et une IDE. Le groupe intervention recevait une VAD par le médecin et une IDE, une semaine après la sortie d'hôpital, puis une seconde à trois semaines et une troisième à huit semaines. L'IDE participait à la première visite, puis était contactée par le médecin, uniquement en fonction des besoins. Le groupe contrôle recevait les soins habituels. Les résultats de cette étude étaient significatifs :

- Vingt-six semaines après la sortie, **86 patients (52%) du groupe témoin et 67 patients (40%) du groupe intervention avaient été réadmis (p= 0,03) RRR (23%)**. Une tendance à la réduction des jours passés à l'hôpital était observée dans le groupe intervention (p= 0,07).
- Les patients du groupe intervention avaient **un meilleur contrôle de leurs médicaments.**
- Cette intervention était **sans incidence significative sur les coûts**. Néanmoins il se dégageait une tendance à une réduction totale des coûts (hôpital, visite MG/IDE, médicaments, soins primaires ; IC à 95% (-2334 € à + 916€)).

Une collaboration accrue entre l'omnipraticien, l'infirmière et le patient permettait d'accroître les connaissances interdisciplinaires et de modifier la prise en charge des patients en cas de problème. Les patients étaient plus enclin à contacter leur médecin ou IDE plutôt que l'hôpital et/ou un service de permanence de soins professionnalisé libéral, pendant les heures d'ouvertures des cabinets médicaux.

Une revue de la littérature menée par *Taylor S. et al. (2005)*(R-AMSTAR 42/44)(35) évaluait l'efficacité d'interventions destinées aux patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique (ICC) après une sortie d'hospitalisation. 16 essais randomisés contrôlés (impliquant 1627 personnes) étaient inclus. Différents modèles de prise en charge étaient proposés :

- Un modèle multidisciplinaire (approche holistique qui comble le fossé entre l'admission à l'hôpital et le retour à domicile ; délivré par une équipe travaillant en collaboration),
- Un modèle de gestion des cas (suivi intensifs des patients après la sortie impliquant souvent un suivi téléphonique et des VAD par une IDE en collaboration avec le médecin généraliste)
- Un modèle clinique (suivi dans une clinique, par cardiologue ou IDE spécialisée).

Le type de personnel impliqué dans les interventions différait, mais les IDE spécialisées étaient communes à toutes les études, bien que leur niveau d'implication variait. Les interventions de « gestion de cas » avaient tendance à être associées à une réduction de la mortalité toutes causes confondues mais ces résultats n'étaient pas statistiquement significatifs (OR 0,86, IC 95% 0,67 à 1,10,

p=0,23). Ils le devenaient lorsque l'analyse se limitait aux études de meilleures qualités (OR 0,68, IC 95% 0,46 à 0,98, p=0,04). **Les preuves ont été insuffisantes pour conclure que les interventions « gestion de cas » pouvaient être associées à la réduction des réadmissions hospitalières.** Parmi les 16 ECR, un seul concernait le modèle multidisciplinaire. Cet ECR a permis de mettre en évidence une **réduction des réadmissions liées à l'ICC à court terme.** Il existe peu de données probantes à l'appui, sur les interventions « cliniques ». Sur les 16 essais examinés, un seulement était jugé de haute qualité. **Les données étaient insuffisantes pour formuler des recommandations.**

Selon la *Haute Autorité de Santé (HAS)*(2015)(36) lorsqu'un patient sort d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque (IC), le **suivi doit être spécifique et coordonné, débuté moins de 7 jours après la sortie** (visite ou consultation du médecin généraliste). Ce suivi varie entre 2 et 6 mois selon la situation du patient. Il peut être renouvelable. Ce suivi médical comprend :

- L'optimisation du traitement de l'IC
- Une surveillance clinique et biologique adaptée (37)
- L'organisation d'un accès rapide aux avis et aux soins
- La poursuite de l'éducation thérapeutique du patient et d'une activité physique régulière adaptée
- La mise à jour du dossier médical

Dans le même esprit, un ECR a été mené par *Lakin A. et al.* (2015)(38) sur 17 nouveaux nés et mères en post partum. Le groupe « intervention » (n=9) recevait une VAD par un interne de troisième année, à une semaine et à un mois du post partum, remplaçant le suivi au cabinet. Le groupe « contrôle » (n=8) recevait les soins standards, au cabinet. Ce programme pilote de visites à domicile destiné aux nouveaux nés/mères retrouvait des résultats significatifs sur :

- La **diminution du recours aux services d'urgence** (1,63 recours aux services d'urgences pour le groupe « intervention » versus 3,38 pour le groupe « contrôle » (p=0,05))
- Le **nombre d'appels entre deux visites** (1,78 appels pour le groupe « intervention » vs 3,71 « contrôle » (p=0,005))

Il y'avait chez les femmes du groupe intervention plus de succès à l'allaitement, bien que ces résultats ne soient pas significatifs (77,8% versus 37,5% ; p= 0,15). Aucune différence n'était constatée entre les deux groupes sur la dépression du post partum (22,5% « groupe intervention » vs 25% «groupe « contrôle »), ni sur la durée totale de l'allaitement, ni vis à vis du recours à une contraception orale, ni sur l'échelle de qualité de vie WHOQOL-BREF. 100% des femmes du groupe « intervention »

déclaraient qu'elles recommanderaient ce service de VAD à une amie, notamment pour la **commodité du système de soin mais également pour l'amélioration du lien « patient-médecin »**.

Dans un autre registre, un service de suivi à domicile mensuel, après une hospitalisation en psychiatrie, de patients atteints de troubles mentaux sévères a été réalisé sur une période 12 mois dans un essai randomisé contrôlé par *Sharifi V. et al.* (2012) (39). Les visites étaient réalisées par un médecin généraliste et une assistante sociale, mensuellement avec une évaluation à J0, M4, M8 et M12. **Le taux de réadmission hospitalière était significativement inférieur dans le groupe intervention (n=66) par rapport à celui du groupe contrôle (n=64) au 12^{ième} mois** (réduction du taux annuel de réadmission : 0,4 versus 0,07 ; p= 0,01). Le groupe « visites à domicile » n'a pas montré de supériorité par rapport au « groupe contrôle » en termes de qualité de vie.

3.3.3.2 Les visites préventives

Le développement d'interventions préventives efficaces visant à maintenir la santé et l'autonomie des personnes âgées vivant à domicile a reçu beaucoup d'attention au cours des dernières décennies. En Amérique du nord et en Europe du Nord-Ouest, des essais contrôlés randomisés ont examiné les effets des interventions préventives sur les personnes âgées vivant à domicile.

Une revue systématique de la littérature de 15 essais contrôlés randomisés, menée par *Van Haastregt J. et al.* (2000)(R-AMSTAR 29/44)(40) étudiait les effets des visites préventives à domicile chez mes personnes âgées. Les principaux résultats étaient l'impact des VAD sur la fonction physique, la fonction psychosociale, les chutes, les admissions dans les établissements de soins ainsi que la mortalité. **Aucun effet négatif des VAD préventives n'a été observé mais, aucune preuve claire de leur potentielle efficacité n'a également été retrouvée.** Sept essais examinaient les admissions dans les hôpitaux et maisons de retraite ; seulement deux d'entre eux montraient une réduction significative de ce type d'admission. Seulement trois des treize essais montraient un **taux de mortalité significativement plus faible dans le groupe intervention que dans le groupe témoin**. Les auteurs concluaient à la **nécessité d'interrompre ce type de visite en l'absence d'amélioration dans les années à venir** ; d'autant plus qu'elles étaient coûteuses et chronophages.

Vass M. et al. (2007)(41), s'intéressaient aux différences en termes de mortalité et d'admission en maison de retraite, de personnes âgées, de plus de 75 ans, « volontaires » (n=4060) et celles « non volontaires » (n=1048) **à l'instauration d'un programme de VAD préventif**. Au cours d'un suivi de 5 ans, les « non volontaires » **avaient un taux de mortalité (RR= 1,5 (IC 95% = 1,3-1,7, p<0,0001)) et un taux d'admission en maison de retraite (RR= 1,7 (IC 95%=1,3-2,1, p<0,0001)) significativement plus**

élevé que les « volontaires ». Cette significativité était particulièrement évidente dans les sous-groupes de « non volontaires trop malades » et le sous-groupe « non volontaires échec de contact (téléphone, courrier) ». **Ainsi, le refus de participer à un programme préventif de visites pourrait avoir des conséquences si ces personnes sont aussi celles qui sont le plus susceptibles de bénéficier de ce type de programme.**

Barlow J. (2007)(42) évaluait l'efficacité et la rentabilité d'un programme de visites à domicile intensif, par des MG, de familles à risque de maltraitance. Le groupe « visites » (n=68) bénéficiait d'un suivi hebdomadaire sur 18 mois, tandis que le groupe « contrôle » (n=63) avait un suivi habituel. Le but de ce programme, était d'assurer un soutien parental et d'améliorer les relations parents-enfants. A 12 mois, des **différences significatives entre les deux groupes étaient mise en évidence sur les interactions mère-enfant** ; notamment sur **l'augmentation de la sensibilité maternelle** (p=0,04) et sur la **coopération mère-nourrisson** (p=0,02). Une **augmentation significative des coûts moyens par nourrisson** était retrouvée, expliquée par un nombre plus élevé de visites à domicile, d'appels téléphoniques, et de rendez-vous avec les psychologues et/ou psychiatres (groupe intervention £7120 vs £3874 groupe contrôle). En contrepartie, il a été constaté une **réduction du nombre de visites médicales en clinique/hôpital** (service d'urgence, consultations en addictologie). Ce type de suivi peut être vu comme une **prévention secondaire des conséquences délétères de la violence.**

Une revue systématique menée par *Khalil H. et al. (2017)*(R-AMSTAR 40/44)(43) étudiait l'efficacité d'interventions professionnelles, organisationnelles et structurelles par rapport aux soins habituels pour réduire les erreurs de médication évitables commises par les professionnels de santé primaire ; qui entraînaient hospitalisations, passages aux urgences et décès chez des patients adultes. Trente études ont été incluses, regroupant 169.969 participants auxquels des médicaments avaient été prescrits par un professionnel de soins primaires (toutes personnes autorisées à prescrire, administrer ou vendre un médicament), quel que soit leur âge. Les interventions professionnelles, organisationnelles et structurelles ont été recherchées. Les critères de jugements principaux étaient le nombre d'hospitalisations et le nombre de personnes hospitalisées. Les critères de jugements secondaires étaient les décès et le nombre de passages dans les services d'urgences. Soixante et un pour cent des interventions ont été menées par des pharmaciens, ou par l'association de pharmaciens et de médecins. Les interventions organisationnelles s'intéressaient essentiellement à l'éducation des patients sur la gestion de leurs médicaments au domicile. Les résultats de cette revue n'étaient pas statistiquement significatifs concernant les critères de jugements principaux et secondaires. **Les résultats obtenus n'étaient pas généralisables, dû à une hétérogénéité des équipes d'interventions.**

3.3.4 Alternatives aux visites à domicile

Pour répondre aux besoins de la population présentant des difficultés à accéder à des programmes de santé multidisciplinaires de prise en charge des maladies chroniques, des modèles de soins alternatifs ont été proposés et testés. Ces modèles impliquent généralement la « télémédecine » ou « télésanté ». Ils comprennent conseils, soutien et éducation délivrés par téléphone (ou téléconsultation) ou par des technologies de télémonitorage plus avancées (ou télésurveillance). Le terme « télésurveillance » est utilisé lorsqu'il y'a une transmission électronique des données physiologiques du patient. Ces services réduisent les contacts directs, en « face à face », avec les professionnels de santé. La téléconsultation et la télésurveillance à domicile peuvent offrir de meilleurs avantages lorsqu'il s'agit de cibler les personnes ayant besoin d'être éduqué sur leurs maladies et d'optimiser leurs traitements en fonction de leurs besoins. **Pour les personnes isolées géographiquement, la gestion à distance peut être le seul moyen possible de fournir des conseils, assurer un suivi et un soutien.**

Ainsi, la **télémédecine est une pratique de plus en plus courante dans le système de santé**, et tout particulièrement en soins primaires. Au cours de la période 1995 à 2006, au Royaume-Uni, la proportion de la **téléconsultation par les médecins généralistes a triplé** (3% en 1995 vs 10% en 2006), tandis que la proportion de visites à domicile a diminué de moitié. (2007)(44).

3.3.4.1 La Télémédecine : téléconsultation, télésurveillance et vidéo-consultation

Le guide pratique américain « Medical Management of the Home Care Patient » a abordé le thème de télémédecine à domicile (29). Les médecins généralistes peuvent utiliser les systèmes de télévidéo pour effectuer une évaluation, la gestion et la surveillance des paramètres physiologiques des patients ainsi que la vérification du fonctionnement des appareils médicaux installés au domicile. Les « télévisites » peuvent inclure des « téléstéthoscopes » et des caméras haute définition (ex : diagnostic de lésions cutané à distance). Avec une vitesse de connexion toujours plus rapide, il serait possible d'évaluer les troubles de la marche et autres mouvements anormaux. Ces systèmes réduiraient les coûts des soins à domicile et ceux liés aux hospitalisations, tout en maintenant la qualité des soins et la satisfaction des patients. Néanmoins la supériorité des services de télémédecine par rapport aux visites à domicile en personne n'a pas encore été démontrée. Le frein majeur à de tels services (internet, appareils numérique téléphonique) reste le problème de la confidentialité des données.

Inglis et al. (2015)(R-AMSTAR 38/44)(45) ont passé en revue 41 ECR portant sur la téléconsultation et/ou la télésurveillance à domicile par rapport à la pratique standard des personnes atteintes d'ICC. Ils évaluaient les effets de ces interventions en plus des soins habituels. Cette revue était une mise à jour des versions précédentes (*Clark 2007, Inglis 2010*). L'intervention devait être initiée par un professionnel de la santé (médecin, IDE, pharmacien), délivrée aux personnes souffrant d'ICC et, devait être la seule intervention de suivi (sans VAD programmée ou de suivi intensifié en clinique). La téléconsultation ou les interventions de télésurveillance devaient être planifiés, plutôt qu'offrir un suivi « au besoin ». Le **taux de mortalité toutes causes confondues étaient significativement abaissé pour la télésurveillance** (RR de 0,66, IC à 95 % (0,54 et 0,81, P < 0,0001)) et présentait un **effet positif non significatif pour la téléconsultation** (RR de 0,88, IC à 95 % (0,76 et 1,01, P = 0,08)). La téléconsultation (RR de 0,77, IC à 95 % (0,68 et 0,87, P < 0,0001)) et la télésurveillance (RR de 0,79, IC à 95 % (0,67 et 0,94, P = 0,008)) **réduisaient tous deux les hospitalisations pour cause d'ICC**. Ces deux types d'interventions ont eu un impact significativement positif sur **l'amélioration de la qualité de vie des patient, leurs connaissances sur leur maladie ; réduisaient les dépenses de santé et augmentaient les prescriptions** ; et ceci, fondé sur des preuves de bonnes qualités.

Dans la revue de la littérature de *Salisbury C. (2000)*(R-AMSTAR 21/44)(46), l'avis téléphonique faisait partie intégrante de la charge de travail du médecin généraliste, en dehors des heures d'ouvertures des cabinets médicaux. Au Royaume-Uni, il existait une différence majeure, médecin dépendante (hors coopérative et médecin remplaçants), entre les taux de conseils téléphoniques et les taux de visites à domicile. Certains médecins visitaient plus de 80% des appelants tandis que d'autres en visitaient moins de 50%.

Lattimer V. et al. (1998)(47) a proposé un ECR sur l'efficacité et la sécurité des téléconsultations (n=10134 appels) menées par des IDE, en dehors des heures d'ouvertures des cabinets médicaux au Royaume Uni, au sein d'une association de MG. La téléconsultation montrait des résultats significatifs dans la gestion des appels, **réduisant de 50% la charge de travail globale des MG. Elle n'a pas été associée à une augmentation du nombre d'événements indésirables**. Les IDE étaient formés à la consultation téléphonique au préalable (logiciel d'aide à la prise de décision). Leurs missions étaient soit de donner un conseil téléphonique, soit de transférer la ligne à un médecin pour un conseil, une prise de rendez-vous ou une VAD, soit d'aiguiller le patient vers un service d'urgence. **Une équivalence statistique** entre les deux groupes, a été observée sur le nombre de décès survenus dans les sept jours après l'appel, sur le nombre d'hospitalisations en urgence et sur le nombre de consultations aux urgences. Néanmoins, ce système a permis une **réduction de 69% des téléconsultations des médecins**

généralistes, une réduction de 38% de la fréquentation des centres de soins primaires et une réduction de 23% des VAD.

Une extension de cette étude a permis d'évaluer l'impact économique de ce système de téléconsultation par une IDE, sur les dépenses du NHS (2000)(48). La consultation téléphonique en soins primaires en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, **réduirait les coûts globaux du NHS, à long terme, en réduisant les hospitalisations en urgence. Le chiffre d'affaire des MG se retrouvait directement impacté, non compensé** par la réduction des frais de déplacement associées aux visites à domicile (428 VAD en moins sur la période de suivi d'un an, générant une économie de £3360/an).

Dans le même esprit, *Kew KM. et Cates CJ. (2016)(R-AMSTAR 36/44)(49)* ont mené une revue de la littérature afin d'évaluer la sûreté et l'efficacité d'examen de santé, de patients diagnostiqués asthmatiques. Ces examens étaient réalisés à distance (téléconsultation, e-consultation, vidéo conférence) par un professionnel de santé (médecins et/ou IDE formés) et comparés aux consultations standard en face-à-face. Six études ont été retenues, impliquant 2100 participants (adultes et enfants). Le suivi variait de 6 à 12 mois. Les critères de jugements principaux étaient les exacerbations nécessitant le recours à une corticothérapie orale (CTO) ainsi que les exacerbations nécessitant une prise en charge dans un service d'urgence et/ou une hospitalisation. **Les résultats n'ont pas permis de conclure que les examens réalisés à distance pouvaient constituer une alternative sûre aux consultations en face à face.**

McLean S. et al. (2011) (R-AMSTAR 37/44)(50) ont proposé une revue de la littérature de 10 ECR (n=1004 patients), traitant de services de télémédecine (téléphone, les caméras vidéo, Internet) destinés aux patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (emphysème, bronchite)(MPOC). Les patients pouvaient communiquer avec une infirmière ou un médecin lors des épisodes d'aggravation de leur dyspnée, tout en restant à leur domicile. Les professionnels pouvaient surveiller leurs patients à distance et obtenir les informations nécessaires pour modifier, leurs traitements. La télémédecine était associée à une **augmentation de la qualité de vie** dans deux essais, impliquant 253 participants (différence moyenne -6,57 IC à 95% entre -13,62 et 0,48), mais **l'intervalle de confiance était large**. La télémédecine permettait une **réduction significative du nombre de patients ayant recours aux services d'urgence** (après méta-analyses de 3 études (n= 449 patients) OR 0,27 (IC à 95% de 0,11 à 0,66)) sur un suivi de 12 mois, par rapport aux groupes témoins.

En Australie, le RACGP (21) a bien conscience que les demandes de visites à domicile ne pourront pas toutes être considérées comme « sûres et raisonnables ». Dans ces circonstances le médecin doit être

en mesure d'orienter clairement les patients vers un système de soins alternatifs (documentation écrites, informations orales...) :

- Un conseil médical peut être donné par téléphone ou via un autre moyen de communication électronique, si la consultation ou la visite médicale est jugée non nécessaire. Néanmoins le conseil téléphonique ne doit pas aller à l'encontre de la qualité des soins. Avant de donner une information ou un conseil, le médecin devra s'assurer de l'identité de son interlocuteur pour respecter la confidentialité, par le biais de cinq questions : Nom/ Date de naissance/ Sexe/ Adresse/ Numéro de téléphone.
- Si le patient est mis en attente, il est fondamental que le message indique vers qui le patient peut se tourner en cas d'urgence, avec les numéros correspondants.

3.3.4.2 Téléprescription

En France, la HAS (2009)(51)(Grade des recommandations : AE)(annexe 13) a fait une synthèse des recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant la prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) **dans le cadre de la régulation médicale**. Elle y précise les situations, les modalités de prescription ainsi que et les médicaments pour lesquels ce type de prescription pourrait être proposé. **Mais il persiste un flou concernant la téléprescription des médecins généralistes qui ne participeraient pas à la régulation médicale. Aucune recommandation de bonne pratique n'existe actuellement.**

3.4 La visite à domicile après acceptation

3.4.1 Organisation :

Selon le référentiel professionnel du médecin généraliste « MG Form » (24), la gestion de l'organisation de l'activité professionnelle au cabinet et en dehors du cabinet doit reposer sur :

- L'organisation du planning quotidien et hebdomadaire garantissant une permanence de la réponse à la demande de soins et conciliant un juste équilibre entre : les consultations au cabinet et les visites à domicile ou pour la formation continue, les activités professionnelles à visée collectives, l'emploi du temps du ou des associés éventuels.
- Organiser la prise de rendez-vous au cabinet et les visites à domicile grâce à un agenda papier ou informatique, soit en direct, soit par l'intermédiaire d'un secrétariat personnel ou collectif.
- Planifier le travail du personnel en cohérence avec l'activité soignante du cabinet et les impératifs de permanence

Ce référentiel décrit de façon générale la prise en charge que le MG doit adopter en fonction des différents types de situations (demande urgente, problème aigu, situation chronique, pathologie lourde à domicile, patient en situation complexe) ou de patient (enfant, adolescent, femme, personne âgée à domicile ou en institution, problématique familiale).

3.4.2 Moyens et matériels utiles au bon déroulement d'une visite à domicile

Pour *Laberge A. et al.* (31)(2000) les contraintes des VAD étaient d'ordre organisationnelle pour 62% des médecins (déplacements, horaires, urgences), **d'ordre environnementale pour 51,4%** des médecins (manque d'instrument et de support technique), ainsi que des contraintes liées à la dépendance du patient pour 13,7% des médecins.

3.4.2.1 Trousse d'urgence

En France, sur le plan médico-légal, après analyse des textes et de la jurisprudence, le droit n'exige pas du médecin de garde qu'il s'équipe de manière exhaustive et performante pour assurer la permanence des soins. **Il n'existe actuellement aucune recommandation officielle pour la constitution d'une trousse d'urgence en médecine générale.**

Au Royaume-Uni, la revue médicale « Drug and Therapeutics Bulletin » (2005) (Grade des recommandations : AE) (annexe 14) a mis à la disposition des médecins généralistes effectuant des VAD, une liste de médicaments clés, pour les adultes (52) et pour les enfants (53). Elle présente des médicaments adaptés aux différentes situations vues en VAD. Notamment dans les situations d'urgence, les traitements aigus et/ou pour les scénarios cliniques les plus couramment vus en VAD.

Le choix de ce qu'il faut inclure dans le sac du médecin peut être déterminé par :

- Les conditions médicales susceptibles d'être rencontrées en fonction de son activité
- Les médicaments que le médecin est confiant d'utiliser
- Les exigences de stockage du médicament ainsi que sa durée de conservation
- Les couts des divers médicaments proposés
- L'étendu de la couverture ambulancière paramédicale ainsi que la proximité de l'hôpital le plus proche
- L'existence d'une pharmacie de garde

3.4.2.2 Matériels d'aide à la visite

L'*American Family Physician* (1999) (30) (Grade des recommandations: AE)(tableau 6) a suggéré une liste standard du matériel nécessaire pour la réalisation d'une VAD :

Matériel fourni par le médecin	
Essentiel	Abaisse-langue Dossier médical patient Échantillon stérile de recueil (ex. urine, gynécologique...) Lubrifiant Otoscope Ordonnancier Stéthoscope Tensiomètre avec différentes tailles de brassards Thermomètre
Optionnel	Dictaphone Documents pour éducation patient Matériel pour glycémie capillaire Ordinateur portable Autres matériels selon besoin du patient
Matériel fourni par le patient (au besoin)	Débitmètre de pointe Échelle de référence (ex. : Échelle visuelle analogique (EVA)) Matériel pour glycémie capillaire

Tableau 6 : Suggestion d'équipement nécessaire pour une VAD selon l'*American Family Physician*

Une grille d'évaluation multidimensionnelle du domicile appelée « *EVALADOM* », destinée aux personnes âgées de plus de 70 ans a été évaluée par *Leroy N.* (2010)(54)(tableau 7). Cette grille d'évaluation pourrait devenir un outil pertinent pour la pratique préventive du médecin généraliste auprès des personnes âgées. **Avec un coefficient de Cronbach à 0,79, la cohérence interne de la grille EVALADOM était bonne. L'appréciation de l'autonomie réelle du patient était réalisée ; permettant d'instaurer, si besoin, des aides à domicile.** Le temps moyen d'une telle évaluation était en moyenne de 26 minutes. Cette grille s'était basée sur des exemples issus de guides pratiques américains (6,30).

ETUDE EVALADOM
Fiche médicale d'évaluation à domicile du patient par le médecin généraliste
 ☎ A FAXER AU ☎ 04 76 76 52 42

DATE DE L'EVALUATION : ___/___/___ Nom investigateur : _____
 Identification patient (2 premières lettre nom et première lettre du prénom) : /___/___/___/
 Durée moyenne évaluation : /___/___/ min patient n° _____

PATIENT	AGE ___	SEXE ___	oui	non nsp	RISQUE DE CHUTE ACCIDENTELLE	oui	non
Difficultés à la marche			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Téléalarme</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles cognitif connu			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prescrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATCD de chute			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Porté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Transferts</u>		
Incontinence urinaire			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficultés pour se lever du lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles visuels			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficultés pour se lever du fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATCD principaux (résumé) _____					Difficultés pour se lever du WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<u>Accessibilité du domicile</u>		
Nb d'hospitalisation dans l'année	/___/___/				Adaptée au handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LOGEMENT			oui	non nsp	<u>Dangers liés à l'aménagement</u>		
Appartement avec ascenseur			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eclairage suffisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foyer logement			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interrupteurs visibles/accessibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maison avec étages			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sol irrégulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de pièces	/___/___/				Petites marches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RISQUE NUTRITIONNEL			oui	non nsp	<u>Aire de déplacement dégagée</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Réfrigérateur</u>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si non Petits objets, fils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rempli			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carpette mobile, natte,		
Présence de produits frais			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	paillason glissant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aliments avariés			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tapis avec bordure		
Contenu inadapté (chaussettes...)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	relevée ou obstacle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Alcool</u>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Hauteur des meubles appropriée</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signes de consommation excessive			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si non Chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RISQUE IATROGENE			oui	non nsp	Lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Pharmacie</u>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stock adapté			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Escaliers</u>		
Médicaments mal identifiés			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marche inégale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments périmés			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Présence main courante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Médicaments actuels</u>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Salle de bain</u>		
Les reconnaît			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Présence d'anti dérapant douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connaît la posologie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barre d'appui pour douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait à quelle heure les prendre			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connaît le rôle			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Rangements</u>		
Sait les utiliser			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Articles d'usage courant accessibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RISQUE DU DOMICILE			oui	non nsp	<u>Habillage</u>		
<u>Installation vétuste</u>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chaussures inadaptées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gaz			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vêtements trop longs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Electricité			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RISQUE DE DIFFICULTES DANS LE MAINTIEN A DOMICILE		
<u>Aération</u>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Isolement géographique</u>		
Insuffisante (signes humidité)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eloignement commerces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Mode de chauffage</u>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Isolement social</u>		
Installation vétuste, risque CO			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vit seul à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Tabac</u>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre personne vivant à domicile		
Mégots allumés			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dépendante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traces de brûlures sur les meubles			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sortie seul du domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPISTAGE DE LA PERTE D AUTONOMIE					Voisins aidant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Hygiène</u> du domicile défaillante			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Passage régulier famille ou amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du patient			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Passage de professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Téléphone</u> sait l'utiliser			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre de personnes présentes		
<u>Chèque</u>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	à domicile	/___/___/	
					<u>Epuisement aidant principal</u>		
					Lourdeur manutention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Soins d'hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Stress perçu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tableau 7: Grille "EVALADOM"

En effet, *Ferrier C. et Lysy P. (2000)(R-AMSTAR 20/44)(6)* ont donné des conseils utiles pour intégrer les VAD à la pratique familiale. Ils ont proposé des recommandations pour que le médecin puisse tirer le meilleur parti d'un déplacement occasionné par une demande de VAD, grâce à :

- Une évaluation plus complète des patients fragiles pour éviter leur détérioration
- Une évaluation des informations qui n'étaient pas accessible lors des consultations au cabinet, notamment sur la mobilité, les activités de la vie quotidienne, les soutiens sociaux, l'entourage, la nutrition, les dangers environnementaux et les médicaments (Tableau 8).

Ces éléments étaient **difficilement évaluables par un seul médecin , il y'avait donc un grand intérêt à travailler en collaboration** avec les équipes de soins à domicile (assistante sociale, IDE, psychothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste, orthophoniste, pharmacien, spécialiste médical ou chirurgien, aide-ménagère...), permettant la mise en place d'un plan de soin personnalisé pour chaque patient.

EVALUATION FONCTIONNELLE
Activités de la vie quotidienne
Activités instrumentales de la vie quotidienne
État sensoriel
AUTRES EVALUATIONS
État mental et cognitif
État psychologique et social
Besoins nutritionnels
Utilisation des médicaments et observance
Situation de l'aidant/ du soignant
Environnement
Entourage

Tableau 8: « Elements of a home assessment » d'après l'American Medical Association Home Care Advisory Panel. Guidelines for the medical management of the home care patient. Arch Fam Med 1993

De même, *Unwin BK. et al. (30)(2011)*, ont établi une grille d'évaluation sous forme d'un moyen mnémotechnique « **INHOMESSS** », sur la base des recommandations pré établi antérieurement par *Knight A. et al. (55)(1991)* « **IN HOME** » (*Immobility Nutrition Housing Other people Medications Examination*). Cette grille a permis de **minimiser le temps au domicile, maximiser le recueil des informations sur place et d'optimiser le déplacement du médecin au domicile du patient**. Le temps estimé pour la réalisation de cette évaluation était de **15-20 minutes**. Le but de cette évaluation était

la formulation de recommandations pour maintenir un état fonctionnel optimal du patient. Le complément apporté par *Unwin BK*. portait sur l'évaluation de la sécurité, de la santé mentale et des organismes de santé à domicile (Figure 2).

<p>Impairments/immobility</p> <p>Evidence of cognitive impairment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Demonstrated advanced activities of daily living (check all that apply):</p> <p><input type="checkbox"/> Employment/volunteering <input type="checkbox"/> Reading <input type="checkbox"/> Music <input type="checkbox"/> Hobbies <input type="checkbox"/> Socialization <input type="checkbox"/> Other</p> <p>Demonstrated activities of daily living (check problem areas):</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulating <input type="checkbox"/> Toileting <input type="checkbox"/> Transferring <input type="checkbox"/> Bathing <input type="checkbox"/> Feeding <input type="checkbox"/> Continence (bowel/bladder/both) <input type="checkbox"/> Dressing</p> <p>Demonstrated instrumental activities of daily living (check problem areas):</p> <p><input type="checkbox"/> Taking medications <input type="checkbox"/> Finances <input type="checkbox"/> Telephone <input type="checkbox"/> Transportation <input type="checkbox"/> Meal preparation <input type="checkbox"/> Shopping <input type="checkbox"/> Housework <input type="checkbox"/> Driving</p> <p>Demonstrated balance and gait (check problem areas):</p> <p><input type="checkbox"/> Balance Static (Romberg test, standing reach test) Dynamic (walking, tandem walk)</p> <p><input type="checkbox"/> Gait Left: arm swing, stance, leg swing, step Right: arm swing, stance, leg swing, step</p> <p>Sensory impairments (check problem areas):</p> <p><input type="checkbox"/> Hearing <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Smell <input type="checkbox"/> Taste <input type="checkbox"/> Tactile</p> <p>Falls? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Nutritional status and eating habits</p> <p>Eating habits: _____</p> <p>Variety and quality of foods</p> <p>Pantry: _____</p> <p>Refrigerator: _____</p> <p>Freezer: _____</p> <p>Nutritional status</p> <p>Obesity: _____</p> <p>Malnutrition: _____</p> <p>Other: _____</p> <p>Fluid intake: _____</p> <p>Alcohol presence/use: _____</p> <p>Swallowing difficulty: _____</p> <p>Oral health: _____</p> <p>Home environment</p> <p>Neighborhood: _____</p> <p>Exterior of home: _____</p> <p>Interior of home (check all that apply)</p> <p><input type="checkbox"/> Crowding <input type="checkbox"/> Good housekeeping <input type="checkbox"/> Hominess <input type="checkbox"/> Privacy <input type="checkbox"/> Pets <input type="checkbox"/> Books <input type="checkbox"/> Television <input type="checkbox"/> Memorabilia <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Information and communication technology</p> <p>Other people</p> <p>Caregiver? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, who? _____</p> <p>Tasks: _____</p> <p>Hours of caregiving per day: _____</p> <p>Stress? _____</p> <p>Coping? _____</p> <p>Abuse? _____</p> <p>Need for respite? _____</p> <p>Physically or emotionally capable? _____</p> <p>Social supports? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Advanced directives? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Power of attorney? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If so, who? _____</p> <p>Financial resources: _____</p> <p>Patient attitude: _____</p>	<p>Medications</p> <p>Prescription drugs: _____</p> <p>Nonprescription drugs: _____</p> <p>Dietary supplements: _____</p> <p>Medications organized: _____</p> <p>Medication compliance: _____</p> <p>Medication discrepancy: _____</p> <p>Multiple prescribers: _____</p> <p>Allergies to medications: _____</p> <p>Written instructions: _____</p> <p>Examination</p> <p>Weight: _____ Weight loss? _____</p> <p>Height: _____ Blood pressure: _____</p> <p>Glucose: _____ Urinalysis: _____</p> <p>Other: _____</p> <p>Mini-Mental State Examination: _____</p> <p>Depression screening: _____</p> <p>General physical condition: _____</p> <p>Focused examination: _____</p> <p>Safety (check all that apply)</p> <p><input type="checkbox"/> Access to emergency services <input type="checkbox"/> Alternative power source if needed <input type="checkbox"/> Adaptations to home needed <input type="checkbox"/> Telephone availability <input type="checkbox"/> Bathroom <input type="checkbox"/> Kitchen <input type="checkbox"/> Carpets <input type="checkbox"/> Lighting <input type="checkbox"/> Electrical cords <input type="checkbox"/> Stairs <input type="checkbox"/> Tables, chairs, and other furniture <input type="checkbox"/> Hot water heater <input type="checkbox"/> Fire and smoke detectors <input type="checkbox"/> Fire extinguishers <input type="checkbox"/> Emergency plans <input type="checkbox"/> Evacuation route <input type="checkbox"/> Gas or electric range <input type="checkbox"/> Heating/air-conditioning <input type="checkbox"/> Water source</p> <p>Spiritual health (or cultural and ethnic influences): _____</p> <p>Services (e.g., fire, police, emergency medical services, home health, social services, Meals on Wheels, hospice, transportation, legal, equipment, health benefit advisor): _____</p>
--	---	--

Figure 2: Sample house call checklist (« *INHOMESS* » Impairments / Immobility, Nutrition) The home visit. *Am Fam Physician*. 1990

De même, dans le guide de l'American Association Medical (AMA) (29), un tableau récapitulatif des points clefs de l'évaluation du domicile a été mis à la disposition des MG. On y retrouve les différents domaines d'évaluation (patient, soignants, environnement, entourage et finances), ainsi que les tests spécifiques à réaliser, permettant de connaître le patient dans sa globalité (Annexe 15).

Martin S. et al. (2008)(R-AMSTAR 27/44)(56) ont étudié l'efficacité de nouvelles technologies intelligentes (Electronic Assistive Technology (EAT)) à domicile pour les personnes avec un handicap physique, un trouble cognitif ou un trouble de l'apprentissage, afin de considérer leurs impacts sur l'état de santé des individus ainsi que les ressources financières nécessaires. **Cette revue de la littérature n'a retenu aucun des 2380 articles, aucune des études n'a satisfait aux critères d'inclusion. La littérature manque de données empiriques permettant d'étayer ou de réfuter l'efficacité de ces technologies à domicile bien que leur utilisation, ne cesse d'augmenter partout dans le monde.**

3.5 Coordination des soins

Dans un contexte de durées d'hospitalisations de plus en plus courtes avec des retours au domicile précoce, le rôle du médecin de famille dans les soins à domicile a été redéfini par le Collège des médecins de famille du Canada par *McWhinney (2000)(32)(Grade des recommandations : AE)*. Le système de santé Canadien a fait une distinction entre les « **soins à domicile** » définis comme le diagnostic, le traitement et la surveillance continue du patient à la maison, et les « **visites à domicile** » considérées comme un sous ensemble des soins à domicile, comme une intervention épisodique de soins. **Le Collège des médecins de famille du Canada, a proposé un système de soins à domicile organisé.** Les soins à domicile doivent regrouper une équipe pluridisciplinaire, avec des responsabilités pré établies :

- Le médecin a un rôle de coordinateur, planificateur, consultant et de surveillant des soins. Il se fie aux autres membres de l'équipe pour rester informé sur la santé du patient, sans pour autant se déplacer au domicile.
- Les autres membres de l'équipe (IDE, auxiliaires de vie, personnel d'organisme d'hospitalisation à domicile, membres de la famille) s'occupent de la gestion des soins.

L'un des défis auxquels le système de santé est confronté aujourd'hui consiste à offrir des soins de qualités, complets et coordonnés à une population de plus en plus fragile et âgée. Dans un système de santé habituel, la question du retour au domicile des personnes âgées hospitalisées pour un problème de santé aigu devient une préoccupation prédominante. *Mayo NE. et al. (2008)(57)* ont réalisé un ECR sur un suivi coordonné par médecins et IDE, chez les patients sortant d'une hospitalisation pour AVC. Sur une durée de 6 semaines, une IDE a maintenu un contact rapproché avec ses patients par le biais de visites à domicile et des appels téléphoniques visant à coordonner les soins avec le médecin généraliste du patient. La conclusion était que **cette gestion passive des patients n'a pas apporté d'avantage en termes d'amélioration de la qualité de vie ni de réduction de l'utilisation des services d'urgences et /ou d'hospitalisations.**

D'autre part, *Wong C. et al. (2012)(R-AMSTAR 34/44)(58)* ont évalué l'efficacité de programmes de visites à domicile par des IDE pour les personnes atteintes de BPCO, dans une revue de neuf essais contrôlés randomisés. Les interventions incluses impliquaient une IDE rendant visite à des patients à leur domicile, leur apportant un soutien, une éducation, une surveillance de leur état de santé et

assurant la liaison avec les médecins. Ce programme a permis d'améliorer la qualité de vie de ces patients (IADL : différence moyenne : -2,61, IC à 95% (-4,82 à -0,40)), cependant l'impact sur le recours à l'hospitalisation restait hétérogène en fonction des études. Après avoir combiné huit études, les données sur la mortalité à 12 mois étaient non significatives (OR 0,72, IC 95% 0,45 à 1,15). Les données relatives aux VAD des médecins généralistes et aux recours aux services d'urgences, étaient disponibles, cependant **aucun effet constant n'a été observé**. L'analyse des coûts, a été rapportée dans une, des neuf études incluses (59). **Les coûts médicaux annuels moyens étaient significativement plus élevés dans le groupe intervention** de 9768\$ comparativement à 5051\$ pour le groupe contrôle ($p=0,02$) ; bien que cette étude soit ancienne et non représentative des coûts réel actuels.

De même, *Thygesen LC. et al.* (2015)(60) ont mené un ECR sur 531 patients âgés de plus de 65 ans sortant d'un service de médecine interne. L'intervention consistait à la mise en place de visites à domicile programmées, par des médecins généralistes et des infirmières libérales, coordonnées par l'hôpital avant leur sortie. Le programme comportait 3 visites à domicile (J7, S3 et S8). Après la première visite, le médecin et l'infirmière évaluaient la nécessité d'autres visites (maximum 3) et se répartissaient les responsabilités. Le critère d'évaluation principal, **réadmission imprévue dans les 30 jours après la sortie, était non significatif** ($p=0,9$). Cette constatation ne différait pas à 180 jours après la sortie ($p=0,91$). Le groupe intervention comptait **plus de recours aux services de soins infirmiers à 30 et 180 jours** ($p<0,001$). Le groupe intervention a reçu plus de consultations de médecins généralistes à 30 jours ($p=0,04$), mais il n'y avait pas de différence significative à 180 jours ($p=0,18$).

L'efficacité d'un programme de prévention multidimensionnel dirigé par des IDE, pour les personnes âgées de plus de 75 ans vivants au domicile à risque de déclin fonctionnel, a été évalué par *Hébert R. et al.* (2001)(61) dans un ECR. L'évaluation initiale a été réalisée à domicile par une IDE, évaluant douze critères (médicaments, fonctions cognitives, risques de dépression, risque de chute, risques liés à l'environnement, supports sociaux, nutrition, hypertension artérielle, hypotension orthostatique, vision, audition et incontinence) par le biais d'outils validés (The SMAF disability scale, the General Well-being Schedule and the Social Provisions Scale). Au décours, un rapport d'évaluation a été envoyé au médecin généraliste avec les recommandations d'interventions nécessaires ciblant un ou plusieurs des 12 critères sus cités. Les IDE ont surveillé la bonne application de ces recommandations par l'intermédiaire d'un contact téléphonique mensuel. Sur les 494 sujets qui ont terminés l'étude, 48 (19,6%) sur 245 dans le groupe intervention et 49 (19,7%) sur 249 dans le groupe témoins avaient un risque relatif de déclin fonctionnel à 1,00 (IC à 95% 0,83+/-1,23). **Cette étude bien menée confirme l'inefficacité des programmes multidimensionnels pour la prévention du déclin fonctionnel de la personne âgée.**

Un nombre croissant de patients de tous âges reçoit des soins à domicile par une équipe multidisciplinaire, dans des milieux non institutionnels. Ces soins peuvent intervenir dans des situations aigus, subaigus, chroniques, dans le cadre de soins palliatifs, mais également dans un contexte préventif ou de réadaptation après une hospitalisation. Ils sont dispensés à domicile, sous la supervision d'un médecin généraliste. The American Medical Association a défini le rôle du médecin de famille (29). Les recommandations couvrent des domaines tels que :

- La gestion des problèmes médicaux
- L'identification des besoins de soins à domicile

- Mise en place d'un plan personnel de soins, fixer des objectifs à court et long terme
- Évaluation des problèmes médicaux (aigus, émergents) rapportés par les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire
- Programmer la continuité des soins à destination et en provenance de tous les milieux (institution, domicile et communauté)
- Communication avec le patient, l'ensemble des membres de l'équipe et les médecins spécialistes
- Soutenir les membres de l'équipe
- Participation aux réunions sur les soins à domicile
- Réévaluation et modification du plan de soins si besoin
- Évaluation de la qualité des soins
- Mise à jour du dossier médical
- Mise en place d'aides supplémentaires à domicile
- Réalisation de visites à domicile selon le contexte
- Prévoir un accès au médecin de garde 24h/24

Les activités de communications et de coordinations essentielles pour les médecins en soins à domicile comprennent selon l'AMA :

- Fournir une couverture médicale continue.
- Le dossier médical doit inclure une copie de toutes les consignes médicales signées, les évaluations cliniques, les rapports des membres de l'équipe de soins à domicile, les synthèses des conversations téléphoniques. Il doit également faire apparaître les noms de tous les membres impliqués dans les soins du patient.
- Le médecin doit répondre rapidement aux appels de l'équipe de soins à domicile. Mise en place d'un système annexe en cas d'urgence.
- Tout examen écrit, envoyé au médecin doit être validé et signé dans les plus bref délais pour préserver la continuité des soins.
- Communication systématique avec l'ensemble de l'équipe, des changements du plan de soins du patient (rendez-vous médicaux, nouveau diagnostic, modification des capacités fonctionnelles). Ces informations peuvent être transmises à l'équipe, par téléphone ou courrier.
- Aider les patients à avoir accès aux services de santé dont ils ont besoin.

Il existe des moyens permettant d'assurer la coordination des soins lors de visites à domicile :

La Direction générale de l'offre de soins a mis à la disposition des Agences régionales de santé un guide méthodologique pour permettre d'améliorer la coordination des soins (2012) (62) (Grade des recommandations : AE). Il propose des orientations, visant à faire évoluer les réseaux de santé vers une **mission d'appui aux médecins généralistes et aux équipes de premiers recours pour la prise en charge des situations complexes** (notamment sur les aspects médico-sociaux), leur permettant de gagner du temps et de mieux orienter leurs patients. Il fournit un cadrage national pour accompagner **l'évolution des réseaux vers des réseaux polyvalents de proximité**, centrés sur la **coordination des soins et au service des équipes de proximité**. Ce guide est un outil à visée opérationnelle, proposant des fiches pratiques sur les objectifs et les leviers à mobiliser pour accompagner les évolutions

proposées, notamment en matière de contractualisation et d'évaluation. Cet effort de protocolisation devrait notamment porter sur l'organisation de l'entrée et de la sortie d'hôpital mais également sur la prise en charge de certaines pathologies (ex : guides ALD publiés par l'HAS).

Une des fiches documentaires concerne l'Association du réseau de santé de proximité et d'appui (ARESPA) dont les objectifs sont de :

- Permettre aux patients de bénéficier d'une prise en charge globale
- Permettre aux MG mais aussi à l'ensemble des professionnels de santé médicaux et paramédicaux d'assurer leur mission d'orientation et de coordination des soins
- Garantir le bon déroulement du maintien à domicile
- Optimiser le recours à l'hospitalisation

L'ARESPA permet à toute personne atteinte d'une maladie chronique, grave, évolutive dont le pronostic vital peut être mis en jeu, ainsi que toute personne en situation de perte d'autonomie et/ou de handicap permanent ou temporaire ou en situation à domicile jugée complexe par les professionnels de santé, de bénéficier du dispositif de coordination d'appui proposé par le réseau (figure 3).

En Australie, le *RACGP* (21) propose un document de référence papier ou informatique (via une plateforme sécurisée cryptée) contenant :

- L'identité du patient : nom, prénom, adresse, date de naissance, sexe, numéro de dossier, s'il existe.
- L'historique du patient
- Les traitements actuels, allergies connues
- Nom du médecin référent, avec l'adresse du cabinet médical.

Ce document de référence standard est un outil clé pour assurer la coordination des soins, il doit donc être lisible et contenir suffisamment d'informations pertinentes pour la suite des soins. Le patient doit être informé de l'existence de ce document confidentiel, et doit signer un consentement éclairé.

DANS LES 48 HEURES

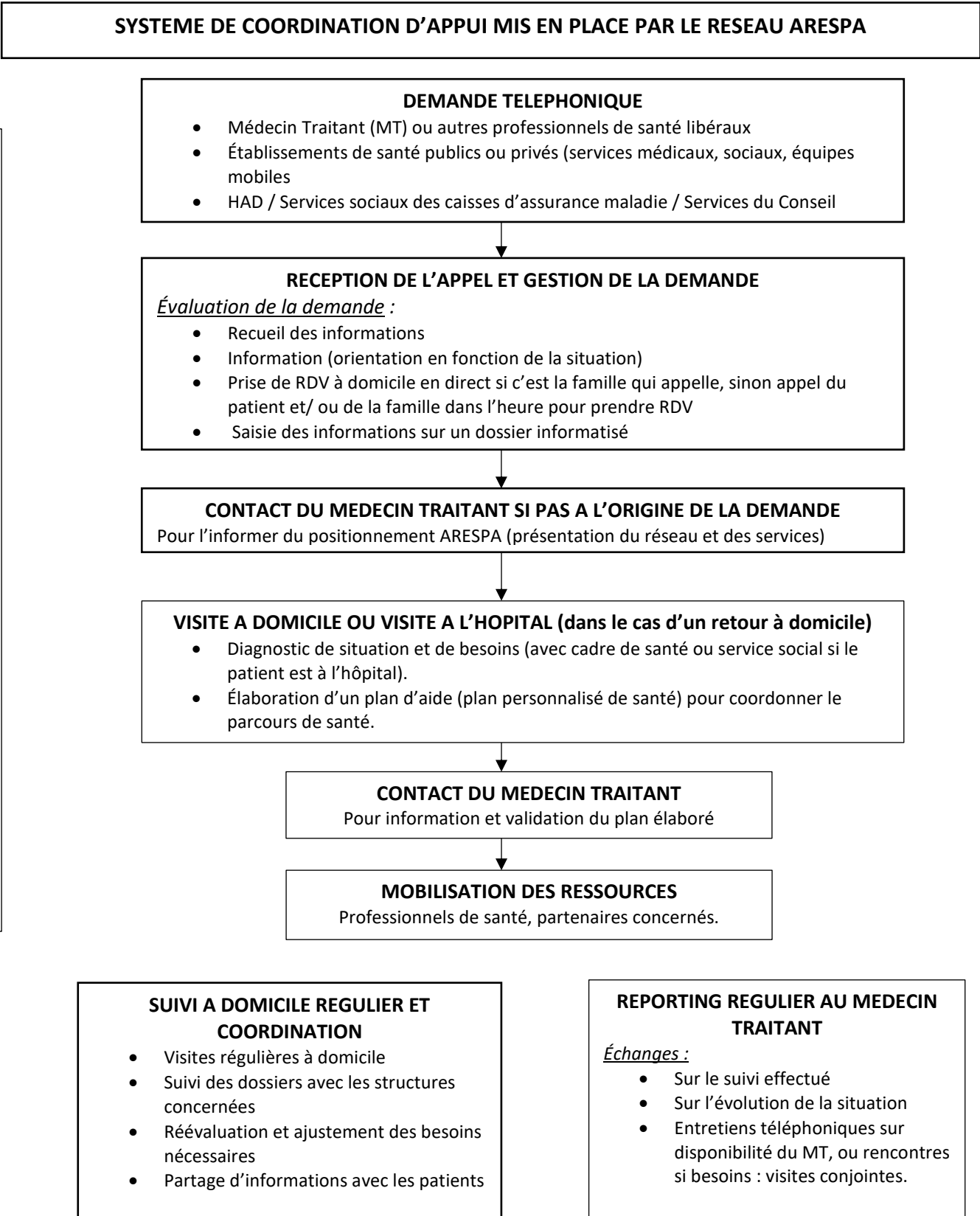


Figure 3: Système de coordination d'appui mis en place par le réseau ARESPA

3.6 Continuité des soins

3.6.1 Permanence des soins

En France, le dispositif de permanence des soins (PDS) en médecine ambulatoire a été réformé par deux décrets le 15 septembre 2003 et le 7 avril 2005, ainsi que par l'avenant n° 4 à la convention médicale le 12 janvier 2005 (63). Ces décrets précisent que **la PDS ambulatoire est assurée par des médecins libéraux sur la base du volontariat**, des centres de santé ou appartenant à des associations de permanence de soins.

Depuis le rapport Descours C (2003)(64) relatif à la permanence des soins ambulatoires : la régulation médicale a progressivement inclus les appels de la PDS, et les **médecins généralistes en sont devenus le maillon indispensable**.

Selon la circulaire DHOS/01 n° 2006-470 du 10 octobre 2006 (65) relative au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire, les **médecins libéraux peuvent bénéficier de la qualité de collaborateur occasionnel du service public lorsqu'ils participent aux régulations intégrées au SAMU-Centre 15 ou situées dans les locaux des SAMU-Centres 15**. Récemment, la *loi HPST* de 2010 encadre précisément l'activité libérale des médecins généralistes qui pratiquent la régulation médicale : « Art. L. 6314-2. – L'activité du médecin libéral assurant la régulation des appels au sein d'un service d'aide médicale urgente hébergé par un établissement public de santé est couverte par le régime de la responsabilité administrative qui s'applique aux agents de cet établissement public. Ce même régime s'applique dans le cas où, après accord exprès de l'établissement public en cause, le médecin libéral assure la régulation des appels depuis son cabinet ou son domicile. Toute clause d'une convention contraire aux principes énoncés dans le présent article est nulle. »

En France, selon le Ministère des Solidarité et de la santé (2016)(14)(Grade des recommandations : AE), **la PDS est un dispositif de prise en charge des demandes de soins non programmées par des médecins généralistes aux horaires de fermeture des cabinets libéraux** (le soir, la nuit, week-end et les jours fériés). Une maison médicale de garde est un lieu fixe de consultations aux horaires de PDS. Elle est à proximité d'un hôpital ou non. **L'accès à une maison médicale est régulé**, c'est à dire accessible seulement après un appel au n°15 ou d'un numéro spécifique de PDS et d'un échange avec un médecin régulateur.

C'est une mission d'intérêt général selon l'*art L.6325-1* du code de la santé publique (66). Ce dispositif est organisé par l'Agence Régionale de la Santé (ARS) avec l'aide des Comités départemental de l'aide médicale urgente (AMU), de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS). Un

cahier des charges régional de la permanence des soins, arrêté par le directeur général de l'ARS, porte les principes d'organisation et de rémunération de cette permanence sur le territoire régional. Le **territoire est divisé en secteurs de PDS**, pour chacun desquels est élaboré un tableau nominatif de garde médicale. (14).

Ainsi, la HAS met à disposition des **recommandations de bonnes pratiques sur les modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale** (2011)(67)(Grade des recommandations A : preuve scientifique établie).

Le principe général de la continuité des soins est donc d'assurer à l'ensemble des citoyens un accès aux soins sur 24 heures, soit par l'aide médicale urgente (AMU), soit par la PDS, la régulation médicale orientant vers l'un ou l'autre de ces axes :

- La régulation médicale dans le cadre de l'AMU (structure d'écoute centralisée située au sein du SAMU) peut, en fonction de la demande, envoyer une ambulance non médicalisée ou envoyer un professionnel de santé.
- La régulation médicale dans le cadre de la PDS couvre les plages horaires comprises en dehors des heures d'ouvertures des cabinets libéraux et en l'absence de médecins généralistes (nuit, week-end, jours fériés). Une permanence de soins efficace, organisée permettrait de limiter le recours systématique, souvent médicalement injustifiées, aux urgences hospitalières. (68)

D'après le référentiel professionnel du médecin généraliste français « MG Form »(24) la continuité des soins permet d'offrir au patient un suivi personnalisé dans la durée grâce au dossier médical d'une part, et la permanence des soins d'autre part, que celle-ci soit assurée par le médecin lui-même ou dans le cadre d'un service de garde organisé.

En Australie, le RACGP stipule qu'un accord formel doit être signé entre le médecin généraliste et le médecin de permanence des soins assurant les soins en cas d'absence ou en dehors des heures d'ouverture du cabinet du médecin généraliste. Cet accord permet de définir un système de soins fiable pour que le médecin de permanence de soins puisse avoir accès aux informations médicales des patients (21).

Le RACGP définit les personnes pouvant prodiguer des soins en dehors des heures normales d'ouverture du cabinet médical : Médecins traitant, médecins non thésés, formés et qualifiés, infirmières sous la supervision indirecte d'un médecin qualifié, coopérative de médecin, hôpital local, médecin de garde.

Le RACGP estime que les patients apprécient une relation continue avec leur médecin généraliste, qui repose sur la confiance et l'assurance d'une continuité des soins médicaux 24/24h. Lorsqu'un service de permanence de soins professionnalisé libéral n'est pas disponible, certains cabinets peuvent avoir un arrangement avec un hôpital local. En ce qui concerne les résultats biologiques anormaux réalisés en dehors des heures d'ouvertures du médecin généraliste, l'information est communiquée immédiatement à un médecin, afin d'assurer la continuité des soins (21).

Au Royaume Uni, lorsqu'un patient est pris en charge par un médecin de permanence de soins ou un établissement de santé, en dehors des horaires d'ouverture du cabinet de son MG, ce dernier est informé par télécopie le lendemain matin, si son patient a reçu une VAD ou s'il a été admis dans un service hospitalier. Il est également informé de la sortie de l'établissement par le même principe (69).

Le système de prestation des soins primaires, en dehors des heures normales d'ouverture des cabinets médicaux a fait l'objet d'une organisation majeure en Grande Bretagne. Notamment par la formation de coopératives/associations de médecins généralistes. Ce sont des organisations non commerciales, dirigées par des médecins désignés comme « directeurs locaux », permettant de passer moins de temps sur leur lieu de travail grâce un service de roulement. Ces coopératives ont également ouvert des centres de soins primaires auxquels les patients peuvent être invités à se rendre au lieu de recevoir une VAD. Les coopératives sont souvent des médecins généralistes disponibles pour donner des conseils téléphoniques aux patients qui les contactent. Avant l'introduction de tels services, la plupart des MG utilisaient des services de permanence de soins professionnalisés libéraux (ex.: Health call PLC), qui offraient uniquement des conseils téléphoniques et/ou des visites à domicile.

L'étude de *Salisbury C. et al.* (1997)(70) comparait une association de médecins généralistes effectuant des soins en dehors des heures d'ouvertures avec un service de permanence de soins professionnalisé libéral (Healthcall PLC), exerçant sur deux zones géographiques qui se chevauchent. La coopérative de Kensington, Chelsea et Westminster comprenait environ 271 000 patients et 147 médecins généralistes. Entre 19h et 00h la semaine ainsi que le weekend (24/24h), un des MG de l'association, donnait des conseils téléphoniques ou invitait les patients à se rendre au cabinet. A partir de 00h le cabinet médical étant fermé, le médecin offrait soit des conseils téléphoniques soit des VAD. Les résultats obtenus après le recueil de 5812 contacts de patients étaient les suivant :

- **L'association de médecins généralistes (3920/5812 contacts) réalisait moins de visites à domicile que le service de permanence de soins professionnalisé libéral (32% versus 76,3%), de plus les conseils téléphoniques étaient largement privilégiés dans l'association de médecins (57,8% versus 19,3% dans le service de permanence de soins professionnalisé**

libéral). **La prescription de médicaments était moindre** dans l'association de médecins comparativement à l'autre service (37,6% versus 51,7%, avec un Odds ratio 0,56 IC 95%(0,50 à 0,63) ajusté à l'âge et au sexe).

- Le temps de réponse dans le service de permanence de soins professionnalisé libéral (1892/5812 contacts) était plus rapide. Le **temps médian pour réaliser une VAD était de 65 minutes versus 75 minutes pour l'association de médecins**, néanmoins le temps du premier contact (téléphonique) avec un médecin exerçant dans l'association était plus court.
- Un dernier point étudiait le **pourcentage d'hospitalisation de ces deux services** : 8,7% versus 6,8% pour le service de permanence de soins professionnalisé libéral, odds ratio 1,30 IC 95%(1,05 à 1,61) ajusté à l'âge et au sexe.

Sur le même principe, *Cragg DK. et al. (1997)*(71) ont comparé ce type de processus : médecins généralistes (n=49) versus un service de permanence de soins professionnalisé libéral (n=183) en dehors des heures d'ouverture. 1046 appels ont été traités par les médecins généralistes et 1106 par les médecins du service de permanence de soins professionnalisé libéral. **On retrouve les mêmes conclusions que dans l'étude de Salisbury C** : 20,2% des appels traités par les médecins généralistes donnaient lieu à des conseils téléphoniques versus 0,72% des appels pour l'autre service. Concernant la délivrance d'ordonnance, 56,1% des consultations effectuées par des médecins généralistes donnaient lieu à une prescription de médicaments *versus* 63,2% pour la permanence de soins professionnalisé libéral. **Néanmoins comparativement à Salisbury C. et al. le temps médian pour la réalisation d'une VAD était plus court pour les médecins généralistes** (35 minutes) que pour les médecins de permanence de soins professionnalisé libéral (52 minutes). **Aucune différence significative n'a été retrouvée sur le nombre d'admission hospitalière.**

Une comparaison des différents modes d'organisation de la permanence de soins en France et au Royaume-Uni a été réalisée par *Hartmann L. et al. (2006)*(69) (Grade de recommandations : AE) (tableau 9). Un constat global mettait en évidence qu'il **persistait soit un manque de personnel, soit un manque de compétences** (remplaçants trop jeunes) des personnes qui assuraient la permanence des soins, entraînant des moyens inadaptés pour assurer la permanence des soins en France et au Royaume-Uni. Il existe un **mésusage du système de permanence des soins** à l'origine d'un défaut d'information auprès des patients. L'information des patients sur les principes d'accès aux soins pendant les horaires de PDS, permettrait de limiter les abus et les mésusages.

Une des **nouvelles formes d'organisation de la permanence des soins reposerait sur un modèle fondé sur le fonctionnement d'un centre d'appel unique** (couvrant des zones prédéterminées). Au

Royaume-Uni, une ébauche de ce modèle est en cours, il repose sur la centralisation et le triage des appels.

	France	Royaume-Uni
<p>Cadre et pilotage de la permanence des soins :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Organisation contractuelle :</u> Cadre légal : code de la Santé publique, appliquée nationalement. Durée habituelle : de 20h à 8h pour les nuits du lundi au vendredi et de 22h à 8h du jour suivant ouvert durant un week-end ou un jour férié. • <u>Niveau de régulation de la permanence des soins :</u> Le Département, par le biais du Conseil départemental de l'ordre des médecins selon un découpage en secteur. • <u>Financement de la permanence des soins :</u> Paiement horaire pour les médecins libéraux régulateurs. Paiement des astreintes pour les médecins de permanence (par tranche horaire de garde), majorations spécifiques des actes. • <u>Règles de fonctionnement :</u> Services téléphoniques, visites à domicile ou consultations. Accès régulé, co-paiement possible 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Organisation contractuelle :</u> Cadre légal : Contrat General Medical Service, adapté au niveau régional. Durée habituelle : après 18h30 tous les jours de la semaine ; samedis, dimanches, et jours fériés. • <u>Niveau de régulation de la permanence des soins :</u> Les Autorités de santé, responsables de la sécurisation de la permanence des soins. • <u>Financement de la permanence des soins :</u> Libertés des GPs de s'engager dans un dispositif de permanence des soins. Salaire horaire. • <u>Règles de fonctionnement :</u> Services de consultations téléphoniques pour l'essentiel. Continuité des soins avec transmission des informations au MG du patient. Accès régulé et gratuit.
<p>Plusieurs modèles de permanence de soins peuvent être définis :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Le système conventionnel de garde:</u> Il s'agit d'un système de tours de garde, volontaires en France, le roulement ayant été fixé par un zonage concernant l'ensemble des médecins ambulatoires. 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Gestion publique régionale et modèle de la délégation de service :</u> Les Autorités de santé ont la responsabilité de la conception, du recrutement et du fonctionnement des services de PDS dont le cadre est

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Les maisons médicales de garde :</u> Des soins sont proposés dans certains points de première urgence en ville, les services étant soit offerts par des médecins libéraux dans le cadre de leur tour de garde, soit par des médecins hospitaliers en contrepartie de forfaits, soit enfin par des médecins employés exclusivement dans ces services ; • <u>Le service des urgences hospitalières (en accès direct).</u> Quel que soit le modèle de PDS, la procédure habituelle est la mise à disposition d'un numéro d'urgence joignable à toute heure et une offre de services allant du conseil téléphonique aux visites à domicile ou en cabinet, ou la mise en relation avec les urgences pré hospitalières. 	<p>donné par le récent contrat General Medical Services (GMS).</p> <p>Les médecins ont la possibilité de se désengager de la responsabilité de permanence des soins. Dans ce cas, les Autorités régionales de santé achètent les services de médecins généralistes saisonniers ou salariés afin d'assurer la permanence des soins.</p> <p>Développement de modèles alternatifs de soins, proposition aux médecins généralistes une rémunération avantageuses afin d'assurer les remplacements.</p>
<p>Limites d'un tel système :</p>	<p>En raison du caractère fragmentaire d'une telle organisation, on peut observer des dysfonctionnements du système de PDS en dépit d'une densité médicale relativement élevée par rapport aux standards européens et des distances d'accès aux hôpitaux assez réduites. Des difficultés sont également rencontrées en zone rurale, par les médecins généralistes pour lesquels le système de garde représente une lourde charge de travail. Par ailleurs, un tel système est générateur de surcoûts.</p>	<p>L'efficacité des incitations financières et non financières visant à attirer les médecins généralistes dans les zones déficitaires est très limitée, notamment dans les pays où les revenus des médecins sont élevés.</p>

Tableau 9: Régulation de la demande de soins non programmés en Europe. « Revue française des affaires sociales ».

3.7 Évaluation méthodologique

L'annexe 16, détail avec précision l'évaluation méthodologique des études incluses, issues des bases de données Medline et Cochrane.

Revue systématique de la littérature (annexe 4)

A l'exception de la revue systématique menée par *Ferrier C et al* (2000)(R-AMSTAR 20/44)(6), toutes les revues incluses interrogeaient plus d'une base de donnée. *Taylor S et al.* (2005)(R-AMSTAR 42/44)(35), *Wong C et al.* (2012)(R-AMSTAR 34/44)(58), *McLean S et al.* (2011)(R-AMSTAR 37/44)(50), *Khalil H et al.* (2017)(R-AMSTAR 40/44)(43), *Kew KM et al.* (2016)(R-AMSTAR 36/44)(49), *Inglis SC et al.* (2015)(R-AMSTAR 38/44)(45), *van Haastregt J et al.* (2000)(R-AMSTAR 29/44)(40) présentaient des revues de bonnes qualités méthodologiques. Elles reposaient sur une méthode de recherche explicite, une traçabilité complète des articles inclus, et une évaluation de la qualité des études. Seulement des essais contrôlés randomisés étaient inclus.

Bunn F et al. (2005)(R-AMSTAR 33/44)(25) présentaient un certain nombre de problèmes méthodologiques qui a eu une incidence sur la validité des résultats, comme le choix d'inclure des essais contrôlés non randomisés, induisant un biais de sélection et de publication important. La revue systématique de *Ferrier C et al* (2000)(R-AMSTAR 20/44)(6) se fondait sur l'opinion d'experts (Grade des recommandations : accords d'experts) ainsi que sur des essais randomisés contrôlés de bonnes qualités (preuve de niveau 1). La méthode de sélection des études incluses n'était pas exposée dans la revue de *Salisbury C* (2000)(R-AMSTAR 21/44)(46), d'autre part la recherche était limitée aux études publiées uniquement au Royaume Uni. *Martin S et al.* (2008)(R-AMSTAR 27/44)(56) ont inclus des essais contrôlés randomisés, des études quasi expérimentales, des études contrôlées avant-après et des analyses de séries chronologiques interrompues, même si la qualité méthodologique était bonne, aucune étude conforme aux critères d'inclusions n'a été identifiée.

Kew KM et al.(49) ont inclus des essais comparatifs randomisés ainsi que des études rapportées (articles en texte intégral, résumés et données non publiées).

La qualité des revues systématiques était variable. La qualité des études incluses a été évaluée par l'outil GRADE pour *Kew KM et al.* (49), *Khalil H et al.* (43) et *Inglis SC et al.* (45).

Pour *Taylor S et al.* (35), la qualité méthodologique et la validité externe des essais étaient évaluées via les critères de la « Delphi quality criteria table ». *Van Haastregt J et al.* (40) évaluaient la qualité méthodologique des études incluses en consultant la liste du « Method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group for Spinal Disorders » (72).

Bunn F et al.(25) présentaient une revue de bonne qualité méthodologique, utilisant les critères du groupe Cochrane EPOC.

Les risques de biais ont été évalués via the « Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Intervention » (Higgins 2008) pour les revues de *Wong C, al.* (58) et *McLean S (50) et al* et via the « Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Intervention » (Higgins 2011) (73) pour *Kew KM et al.* (49) et *Inglis SC et al.*(45).

En l'absence d'hétérogénéité significative, une ou plusieurs méta-analyses ont été possibles en utilisant «the Cochrane Q statistic » ($p > 0,1$). Les odds ratios (OR) et les IC à 95% ont été calculés à l'aide d'une méta analyse à effets fixes pour *Taylor S et al.* (35) ainsi que pour *Khalil H et al.* (43).

Wong C et al.(58) et *McLean S et al.* (50) ont présenté des méta-analyses des études incluses en tenant compte de l'hétérogénéité.

L'ensemble des méta-analyses d'*Inglis SC et al.*(45) utilisait un modèle à effets fixes. L'ensemble des analyses était en intention de traiter (ITT) dans cette revue.

Les sources de soutien de chaque études incluses étaient précisées dans les revues de *Kew KM et al.*(49) et *Inglis SC et al.*(45).

Essais contrôlés randomisés (annexe 3)

A cause du schéma particulier des études, pour la majorité des essais contrôlés randomisés (ECR), le respect de « l'aveugle » des participants et des opérateurs n'a pas pu être respecté. Notamment dans les ECR de *Rytter L et al.* (2010)(34), *Lakin A et al.* (2015)(38), *Thygesen LC et al.*(2015)(60), *Lattimer V et al* (1998)(47),(2000)(48), *Hansen FR et al.* (1992)(33), *Mayo NE et al.* (2008)(57). Néanmoins les résultats ont été évalués par des équipes indépendantes, à l'aveugle, dans les ECR de *Rytter L et al.*, *Thygesen LC et al.* *Mayo NE et al.*(57). Ce qui n'a pas été le cas pour *Lakin A et al.* . L'évaluation des données était réalisée par des médecins généralistes, psychiatres non à l'aveugle, mais ces derniers ne participaient pas aux soins dans l'ECR de *Sharifi V et al.* (2012)(39). Dans l'ECR de *Cragg DK et al* (1997)(71), « l'aveugle » des patients, des opérateurs et de l'évaluation des résultats a été respecté. Dans l'ECR de *Barlow J et al.* (2007)(42), l'insu des opérateurs et du recueil des données était respecté. Néanmoins, l'insu des participants n'a pas été possible.

De nombreux ECR présentaient des risques de biais importants. Notamment pour les ECR de *Rytter L et al.* (34), *Lakin A et al.* (38), *Thygesen LC et al.*(2015)(60) qui présentaient un risque élevé de biais de performance. *Cragg DK et al* (1997)(71) présentaient un ECR avec un risque élevé de publication sélective des résultats dû au fait que les intervalles de confiance ont été dérivés d'une analyse multi niveau. L'ECR de *Sharifi V et al.* (2012)(39) avait un biais d'attrition élevé, avec également une possibilité élevée de publication sélective des résultats. *Hansen FR et al.* (1992)(33) présentaient un ECR avec un risque de biais de sélection et de reporting élevés. L'analyse était en intention de traiter et a pu sous-estimer l'effet en incluant des personnes n'ayant aucune chance d'intervention,

introduisant un risque élevé de biais d'attrition. De même dans les ECR de *Vass M et al.* (41) et *Barlow J et al.* (42) l'analyse était en intention de traiter induisant un biais d'attrition.

Pour d'autres ECR les biais étaient moindre, notamment pour l'ECR de *Lattimer V et al* (1998)(47)(48) qui présentaient des biais de faible risque : biais de sélection, biais de performance, biais d'attrition et biais de reporting. Cependant, il y'avait un risque incertain de biais de détection et une possibilité de publication sélective des résultats. Ainsi que dans l'ECR d'*Hebert R et al.* (2001)(61) où la validité interne et externe de l'essai était forte et les biais de sélection, de performance et de détection étaient de faible risque. De même, pour *Barlow J et al.* (2007)(42) les biais de sélection, de détection, d'attrition et de reporting était de faible risque. Pour l'ECR de *Cragg DK et al* (1997)(71) les biais de sélection, de performance, d'attrition et de reporting étaient de faible risque. Pour finir, dans l'ECR de *Vass M et al.* (41) les biais de sélection, de performance et d'attrition étaient à faible risque. Il y'avait très peu de perdu de vue au cours de cet essai.

Études observationnelles : Grade des recommandations C selon l'HAS : Faible niveau de preuve scientifique :

Varley A et al. (2016)(26) présentaient un sondage auprès des infirmières de soins primaires ayant reçues une formation au triage téléphonique (logiciel d'aide à la prise de décision clinique CDSS) dans le cadre de l'étude « ESTEEM ». ESTEEM était un cluster d'essais randomisés contrôlés de 21 000 patients demandant un rendez-vous le jour même dans 42 cabinets généraux, dans 4 régions d'Angleterre (Devon, Bristol/Somerset, Warwickshire/Coventry, Norfolk/Suffolk). Les patients ont été recrutés entre mai 2011 et décembre 2012 dans 42 cabinets, dont 15 étaient des cabinets de triage infirmier, recrutant 7012 patients. Toutes les infirmières ont entrepris un programme de formation sur mesure pour leur permettre d'utiliser le logiciel d'aide à la décision clinique (CDSS) fourni par Plain Healthcare dans le cadre de consultations de triage par téléphone. Il était important de préciser que la formation CDSS a été conçue pour soutenir, par le biais de recommandations, la prise de décision des IDE lors d'un appel téléphonique. Bien que les infirmières devaient ouvrir le logiciel CDSS lors de chaque appels, elles pouvaient utiliser leurs propres connaissances et expériences sans obligations de suivre à la lettre les recommandations du logiciel.

Laberge A et al. (2000)(31) menaient une enquête postale, limitée à la région de Québec au Canada. Les zones d'habitations étudiées étaient principalement des régions urbaines. Le questionnaire était un questionnaire auto-administré, envoyé par la poste, composé de questions ouvertes et fermées. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont définis distinctement. Chaque chercheur de l'étude a procédé à une classification indépendante des données de 25 questionnaires puis, a comparé ses réponses à celles des autres. Des analyses univariées et bivariées ont été réalisées. La signification

statistique des relations observées lors des croisements de variables a été vérifiée à partir du test-t de Student et du test X2. Le seuil de signification statistique a été établi à 0,05.

Salisbury C et al. (1997)(70) évaluaient une association de médecins généralistes travaillant en dehors des heures d'ouvertures par rapport à un service de permanence de soins professionnalisé libéral dans des zones géographique qui se chevauchent. L'information a été recueillie sur 3920 appels pour l'association de médecins et 1892 appels au service de permanence de soins professionnalisé libéral. Les résultats sont généralisables de façon limitée à d'autres régions. En effet, les taux de visites nocturne à Londres sont inférieurs à ceux des autres régions de la Grande Bretagne. Aucune coopérative ne se ressemble, leurs organisations diffèrent les unes des autres. Cette étude observationnelle permet d'établir des informations de base ainsi que des outils de mesure destinés aux services exerçants en dehors des heures d'ouvertures. Ils peuvent ainsi comparer leurs performances par rapports aux régions analysées dans la présente étude. Les mesures d'activité décrites ne constituent qu'un aspect de l'évaluation d'une coopérative en dehors des heures de travail par rapport à un à un service de permanence de soins professionnalisé libéral.

Leroy N (2010)(74) menait une étude observationnelle descriptive sur l'évaluation multidimensionnelle du sujet âgé, à son domicile, via la grille « EVALADOM ». La cohérence interne du questionnaire a été évaluée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach, qui mesure la convergence des réponses aux différentes questions. Ce coefficient était de 0,79, témoignant d'une bonne cohérence interne. Une analyse uni variée, multi variée ainsi qu'une Analyse en Composantes Principales (ACP) ont étaient effectuées. Le biais de sélection était important.

Biard P (2016)(19) menait une étude qualitative observationnelle basée sur la réalisation puis l'analyse d'entretiens semi-dirigés. Cette thèse recueillait l'avis de médecins au sujet d'un logiciel de prise de RDV en ligne. Les biais suivants étaient présents : biais d'intervention, biais d'analyse et d'interprétation. L'étude était limitée à la MSPU d'Avoine.

Knight A et Lembke T (20) évaluaient les systèmes de rendez-vous de cabinets médicaux individuels afin de les adapter aux besoins des patients (accès et soins), du personnel et des cliniciens. L'article exposait l'expérience des auteurs, au cours de 7 années de collaboration avec l'« Australian Primary Care Collaboratives ».

Avis d'expert : Grade des recommandations AE selon l'HAS : Avis d'experts :

Mcwhinney (2000) (32) : grade des recommandation selon l'HAS : avis d'experts.

Drug and Therapeutics Bulletin- The Independent review of medical treatment (2005) (52) : grade des recommandations selon l'HAS : avis d'experts

4 DISCUSSION

Nos résultats montrent qu'il n'existe pas en France, de référentiel fondé sur des avis d'experts, ayant pour but, d'orienter au mieux le médecin généraliste lors de la réalisation des VAD, contrairement aux pays Anglo-Saxons. En Australie le « *Royal Australian College of General Practitioners* » (15) publie un guide des visites à domicile destiné aux médecins généralistes exerçant pendant et en dehors des heures d'ouvertures des cabinets médicaux. De même au Royaume Uni, le « *Graham Road Surgery* » (75) ainsi que le « *South Staffordshire Local Medical Committee* » (16) proposent des recommandations ayant pour objectif de rationaliser les visites à domicile. Elles rappellent les règlements et les principes fondamentaux existants, dans un manuel destiné aux médecins. Au Canada, le « *Book of Tools* » (76) décrit des indicateurs ayant pour objectifs d'améliorer la qualité des soins primaires, comprenant entre autres, les visites à domicile. Enfin, aux États-Unis le « *Medical Management of the Home Care Patient* » (29) (30) a créé un guide centré sur les soins à domicile, incluant les VAD.

En France, *MG Form* (24) met à la disposition des médecins généralistes un référentiel professionnel, mais comparé aux référentiels étrangers, ce dernier cible seulement les compétences nécessaires à l'exercice, mais ne peut pas être considéré comme un cadre à la réalisation d'une VAD. Il existe des conditions susceptibles de favoriser la pratique des VAD, notamment par la volonté politique d'ajuster la part financière du déplacement des médecins et d'améliorer la collaboration entre les différents acteurs du système de santé.

Au décours de notre travail nous avons apporté la preuve de l'existence de différents critères qualités permettant d'améliorer la gestion des visites à domicile du médecin généraliste :

Notamment concernant l'essor des nouvelles technologies. Le système de prise de RDV par internet constitue un nouvel outil, alternatif, ou complémentaire, à la prise de RDV par téléphone. Il permet de faciliter l'organisation du planning des médecins et de diminuer leur charge de travail quotidienne (20)(19)(17). Les limites au développement de ces systèmes sont d'ordre financier et des problèmes d'accessibilité.

Dans le cadre de la demande de soins non programmés, le triage téléphonique n'a pas encore été détrôné par internet. Ce type de prise en charge permet de réduire de manière significative le nombre de VAD du MG même si, en contrepartie, une augmentation du nombre des consultations aux cabinets a été constatée (25). D'autre part, le triage téléphonique est de plus en plus délégué aux IDE, mais il est important de préciser qu'une formation préalable reste fondamentale (26). Les IDE formées spécifiquement à ce type de prise en charge sont plus à même de gérer en totalité une consultation téléphonique, sous réserve d'une supervision médicale indirecte.

Afin de répondre à la question : « *Se déplacer ou non au domicile du patient ?* », chaque pays communique efficacement les motifs justifiant le déplacement du MG. En France, l'AcBUS (27)(28) communique des raisons médicales, environnementales et médico administratives justifiant une VAD, comme pour les États-Unis (29). Le CNGE (23) met à la disposition des médecins, un référentiel d'aide pour distinguer le degré d'urgence lors d'un appel téléphonique, ainsi que l'aptitude à prendre une décision dans un contexte inhabituel. Tandis qu'en Australie, le RACGP (21) propose des sites internet qui permettent d'aider le médecin pour identifier les visites « sûres et raisonnables ».

L'ensemble de ces recommandations est proposé comme outil d'aide à la prise de décision et non imposé.

Concernant le suivi à domicile du médecin généraliste coordonné avec une IDE au décours d'une hospitalisation, les études ont conclu à une efficacité significative sur la diminution du taux de réadmissions en maisons de retraites et de ré hospitalisations des personnes âgées de plus de 75 ans (34)(33). De même pour les patients sortant d'une hospitalisation en psychiatrie, un suivi coordonné permet de réduire significativement le nombre de réadmissions hospitalières (39). Ce type de suivi concerne également les mères sortant de maternité, pour lesquelles il existe une diminution du nombre de recours aux services des urgences (38).

Les freins retrouvés au développement de cette collaboration étaient d'ordre financier (33), et les résultats variaient en fonction du type de patient concerné (patients ICC (35)).

Néanmoins, pour pallier au problème de la croissance du « virage ambulatoire », ce type de suivi semble être, entre autre, une solution pertinente pour diminuer la charge de travail du MG.

D'autre part, l'évaluation multidimensionnelle du domicile permet d'apprécier le mode de vie et l'autonomie réelle des patients (30)(54), apporte un complément essentiel aux informations recueillies au cours des consultations au cabinet médical et permet une meilleure coordination avec les équipes de soins à domicile (6).

Certains résultats issus de nos études ont été jugés comme des pistes éventuelles d'amélioration de la qualité des visites, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires.

Notamment les études traitant des « visites à domicile préventives », hors sortie d'hospitalisation récente. Aucun effet négatif des VAD préventives n'a été observé, mais aucune preuve claire de leur potentielle efficacité n'a également été retrouvée (41). En effet, l'instauration d'un suivi préventif à domicile chez la personne âgée de plus de 65 ans n'a pas montré d'effet négatif sur la fonction physique, psychosociale, les chutes et les admissions en maison de retraite (40). Concernant le suivi à domicile préventif des familles à risque de maltraitance, il permet une augmentation significative des interactions mère-nouveaux nés. Cependant, ces résultats sont incertains car les études sont sous-

alimentées (42). L'impact de ce type de suivi sur le taux d'erreurs de médication, n'a pas pu être évalué par un manque de données de la littérature (43).

Lorsqu'une VAD est jugée injustifiée, une solution s'offre aux médecins généralistes : la téléconsultation et/ou la télésurveillance. Bien qu'elle soit considérée comme une pratique de plus en plus courante, il existe des obstacles empêchant la généralisation de la « télésurveillance » : le coût de son installation (45). Après dix ans et demi de recherche dans le domaine de la télémédecine, l'apport en termes de satisfaction et d'amélioration de la qualité de vie globale des patients est indiscutable (25). Néanmoins il existe un manque de données concernant l'impact de ces services sur la mortalité, le taux d'hospitalisation, les recours aux services d'urgences... (46). D'autre part, les IDE ont vu leurs rôles évoluer vers la possibilité de gérer les consultations téléphoniques permettant de remplacer les conseils téléphoniques donnés par un médecin et de réduire le nombre de visites à domicile en dehors des heures de travail. Néanmoins des études supplémentaires sont nécessaires pour évaluer les variantes d'un tel système (type de formation des IDE, type de logiciel d'aide à la décision) (47). La seule certitude actuelle est l'avantage économique apporté par l'intégration de ce service en dehors de heures d'ouverture (ex.: NHS) (48).

D'autre part, le suivi spécifique à distance (téléconsultation, e-consultation, vidéo conférence) par des IDE de patients asthmatiques n'a montré aucun effet positif ou de supériorité par rapport aux soins standard en face à face (49). Bien que les services de télémédecine destinés aux patients atteints de MPOC soient associés à une augmentation de la qualité de vie, aucun impact sur la mortalité n'a été constaté (50).

La contribution précise de la télémédecine reste floue et pose un problème d'applicabilité à grande échelle. De plus les technologies utilisées sont différentes entre les études, posant un problème à leur généralisation: système téléphonique, internet, réseau indépendant spécialisé avec vidéo, vidéo conférence (56).

Dans le cadre de la continuité des soins, la comparaison entre une association de médecins généralistes et un service de permanence de soins professionnalisé libéral ; exerçant en dehors des heures d'ouvertures des cabinets médicaux, a permis de mettre en évidence une différence significative en termes d'efficacité en faveur de l'association de médecin. Cependant, ces résultats restent difficilement généralisables à grande échelle compte tenu des différences considérables entre les différents organismes existants (population, régions géographique, pratiques du MG...). Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux services concernant le recours à l'admission hospitalière (71)(70).

Certains résultats issus de nos études ont été jugés comme délétères, ne permettant pas de les définir comme des critères qualités au sein de la pratique des visites à domicile.

Le protocole de visite systématique dans le cadre des sorties d'hospitalisations, dans les études que nous avons retenu, n'a pas montré de résultat significatif concernant l'amélioration de la qualité de vie, le recours aux services d'urgences et/ou d'hospitalisations (60)(61)(57)(58).

De plus, il existe des conditions susceptibles de nuire au développement des visites, notamment le manque de planification des horaires de travail, le défaut de rémunération adaptée, les problèmes de coordinations des soins et de l'accessibilité aux ressources humaines (31).

Proposition d'un référentiel qualité basé sur les modèles anglo-saxons existants (tableau 10) :

	INDICATEURS	EXPLICATION	OUTILS
LA DEMANDE DE VISITE A DOMICILE	<ul style="list-style-type: none"> ▶ L'équipe médicale donne aux patients, les modalités d'accès aux VAD pendant et en dehors des heures d'ouverture normales. ▶ L'équipe médicale définit la politique du cabinet en matière de VAD, à la fois pendant et en dehors des heures d'ouverture normales, et les situations dans lesquelles une visite est jugée appropriée. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les VAD doivent être disponibles pour les patients réguliers du cabinet lorsque cela est cliniquement approprié. ▶ <u>Le cabinet nécessite une politique d'accueil spécifiant:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Les facteurs rendant les VAD sûres et raisonnables - La zone géographique concernée pour les VAD - Les types de problèmes justifiant une VAD - Les alternatives aux VAD si une VAD n'est pas jugée « sûre et raisonnable » ou en cas d'indisponibilité du MG. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <u>Fiche pratique d'informations détaillées</u> destinée aux patients concernant la politique du cabinet médical. Mise à jour régulière, disponible au cabinet et/ou sur site internet du cabinet. Accessible à tous (malvoyants, illettrés, étrangers). ▶ <u>Message téléphonique de mise en attente</u>, doit inclure les numéros à appeler en cas d'urgence. ▶ Tout appel téléphonique mis en attente par le personnel administratif doit être précédé de la question : « <u>s'agit-il d'une urgence médicale ?</u> » ▶ Le personnel ayant pour rôle le tri des appels doit avoir reçu une <u>formation spécifique</u> au préalable. ▶ <u>Protocole d'aide au triage des appels</u> disponible sur une le site du RACGP : <i>http://www.gptriage.info/sample-triage-policy.html</i> ▶ <u>Référentiels d'aide à la justification du déplacement du MG au domicile du patient :</u> <ul style="list-style-type: none"> - AcBUS - « Mémo en ligne » site de l'Assurance Maladie - Référentiel métier CNGE - RACGP - Medical Management of the Home Care Patient ▶ <u>Alternatives aux VAD :</u> <ul style="list-style-type: none"> -services de télémédecine : téléconsultation, télésurveillance

			<ul style="list-style-type: none"> - téléprescription - Application « GP at hand » « Qare » -rapatriement au cabinet médical -service de permanence de soins professionnalisé libéral -ambulance -services d'urgence. <p>▶ <u>Aide au choix du système de prise de rdv optimal, adapté aux des besoins du clinicien, du personnel et des patients :</u></p> <p>https://www.racgp.org.au/download/Documents/AFP/2013/March/201303knight.pdf</p>
LA VISITE A DOMICILE	<p>▶ Organisation du planning quotidien et hebdomadaire du MG garantissant une permanence à la demande de soins, en conciliant un juste équilibre entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les consultations au cabinet et les visites à domicile, - la formation médicale continue, 	<p>▶ Prise en charge à adopter en fonction des différents types de situations (urgente, aigu, chronique, situation complexe) ou de patients (enfant, adolescent, femme, personne âgée à domicile ou institution).</p> <p>▶ Recueil d'informations sur le mode de vie global du patient.</p>	<p>▶ Organiser la prise de rendez-vous au cabinet et les visites à domicile soit avec un agenda papier ou informatique, soit directement ou par l'intermédiaire d'un secrétariat personnel ou collectif.</p> <p>▶ Posséder des produits d'urgence et un matériel fiable et régulièrement contrôlé. Le contenu de la trousse doit être adapté aux conditions d'exercice, notamment à l'éloignement des services mobiles d'urgence : http://dx.doi.org/10.1136/dtb.2005.43965</p> <p>▶ Grilles d'évaluation domiciliaire / moyens mnémotechniques:</p> <ul style="list-style-type: none"> - « EVALADOM », - « INHOMESSS », ` - « Medical Management of the Home Care Patient »

	<p>- les différents emplois du temps des associés.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Organisation matériel de la visite au domicile du patient ▶ Optimisation du temps passé au domicile 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Évaluation multidimensionnelle, permettant de compléter les informations recueillies lors des consultations cabinet. 	
<p>COORDINATION DES SOINS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ L'équipe médicale définit comment elle planifie et coordonne des soins complets avec d'autres services tels que: <ul style="list-style-type: none"> - services médicaux, y compris services de diagnostic, hôpitaux et services de consultants spécialisés - infirmiers en soins de santé primaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La coordination avec d'autres services de soins est une modalité importante pour assurer des soins de santé de haute qualité. ▶ Le médecin a un rôle de coordinateur, planificateur, consultant et de surveillant des soins. ▶ L'Équipe de soins à domicile : informe le MG sur l'état de santé du patient, permettant de 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Guide du médecin de famille dans les soins à domicile : https://pogoe.org/sites/default/files/medical_management_of_the_home_care_patient.pdf ▶ <u>Moyens disponibles pour assurer la coordination des soins :</u> <ul style="list-style-type: none"> -L'Association du réseau de santé de proximité et d'appui (ARESPA) - Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO) - Le programme Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) ▶ Rapporter les informations recueillies dans un « document de référence » papier ou via une plateforme informatique, sécurisée et cryptée.

	<ul style="list-style-type: none"> - services paramédicaux - les pharmaciens - services aux personnes handicapées - services et programmes de promotion de la santé et de santé publique. 	<p>diminuer les de VAD injustifiées.</p> <p>► Les autres membres de l'équipe (IDE, auxiliaires de vie, personnel d'organisme d'hospitalisation à domicile, membres de la famille) s'occupent de la gestion des soins à domicile.</p>	
<p>CONTINUITÉ DES SOINS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ► L'équipe médicale explique les modalités de visites au domicile par leur MG hors période d'ouverture. ► L'équipe médicale définit le processus de continuité des soins : continuité relationnelle (patient-médecin), continuité 	<ul style="list-style-type: none"> ► La continuité des soins permet d'offrir au patient un suivi personnalisé dans la durée grâce au dossier médical d'une part, la permanence des soins d'autre part, que celle-ci soit assurée par le médecin lui-même ou dans le cadre d'un service de garde organisé. 	<ul style="list-style-type: none"> ► Organiser le cabinet de manière à offrir une permanence des soins : ► Mettre en place un système de garde ou de remplacement pour assurer la permanence des soins ► Lorsqu'un service de permanence de soins n'est pas disponible : possibilité d'un arrangement avec un hôpital local. ► Signer un accord formel entre le MG et le médecin de permanence des soins pour lui permettre l'accès aux informations médicales des patients ► Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/regulation_medicale_fiche_de_synthese.pdf

	<p>de gestion (cohérence de la prise en charge par les différentes personnes impliquées dans la prise en charge du patient) et continuité informationnelle (continuité de l'information tout au long de la prise en charge d'un patient : face-à-face, par écrit, par téléphone ou par voie électronique).</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Le médecin de PDS informe le MG, par téléphone, mail ou fax, si son patient a reçu une VAD ou s'il a été admis dans un service hospitalier, pendant les horaires de permanence de soins ▶ Assurer la continuité du contact avec le cabinet par des moyens de communication performants ▶ Les résultats biologiques anormaux réalisés en dehors des heures d'ouvertures des cabinets, sont communiqués immédiatement à un médecin, afin d'assurer la continuité des soins
--	--	--	--

Tableau 10: Proposition d'un référentiel d'aide à la gestion des visites à domicile

Services et dispositifs alternatifs de soins habituels :

Services de consultations téléphoniques :

L'augmentation du recours aux consultations téléphoniques répond, du moins en partie, à l'augmentation de la charge de travail des médecins. L'actuel programme gouvernemental au Royaume-Uni encourage l'utilisation de technologies de remplacement pour améliorer l'accès aux soins. Le plus grand service de consultation téléphonique au Royaume-Uni est le NHS Direct (77), qui est actuellement composé d'infirmières qualifiées. Elles visent à aider les appelants à gérer eux-mêmes leurs problèmes afin de réduire les demandes de VAD inutiles, ainsi que les recours aux services d'urgences. Afin d'assurer les meilleurs soins possibles, une application « GP at hand », permet à tout moment (24h/24, 7jrs/7) d'obtenir une consultation vidéo, programmer un rendez-vous le jour même ou dans les jours à venir. La prescription d'une ordonnance est possible au décours d'une vidéo consultation. Ce service est réglementé, sûr, efficace sécurisé et certifié. Les médecins dispensant des consultations vidéo sont tous des médecins de NHS et ont en moyenne 10 ans d'expérience (78).

L'équivalent français est , l'application « Qare » (79) qui révolutionne les VAD en permettant de gérer à distance les consultations médicales. Les patients réalisent une vidéo consultation, avec un médecin français, exerçant en France, disponible 24h/24, accessible de partout dans le monde. L'équipe médicale Qare est formée à l'usage de la vidéo, du chat et des moyens de communications numérisés. Ce service est approuvé par l'HAS, ASIP santé, le CNIL, le ministère des affaires sociales et de la santé. Les données de santé sont stockées chez un Hébergeur Agréé de Données de la Santé (HADS) et l'ensemble du dossier médical. Les médecins sont habilités à rédiger des ordonnances valables en France et dans l'ensemble de l'Union Européenne. Ils peuvent également orienter les patients situés à Londres, vers leur réseau local de cabinets médicaux français pour un rendez-vous. Si le patient est dans l'incapacité de se déplacer, un médecin français peut se rendre à son domicile à Paris ou à Londres.

Les dispositifs de soins :

Il existe des dispositifs de soins permettant d'assurer la coordination et la continuité des soins de patients sortant d'hospitalisation, par le biais de VAD réalisées par des IDE. Ils permettent d'anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et de fluidifier la transition hôpital-domicile. Le dispositif PRADO (Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile) a été initié par l'Assurance Maladie en 2010. Instauré initialement pour les sorties de maternité (80), ce service s'est étendu aux sorties d'hospitalisations après un acte chirurgicale en 2012, puis après un épisode de décompensation cardiaque (36) en 2013, et lors d'une exacerbation de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) en 2015. Depuis 2017, le PRADO concerne également les patients sortant d'une hospitalisation pour accident vasculaire cérébral (AVC), ainsi que les personnes âgées de 75 ans et plus quel que soit

le motif de leur hospitalisation. En 2017, plus de 480 000 patients ont bénéficié de ce service. Il répond aux objectifs fixés par la stratégie nationale de santé. Les enjeux du service sont :

- De préserver la qualité de vie et l'autonomie des patients
- D'accompagner la diminution des durées de séjours l'hospitaliers
- De renforcer la qualité de prise en charge en ville autour du médecin généraliste
- D'améliorer l'efficacité du recours à l'hospitalisation en réservant les structures les plus lourdes aux patients les plus nécessiteux.

Dès lors qu'un patient est déclaré éligible à ce service par l'équipe médicale hospitalière, un conseiller de l'Assurance Maladie rencontre ce patient afin de lui présenter l'offre de soin et recueillir son adhésion. Par la suite, **le médecin généraliste est contacté par l'Assurance Maladie, et l'informe de l'initiation du programme PRADO**. Dès lors, un premier rendez-vous est planifié si le médecin le juge nécessaire.

En 2013, les personnes âgées de plus de 75 ans représentaient 8% de la population et ce pourcentage sera multiplié par 2 en 2060. Ils représentent 20% des dépenses de santé et le risque de dépendance après 75 ans est multiplié par deux. Pour essayer de répondre à ce problème, le programme PAERPA (Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie)(2013) (81), fondé sur l'article 48 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, s'inscrit dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé. Son objectif est de mettre en œuvre un parcours de santé fluide et d'essayer de maintenir les personnes âgées de plus de 75 ans, autant que possible à leur domicile. Son principal moyen d'action est un renforcement de la coordination entre acteurs, en travaillant sur les modalités d'échanges entre eux.

Ces dispositifs sont de bons moyens d'assurer une prise en charge adaptée et coordonnée autour d'un patient. Néanmoins, il est essentiel que le médecin généraliste soit consulté avant la mise en place de tels services ainsi qu'averti de l'initiation du service, pour permettre d'assurer une continuité des soins optimale.

D'autre part, il existe des maisons dites « intelligentes », dotées de systèmes d'alarmes, de dispositifs d'assistance électronique, de plateformes d'alerte téléphonique et de systèmes de contrôle de l'environnement. Ces systèmes permettent de renseigner les médecins sur les activités quotidiennes du patient et envoient des informations utiles aux professionnels de santé pour leur permettre d'adapter les besoins des patients en fonction. Les objectifs de ces technologies sont l'amélioration de l'indépendance fonctionnelle et de la qualité de vie des patients. L'utilisation de ces nouvelles technologies ne cesse d'augmenter dans le monde, néanmoins la littérature manque de données empiriques permettant d'évaluer l'efficacité de ces technologies à domicile (56).

Ces technologies ne peuvent être que le préalable ou la continuité d'un examen physique.

Vers une « mutation » de la fonction secrétariat :

En France, un tiers des appels téléphoniques du médecin généraliste concerne la prise de rendez-vous (RDV) et un autre tiers est dévolu aux conseils et à l'écoute. Devant ce constat, la création du « *e-book* », par Dr Pourcel. J cofondateur du site internet de prise de RDV en ligne « MadeForMed »(2010) (82), permet une organisation optimisée du cabinet du médecin généraliste.

En 2013, en France et au Canada l'usage de ce système de prise de RDV était estimé à 7% des médecins (83), contre 30% aux USA et 51% en Norvège (84). Ce concept a vu le jour aux États-Unis avec la création du site *ZocDoc.com* en 2007, aujourd'hui leader sur le marché américain avec près de 5 millions d'utilisateurs par mois (85). La prise de RDV en ligne est gratuite et accessible 7j/7j et 24h/24. *Doctolib*, l'un des leaders français de prise en rendez-vous médicaux en ligne, a été créé 2013. En 2017, dix millions de patients utilisaient Doctolib chaque mois (86). Ce marché de la prise de RDV a explosé ces dernières années : *KelDoc*, *MonDocteur*, *DocMii*, *clicRDV*, *rendezvousmedicaux.com*, *PagesJaunes*, *ClicRDV*, *MadeForMed...* etc. Tous ont suivi le modèle américain *ZocDoc*.

Un des principaux freins à la mise en place d'un tel service était, la crainte des médecins de sélectionner une patientèle habituée aux nouvelles technologies. Même si désormais, les seniors sont de plus en plus à l'aise avec les nouvelles technologies (73% étaient demandeurs de services de santé numériques, comme des systèmes de prise de RDV en ligne(83)), l'accès à ces services peut être limité pour certains patients (absence d'internet, difficulté d'utilisation, absence de maîtrise de la lecture...), et ne permet pas l'organisation de VAD. Pour pallier à ce problème, ces plateformes proposent de compléter leur système par un télésecrétariat médical (tableau 11).

	Points forts	Points faibles
Secrétariat classique	Installé au sein du cabinet médical, offre l'avantage de la proximité : connaissance du médecin et de ses patients	Souvent onéreux Horaires limitées
Plateforme de télésecrétariat médical	Externalise la prise de RDV Permet de ne recevoir au cabinet que les appels filtrés nécessitant l'expertise du médecin	Le problème d'interprétation des informations par le secrétariat à distance et de priorisation des messages pose souvent problème.

Secrétariat virtuelle automatisée	Offre une solution combinée, proposant à la fois la prise d'appels téléphoniques et la prise de RDV en ligne. Le « robot » oriente et répond à plus de 90% des appels sans aucune intervention du médecin (fixe RDV, prend un message, donne les horaires de consultations libres) Disponible 24h/24, 365 jours par an. Économique. Organise les créneaux réservés aux urgences, réparties les consultations programmées selon des critères définis par le médecin lui-même.
--	--

Tableau 11: Les différents types de secrétariats

Travail en collaboration avec les infirmières diplômées d'État :

Lors de ce travail de thèse de nombreux articles ont été exclus car ils étaient centrés sur le rôle des infirmières. Le médecin n'était donc pas « l'acteur principal ».

Vers un modèle de VAD collaboratif MG-IDE : délégation de tâches, un processus en voie de développement permettant de diminuer la charge de travail des MG :

Au Royaume-Uni, il y'a un partage d'activité ainsi qu'une coopération étroite entre les différents professionnels de santé (69). La délégation de tâches à des professionnels paramédicaux est assez avancée au Royaume uni, que ce soit dans les centres d'appels avec triage ou en centre de soins. Cette alternative est très peu développée en France. Le triage des patients peut être délégué à des IDE spécialisées dans les pays où le modèle du « gate-keeper » prévaut. Pour que ce modèle soit efficace, il est fondamental que les IDE aies reçu une formation complète au triage téléphonique, afin que les IDE transfèrent le moins possible d'appels au médecin gate-keeper.

Des études se sont intéressées aux solutions qui permettraient de diminuer la charge de travail des médecins généralistes. Notamment par un travail coordonné de l'IDE et du médecin ainsi que la délégation de tâches initialement réalisées par un MG, tel que le triage téléphonique (87). Une diminution de 50% de la charge de travail globale du MG peut être constatée par cette délégation de tâche (47). Les infirmières peuvent fournir un service de triage sûr et efficace dans le système de soins primaires, pendant et en dehors les heures normales d'ouvertures des cabinets médicaux. Une corrélation significative entre l'estimation correcte du degré d'urgence de l'appel avec une formation spécifique des IDE au triage a été trouvée (88). Pour que ce système soit pérenne, l'IDE ne doit pas se substituer au médecin mais le compléter. La satisfaction des patients pris en charge par une IDE lors d'un appel, était élevée dans différents travaux (89)(90). Cependant il existe des limites à ce système. En effet certaines personnes sous-utilisent ces services, notamment les personnes âgées, les groupes ethniques minoritaires et autres groupes défavorisés, ayant pour conséquence l'augmentation de la charge de travail des autres services de santé.

Bien que ce type de triage soit considéré comme efficace et à l'origine d'une réduction de la charge de travail des médecins, il peut ne pas être sûr à cent pour cent. Ainsi une supervision indirecte par un médecin est vivement recommandée.

Les IDE peuvent également réaliser des VAD préventives, pour soulager le planning du médecin, mais sous supervision médicale indirecte (91). Les IDE peuvent délivrer des recommandations notamment pour les personnes âgées de plus de 65 ans autonomes (ex. : observance médicaments), afin de maintenir leur état de santé (92). Elles ont pour rôle d'identifier les situations justifiant la nécessité d'une consultation ou d'une VAD par le MG, permettant de limiter les demandes de visites injustifiées (93).

De plus en plus d'actes généralement réalisés par les médecins sont délégués aux IDE, permettant ainsi de diminuer leur charge travail. Néanmoins l'hétérogénéité des données issues de la littérature décrédibilise ces changements de statuts. Bien que sur le point de vue de la satisfaction générale des patients, ces démarches sont fortement appréciées.

Forces et faiblesses :

La force majeure de ce travail réside tout d'abord dans le choix d'un sujet d'actualité ayant un impact important sur la santé publique. La deuxième force réside dans l'utilisation d'outils d'évaluations validés internationalement et adaptés à la diversité des types d'études analysées. Troisièmement les articles inclus sont en majorité des d'essais contrôlés randomisés avec un niveau de preuve scientifique établie selon le grade des recommandations de l'HAS, ainsi que des revues de la littérature composées

d'ECR bien menés. Enfin, nous n'avons pas fait de restriction temporelle, rendant notre recherche exhaustive.

Ce travail présente plusieurs limites. Tout d'abord, l'extraction des données de cette revue a été réalisée par un seul chercheur, secondairement validé par un deuxième chercheur en cas de doute. Tandis que, les recommandations PRISMA préconisent la participation d'au moins deux chercheurs afin de réduire le risque lié au biais de sélection des articles et d'extractions des données. Une seconde limite de ce travail concerne la restriction des langues dans les critères d'inclusion. Ce choix peut favoriser un biais lié à la langue de publication. Les publications dans les autres langues restent cependant marginales en volume.

Comme toute revue de synthèse, le risque théorique de biais de publication existe. Nous avons essayé au mieux de le limiter par la recherche d'articles au travers des ressources supplémentaires et avons inclus des études aux résultats négatifs. Enfin, bien que les revues de la littérature soient très largement représentées, peu de méta analyses ont été possible suite à l'hétérogénéité des études incluses.

5 CONCLUSION

Nous avons identifié différents critères d'amélioration de la qualité de la visite à domicile. Parmi ces derniers, les modalités permettant une diminution de la charge de travail du médecin généraliste, comme la prise de rendez-vous par internet ou le triage délégué à une IDE formée sous supervision médicale, qui permettent de réduire le nombre de VAD et l'optimisation du temps médical.

D'autre part, la communication efficace des motifs justifiant le déplacement du médecin au domicile, permet d'optimiser cette activité à domicile pour les cas qui en ont le plus besoin. Par ailleurs un suivi coordonné à domicile par un médecin et une IDE à l'issue d'une visite post hospitalisation, permet de diminuer le taux de réadmissions en maison de retraite, le taux de ré hospitalisations ainsi que le nombre de recours aux services d'urgences. Enfin la réalisation d'une évaluation du mode de vie à domicile des patients par le biais d'une évaluation multi dimensionnelle permet d'apporter des informations complémentaires aux données recueillies lors des consultations au cabinet médical rendant les VAD nécessaires à la prise en compte de la globalité du patient.

En France, il existe un manque de recommandations sur les VAD, tandis que la surcharge de travail des médecins explique en partie leur diminution. Nous proposons un référentiel d'aide à la gestion des visites à domicile. Son objectif est d'aider le médecin tout au long du processus de visite à domicile afin de diminuer sa charge de travail grâce à une optimisation de son organisation.

Les preuves retrouvées dans la littérature par ce travail restent de faible niveau. Ainsi l'évaluation de ce référentiel qualité que nous proposons, devra être faite pour attester de son utilité sur la gestion des VAD ainsi que la satisfaction des médecins et des patients.

6 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Nachbaur C. La visite à domicile est-elle justifiée? Union régionale des médecins libéraux d'Ile-de-France. 2005.
2. Bourgueil Y, Com-Ruelle L, Dourgnon P, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J, Or Z. Démographie et activité des professions de santé [Internet]. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. 2010 [cité 16 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/Visites.htm>
3. Mattei J-F. Accord national de bon usage des soins. Journal officiel de la république Française.
4. Statistiques et publication [Internet]. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. 2017 [cité 9 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/index.php>
5. Ortolan B, Mouries R, Dore M. La visite à domicile chez les médecins franciliens. Union régionale des médecins libéraux [Internet]. 2005 [cité 8 juill 2017]; Disponible sur: http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_060206.pdf
6. Ferrier C, Lysy P. Home assessment and care. Can Fam Physician [Internet]. 2000 [cité 13 déc 2017];4646:2053-8. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.unice.fr/pmc/articles/PMC2145097/pdf/canfamphys00032-0123.pdf>
7. Monteau D. Impact d'un programme de visite à domicile sur l'état de santé, la consommation et le coût des soins chez des sujets âgés en mauvaise santé. Cah année gérontologique [Internet]. 2010;2(3):176-9. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s12612-010-0123-8>
8. Siwek J. House calls: current status and rationale. Am Fam Physician. 1985;31:169-74.
9. Pimlott N. Où s'en vont les visites à domicile? Can Fam Physician [Internet]. 2013 [cité 8 janv 2018];59. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3596194/pdf/0590235.pdf>
10. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. The PRISMA Statement. PLOS Med [Internet]. 2009 [cité 21 janv 2018];6(7):e1000097. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.unice.fr/pmc/articles/PMC2707599/pdf/pmed.1000097.pdf>
11. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. Syst Rev [Internet]. 2015 [cité 11 janv 2018]; Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.unice.fr/pmc/articles/PMC4320440/pdf/13643_2014_Article_319.pdf
12. Cochrane Risk of Bias Tool. NCBI [Internet]. :1-2. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK107306/.../appd-fm1.pdf>
13. Kung J, Chiappelli F, Cajulis OO, Avezova R, Kossan # G, Chew L, et al. From Systematic Reviews to Clinical Recommendations for Evidence- Based Health Care: Validation of Revised Assessment of Multiple System- atic Reviews (R-AMSTAR) for Grading of Clinical Relevance. Open Dent J [Internet]. 2010 [cité 12 janv 2018];4:84-91. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2948145/pdf/TODENTJ-4-84.pdf>
14. La permanence et continuité des soins - L'accès à un médecin lorsque les cabinets médicaux sont fermés. [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016 [cité

- 24 déc 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/permanence-et-continuite-des-soins/article/la-permanence-et-continuite-des-soins-l-acces-a-un-medecin-lorsque-les-cabinets>
15. Somers G, Chiang N. Telephone and electronic communications: Standards for general practices [Internet]. The Royal Australian College of General Practitioners. The Royal Australian College of General Practitioners; 2017 [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.racgp.org.au/your-practice/standards/standards4thedition/practice-services/1-1/telephone-and-electronic-communications/>
 16. Hawkes R, Hughes D, Dr I, Mccarthy J, Morgans G, Rao P, et al. General practitioner visiting guidelines. South Staff Local Med Comm [Internet]. 2012 [cité 9 juill 2017]; Disponible sur: <https://laurelbank.gpsurgery.net/wp-content/uploads/sites/357/2014/10/General-Practitioner-Visiting-Guidelines-2012.pdf>
 17. De Bastard L, Refabert L, Briole V, Engerrand M, Hamon J-P, Handschuh R, et al. Les outils de prise de RDV en ligne pour les médecins libéraux Ile-de-France [Internet]. Union régionale des médecins libéraux d'Ile-de-France. 2017 [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: <https://fr.calameo.com/read/0005558719459698164b2>
 18. De Bastard L, Refabert L, Briole V, Engerrand M, Hamon J-P, Handschuh R, et al. Plateformes de prise de rendez-vous en ligne: Charte de confiance. Union régionale des médecins libéraux d'Ile-de-France. 2018;
 19. Biard P. Système de prise de RDV patients sur internet en médecine générale. Satisfaction des professionnels de la MSPU d'Avoine. [Internet]. 2016 [cité 31 déc 2017]. Disponible sur: <http://comparatif-logiciel-medicaux.fr/actualite/rv-en-ligne-etrappeles-electronique-plebiscites-par-les-senoirs>
 20. Knight A, Lembke T. How to shape a more effective appointment system. Aust Fam Physician [Internet]. 2013 [cité 1 janv 2018];42. Disponible sur: <https://www.racgp.org.au/download/Documents/AFP/2013/March/201303knight.pdf>
 21. Home and other visits: Standards for general practices [Internet]. The Royal Australian College of General Practitioners. The Royal Australian College of General Practitioners; 2017 [cité 15 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.racgp.org.au/your-practice/standards/standards4thedition/practice-services/1-1/home-and-other-visits/>
 22. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, et al. La définition européenne de ma médecine générale - médecine de famille. WONCA Eur [Internet]. 2002 [cité 22 juin 2018]; Disponible sur: http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA_definition_French_version.pdf
 23. Druais PL, Attali C, Frappe P, Certain MH, Le Mauff P, Sejourne JM, et al. Référentiel Métier et compétences des médecins généralistes. Collège Natl des Généralistes Enseignants [Internet]. 2009 [cité 17 nov 2017]; Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel_Metier_et_Competes_MG.pdf
 24. Certain M, Gervais Y, Perrin A, Druais P, Magnier A, DeHaas P, et al. Référentiel professionnel du médecin généraliste. Mg Form [Internet]. 1999 [cité 16 juill 2017]; Disponible sur: http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/02-referentiel_metier.PDF
 25. Bunn F, Byrne G, Kendall S. The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. Br J Gen Pract [Internet]. 2005 [cité 9 nov 2017]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih->

- gov.proxy.unice.fr/pmc/articles/PMC1570504/pdf/bjpg55-956.pdf
26. Varley A, Warren FC, Richards SH, Calitri R, Chaplin K, Fletcher E, et al. The effect of nurses' preparedness and nurse practitioner status on triage call management in primary care: A secondary analysis of cross-sectional data from the ESTEEM trial. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2016 [cité 8 nov 2017];58:12-20. Disponible sur: www.elsevier.com/ijns
 27. Gautier E. La visite à domicile en médecine générale: opinions de six medecins généralistes de la région nantaise par la méthode du focus group. [Internet]. 2012. Disponible sur: h
 28. Van Roekeghem F, Chassang M, Cabrera D. Accord national de bon usage des soins des visites à domicile. 2002 [Internet]. [cité 22 juin 2018]; Disponible sur: https://umespe.com/sites/S_7SBVTI2DEFBFDECTR3OO7YHGWA/files/o/acbusvisites2005_1.pdf
 29. Ramsdell JW, Schwartzberg JG, Abrams AP, Baron E, Gresham Bayne C, Boling PA, et al. Medical Management of the Home Care Patient- Guidelines for Physicians. *Am Med Assoc*. 2007;
 30. Unwin B, Jerant A. The home visit. *Am Fam Physician*. 1999;60:1481-8.
 31. Laberge A, Aubin M, Vézina L, Bergeron R. La prestation de soins médicaux à domicile- Sondage dans la région du Québec. *Can Fam Physician* [Internet]. 2000 [cité 27 avr 2018];46:2022-9. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Lucie_Vezina/publication/12254246_Delivery_of_home_health_care_Survey_of_the_Quebec_region/links/00463534583de4cc440000/Delivery-of-home-health-care-Survey-of-the-Quebec-region.pdf
 32. McWhinney IR. The Role of the Family Physician in Home Care. *Coll Fam Physicians Canada* [Internet]. 2000 [cité 15 févr 2018]; Disponible sur: http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/Final_version_Role_of_FP_in_Home_Care_Paper_-_Dec_2000.pdf
 33. Hansen FR, Spedtsberg K, Schroll M. Geriatric Follow-up by Home Visits after Discharge from Hospital: A Randomized Controlled Trial. *Age Ageing* [Internet]. 1992 [cité 16 mars 2018];21:445-50. Disponible sur: <http://dabamirror.sci-hub.la/e81ae0a90f4b494d1b60c6d3321a6531/hansen1992.pdf>
 34. Rytter L, Jakobsen HN, Nholt FRØ, Hammer AV, Andreassen AH, Nissen A, et al. Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. *Scand J Prim Health Care* [Internet]. 2010 [cité 2 févr 2018];28:146-53. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm-nih-gov.proxy.unice.fr/pmc/articles/PMC3442329/pdf/pri-28-146.pdf>
 35. Taylor SJ, Bestall JC, Cotter S, Falshaw M, Hood SG, Parsons S, et al. Clinical service organisation for heart failure. *Cochrane Hear Gr* [Internet]. 2005 [cité 22 mars 2018]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm-nih-gov.proxy.unice.fr/pmc/articles/PMC4167847/pdf/emss-59552.pdf>
 36. Comment organiser la sortie des patients hospitalisés pour Insuffisance cardiaque? Haute Autorité de Santé [Internet]. 2015 [cité 30 nov 2017]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/fpc_i_ns_cardiaque_web.pdf
 37. Assyag P, Attali C, Baranger J, Benetos A, Bouhana S, Brugère-Sarraud N, et al. Guide du parcours de soins – Insuffisance cardiaque. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2014 [cité 29 juin 2018]; Disponible sur: <https://www.has->

- sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parours_de_soins_ic_web.pdf
38. Lakin A, Sutter MB, Magee S. Newborn well-child visits in the home setting: a pilot study in family medicine residency. *Fam Med*. 2015;47:217-21.
 39. Sharifi V, Tehranidoost M, Yunesian M, Amini H, Mohammadi M, Roudsari JR. Effectiveness of a low-intensity home-based aftercare for patients with severe mental disorders: A 12-month randomized controlled study. *Community Ment Heal J* [Internet]. 2012 [cité 23 févr 2018]; Disponible sur: <https://link-springer-com.proxy.unice.fr/content/pdf/10.1007%2Fs10597-012-9516-z.pdf>
 40. Van Haastregt J, Diederiks J, Van Rossum E, De Witte L, Crebolder H. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ-British Med J* [Internet]. 2000 [cité 18 févr 2018]; Disponible sur: <http://www.bmj.com/content/bmj/320/7237/754.full.pdf>
 41. Vass M, Avlund K, Hendriksen C. Randomized intervention trial on preventive home visits to older people: Baseline and follow-up characteristics of participants and non-participants. *Scand J Public Health* [Internet]. 2007 [cité 20 mars 2018];35(410-417). Disponible sur: <http://journals.sagepub.com.proxy.unice.fr/doi/pdf/10.1080/14034940601160763>
 42. Barlow J, Davis H, McIntosh E, Jarrett P, Mockford C, Stewart-Brown S, et al. Role of home visiting in improving parenting and health in families at risk of abuse and neglect: results of a multicentre randomised controlled trial and economic evaluation. *Arch Dis Child* [Internet]. 2007 [cité 19 mars 2018];92:229-33. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.unice.fr/pmc/articles/PMC2083433/pdf/229.pdf>
 43. Khalil H, Bell B, Chambers H, Sheikh A, Avery AJ. Professional, structural and organisational interventions in primary care for reducing medication errors. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 4 oct 2017 [cité 16 oct 2017]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003942.pub3>
 44. Hippisley-Cox J, Fenty J, Heaps M. Trends in Consultation Rates in General Practice 1995 to 2006: Analysis of the QRESEARCH database. Final Report to the Information Centre and Department of Health. *Inf Cent Heal Soc care* [Internet]. 2007 [cité 11 nov 2017];2-3. Disponible sur: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.518.744&rep=rep1&type=pdf>
 45. Inglis SC, Clark R, Dierckx R, Prieto-Merino D, Cleland J. Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. *Cochrane Libr*. 2015;(10).
 46. Salisbury C. The demand for out-of-hours care from GPs: a review. *Fam Pract* [Internet]. 2000 [cité 31 janv 2018];17(4). Disponible sur: https://watermark.silverchair.com/170340.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kKhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAaowggGmBgkqhkiG9w0BBwagggGXMIIBkwIBADC CAYwGCSqGSIb3DQEHATAeBgIghkgBZQMEAS4wEQQM99KqSAXIWZFUikOAgEQgIIBXfbQdAfkzRroNEv-5636WBrKD5qeIYZmcCxYVau6qxnRhEan
 47. Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Turnbull J, et al. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. *BMJ-British Med J* [Internet]. 1998 [cité 24 févr 2018];317. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28690/pdf/1054.pdf>

48. Lattimer V, Sassi F, George S, Moore M, Turnbull J, Mullee M, et al. Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial. *BMJ-British Med J.* 2000;320:1053-7.
49. Kew K, Cates C. Remote versus face-to-face check-ups for asthma (Review). *Cochrane Libr.* 2016;(4).
50. Mclean S, Nurmatov U, Liu J, Pagliari C, Car J, Sheikh A. Telehealthcare for chronic obstructive pulmonary disease (Review). *Cochrane Collab.* 2011;(7).
51. Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2009 [cité 26 nov 2017]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-05/teleprescription_-_synthese_des_recommandations.pdf
52. Drugs for the doctor's bag: 1 – Adults. *Drug Ther Bull.* 2005;43(9):65-9.
53. Drugs for the doctor's bag: 2- Children. *Drug Ther Bull.* 2005;43.
54. Leroy N. Consultation préventive a domicile pour les patient agés : contributio a la validation d'un outil d evaluation des risques du domicile, la grille EVALADOM. [cité 5 oct 2017]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00628221>
55. Knight A, Adelman A. The family physician and home care. *Am Acad Fam Physicians* [Internet]. 1991 [cité 31 janv 2018]; Disponible sur: http://www.drplace.com/The_family_physician_and_home_care.16.19418.htm
56. Martin S, Kelly G, Kernohan WG, McCreight B, Nugent C. Smart home technologies for health and social care support. In: Martin S, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2008 [cité 17 oct 2017]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006412.pub2>
57. Mayo NE, Nadeau L, Ahmed S, White C, Grad R, Huang A, et al. Bridging the gap: the effectiveness of teaming a stroke coordinator with patient's personal physician on the outcome of stroke. *Age Ageing* [Internet]. 2008 [cité 14 mars 2018];37:32-8. Disponible sur: https://watermark.silverchair.com/afm133.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kKhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAcQwggHABgkqhkiG9w0BBwagggGxMIIBrQIBADCC AaYGCSqGS1b3DQEHATAeBgIghkgBZQMEAS4wEQQMx0gTOkaW5MYsxE_uAgEQgIIBd0 3zGPXGb3oXJ4RweUR5ijSUK90v4_vYJKz-fUm4m8lfhNt
58. Wong CX, Carson K V, Smith BJ. Home care by outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease. In: Smith BJ, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cité 16 oct 2017]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000994.pub3>
59. Bergner M, Hudson L, Conrad D, Patmont C, McDonald G, Perrin E. The cost and efficacy of home care for patients with chronic lung disease. *Med Care.* 1988;26:566-79.
60. Thygesen LC, Fokdal S, Gjørup T, Taylor RS, Zwisler A-D. Can municipality-based post-discharge follow-up visits including a general practitioner reduce early readmission among the fragile elderly (65+ years old)? A randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care* [Internet]. 2015 [cité 12 déc 2017];33:65-73. Disponible sur: <https://www.ncbi-nlm-nih-gov.proxy.unice.fr/pmc/articles/PMC4834505/pdf/ipri-33-65.pdf>
61. Hebert R, Robichaud L, Roy P, Bravo G, Voyer L. Efficacy of a nurse-led multidimensional preventive programme for older people at risk of functional decline. A randomized controlled trial. *Age Ageing* [Internet]. 2001 [cité 13 mars

- 2018];30:147-53. Disponible sur:
<https://pdfs.semanticscholar.org/4959/f4521351fe480feefd4fff513fbb63bbc80.pdf>
62. Guide méthodologique: Améliorer la coordination des soins: comment faire évoluer les réseaux de santé? Dir générale l'offre soins - Ministère Charg la santé [Internet]. 2012 [cité 10 oct 2017]; Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf
 63. Convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes du Avenant N°4 - Les Généralistes-CSMF [Internet]. [cité 29 nov 2017]. Disponible sur: <http://lesgeneralistes-csmf.fr/2005/04/25/avenant-n4-pds-a-la-convention/>
 64. Descours C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la Permanence des Soins. [Internet]. [cité 26 nov 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf
 65. Bertrand X. Circulaire DHOS/O1 no 2006-470 du 10 octobre 2006 relative au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire - Organisation de la régulation des appels de permanence des soins et couverture assurancielle des médecins libéraux au sein des SAMU [Internet]. [cité 4 juill 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-12/a0120041.htm>
 66. Code de la santé publique. Art L.6325-1. 2010.
 67. Abel A, Bassetti J-Y, Berthier F, Blanc J-L, Courcy A, Ducassé J-L, et al. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2011 [cité 26 nov 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/regulation_medicale__argumentaire.pdf
 68. Circulaire N° 195/DHOS/O1/2003 relative à la prise en charge des urgences.
 69. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. Régulation de la demande de soins non programmés en Europe. Comparaison des modes d'organisation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède. *Rev Fr Aff Soc.* 2006;2-3(2):91-119.
 70. Salisbury C. Observational study of a general practice out of hours cooperative: measures of activity Comparison of out of hours. *BMJ-British Med J* [Internet]. 1997 [cité 16 nov 2017];314:182-6. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.unice.fr/pmc/articles/PMC2125698/pdf/9022434.pdf>
 71. Cragg DK, McKinley RK, Roland MO, Campbell SM, Van F, Hastings AM, et al. Comparison of out hours care provided by patient's own general practioners and commercial deputising services: a randimised controlled trial.I: The process of care. *BMJ-British Med J* [Internet]. 1997 [cité 16 nov 2017];314:187-9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2125698/pdf/9022434.pdf>
 72. Van Tulder M, Assendelft W, Koes B, Bouter L. Method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group for spinal disorders. 1997.
 73. Higgins J, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* [Internet]. Cochrane Training. 2011 [cité 15 juin 2018]. Disponible sur: <http://training.cochrane.org/handbook>
 74. Leroy N. Consultation préventive à domicile pour les patients âgés : contribution à la validation d'un outil d'évaluation des risques du domicile, la grille EVALADOM. 2010.
 75. Graham Road Surgery- Home visit [Internet]. [cité 23 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.grahamroadsurgery.nhs.uk/useful-information-links/home-visits/>

76. Levitt C, Hilts L. Quality in family practice, Book of Tools. Ontario College of family physicians. 2010.
77. The new NHS: modern, dependable. London: The Stationery Office. Dep Heal [Internet]. 1997 [cité 25 févr 2018]; Disponible sur: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/266003/newnhs.pdf
78. Jefferies S, Butt M, Noble M, Bright R. Doctor appointments online-GP at hand [Internet]. NHS. [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.gpathand.nhs.uk/>
79. Wolikow N, Gendre J, Maisonneuve A. Qare [Internet]. [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.qare.fr/>
80. Programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés. Assur Mal [Internet]. 2010 [cité 30 nov 2017]; Disponible sur: http://www.cпам40.com/infoslettre/documents/iL40_PRADO_SF_DIAPORAMA_02_2012-2.pdf
81. Legrain LPS, Jeandel PC, Burnel P, Lennep F Von, Bataillon R, Chauvet P, et al. Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. [cité 14 janv 2018]; Disponible sur: https://www.paerpa-paris.fr/sites/default/files/ckeditor/rapport_comite_national_pilotage_-_projets_pilotes.pdf
82. Pourcel J. MadeForMed: e-book Pour une organisation optimisée du cabinet. MadeForMed. 2010;
83. De-Pange M-F. Rendez-vous en ligne [Internet]. Buzz Medecin. 2014. Disponible sur: <http://comparatif-logiciels-medicaux.fr/actualite/rv-en-ligne-et-rappels- electronique-plebiscites-par-les-seniors>
84. Paré G, Trudel M-C, Forget P. Adoption, use, and impact of e-booking in private medical practices: mixed-methods evaluation of a two-year showcase project in Canada. JMIR Med informatics [Internet]. 24 sept 2014 [cité 1 janv 2018];2(2):e24. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25600414>
85. Zocdoc [Internet]. [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.zocdoc.com/about/>
86. Bourbon J-C. Dix millions de patients utilisent Doctolib chaque mois. [Internet]. La Croix. 2017. Disponible sur: <https://www.la-croix.com/Economie/France/Dix-millions-patients-utilisent-Doctolib-chaque-mois-2017-10-06-1200882350>
87. Salisbury C, Trivella M, Bruster S. Demand for and supply of out of hours care from general practitioners in England and Scotland: observational study based on routinely collected data. BMJ-British Med J [Internet]. [cité 9 juill 2017];320. Disponible sur: <http://www.bmj.com/content/bmj/320/7235/618.1.full.pdf>
88. Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, Mookink H, Drijver R, van den Bosch W, et al. Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? Qual Saf Heal Care [Internet]. 2007 [cité 11 nov 2017];16:181-4. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465002/pdf/181.pdf>
89. Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C, Leese B. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse in primary care. BMJ-British Med J [Internet]. 2000 [cité 9 nov 2017];320:1048-53. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.unice.fr/pmc/articles/PMC27348/pdf/1048.pdf>
90. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners

- working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ-British Med J* [Internet]. 2002 [cité 9 nov 2017];324:819-23. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.unice.fr/pmc/articles/PMC100791/pdf/819.pdf>
91. Mcewan RT, Davison N, Forster DP, Pearson P, Stirling E. Screening elderly people in primary care: a randomized controlled trial. *Br J Gen Pract* [Internet]. 1990 [cité 12 mars 2018];#. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.unice.fr/pmc/articles/PMC1371072/pdf/brjgenprac00082-0006.pdf>
 92. Pathy M, Bayer A, Harding K, Dibble A. Randomised trial of case finding and surveillance of elderly people at home. *Lancet*. 1992;890-3.
 93. Fabacher D, Josephson K, Pietruszka F, Linderborn K, Morley JE, Rubenstein LZ. An In-Home Preventive Assessment Program for Independent Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *JAGS* [Internet]. 1994 [cité 14 mars 2018];42. Disponible sur: <http://cyber.sci-hub.la/MTAuMTExMS9qLjE1MzItNTQxNS4xOTk0LnRiMDY4NjJueA==/fabacher1994.pdf>
 94. Shakib S, George A. Monitoring: to infinity and beyond! *Australas Med J*. 2003;
 95. Favrat B, Uldry C. Diagnostic evaluation of dyspnea. *Rev Med Suisse Rom*. 2001;
 96. Stijnen M, Duimel-Peeters I, Jansen M, Vrijhoef H. Early detection of health problems in potentially frail community-dwelling older people by general practices - project [G]OLD: design of a longitudinal, quasi-experimental study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2013 [cité 14 nov 2017];13:1. Disponible sur: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/13/7>
 97. Feder G, Cryer C, Donovan S, Carter Y. Guidelines for the prevention of falls in people over 65. *BMJ-British Med J* [Internet]. 2000 [cité 14 nov 2017];321:1007-11. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1118778/pdf/1007.pdf>
 98. van Der Weele GM, de Waal MWM, van Den Hout WB, De Craen AJM, Spinhoven P, Stijnen T, et al. Effects of a stepped-care intervention programme among older subjects who screened positive for depressive symptoms in general practice: the PROMODE randomised controlled trial. *Age Ageing* [Internet]. 2012 [cité 18 juin 2018];41:482-8. Disponible sur: <https://academic.oup.com/ageing/article-abstract/41/4/482/46900>
 99. Chatwin M, Hawkins G, Panicchia L, Woods A, Hanak A, Lucas R, et al. Randomised crossover trial of telemonitoring in chronic respiratory patients (TeleCRAFT trial). *Thorax* [Internet]. 2016 [cité 5 déc 2017];305-311. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1136/>
 100. Vale L, Silcock J, Rawles J. An economic evaluation of thrombolysis in a remote rural community. *BMJ* [Internet]. 1997 [cité 18 juin 2018];314. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2126056/pdf/9055717.pdf>
 101. Siriwardena AN, Rashid A, Johnson MRD, Dewey ME. Cluster randomised controlled trial of an educational outreach visit to improve influenza and pneumococcal immunisation rates in primary care. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2002 [cité 18 juin 2018]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314414/pdf/12236277.pdf>
 102. Wood LRJ, Blagojevic-Bucknall M, Stynes S, D'cruz D, Mullis R, Whittle R, et al. Impairment-targeted exercises for older adults with knee pain: a proof-of-principle study (TargET-Knee-Pain). *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2016 [cité 18 juin

- 2018];17. Disponible sur:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4731955/pdf/12891_2016_Article_899.pdf
103. Purdey S, Huntley A. Predicting and preventing avoidable hospital admissions: a review. *J R Coll Physicians Edinb.* 2013;43(4).
 104. Buurman B, Parlevliet J, Allore H, Blok W, van Deelen B, Moll van Charante E, et al. Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients: The Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2016;176(3).
 105. Mitchell C, Walker J, Walters S, Morgan A, Binns T, Mathers N. Costs and effectiveness of pre- and post-operative home physiotherapy for total knee replacement: randomized controlled trial. *J Eval Clin Pract.* 2005;11(3).
 106. Vass M, Avlund K, Siersma V, Hendriksen C. A feasible model for prevention of functional decline in older home-dwelling people--the GP role. A municipality-randomized intervention trial. *Fam Pract.* 2009;26(1).
 107. Elliott R, Martinac G, Campbell S, Thorn J, Woodward M. Pharmacist-led medication review to identify medication-related problems in older people referred to an Aged Care Assessment Team: a randomized comparative study. *Drugs Aging.* 2012;
 108. Cupples M, Stewart M, Percy A, Hepper P, Murphy C, Hallida H. A RCT of peer-mentoring for first-time mothers in socially disadvantaged areas (the MOMENTS Study). *Arch Dis Child.* 2011;96(3).
 109. Nagraj S, Barclay S. Bereavement care in primary care: a systematic literature review and narrative synthesis. *Br J Gen Pract [Internet].* 2011 [cité 18 juin 2018];61(582). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3020071/pdf/bjgp61-e42.pdf>
 110. Schure L, van den Heuvel E, Stewart R, Sanderman R, de Witte L, Meyboom-de Jong B. Beyond stroke: description and evaluation of an effective intervention to support family caregivers of stroke patients. *Patient Educ Couns.* 2006;62(1).
 111. Peetoom K, Smits J, Ploum L, Verbakel J, Dinant G, Cals J. Does well-child care education improve consultations and medication management for childhood fever and common infections? A systematic review. *Arch Dis Child.* 2017;102(3).
 112. Sharp DJ, Peters TJ, Bartholomew J, Shaw A. Breast screening: a randomised controlled trial in UK general practice of three interventions designed to increase uptake. *J Epidemiol Community Health [Internet].* 1996 [cité 18 juin 2018];50:72-6. Disponible sur:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1060208/pdf/jepicomh00181-0079.pdf>
 113. van den Heuvel E, Witte L, Stewart R, Schure L, Sanderman R, Meyboom-de Jong B. Long-term effects of a group support program and an individual support program for informal caregivers of stroke patients: which caregivers benefit the most? *Patient Educ Couns.* 2002;47(4).
 114. Pit S, Byles J, Cockburn J. Accuracy of telephone self-report of drug use in older people and agreement with pharmaceutical claims data. *Drugs Aging.* 2008;25(1).
 115. Sherrard J, Ozanne-Smith J, Staines C. Prevention of unintentional injury to people with intellectual disability: a review of the evidence. *J Intellect Disabil Res.* 2004;48.
 116. Clamp M, Kendrick D. A randomised controlled trial of general practitioner safety advice for families with children under 5 years. *BMJ.* 1998;

117. Vass M, Avlund K, Kvist K, Hendriksen C, Andersen C, Keiding N. Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomised controlled trial. *Scand J Prim Health Care*. 2004;22(2).
118. Benson P, Turk T. Group therapy in a general practice setting for frequent attenders: a controlled study of mothers with pre-school children. *J R Coll Gen Pract* [Internet]. 1988 [cité 18 juin 2018];38(317). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1711670/pdf/jroyalcgprac00024-0006.pdf>
119. Wagner P, Jester D, Moseley G. Medical students as health coaches. *Acad Med*. 2002;77(11).
120. Roberts L, Little P, Chapman J, Cantrell T, Pickering R, Langridge J. The back home trial: general practitioner-supported leaflets may change back pain behavior. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2002;27.
121. Jamrozik K, Fowler G, Vessey M, Wald N. Placebo controlled trial of nicotine chewing gum in general practice. *Clin Neurol* [Internet]. 1984 [cité 18 juin 2018];289. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1442980/pdf/bmjcred00521-0018.pdf>
122. Charlton I, Antoniou AG, Atkinson J, Campbell MJ, Chapman E, Mackintosh T, et al. Asthma at the interface: bridging the gap between general practice and a district general hospital. *Arch Dis Childhood Arch Dis Child* [Internet]. 1994 [cité 18 juin 2018];70:313-8. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1029785/pdf/archdisch00564-0057.pdf>
123. Thomas K, Birch S, Milner P, Nicholl J, Westlake L, Williams B. Estimates of general practitioner workload: a review. *J R Coll Gen Pract* [Internet]. 1989 [cité 19 mars 2018];509-13. Disponible sur: <https://www-ncbi-nlm-nih.gov.proxy.unice.fr/pmc/articles/PMC1712212/pdf/jroyalcgprac00012-0026.pdf>
124. Courtney M, Edwards H, Chang A, Parker A, Finlayson K, Hamilton K. Fewer emergency readmissions and better quality of life for older adults at risk of hospital readmission: a randomized controlled trial to determine the effectiveness of a 24-week exercise and telephone follow-up program. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57.
125. Smyth RM, Spark P, Armstrong N, Duley L. Magpie Trial in the UK: methods and additional data for women and children at 2 years following pregnancy complicated by pre-eclampsia. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2009 [cité 18 juin 2018]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2679706/pdf/1471-2393-9-15.pdf>
126. Davidson R, Waddell R. A historical overview of interdisciplinary family health: a community-based interprofessional health professions course. *Acad Med*. 2005;80.
127. Watkins C. Do postal questionnaires change GPs' workload and referral patterns? *Fam Pract*. 1999;16.
128. Fleming DM. Consultation rates in English general practice. *J R Coll Gen Pract* [Internet]. 1989 [cité 18 juin 2018];39. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1711743/pdf/jroyalcgprac00002-0029.pdf>
129. Pol M, Ter Riet G, van Hartingsveldt M, Kröse B, de Rooij S, Buurman B. Effectiveness of sensor monitoring in an occupational therapy rehabilitation program for older

- individuals after hip fracture, the SO-HIP trial: study protocol of a three-arm stepped wedge cluster randomized trial. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017 [cité 18 juin 2018]; Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5209842/pdf/12913_2016_Article_1934.pdf
130. Kew KM, Cates CJ. Home telemonitoring and remote feedback between clinic visits for asthma. *Cochrane Libr.* 2016;
 131. Jeppesen E, Brurberg KG, Vist GE, Wedzicha JA, Wright JJ, Greenstone M, et al. Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Libr.* 2012;
 132. Urquhart C, Currell R, Harlow F, Callow L. Home uterine monitoring for detecting preterm labour. *Cochrane Libr.* 2017;
 133. Balaguer A, Dios JG de. Home versus hospital intravenous antibiotic therapy for cystic fibrosis. *Cochrane Libr.* 2015;
 134. Cochrane A, Furlong M, McGilloway S, Molloy DW, Stevenson M, Donnelly M. Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. *Cochrane Libr.* 2016;
 135. Vale L, Cody JD, Wallace SA, Daly C, Campbell MK, Grant AM, et al. Continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) versus hospital or home haemodialysis for end-stage renal disease in adults. *Cochrane Libr.* 2004;
 136. Thomas RE, Lorenzetti DL. Interventions to increase influenza vaccination rates of those 60 years and older in the community. *Cochrane Libr.* 2014;
 137. Oyo-Ita A, Wiysonge CS, Oringanje C, Nwachukwu CE, Oduwole O, Meremikwu MM. Interventions for improving coverage of childhood immunisation in low- and middle-income countries. *Cochrane Libr.* 2016;
 138. Wolfenden L, Wyse RJ, Britton BI, Campbell KJ, Hodder RK, Stacey FG, et al. Interventions for increasing fruit and vegetable consumption in children aged 5 years and under. *Cochrane Libr.* 2012;
 139. Karumbi J, Garner P. Directly observed therapy for treating tuberculosis. *Cochrane Libr.* 2015;
 140. Singh M, Nishant Jaiswal. Dehumidifiers for chronic asthma. *Cochrane Libr.* 2013;
 141. Urk FC van, Brown TW, Waller R, Mayo-Wilson E. Centre-based day care for children younger than five years of age in high-income countries. *Cochrane Libr.* 2014;
 142. Cosp XB, Castillejo MM, Vila MP, Marti J, Emparanza JI. Strategies for increasing the participation of women in community breast cancer screening. *Cochrane Libr.* 2001;
 143. Baxi R, Sharma M, Roseby R, Polnay A, Priest N, Waters E, et al. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Libr.* 2014;
 144. Kew ayleigh M, Quinn M, Quon BS, Ducharme FM. Increased versus stable doses of inhaled corticosteroids for exacerbations of chronic asthma in adults and children. *Cochrane Libr.* 2016;
 145. Raman P, Shepherd E, Dowswell T, Middleton P, Crowther CA. Different methods and settings for glucose monitoring for gestational diabetes during pregnancy. *Cochrane Libr.* 2017;
 146. Ferreira A, Young T, Mathews C, Zunza M, Low N. Strategies for partner notification for sexually transmitted infections, including HIV. *Cochrane Libr.* 2013;
 147. Arrowsmith ME, Aicken CR, Saxena S, Majeed A. Strategies for improving the

- acceptability and acceptance of the copper intrauterine device. *Cochrane Libr.* 2012;
148. Powell H, Gibson PG. Options for self-management education for adults with asthma. *Cochrane Libr.* 2002;
 149. Gibson PG, Powell H, Wilson A, Abramson MJ, Haywood P, Bauman A, et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Libr.* 2002;
 150. Howcroft M, Walters EH, Wood-Baker R, Walters JA. Action plans with brief patient education for exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Libr.* 2016;
 151. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Libr.* 2011;
 152. Kew KM, Malik P, Aniruddhan K, Normansell R. Shared decision-making for people with asthma. *Cochrane Libr.* 2017;
 153. Hurley M, Dickson K, Hallett R, Grant R, Hauari H, Walsh N, et al. Exercise interventions and patient beliefs for people with hip, knee or hip and knee osteoarthritis: a mixed methods review. *Cochrane Libr.* 2018;
 154. Forbes D, Forbes SC, Blake CM, Thiessen EJ, Forbes S. Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Libr.* 2015;
 155. Lauzon L, Hodnett ED. Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term. *Cochrane Libr.* 1998;
 156. Bittner AK, Wykstra SL, Yoshinaga PD, Li T. Telerehabilitation for people with low vision. In: Bittner AK, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [cité 25 oct 2017]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011019.pub2>
 157. Urquhart C, Currell R, Mj G, Nr H. Nursing record systems : effects on nursing practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Libr.* 2009;(1).
 158. M'Imunya JM, Kredo T, Volmink J. Patient education and counselling for promoting adherence to treatment for tuberculosis. *Cochrane Libr.* 2012;
 159. Saeterdal I, Lewin S, Austvoll-Dahlgren A, Glenton C, Munabi-Babigumira S. Interventions aimed at communities to inform and/or educate about early childhood vaccination. *Cochrane Libr.* 2014;
 160. Kendrick D, Kumar A, Carpenter H, Zijlstra GAR, Skelton DA, Cook JR, et al. Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community. *Cochrane Libr.* 2014;
 161. Polec LA, Petkovic J, Welch V, Ueffing E, Ghogomu ET, Pardo JP, et al. Strategies to increase the ownership and use of insecticide-treated bednets to prevent malaria. *Cochrane Libr.* 2015;
 162. Ortiz-Orendain J, Obeso SC, Colunga-Lozano LE, Hu Y, Maayan N, Adams CE. Antipsychotic combinations for schizophrenia. *Cochrane Libr.* 2017;
 163. Brown HC, Smith HJ, Mori R, Noma H. Giving women their own case notes to carry during pregnancy. *Cochrane Libr.* 2015;
 164. Tan K, Lai NM. Telemedicine for the support of parents of high-risk newborn infants. *Cochrane Libr.* 2012;
 165. Engers AJ, Jellema P, Wensing M, Windt DA van der, Groel R, Tulder MW van. Individual patient education for low back pain. *Cochrane Libr.* 2008;
 166. Cantineau AE, Janssen MJ, Cohlen BJ, Allersma T. Synchronised approach for intrauterine insemination in subfertile couples. *Cochrane Libr.* 2014;
 167. Edmonds ML, Milan SJ, Brenner BE, Jr CAC, Rowe BH. Inhaled steroids for acute

- asthma following emergency department discharge. *Cochrane Libr.* 2012;
168. Brown MD, Reeves MJ, Meyerson K, Korzeniewski SJ. Randomized trial of a comprehensive asthma education program after an emergency department visit. *Ann Allergy Asthma Immunol* [Internet]. 2006 [cité 16 mars 2018];97:44-51. Disponible sur: <https://pdfs.semanticscholar.org/a38d/a7d07676c95965f5c265166282e6f822e585.pdf>
 169. Williams J, Cheung W, Russell I, Cohen D, Longo M, Lervy B. Open access follow up inflammatory bowel disease: pragmatic randomised trial and cost effectiveness study. *BMJ-British Med J.* 2000;320:544-8.
 170. Laurant M, Hermens R, Braspenning J, Sibbald B, Grol R. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomised controlled trial. *BMJ-British Med J* [Internet]. 2004 [cité 22 févr 2018]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.unice.fr/pmc/articles/PMC390208/pdf/bmj32800927.pdf>
 171. Clemson L, Fiatarone Singh M, Bundy A, Cumming R, Manollaras K, O'Loughlin P, et al. Integration of balance and strength training into daily life activity to reduce rate of falls in older people (the LiFE study): randomised parallel trial Lindy Clemson professor of occupational therapy and ageing. *BMJ* [Internet]. 2012 [cité 22 janv 2018]; Disponible sur: <http://www.bmj.com.proxy.unice.fr/content/bmj/345/bmj.e4547.full.pdf>
 172. Knight M, Houseman A. A Collaborative Model for the Treatment of Depression in Homebound Elders. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 9 janv 2008 [cité 13 nov 2017];29(9):974-91. Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01612840802279049>
 173. Beck AM, Kjær S, Hansen BS, Storm RL, Thal-Jantzen K, Bitz C. Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil* [Internet]. 20 juin 2013 [cité 23 janv 2018];27(6):483-93. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269215512469384>
 174. Hermiz O, Comino E, Marks G, Daffurn K, Wilson S, Harris M. Randomised controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ* [Internet]. 2002 [cité 13 déc 2017];325:1-5. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.unice.fr/pmc/articles/PMC130059/pdf/938.pdf>
 175. Pj Van Hout H, Nijpels G, Wj Van Marwijk H, Jansen AP, Van 't Veer PJ, Tybout W, et al. Design and pilot results of a single blind randomized controlled trial of systematic demand-led home visits by nurses to frail elderly persons in primary care [ISRCTN05358495]. *BMC Geriatr* [Internet]. 2005 [cité 20 déc 2017];5(5). Disponible sur: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/5/11>
 176. Holland R, Lenaghan E, Harvey I, Smith R, Shepstone L, Lipp A, et al. Does home based medication review keep older people out of hospital? The HOMER randomised controlled trial. *BMJ* [Internet]. 2005 [cité 30 janv 2018]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.unice.fr/pmc/articles/PMC548182/pdf/bmj33000293.pdf>
 177. McKinley RK, Cragg DK, Hastings AM, French DP, Manku-Scott TK, Campbell S, et al. Comparison of out of hours care provided by patients' own general practitioners and commercial deputising services: a randomised controlled trial. II : The outcome of care. *BMJ* [Internet]. 1997 [cité 1 févr 2018];314. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.unice.fr/pmc/articles/PMC2125654/pdf/9022435.pdf>

178. Giesen P, Smits M, Huibers L, Grol R, Wensing M. Quality of After-Hours Primary Care in the Netherlands: A Narrative Review. *Ann Intern Med* [Internet]. 19 juill 2011 [cité 20 déc 2017];155(2):108. Disponible sur: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00006>
179. Mukadam N, Cooper C, Kherani N, Livingston G. A systematic review of interventions to detect dementia or cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015;
180. Enguidanos S, Gibbs N, Jamison P. From hospital to home: a brief nurse practitioner intervention for vulnerable older adults. *J Gerontol Nurs*. 2012;
181. Beck AM, Kjaer S, Hansen BS, Storm RL, Thal-Jantzen K. Study protocol: follow-up home visits with nutrition: a randomised controlled trial. *BMC Geriatr* [Internet]. 2011 [cité 15 févr 2018];11:90. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.unice.fr/pmc/articles/PMC3306756/pdf/1471-2318-11-90.pdf>
182. Raftery J, Addington Hall J, MacDonald L, Anderson H, Bland J, Chamberlain J, et al. A randomized controlled trial of the cost-effectiveness of a district co-ordinating service for terminally ill cancer patients. *Palliat Med*. 1996;10(2).
183. Suijker JJ, Van Rijn M, Buurman BM, Ter Riet G, Moll Van Charante EP, De Rooij SE. Effects of Nurse-Led Multifactorial Care to Prevent Disability in Community-Living Older People: Cluster Randomized Trial. *PLoS One* [Internet]. 2016 [cité 18 juin 2018]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4961429/pdf/pone.0158714.pdf>
184. van Hout H, Jansen A, van Marwijk H, Pronk M, Frijters D, Nijpels G. Prevention of adverse health trajectories in a vulnerable elderly population through nurse home visits: a randomized controlled trial [ISRCTN05358495]. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2010;65(7).
185. Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, Robinson J, et al. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Arch Dis Child* [Internet]. 2000 [cité 18 juin 2018];82:443-51. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1718345/pdf/v082p00443.pdf>
186. Northouse LL, Walker J, Schafenacker A, Mood D, Mellon S, Galvin E, et al. A Family-Based Program of Care for Women With Recurrent Breast Cancer and Their Family Members. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2002;29(10):1411-9. Disponible sur: <http://onf.ons.org/onf/29/10/family-based-program-care-women-recurrent-breast-cancer-and-their-family-members>
187. Jackson SL, Peterson GM, Vial JH, Jupe DML. Improving the outcomes of anticoagulation: an evaluation of home follow-up of warfarin initiation. *J Intern Med* [Internet]. 2004;137-44. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.u-bordeaux2.fr/doi/10.1111/j.1365-2796.2004.01352.x/abstract>
188. Puranen T, Pitkala K, Suominen M. Tailored nutritional guidance for home-dwelling AD families: the Feasibility of and Elements Promoting Positive Changes in Diet (NuAD-Trial). *J Nutr Health Aging*. 2015;19(4).
189. Kendrick D, Pritchard A, Cloke J, Barley M. Randomised controlled trial assessing the impact of increasing information to health visitors about children's injuries. *Arch Dis Child* [Internet]. 2001 [cité 18 juin 2018];85:366-70. Disponible sur: <http://adc.bmj.com/content/archdischild/85/5/366.full.pdf>
190. Lenaghan E, Holland R, Brooks A. Home-based medication review in a high risk elderly population in primary care. The POLYMED randomised controlled trial. *Age Ageing*

- [Internet]. 2007 [cité 12 mars 2018];36:292-7. Disponible sur:
https://watermark.silverchair.com/afm036.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAcUwggHBBgkqhkiG9w0BBwagggGyMIIBrgIBADCC AacGCSqGS1b3DQEHATAeBg1ghkgBZQMEAS4wEQQMp4c2Kq|NoNrcHZKuAgEQgIIBeOu51xsCrcm6RbC-KZXGOQv5cUoNc3yJ8piFm6nWpZg66kXq
191. Mergenthal K, Beyer M, Gerlach FM, Guethlin C. Sharing Responsibilities within the General Practice Team – A Cross-Sectional Study of Task Delegation in Germany. *PLoS One* [Internet]. 2016 [cité 12 mars 2018]; Disponible sur: <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.proxy.unice.fr/pmc/articles/PMC4900540/pdf/pone.0157248.pdf>
 192. Kasteleyn M, Vos R, Rijken M, Schellevis F, Rutten G. Effectiveness of tailored support for people with Type 2 diabetes after a first acute coronary event: a multicentre randomized controlled trial (the Diacourse-ACE study). *Diabet Med*. 2016;33(1).
 193. Costa D, Van C, Abbott P, I K. Investigating general practitioner engagement with pharmacists in Home Medicines Review. *J Interprof Care*. 2015;29.
 194. Holton J, Harding K. Healthy Families America: ruminations on implementing a home visitation program to prevent child maltreatment. *J Prev Interv Community*. 2007;34(1-2).
 195. Hornnes N, Larsen K, Boysen G. Blood pressure 1 year after stroke: the need to optimize secondary prevention. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2011;20(1).
 196. Stafford L, Peterson G, Bereznicki L, Jackson S, van Tienen E, Angley M, et al. Clinical outcomes of a collaborative, home-based postdischarge warfarin management service. *Ann Pharmacother*. 2011;
 197. Prosmann G-J, Lo Fo Wong SH, Van Der Wouden JC, Lagro-Janssen A. Effectiveness of home visiting in reducing partner violence for families experiencing abuse: a systematic review. *Fam Pract* [Internet]. 2015 [cité 20 mars 2018];32(3):247-56. Disponible sur:
https://watermark.silverchair.com/cmu091.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAcYwggHCBgkqhkiG9w0BBwagggGzMIIBrwIBADCC AagGCSqGS1b3DQEHATAeBg1ghkgBZQMEAS4wEQQMmrh1azOt_kzmWS69iAgEQgIIBecQLEX-GJMRN7k1afJvFTSSLHwSKPID7IOE8XhyJTW0y_OCZ
 198. Kirchberger I, Meisinger C, Seidl H, Wende R, Kuch B, Holle R. Open Access STUDY PROTOCOL Nurse-based case management for aged patients with myocardial infarction: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Geriatr* [Internet]. 2010 [cité 18 juin 2018];10. Disponible sur: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/29>
 199. Peterson G, Fitzmaurice K, Naunton M, Vial J, Stewart K, Krum H. Impact of pharmacist-conducted home visits on the outcomes of lipid-lowering drug therapy. *J Clin Pharm Ther*. 2004;29.
 200. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Libr*. 2017;(7).
 201. Turnbull C, Osborn DA. Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. In: Osborn DA, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cité 16 oct 2017]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004456.pub3>
 202. Kendrick D, Mulvaney CA, Ye L, Stevens T, Mytton JA, Stewart-Brown S. Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood. *Cochrane Libr*. 2013;

203. Welsh Emma J, Maryam H, Patricia L. Home-based educational interventions for children with asthma. 2011;(10):2011-3. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008469.pub2/abstract>
204. Lopez LM, Grey TW, Hiller JE, Chen M. Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Libr.* 2015;
205. Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, et al. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane Libr.* 2017;
206. Liu Q, Abba K, Alejandria MM, Sinclair D, Balanag VM, Lansang MAD. Reminder systems to improve patient adherence to tuberculosis clinic appointments for diagnosis and treatment. *Cochrane Libr.* 2014;
207. Gera T, Shah D, Garner P, Richardson M, Sachdev H. Integrated management of childhood illness (IMCI) strategy for children under five. 2016;(6).
208. Weller CD, Buchbinder R, Johnston R V. Interventions for helping people adhere to compression treatments for venous leg ulceration. *Cochrane Libr.* 2016;
209. Takeda A, Taylor SJ, Taylor RS, Khan F, Krum H, Underwood M. Clinical service organisation for heart failure. *Cochrane Hear Gr.* 2012;
210. Dennis C-L, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(2):1-102.
211. Murphy SM, Irving CB, Adams CE, Waqar M. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Libr.* 2015;
212. Whitford HM, Wallis SK, Dowswell T, West HM, Renfrew MJ. Breastfeeding education and support for women with twins or higher order multiples. *Cochrane Libr.* 2017;
213. Brown S, Small R, Argus B, Davis PG, Krastev A. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Libr.* 2002;
214. Hodnett ED, Fredericks S, Weston J. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. *Cochrane Libr.* 2010;
215. Fleeman ND. Alcohol home detoxification: a literature review. *Alcohol Alcohol* [Internet]. 1997 [cité 22 mars 2018];32(6):649-56. Disponible sur: https://watermark.silverchair.com/32-6-649.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kKhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAbgwggG0BgkqhkiG9w0BBwagggGIMIIBoQIBADCCAzoGCSqGSib3DQEHATAeBgIghkgBZQMEAS4wEQQMGyOLUxhgR_uZWK2QAgEQgIIBawAVkATmX8IQEAic6-l5OOAXtY8pOnO2uO0VD_7XfgMrJ9
216. Gonçalves-Bradley D, Iliffe S, Doll HA, Broad J, Gladman J, Langhorne P, et al. Early discharge hospital at home. In: Shepperd S, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2017 [cité 17 oct 2017]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000356.pub4>
217. Collins C, Makrides M, McPhee A. Early discharge with home support of gavage feeding for stable preterm infants who have not established full oral feeds. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(7).
218. Kenney G, Dubay L. Explaining area variation in the use of Medicare home health services. *Med Care.* 1992;43-57.
219. Roberts MS, Sorensen L, Stokes JA, Purdie DM, Woodward M, Elliott R. Medication reviews in the community: results of a randomized, controlled effectiveness trial. *Br J Clin Pharmacol* [Internet]. 2004 [cité 18 juin 2018];58(6):648-64. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1884656/pdf/bcp0058-0648.pdf>
220. Frese T, Deutsch T, Keyser M, Sandholzer H. In-home preventive comprehensive

- geriatric assessment (CGA) reduces mortality--a randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;55(3).
221. Peters-Klimm F, Campbell S, Hermann K, Kunz CU, Müller-Tasch T, Szecsenyi J. Case management for patients with chronic systolic heart failure in primary care: The HICMan exploratory randomised controlled trial. *Trials [Internet].* 2010 [cité 18 juin 2018];11. Disponible sur: <http://www.trialsjournal.com/content/11/1/56>
 222. Bozorgmehr K, Szecsenyi J, Ose D, Besier W, Mayer M, Krisam J, et al. Practice network-based care management for patients with type 2 diabetes and multiple comorbidities (GEDIMApplus): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials [Internet].* 2014 [cité 18 juin 2018];15:1-15. Disponible sur: <http://www.trialsjournal.com/content/15/1/243>
 223. Sridhar M, Taylor R, Dawson S, Roberts NJ, Partridge MR, Sridhar D. A nurse led intermediate care package in patients who have been hospitalised with an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax [Internet].* 2008 [cité 18 juin 2018]; Disponible sur: <http://thorax.bmj>.
 224. Burns T, Raftery J, Beadsmoore A, McGuigan S, Dickson M. A controlled trial of home-based acute psychiatric services. II: Treatment patterns and costs. *Br J Psychiatry.* 1993;
 225. Muntinga ME, Van Leeuwen KM, Schellevis FG, Nijpels G, Jansen AP. From concept to content: assessing the implementation fidelity of a chronic care model for frail, older people who live at home. *BMC Health Serv Res [Internet].* 2015 [cité 18 juin 2018];15. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4312437/pdf/12913_2014_Article_662.pdf
 226. Peeters GM, De Vries OJ, Elders PJ, Pluijm SM, Bouter LM, Lips P. Prevention of fall incidents in patients with a high risk of falling: design of a randomised controlled trial with an economic evaluation of the effect of multidisciplinary transmural care. *BMC Geriatr [Internet].* 2007 [cité 18 juin 2018]; Disponible sur: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/15>
 227. Griffiths T, Burr M, Campbell I, Lewis-Jenkins V, Mullins J, Shiels K, et al. Results at 1 year of outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2000;
 228. Mbuagbaw L, Medley N, Darzi AJ, Richardson M, Garga KH, Ongolo-Zogo P. Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes. *Cochrane Libr.* 2015;
 229. Pantoja T, Opiyo N, Lewin S, Paulsen E, Ciapponi A, Wiysonge CS, et al. Implementation strategies for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. *Cochrane Libr.* 2017;
 230. Ryan R, Santesso N, Lowe D, Hill S, Grimshaw JM, Pictor M, et al. Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. *Cochrane Libr.* 2014;
 231. Morrell DC, Avery AJ, Watkins CJ. Management of minor illness. *Br Med J.* 1980;
 232. Holmes J. Psychiatric night calls. *Practitioner.* 1990;
 233. Staeger P, Fishman D. Thoracic pain. *Rev Med Suisse Rom.* 2001;
 234. Bodenmann P, Nater B. Headaches. *Rev Med Suisse Rom.* 2001;
 235. Westcott R. Collapse--on the spot management. *Practitioner.* 1990;
 236. Partridge J. The acute abdomen. *Practitioner.* 1990;

237. McGarry J. Bleeding in pregnancy. *Practitioner*. 1990;
238. Beer D, Bettschart V. Abdominal pain. *Rev Med Suisse Rom*. 2001;
239. Büla C, Alessi C, Aronow H, Yubas K, Gold M, Nisenbaum R, et al. Community physicians' cooperation with a program of in-home comprehensive geriatric assessment. *J Am Geriatr Soc*. 1995;
240. Goldberg A. Home healthcare: the role of the primary care physician. *Compr Ther*. 1995;21.
241. Baladan D, Goldfarb N, Perkel R, Carlson B. Follow-up study of an urban family medicine home visit program. *J Fam Pract*. 1988;26.
242. Vass M, Avlund K, Hendriksen C, Andersen CK, Keiding N. Preventive home visits to older people in Denmark: methodology of a randomized controlled study. *Aging Clin Exp Res*. 2002;14(6).
243. Kendrick D, Hewitt M, Dewey M, Elkan R, Blair M, Robinson J, et al. The effect of home visiting programmes on uptake of childhood immunization: a systematic review and meta-analysis. *J Public Health Med*. 2000;22(1).
244. Hill J, Hampton J, Mitchell J. A randomised trial of home-versus-hospital management for patients with suspected myocardial infarction. *Lancet*. 1978;22.
245. Ramsdell J. Geriatric assessment in the home. *Clin Geriatr Med*. 1991;7:677-93.
246. O'Donnell C, Drummond N, Ross S. Out of hours primary care: a critical overview of current knowledge. *Heal Bull*. 1999;57:276-84.
247. Townsend J, Frank A, Piper M. Continuing rise in emergency admissions. *BMJ*. 1996;312.
248. Bennett C, Macdonald G, Dennis JA, Coren E, Patterson J, Astin M, et al. Home-based support for disadvantaged adult mothers. *Cochrane Libr*. 2008;
249. Macdonald G, Bennett C, Dennis JA, Coren E, Patterson J, Astin M, et al. Home-based support for disadvantaged teenage mothers. *Cochrane Libr*. 2008;
250. Drugs for the doctor's bag revisited. *Indep Rev Dr Pharm from Consum Assoc - BMJ* [Internet]. 2000 [cité 14 nov 2017];38(9). Disponible sur: <http://dtb.bmj.com.proxy.unice.fr/content/dtb/38/9/65.full.pdf>
251. Beaumont S, Berkhout C, Birgé J, Boissel J-P, Braguer D, Caulin C, et al. Niveau de preuves et gradation des recommandations de bonne pratique. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2013 [cité 17 nov 2017]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
252. Conflict of interest policy. The Royal Australian College of General Practitioners. 2015. p. 1-5.
253. Conflict of interest procedure. The Royal Australian College of General Practitioners. 2015. p. 1-4.

7 ANNEXES

7.1 Annexe 1 : Prise en charge financière de la visite à domicile

Lors de l'instauration de l'AcBUS, le tarif des visites à domicile a été augmenté. L'objectif étant de réduire le nombre des visites effectuées et favoriser les consultations en cabinet. Le remboursement du déplacement est pris en charge par la Sécurité Sociale selon que le patient est, ou non, en difficulté ou en incapacité de se déplacer. Cet accord a été accompagné d'une campagne d'information du grand public afin d'informer, d'éduquer et de changer les habitudes. Cette réforme était nécessaire en raison d'un grand nombre de visites à domicile dites « de confort » ou pour « convenance personnelle ». Elle a fixé des critères médicaux de dépendance en dehors desquels le médecin est en droit de facturer une majoration de déplacement. L'application de la majoration de déplacement (MD) est étendue aux personnes en affection longue durée (ALD), quel que soit l'âge, pour les ALD suivantes : Accidents vasculaires cérébraux invalidants (AVC), formes graves d'affections neuromusculaires, maladie de Parkinson, mucoviscidose, paraplégie, sclérose en plaques (SEP). Depuis le 1^{er} mai 2017, la cotation (C) est devenue (G).

La visite à domicile est codée VG (= 25 €) en association avec :

- Majoration de déplacement pour critères médicaux : MD (= 10 €)
- Majoration de déplacement de jours (de 8h00 à 20h00) de dimanche et jours fériés : MDD (=22,60 €), ne s'applique qu'aux visites médicalement justifiées. MDD est applicable pour les visites effectuées le samedi après-midi.
- Majoration de déplacement de nuit (de 20h00 à 00h00 et de 06h00 à 08h00): MDN (= 38,5€), suppose une visite urgente médicalement justifiée.
- Majoration de déplacement de nuit (00h00 à 06h00) : MDI (=43,50 €), suppose une visite urgente médicalement justifiée.
- Majoration de déplacement urgent : MU (= 22,60€), majoration de déplacement pour une visite urgente nécessitant que le médecin interrompe ses consultations.

Lorsque la visite n'est pas justifiée, le médecin est libre de son tarif de déplacement (DE)

La consultation ou visite suivant une sortie d'hospitalisation peut donner lieu à une majoration spécifique :

- Majoration de suivi de sortie d'hospitalisation (MSH = 23 €): $VG(S) + MD + MSH = 23 + 35 + 23 = 58 \text{ €}$

Cette majoration ne peut s'appliquer qu'une seule fois, dans le mois suivant la sortie d'hôpital.

- Majoration de suite d'hospitalisation pour décompensation d'insuffisance cardiaque (MIC = 23 €): $VG(S) + MD + MIC = 58 \text{ €}$

Cette majoration ne peut s'appliquer qu'une seule fois, dans les 2 mois suivant la sortie d'hôpital.

Lorsque des actes techniques sont effectués à domicile dans le cas de déplacements hors agglomération, le praticien peut appliquer des indemnités kilométriques : IK

- IK en plaine = 0,61 €
- IK en montagne = 0,91 €
- IK à pieds ou en ski = 4,57 €

Le calcul se fait en appliquant un abattement sur la distance parcourue de : $2*2 \text{ km}$ en plaine (2km aller, 2km retour) et de $2*1 \text{ km}$ en zone de montagne.

Il existe également les indemnités forfaitaires de déplacement pour les actes à domicile : ID (= 3,50 €), elle s'ajoute aux actes techniques effectués à domicile, non cumulable avec les majorations de déplacement.

7.2 Annexe 2 : Grille d'extraction des données

Nom de l'auteur principal
Année de publication
Pays
Population étudiée
Objectif de l'étude
Design de l'étude
Critères d'inclusion et d'exclusion
Financement et conflits d'intérêt
Résultats (effets des VAD sur la qualité des soins)

7.3 Annexe 3: The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias

Use the modified Cochrane Collaboration tool to assess risk of bias for randomized controlled trials. Bias is assessed as a judgment (high, low, or unclear) for individual elements from five domains (selection, performance, attrition, reporting, and other).

AUB KQ1 Risk of Bias Assessment (Reference ID #)

Domain	Description	High Risk of Bias	Low Risk of Bias	Unclear Risk of Bias	Reviewer Assessment	Reviewer Comments
<i>Selection bias</i> Random sequence generation	Described the method used to generate the allocation sequence in sufficient detail to allow an assessment of whether it should produce comparable groups	Selection bias (biased allocation to interventions) due to inadequate generation of a randomized sequence	Random sequence generation method should produce comparable groups	Not described in sufficient detail	High Low Unclear	
<i>Selection bias</i> Allocation concealment	Described the method used to conceal the allocation sequence in sufficient detail to determine whether intervention allocations could have been foreseen before or during enrollment	Selection bias (biased allocation to interventions) due to inadequate concealment of allocations prior to assignment	Intervention allocations likely could not have been foreseen in before or during enrollment	Not described in sufficient detail	High Low Unclear	
<i>Reporting bias</i> Selective reporting	Stated how the possibility of selective outcome reporting was examined by the authors and what was found	Reporting bias due to selective outcome reporting	Selective outcome reporting bias not detected	Insufficient information to permit judgment †	High Low Unclear	
<i>Other bias</i> Other sources of bias	Any important concerns about bias not addressed above*	Bias due to problems not covered elsewhere in the table	No other bias detected	There may be a risk of bias, but there is either insufficient information to assess whether an important risk of bias exists or insufficient rationale or evidence that an identified problem will introduce bias	High Low Unclear	

* If particular questions/entries were pre-specified in the study's protocol, responses should be provided for each question/entry.

† It is likely that the majority of studies will fall into this category.

Assess each main or class of outcomes for each of the following. Indicate the specific outcome.

Outcome:

Domain	Description	High Risk of Bias	Low Risk of Bias	Unclear Risk of Bias	Reviewer Assessment	Reviewer Comments
<i>Performance bias</i> Blinding (participants and personnel)	Described all measures used, if any, to blind study participants and personnel from knowledge of which intervention a participant received. Provided any information relating to whether the intended blinding was effective.	Performance bias due to knowledge of the allocated interventions by participants and personnel during the study.	Blinding was likely effective.	Not described in sufficient detail	High Low Unclear	
<i>Detection bias</i> Blinding (outcome assessment)	Described all measures used, if any, to blind outcome assessors from knowledge of which intervention a participant received. Provided any information relating to whether the intended blinding was effective.	Detection bias due to knowledge of the allocated interventions by outcome assessors.	Blinding was likely effective.	Not described in sufficient detail	High Low Unclear	
<i>Attrition bias</i> Incomplete outcome data	Described the completeness of outcome data for each main outcome, including attrition and exclusions from the analysis. Stated whether attrition and exclusions were reported, the numbers in each intervention group (compared with total randomized participants), reasons for attrition/exclusions where reported.	Attrition bias due to amount, nature or handling of incomplete outcome data.	Handling of incomplete outcome data was complete and unlikely to have produced bias	Insufficient reporting of attrition/exclusions to permit judgment (e.g., number randomized not stated, no reasons for missing data provided)	High Low Unclear	

7.4 Annexe 4: Revised Assessment Of Multiple Systematic Reviews (R-AMSTAR)

How to use the R-AMSTAR tool?

The tool contains 11 questions with regard to the quality of the review. These questions are in the left column. Based on the criteria mentioned in the right column, every question should be assigned a score from 1 to 4. The sum of all scores is the overall quality score of the systematic review.

AMSTAR items	Criteria
<p>1. Was an “a priori” design provided? The research question and inclusion criteria should be established before the conduct of the review.</p>	<p>A A clearly focused (PICO-based) question B Description of inclusion criteria C Study protocol is published and/or registered in advance 3 criteria→4, 2→3, 1→2, 0→1</p>
<p>Explanation: A. It should be explicitly mentioned that a protocol was published or registered, for example in PROSPERO an online international prospective register of systematic reviews. C. The question contains Population, Intervention/exposure, Comparator/control and Outcome.</p>	
<p>2. Was there duplicate study selection and data extraction? There should be at least two persons who independently extracted data and a consensus procedure for disagreements should be in place.</p>	<p>A At least two persons independently extracted the data, explicitly stated B Statement of consensus procedure for disagreements C Disagreements among extractors resolved properly as stated or implied 3 criteria→4, 2→3, 1→2, 0→1</p>
<p>3. Was a comprehensive literature search performed? At least two electronic sources should be searched. The report must include years and databases used (e.g., Central, EMBASE, and MEDLINE). Key words and/or MESH terms must be stated, and where feasible, the search strategy should be provided. All searches should be supplemented by consulting current contents, reviews, textbooks, specialized registers, or experts in the particular field of study, and by reviewing the references in the studies found.</p>	<p>A At least two electronic sources are searched B Years and databases used are mentioned C Key words and/or MESH terms are stated and where feasible the search strategy outline is provided D Searches should be supplemented by consulting current contents, reviews, textbooks, registers and by reviewing the references in the studies found E Journals are hand-searched or manual searched 4 or 5 criteria→4, 3→3, 2→2, 1 or 0→1</p>
<p>Explanation: E. hand-searched means identifying highly relevant journals and conducting a manual, page-by-page search of their contents looking for potentially eligible studies.</p>	
<p>4. Was the status of publication (i.e., grey literature) used as an inclusion criterion? The authors should state that they searched for reports regardless of their publication type. The authors should state whether or not they excluded any reports (from the systematic review), based on their publication status, language etc.</p>	<p>A The authors state that they searched for reports regardless of their publication type. B The authors state whether or not they excluded any reports based on their publication status, language etc. C “Non-English papers were translated” or readers sufficiently trained in foreign language D No language restriction or recognition of non-English articles 3 or 4 criteria→4, 2→3, 1→2, 0→1</p>

AMSTAR items	Criteria
<p>5. Was a list of studies (included and excluded) provided? A list of included and excluded studies should be provided.</p>	<p>A Table/list/figure of included studies, a reference list does not suffice</p> <p>B Table/list/figure of excluded studies either in the article or in a supplemental source</p> <p>C Satisfactory/sufficient statement of the reason for exclusion of the seriously considered studies</p> <p>D Reader is able to retrace the included and the excluded studies anywhere in the article bibliography, reference or supplemental source</p> <p>4 criteria → 4, 3 → 3, 2 → 2, 1 → 1</p>
<p>Explanation: "Excluded studies" refers to those studies seriously considered on the basis of title and/or abstract, but rejected after reading the body of the text.</p>	
<p>6. Were the characteristics of the included studies provided? In an aggregated form, such as a table, data from the original studies should be provided on the participants, interventions/exposure, and outcomes. The ranges of characteristics in all the studies analyzed, e.g., age, race, sex, relevant socioeconomic data, disease status, duration, severity, or other diseases should be reported.</p>	<p>A In an aggregated form such as a table, data from the original studies are provided on the participants, interventions/exposure and outcomes</p> <p>B Ranges are provided of the relevant characteristics in the studies analyzed</p> <p>C The information provided appears to be complete and accurate</p> <p>3 criteria → 4, 2 → 3, 1 → 2, 0 → 1</p>
<p>7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented? "A priori" methods of assessment should be provided (e.g., for effectiveness studies if the author(s) chose to include only randomized, double-blind, placebo-controlled studies, or allocation concealment as inclusion criteria); for other types of studies, alternative items will be relevant.</p>	<p>A 'A priori' methods are provided</p> <p>B The scientific quality of the included studies appears to be meaningful</p> <p>C Discussion/recognition/awareness of level of evidence is present</p> <p>D Quality of evidence is rated/ranked base on characterized instruments</p> <p>4 criteria → 4, 3 → 3, 2 → 2, 1 or 0 → 1</p>
<p>Explanation: D. A characterized instrument is a created instrument that ranks the level of evidence, e.g. GRADE [Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation].</p>	
<p>8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions? The results of the methodological rigor and scientific quality should be considered in the analysis and the conclusions of the review, and explicitly stated in formulating recommendations.</p>	<p>A The scientific quality is considered in the analysis and the conclusions of the review</p> <p>B The scientific quality is explicitly stated in formulating recommendations</p> <p>C Conclusions integrated/drives towards practice guidelines</p> <p>D Clinical consensus statement drives toward revision or confirmation of practice guidelines</p> <p>4 criteria → 4, 3 → 3, 2 → 2, 1 or 0 → 1</p>
<p>9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate? For the pooled results, a test should be done to ensure the studies were combinable, to assess their homogeneity (i.e., Chi-squared test for homogeneity, I²). If heterogeneity exists, a random effects model should be used and/or the clinical appropriateness of combining should be taken into consideration (i.e., is it sensible to combine?).</p>	<p>A Statement of criteria that were used to decide that the studies analyzed were similar enough to be pooled</p> <p>B For the pooled results, a test is done to ensure the studies were combinable, to assess their homogeneity</p> <p>C a recognition of heterogeneity or lack of thereof is present</p> <p>D If heterogeneity exists a 'random effects model' is used and/or the</p>

PEROSH OSH Evidence Methods

AMSTAR items	Criteria
	<p>rationale of combining is taken into consideration</p> <p>E If homogeneity exists, author state a rationale or a statistical test</p> <p>4 or 5 criteria → 4, 3 → 3, 2 → 2, 1 or 0 → 1</p>
<p>10. Was the likelihood of publication bias assessed? An assessment of publication bias should include a combination of graphical aids (e.g., funnel plot, other available tests) and/or statistical tests (e.g., Egger regression test).</p>	<p>A Recognition of publication bias or file-drawer effect</p> <p>B Graphical aids (e.g. funnel plot)</p> <p>C Statistical tests (e.g. Egger regression test)</p> <p>3 criteria → 4, 2 → 3, 1 → 2, 0 → 1</p>
<p>11. Was the conflict of interest included? Potential sources of support should be clearly acknowledged in both the systematic review and the included studies.</p>	<p>A Statement of sources of support</p> <p>B No conflict of interest. This is subjective and may require some deduction or searching.</p> <p>C An awareness/statement of support or conflict of interest in the primary inclusion studies</p> <p>3 criteria → 4, 2 → 3, 1 → 2, 0 → 1</p>

Maximum quality score sum: 44

PEROSH OSH Evidence Methods

7.5 Annexe 5 : Niveau de preuve des recommandation selon l'HAS

Tableau 1. Grade des recommandations	
A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Les recommandations et leur synthèse sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication – information
5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

7.6 Annexe 6 : Articles exclus

Motif d'exclusion	Référence
Études ne traitaient pas des VAD	(94) (95) (96) (97) (98) (99) (100) (101) (102) (103) (104) (105) (106) (107) (108) (109) (110) (111) (112) (113) (114) (115) (116) (117) (118) (119) (120) (121) (122) (123) (124) (125) (126) (127) (128) (129) (130) (131) (132) (133) (134) (135) (136) (137) (138) (139) (140) (141) (142) (143) (144) (145) (146) (147) (148) (149) (150) (151) (152) (141,153–164) (165–167) (168)(169) (170)
Études sur VAD réalisées par d'autres professionnels de santé ou en collaboration	(171) (172) (173) (174) (175) (176) (177) (178) (179) (180) (181) (182) (183) (184) (185) (186) (187) (188) (189) (190) (91) (191) (93) (192) (193) (194) (195) (196) (197) (198) (199) (92) (200) (201) (202) (203) (204) (205) (206) (207) (208) (209) (210) (211) (212) (213,214) (215)
Virage ambulatoire	(216) (217)(218)
Interventions complexes	(219) (220) (221) (222) (223) (224) (225) (226) (227) (228) (229,230)
Absence d'abstract et/ou non accessible	(231) (232) (233) (234) (235) (236) (237) (238) (55) (239) (240) (241) (242) (243) (244) (245) (8) (246) (247)
Retrait de la publication (erreur)	(248) (249)
Doublon	(250) (52) (43)

7.7 Annexe 7 : Caractéristiques des études incluses

Caractéristiques des essais randomisés contrôlés

Auteur, année de publication	Pays - Période de recrutement	Design de l'étude	Population étudiée - Age	Effectif global - Durée du suivi	Financement - Conflit d'intérêt	Résultats
Lakin. A (2015) (38)	Islande 06/2012-05/2013	Essai contrôlé randomisé	Femmes en post partum et leurs nouveaux nés	17 nouveaux nés (6 premiers mois de vie): Groupe VAD (n=9) : Visite par un médecin, à 1 semaine puis à 1 mois du post partum Groupe contrôle (n=8) : consultation au cabinet médical sans VAD	NP	Effets de 2 VAD par MG, de nouveau-nés après leur sortie de maternité: Résultats significatifs : → Diminution significative du recours aux services d'urgences : <i>groupe VAD</i> 1,63 vs 3,38 (p=0,05) pour le <i>groupe contrôle</i> . → Différence significative du nombre d'appels entre deux visites ou consultations : 1,78 <i>groupe VAD</i> vs 3,71 <i>groupe contrôle</i> (p=0,05) -Pas de différence significative sur : → la durée de l'allaitement, → la dépression du post partum (22,5% <i>groupe VAD</i> vs 25% <i>groupe contrôle</i>), → la satisfaction des patientes (WHOQOL-BREF Result) (p=0,09). → Femmes du <i>groupe VAD</i> : plus de réussite à l'allaitement bien que ces résultats ne soient pas significatifs (77,8% versus 37,5%; p= 0,15)

<p>Rytter L et al. (2010) (34)</p>	<p>Danemark - Nov. 2003 à Juin 2005</p>	<p>Essai contrôlé randomisé</p>	<p>Patients de > 78 ans sortant d'hospitalisation</p>	<p><u>331 patients répartis en 2 groupes :</u> Groupe intervention (n= 148) : VAD par MG/IDE Groupe contrôle (n= 145) : soins habituels</p>	<p>Financement : Centre danois d'évaluation des technologies de la santé Le Conseil National de la santé ; La Fondation d'assurance maladie ; La Fondation des médecins généralistes pour le développement de la médecine générale ; Le Département de la santé du comté de Copenhague pour la pratique générale - Conflit d'intérêt : Non, déclaré</p>	<p>Programme de suivi à domicile post hospitalisation par MG/IDE (1 semaine post sortie + 2 contacts à 3 et 8 semaines après sortie) Résultats significatifs : → Réduction du risque relatif de réadmission de 23% dans les 6 mois suivant la sortie : 86 (52%) patients groupe témoin et 67 (40%) groupe intervention ont été réadmis (p=0,03) → Amélioration du contrôle des médicaments après la sortie, dans le groupe intervention vs groupe témoins (48% vs 34% p<0,02) Résultats non significatifs : → Intervention sans incidence sur les coûts, mais avec une <i>tendance à la réduction des</i> coûts. Total des coûts (hospitaliers, VAD MG/IDE, ensemble des soins primaire, traitements) (IC à 95% € - 2.334 à + 916) → Aucun impact de l'intervention sur : la mort, la capacité fonctionnelle ou l'auto- évaluation de la santé.</p>
<p>Thygesen LC et al. (2015) (60)</p>	<p>Danemark - Février 2012 au 14</p>	<p>Essai contrôlé randomisé uni centrique</p>	<p>Patients >ou = 65 ans sortant d'un service de médecine</p>	<p>Groupe intervention n= 270 Groupe contrôle n= 261 Suivi 180 jours</p>	<p>Financement public (Intersectoral Projects in</p>	<p>Résultats non significatifs : →Aucun effet sur le temps de réadmission hospitalière. →Pas de réduction sur l'utilisation des soins de santé primaires ou secondaires.</p>

	septembre 2012		interne atteints de démence.		Region Zealand, Danemark) - Conflit d'intérêt : Non, déclaré	
Cragg DK et al. (1997) (71)	Royaume Uni - Entre juillet 1994 et juillet 1995	Essai contrôlé randomisé	Patients appelant en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux : Entre 19h et 7h pendant les jours de semaine. A partir de 13h le samedi. A partir de 7h le dimanche et jours fériés pour 24h.	<u>2152 appels de patients répartis entre</u> : 49 médecins généralistes (MG) : prise en charge de 1046 (49%) appels de patients. 183 médecins de permanence de soins professionnalisés libéraux (MS) : prise en charge de 1106 (51%) appels de patients - <u>Suivi</u> : Les patients qui ont demandé des soins au cours de la période d'étude ont été interrogés 24 à 120h plus tard (2/3 entre 24 et 72h), parmi les 2152 appels éligibles, 1466 (71%)	Financement : Kensington, Chelsea et Westminster Medical Audit Advisory Group et Healthcall PLC - Conflit d'intérêt : Les 2 organisations qui ont financé cette étude avaient un intérêt dans les résultats, mais aucun d'entre eux n'avait de rôle dans la conception, la conduite, l'analyse ou la présentation de ce travail.	Résultats significatifs : → Conseils téléphoniques : MG 20,2% vs 0,72% MS → Réalisation VAD : 74,9% MG vs 94,8% MS → Délai médian VAD ($p < 0,0001$) : MG 35min vs 52 MS → Délivrance ordonnance ($p 0,042$) : 56,1% MG vs 63,2% MS → Prescription ATB ($p < 0,006$) : 43,7% MG vs 61,3% MS → Prescription génériques ($p 0,001$) : 58,4% MG vs 32,1% MS → Prescription médicale issue d'un protocole pré établie : 49,8% MG vs 41,1% MS → Coût des médicaments prescrit : £3,28 MG vs £5,08 MS Résultats non significatif : → Nombre d'admission à l'hôpital → Nombre de patients admis par la suite → Durée d'admission

				interview ont été réalisées.		
Sharifi V et al. (2012) (39)	Iran (Téhéran)	Essai contrôlé randomisé	<p>Post hospitalisation psychiatrique de patients :</p> <p>-Schizophrénie ou -Trouble psycho affectif ou bipolaire Et -Avec antécédents d'hospitalisation psychiatrique Et -Résidant à proximité de l'hôpital Et -Consentement signé (patient + tuteur) - Age : 15 à 65ans</p>	<p><u>130 patients inclus</u> :</p> <p>Groupe intervention (n=66) : visite à domicile (MG +Assistante sociale)</p> <p>Groupe contrôle (n=64) : soins habituels : - <u>Suivi</u> sur 12mois Analyse a J0 sortie hôpital puis à 4, 8 et 12 mois.</p>	<p>Financement : NP</p> <p>- Conflit d'intérêt : non précisé</p>	<p>Visites et soins à domicile de faible intensité (1/mois pendant 12mois) =mode de soin efficace pour les patients atteints de troubles mentaux graves.</p> <p>-<u>Objectif primaire</u> : Diminution du taux de ré admission à hôpital : 16 patients du groupe intervention vs 26 du groupe contrôle (p=0,061) ; après soustraction du taux de ré hospitalisation à 12 mois par le taux d'hospitalisation annuel moyen : le taux d'hospitalisation dans le groupe intervention était significativement inférieur à celui du groupe contrôle (p=0,01)</p> <p>-Résultats significatifs des objectifs secondaires (groupe intervention vs groupe contrôle) : →Réduction des symptômes psychotiques (25% vs 8% p= 0,01) →Réduction des symptômes dépressifs (38% vs -2% p=0,003) →Amélioration du ressenti global sur la prise en charge positif (35% vs 21% p= 0,008) →Réduction des pénuries des demandes en Iran.</p>

						-Le programme de soins à domicile : absence de supériorité par rapport aux soins habituels, en termes d'amélioration de la qualité de vie et du fonctionnement global.
Lattimer V et al. (1998) (47)	Angleterre Wiltshire - Du 23 janvier 1997 à 18h au 20 janvier 1998 à 18h	Essai randomisé en blocs, contrôlé	Appels de patients en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux*, d'une association de 55 médecins généraliste dans le Wiltshire *Du lundi au vendredi : 18h15- 23h15 Samedi : 11h00-23h15 Dimanche : 8h-23h15	<u>14 492 appels (concernant 10134 patients = 10,4% de la population enregistrée)</u> Groupe intervention : (n= 7184 appels) Groupe témoin (n= 7308 appels) - <u>Suivi</u> sur 12 mois	Financement : BT/VL/JT - Conflit d'intérêt : Non, déclaré	- Consultation téléphonique par IDE : → Réduction de 50% la charge de travail globale des MG : → Réduction de 69% des conseils téléphoniques → Réduction de 38% des consultations dans les centres de soins primaires → Réduction de 23% des VAD du MG → Absence d'augmentation du nombre événements indésirables → Accès rapide, moyens sûr et efficace ; du système présentement testé dans cette étude. → IDE : filtre efficace grâce à un logiciel de prise de décision.
Lattimer V et al. (2000) (48)	Angleterre Wiltshire - Janvier 1997 à janvier 1998	Analyse économique du NHS, issue de l'essai contrôlé randomisé précédent (47)	Idem	Idem	Financement : Medical Research Council - Conflit d'intérêt : Non, déclaré.	Résultats significatifs : → Le service de téléconsultation a été associé à une diminution du nombre d'hospitalisations pour les adultes et les enfants. → Les consultations téléphoniques par IDE en soins primaires en dehors des heures normales d'ouverture permettraient de

						<p>réduire, à long terme, les coûts globaux du NHS.</p> <p>→ Diminution de £94 422 des coûts pour le NHS issue de la réduction du nombre d'admissions à des services d'urgences hospitaliers.</p> <p>-Projection à long terme : économies sur le NHS s'élèveraient à £123 824/ an.</p> <p>-Économie supplémentaires de £ 16 928 pour la médecine générale dues à la réduction de déplacements pour les VAD et diminution des rdv au cabinet 3 jours après l'appel.</p> <p>-Les médecins généralistes supportent la plupart des coûts de la téléconsultation IDE mais bénéficient le moins des économies qui y sont associées.</p> <p>-Résultats non généralisable. Valable uniquement pour le système présentement testé y compris la formation des IDE et le logiciel de prise de décision utilisé.</p>
Hebert R et al. (2001) (61)	Canada Québec	Essai contrôlé randomisé en double aveugle - NP	Personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile dans la région métropolitaine de Sherbrooke, nées entre le 1 ^{er} décembre et le 30 avril.	<u>503 patients éligibles répartis en :</u> Groupe intervention : (n= 250) (n=245) pour analyse critère jugement principal Groupe témoin:	Financement : Subvention du Fonds de la recherche en santé du Québec - Conflit et intérêt : NP	-Un questionnaire postal peut dépister les personnes de plus de 75 ans qui risquent de subir un déclin fonctionnel. -Le programme de dépistage et d'intervention multidimensionnel n'a eu aucun effet sur le déclin fonctionnel, l'autonomie, le bien être, le soutien social perçu ou l'utilisation des services de soins de santé :

			(n= 1752)	(n= 253) (n= 249) pour analyse du critère de jugement principal - <u>Suivi</u> sur 1 an, après l'envoi du questionnaire postal.		→ 48 (19,6%) sur 245 du groupe d'étude → 49 (19,7%) sur 249 dans le groupe témoin Avaient un risque relatif de déclin fonctionne 1,00 ; IC 95% (0,82+/- 1,23). -Absence de différence significative sur les critères de jugements secondaires dans les deux groupes. -Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour améliorer la prise en charge du déclin fonctionnel.
Hansen FR et al. (1992) (33)	Danemark - Période d'intervention : 1 ^{er} Mai 1987 au 15 juin 1988. Étude 1ans après intervention	Essai contrôlé randomisé prospectif	Patients âgés de >75ans et plus sortant de l'hôpital de Roskilde.	<u>404 patients éligibles :</u> Groupe intervention (n=163) Groupe contrôle : (n=181) - <u>Suivi</u> : 1an.	Subvention du Danish Ministry of Health Medical Research Foundation for region, Programme financé par l'hôpital de Roskilde - Conflit d'intérêt : NP	-Résultats significatifs : → Admission en maison de retraite significativement supérieure dans le groupe contrôle par rapport au groupe intervention (25/10, p<0,05) → Jours passés en institution : 2700 jours dans le groupe contrôle versus 1950 jours dans le groupe intervention. → Instauration d'aide à domicile par IDE : 70(46%) groupe intervention vs 51(34%) groupe contrôle. -Résultats non significatifs : → Absence de significativité dans le nombre de décès et le nombre de réadmission à l'hôpital. -Programme prophylactique post hospitalisation : bénéfique pour les patients de 75ans et plus.

<p>Mayo NE et al (2008) (57)</p>	<p>Montréal, Québec, Canada</p>	<p>Essai contrôlé randomisé stratifié, équilibré, à l'aveugle des évaluateurs - NP</p>	<p>Personnes sortantes de l'hôpital à la suite d'un premier AVC ou d'un AVC récurrent nécessitant une surveillance en raison de leur comorbidité, leur isolement ou de leur incapacité fonctionnelle. - Période d'intervention : 6 semaines puis suivi à 6 mois post AVC.</p>	<p><u>190 patients randomisés :</u> Groupe intervention : n=96 (n=86 à 6 semaines, n=81 à 6 mois) Groupe contrôle : n=94 (n=81 à 6 semaines ; n=76 à 6 mois)</p>	<p>Financement pas le Conseil de recherches médicales du Canada - Conflit d'intérêt : NP</p>	<p>-Résultats significatifs : →Diminution significative du nombre moyen de visites en ambulatoire auprès d'un médecin spécialiste: 2,2 pour le groupe intervention vs 3,4 pour le groupe contrôle, p=0,01 ; 6 mois après la sortie d'hôpital. Résultats non significatifs : →Absence d'amélioration de la qualité de vie. →Absence de réduction significative sur le nombre de recours aux services d'urgence et/ou le nombre d'hospitalisation.</p>
<p>Barlow J et al. (2007) (42)</p>	<p>Royaume-Unis</p>	<p>Essai contrôlé randomisé multicentrique. - NP</p>	<p>Parents évalués à haut risque de mauvais rôle parental. (Conditions sociales, économique, mentale ...)</p>	<p><u>131 femmes enceintes randomisées :</u> Groupe intervention (n= 68) : VAD Groupe contrôle (n= 63) : suivi habituel - <u>Suivi</u> pendant 18mois en post natal</p>	<p>Financement : Department of Health, Nuffield Foundation - Conflit d'intérêt : Non, déclaré.</p>	<p>-Résultats significatifs : →Augmentation significative des interactions mère-nourrisson à 12 mois post natal : augmentation de la sensibilité maternelle dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle (p=0,04) et de la coopération du nourrisson (p=0,02) →Différence significative du cout moyen par nourrisson dans le groupe intervention vs contrôle (£7120 vs £3246). -Pas d'autre différence significative.</p>

<p>Vass M et al (2007) (41)</p>	<p>Danemark - Période d'intervention : 1999 à 2001</p>	<p>Essai contrôlé randomisé prospectif</p>	<p>Patients de 75 à 80 ans à domicile, vivant dans une des 34 municipalités danoises sélectionnées.</p>	<p><u>Invitation aux visites préventives (n=5788)</u></p> <p>Groupe volontaires à un suivi à domicile préventif (n=4060) « participants » :</p> <p>Groupe non volontaires à un suivi à domicile préventif (n= 1048) « non participants » <u>dont</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - n=76 « en trop bonne santé » ; - n=209 « trop malade » ; - n=273 « non intéressé » - n=460 « autre raison » de refus de participer - n=680 : « non contactés » <p>-</p> <p><u>Durée de suivi</u> : 5 ans</p>	<p>Financement : Danish Ministry of Social Affairs, The Danish Medical Research Council, Research Foudation for General Practice and Primary Care, Eastern Danish Research Forum and County Value Added Tax Foundation.</p> <p>-</p> <p>Conflit d'intérêt : NP.</p>	<p>-Résultats significatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> →Taux de mortalité significativement plus élevé chez les « non participants » que chez les participants (survival analysis risk ratio RR 3 year=1.6, 95% CI=1.4–1.9, p<0.0001) →Taux d'admission en maison de retraite significativement plus élevé dans le groupe « non participants » (RR 3 year=1.6, 95% CI=1.2–1.8, p<0.002). →Cette tendance à également été présente 2 ans après la fin de la période d'intervention : RR5 year= 1,5 ; IC=1,3-1,7, p< 0,0001). → A 5ans : les groupes non participants : -« trop malade » et « non contacté » ont fait plus appels à des VAD et aux hospitalisations (p<0,001), et ont un taux de mortalité supérieur aux autres « non participants » (p<0,0001) <p>-Résultats non significatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> →Absence de différence significative à 3 et 5 ans du taux de mortalité entre les différents sous-groupe de « non-participants » vivant dans les municipalité d'intervention (26,4%/40,3%) ou dans les municipalité de contrôle (24,6%/38,4% ; p= 0,44/0,22) . -Pas de différence significative pour les groupes « trop sain » et « autre raison »
--	--	--	---	---	---	---

Caractéristiques des revues systématiques de la littérature et méta-analyse :

Auteur, année de publication	Nom de l'étude - Pays - Période de recrutement	Design de l'étude - Bases de données pour les revues et dates	Population étudiée - Age	Nombre d'articles inclus pour les revues - Durée du suivi	Financement - Conflit d'intérêt	Résultats - <u>Niveau de qualité des études</u>
Ferrier C et al. (2000) (6)	Canada	Revue de la littérature - MEDLINE 1991-1999	Médecins qui pratique des VAD.	Nombre d'articles non précisé	NP	Les VAD peuvent constituer un complément précieux et enrichissant à la pratique familiale en cabinet ou en clinique.
Salisbury C (2000) (46)	Royaume-Uni	Revue de la littérature - MEDLINE (1966-12/1999) EMBASE (1988- 10/1999)	Demande de soins et variation de la demande en dehors des heures d'ouvertures des cabinets médicaux.	49 articles inclus - Publication de 1959 à 1999	NP	-Les études sur les demandes de soins en dehors des heures d'ouvertures restent contradictoires . -L'utilisation des systèmes électroniques de gestion des appels ainsi que le développement des coopératives de santé permettent d'obtenir des données précises sur la demande totale des soins en dehors des heures d'ouvertures des cabinets
Taylor S et al. (2009) (35)	Royaume-Uni	Revue de la littérature - Cochrane CENTRAL register of Controlled Trials (jusqu'à Juin 2003)	Évaluation de l'efficacité d'interventions (gestion de cas, multidisciplinaire, et clinique) des patients atteints d'ICC ; ayant	16 essais randomisés contrôlés ont été inclus, impliquant 1627 patients. - Publication jusqu'à juin 2003.	Financement : NP - Conflit d'intérêt : non, déclaré.	- Un seul essai contrôlé randomisé a été jugé de haute qualité , sur les 16 essais inclus. - Faible niveau de preuve sur l'efficacité d'une surveillance intensive par des intervention « gestion des cas » de patients ICC, après leur sortie d'hospitalisation.

		<p>MEDLINE (Janvier 1966 à Juillet 2003)</p> <p>EMABASE (Janvier 1980 à Juillet 2003)</p> <p>CINAHL (Janvier 1982 à Juillet 2003)</p> <p>AMED (Janvier 1985 à Juillet 2003)</p> <p>Science Citation Index Expanded (Janvier 1981 à Mars 2001)</p> <p>SIGLE (Janvier 1980 à Juillet 2003)</p> <p>DARE (Juillet 2003)</p> <p>National Research Register (Juillet 2003)</p> <p>NHS Economic Evaluations Database (Mars 2001)</p>	<p>comme antécédents : une admission en soins secondaires pour ICC.</p>			<p><i>Faible niveau de preuve</i> sur l'impact de ces interventions en termes d'amélioration de la survie et sur le nombre de réadmission.</p>
<p>Martin S et al. (2008) (56)</p>	<p>Royaume -Uni</p>	<p>Revue de la littérature</p> <p>-</p> <p>Cochrane EPOC Group Register</p> <p>Cochrane CENTRAL</p> <p>MEDLINE (1966 à Mars 2007)</p> <p>EMBASE (1980 à Mars 2007)</p>	<p>Déterminer les effets des interventions technologique de la « maison intelligente » sur :</p> <p>-l'état de santé d'un patient</p> <p>-l'impact sur les soins de santé</p>	<p>Aucune publication n'a été retenue, sur les 2380 citations initiales.</p> <p>-</p> <p>Publication jusqu'à 2007 inclus.</p>	<p>Financement : les auteurs de la revue</p> <p>-</p> <p>Conflit d'intérêt : non, déclaré.</p>	<p><i>-Absence de preuves</i> suffisantes pour étayer ou réfuter les bénéfices des technologies intelligentes (EAT) sur la santé.</p> <p><i>-Pénurie d'études</i> bien conçues malgré la quantité importante de littérature issue de la recherche documentaire.</p> <p><i>Faible niveau de preuve</i></p>

		CINAHL (1982 à Mars 2007) DARE	(charge de travail du médecin, admission hospitalière)			
Wong C et al. (2012) (58)	Royaume-Uni	Revue de la littérature - Cochrane, CENTRAL, MEDLINE, EMABASE, CINAHL, AMED et PsychINFO 1987-Nov 2011	Impact des soins par des IDE à domicile chez les patients atteints de BPCO.	9 essais randomisés contrôlés impliquant 1498 participants.	Financement : NP - Conflit d'intérêt : non, déclaré	<p>Résultats significatifs : →Après combinaison de 4 études : améliorations statistiquement significative de la qualité de vie (différence moyenne -2,61, IC 95% - 4,82 à -0,40). <u>GRADE preuve de qualité faible.</u></p> <p>Résultats non significatifs : →Réduction non significative de la mortalité à 12 mois (OR 0,72 IC 95% 0,45 à 1,15). <u>GRADE preuve de qualité faible.</u> →Absence d'amélioration de la qualité de vie des aidants.</p> <p>Résultats hétérogènes : →Hétérogénéité des résultats concernant le nombre d'hospitalisations. <u>GRADE preuve qualité faible.</u> →Données relatives aux visites du médecin généraliste et aux admissions aux services d'urgences: aucun effet constant retrouvé -Coût des soins plus élevé pour le groupe intervention (1 étude/9) vs groupe contrôle (soins classiques).</p>

<p>Khalil H et al. (2017) (43)</p>	<p>Royaume Unis USA (pour 65% des études incluses)</p>	<p>Revue de la littérature - Cochrane, MEDLINE, EMBASE, NHSEED, CINAHL EBSCO Littérature grise - Jusqu'à octobre 2016</p>	<p>Interventions (organisationnelle, professionnelle et structurelle) visant à réduire les erreurs de traitements médicamenteux des adultes de tout âge.</p>	<p>30 études randomisées impliquant 169 969 participants. - Le suivi variait de 3mois à 4,7ans.</p>	<p>Financement : NP - Conflit d'intérêt : Kalil H, Chambers H, Bell B. : non, déclaré. Sheikh A. : subvention de l'OMS pour la sécurité des patients en soins primaires. Avery T : financement de la fondation BUPA.</p>	<p>Résultats hétérogènes : → Interventions professionnelle : peu ou pas de différence significative au niveau du nombre de personne hospitalisées (<u>GRADE preuve de qualité élevée</u>) ou du nombre d'hospitalisation (<u>GRADE preuve de qualité modérée</u>) (critères de jugement principaux), ou sur le nombre de décès (<u>GRADE preuve de qualité modérée</u>) ou du nombre de passages aux urgences (<u>GRADE preuve de qualité faible</u>). (critères de jugements secondaires). → Intervention organisationnelle (= relecture ordonnance par IDE pharmacien, médecin ; VAD par médecin) : idem → Interventions structurelles : aucune étude trouvée pour ce type d'intervention.</p>
<p>Kew KM et al. (2016) (49)</p>	<p>Royaume-Unis Hawaï Pays Bas Danemark</p>	<p>Revue de la littérature - Cochrane (CAGR), CENTRAL, MEDLINE, EMABASE, CINAHL, AMED, PsycINFO Jusqu' au 24 Recherche dans</p>	<p>Évaluation de la sureté et de l'efficacité d'un bilan de santé réalisé à distance par le biais de toutes technologies (téléphone, vidéo conférence, e-</p>	<p>6 essais randomisés contrôlés en parallèles impliquant 2100 participants - Suivi variait de 6 à 12 mois.</p>	<p>Financement : National Institute for Health and Care Excellence (NICE) - Conflit d'intérêt :</p>	<p>Résultats hétérogènes : → Pas de conclusion formelle sur le fait que les personnes du groupe « téléconsultation » ont eu besoin de plus de corticostéroïdes oraux (CTO) dans un contexte d'exacerbation asthmatique, que les personnes du groupe « consultation face-à-face » du fait d'un intervalle de confiance</p>

		ces bases de données depuis leur création jusqu'à novembre 2015, PubMed (20 juillet 2015) Recherches manuelles	consultation) par rapport aux consultations habituelles en face à face, par un professionnel de santé destinée pour les adultes (médiane 50,1 ans) et enfants (médiane 9,6 ans) diagnostiqués asthmatiques.		Non, déclaré.	<p>trop larges (OR 1,74, IC 95% 0,41 à 7,44). (Critère de jugement primaire) → Dans le groupe contrôle « face-à-face » 21 personnes/1000 avaient des exacerbations nécessitant des CTO sur 3 mois, contre 36/1000 pour le groupe « téléconsultation ». → Les exacerbations nécessitant une prise en charge aux urgences ou une hospitalisation sont trop rares pour détecter si les examens médicaux à distances sont une alternative sûre aux consultations « face-à-face ». (Critère de jugement primaire)</p> <p>Résultats non significatifs : → Pas de différence significative entre les deux groupes sur les critères de jugements secondaires : contrôle de l'asthme, qualité de vie liée à l'asthme, visite médicale imprévue et fonction pulmonaire (VEMS).</p> <p><i>-Qualité de l'étude GRADE: preuve de qualité faible à modérée.</i></p>
Inglis SC et al. (2015) (45)	États-Unis (56%), Australie, Argentine, Brésil, Canada, Allemagne, Inde, Iran, Italie, Pays	Mise à jour d'une revue systématique de la littérature	Examen des essais contrôlés randomisés portant sur un soutien téléphonique	41 essais contrôlés randomisés impliquant 12947 patients ; dont 25 portant sur le soutien téléphoniques	Financement: Bourse de « Heart Foundation »/ NICS scholarship	<p>-Critères de jugement principaux : → Mortalité toutes causes confondues (<i>GRADE : preuve de qualité moyenne</i>) : <i>Télésurveillance</i> : RR de 0,66, IC à 95% entre 0,54 et 0,81, p<0,0001</p>

	<p>Bas, Royaume-Uni, Pologne. - Jusqu'au 12 janvier 2015</p>	<p>(Clark 2007/Inglis.SC 2010) - CENTRAL (2014), DARE (2014), HTA (2014), MEDLINE (1946 au 12 janvier 2015), OLDMEDLINE, EMABASE 1980 à 2015), CINAHL (1937 au 12 janvier 2015), SCI-EXPANDED (1970 au 12 janvier 2015), AMED (jusqu'au 31 décembre 2014). Recherches manuelles</p>	<p>structuré ou une télésurveillance par rapport aux soins habituels chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique, afin de quantifier les effets de ces interventions en plus des soins habituels chez ces patients. - Age : 18 ans et plus.</p>	<p>structurés (9332 patients), 18 sur la télésurveillance (3960 patients) et 2 études évaluant les 2 interventions. - 38% des études avaient une durée de suivi < 6 mois</p>	<p>- Conflit d'intérêt : Inglis SC. : non, déclaré. Dierckx R. : non, déclaré.</p>	<p><i>Soutien téléphonique structuré</i> : RR de 0,88, IC à 95% entre 0,76 et 1,01, p=0,08 → Hospitalisation toutes causes confondues (GRADE : preuve de qualité très faible) : Les preuves qui étaient statistiquement significatives étaient faibles dans les 2 études et l'hétérogénéité entre les était importants. → Mortalité/Hospitalisations dues à l'ICC (GRADE : preuve de qualité moyenne) : <i>Télésurveillance</i> : RR de 0,79, IC à 95% entre 0,67 et 0,94, p=0,008 <i>Soutien téléphonique structuré</i> : RR de 0,77, IC à 95% entre 0,68 et 0,87, p< 0,0001</p> <p>-Critères de jugement secondaires : → Durée de séjour : données hétérogènes. → Qualité de vie : amélioration de la qualité de vie pour 9 des 11 études (soutien téléphonique) et 5 des 11 études (télésurveillance). → Adhérence à l'intervention : 55,1% et 65,8% pour le soutien téléphonique 75% à 98,5% pour la télésurveillance → Satisfaction et facilité d'utilisation : 76% et 97% d'acceptation des personnes</p>
--	--	---	---	---	--	--

						<p>recevant des soins de santé via la technologie. Sauf pour les études visiophoniques.</p> <p>→ Coûts : réduction des dépenses de santé / mais résultats contradictoires et hétérogène.</p> <p>Résultats significatifs complémentaires:</p> <p>→ Amélioration significative des connaissances des patients sur leur maladie. (6 études sur le soutien téléphonique / 1 étude télésurveillance).</p> <p>→ Améliorations des classes de NYHA observés.</p> <p>→ Amélioration des prescriptions médicamenteuses.</p>
<p>McLean S et al. (2011) (50)</p>	<p>Royaume-Unis</p>	<p>Revue systématique de la littérature</p> <p>-</p> <p>CENTRAL, CINAHL, EMBASE, Medline, Conférences, Registre nationale de recherche Royaume uni, recherche manuelle, Web site.</p> <p>-</p>	<p>Examiner l'efficacité des services de télésanté des personnes atteinte de maladies pulmonaire chronique obstructive (MPOC) comparées aux soins habituels.</p>	<p>10 essais randomisés contrôlés impliquant 1004 participants ; dont : 3 sur le système téléphonique ; 4 sur le système internet ; 1 sur le réseau indépendant spécialisé avec vidéo ; 2 sur la vidéo conférence.</p> <p>-</p> <p>Suivi : variait entre 6 et 12 mois.</p>	<p>Financement : NHS</p> <p>Conneting for Health Evaluation Program, Medicaid, NHS Education for Scotland</p> <p>-</p> <p>Conflicts d'intérêt : oui, déclaré.</p>	<p>-Critères de jugements primaires :</p> <p>→ Exacerbation totale : 1 étude montre une différence significative limite p=0,06</p> <p>1 étude à monter un nombre moyen d'exacerbation/mois significativement plus élevé chez les témoins que dans le groupe « télésoins » (0,78+- 0,77 et 0,23 +- 0,38 respectivement, p<0,0001).</p> <p>→ Admissions service d'urgences : Meta analyse de 3 études : groupe « télésanté moins susceptibles d'admissions aux urgences que les</p>

		Jusqu'à janvier 2010.	Quel que soit l'âge, le sexe, l'ethnie, la langue ; Soins primaires et secondaires.			<p>témoins : OR 0,27 (IC à 95% de 0,11 à 0,66). → Hospitalisations : Méta analyse de 4 essais : OR 0,46 (IC à 95% de 0,33 à 0,65) ; p< 0,00001. Moins d'hospitalisations dans le groupe « télésoins » que le groupe témoins → Décès : pas de différence significative.</p> <p>-Critères de jugements secondaires : → FEV : pas de différence significative. → FVC : pas de différence significative. → Satisfaction des patients : utilisation d'échelle non validées. → Coûts : système de télésoins coûteux initialement mais parviennent à maintenir les patients hors des hôpitaux, les économies générées les rendent moins coûteux sur du long terme. Mais grands écart type : prudence pour généralisation des résultats.</p> <p><i>Qualité modérée des preuves.</i></p>
Van Haastregt J et al. (2000) (40)	Pays - Bas	Revue systématique de la littérature -	Évaluer les effets des VAD auprès des personnes âgées de 65 ans et	15 essais contrôlés randomisés. Dont :	Financement : Zorg Onderzoek Nederland and Stichting	Résultats hétérogènes : → Peu de preuve en faveur de l'efficacité des visites préventives à domicile auprès des personnes âgées vivant dans la communauté.

		Medline (1966 à Mai 1999), Embase (1989 à Mars 1999), The Cochrane Controlled Trials Register Recherche dans les références des essais inclus.	plus, vivant à domicile	5 examinés le fonctionnement physique (IADL) 8 examinés la fonction psychosociale 6 examinés le nombre de chutes 7 examinés le nombre d'admissions dans les établissements (maison de retraite/hôpitaux) 13 examinés le taux de mortalité - Suivi variaient de 2 ans et plus et 2 VAD par semaine pendant 1 ans.	Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke gezondheidszorg. - Conflit d'intérêt : non, déclaré.	→ Les résultats d'études antérieures concluant à un effet favorable sur la mortalité et sur le nombre d'admissions à l'hôpital grâce aux visites préventives, n'ont pas été confirmés par les résultats de cette revue. → Choisir une population cible spécifiques pour les visites préventives, pour trouver une amélioration significative future. → Aucune étude n'a conclu à un effet négatif, mais aucune amélioration significative n'a été trouvée. - Résultats favorables groupe intervention>groupe contrôle: → Fonctionnement physique : 5/12 essais : → Fonction psychosociale : 1/8 essais : → Nombre de chute : 2/6 essais → Admission établissements : 2/7 essais → Mortalité : 3/13 essais <u>Le score de qualité méthodologique des 15 études variaient de 29% à 71%, score moyen de 54%.</u>
Bunn F et al. (2005) (25)	Royaume-Uni	Revue systématique de la littérature	Évaluer les effets de la consultation téléphonique et	9 études incluses dont :	Financement: University of	Effets des consultations téléphonique versus soins standard, sur :

		<p>- Cochrane Central Register of Controlled Trials (2003), EPOC (Mars 2003), PubMed (1966-Février 2003), EMBASE (Février 2003), CINAHL (1983-Février 2003), SIGLE (1980-Février 2003), National Research Register (2003) Références bibliographiques des études incluses.</p>	<p>du triage sur l'utilisation des soins de santé et sur la satisfaction des patients.</p>	<p>5 études contrôlées randomisées 1 étude contrôlée 3 séries chronologiques interrompues</p> <p>6 études ont comparés la consultation téléphonique (médecin, IDE, assistant) à la prise en charge standard (sans consultation téléphonique) 3 comparés la consultation téléphonique en fonction du statut de l'interlocuteur (médecin, IDE, assistant)</p>	<p>Hertfordshire, UK.</p> <p>-</p> <p>Conflit d'intérêt : non, déclaré.</p>	<p>→ Les rendez-vous au cabinet du MG : Réduction de 39% des consultations au cabinet du MG ($p < 0,001$), mais augmentation des consultations au cours de la période de suivi de 2 semaines (différence moyenne 0,2 (IC 95% (0,0 à 0,3)).</p> <p>→ Les appels traités uniquement par téléphone : 25,5% pour les appels traité par IDE ; et entre 52% et 72% pour les appels traité par MG.</p> <p>→ Recours aux services d'urgences : 3 études concernant les MG, pas de différence significative / 1 étude concernant IDE : augmentation significative du nombre de consultation (différence moyenne 0,023 (IC 95% (0,015 à 0,032))</p> <p>→ Admissions à l'hôpital : pas de différence significative pour les appels traités par MG.</p> <p>→ VAD par le MG : Réduction non significative du nombre de VAD</p> <p>→ Contacts en dehors les heures normales d'ouvertures des cabinets : 1 étude IDE : augmentation significative dans le groupe intervention (différence moy. 0,04 (IC 95% (0,01 à 0,07))</p> <p>→ Satisfaction des patients : une étude, patients groupe intervention plus satisfait que groupe contrôle ($p < 0,05$).</p>
--	--	--	--	---	---	---

					<p>→ Coût : Augmentation de 26% de la facture téléphonique</p> <p>Effets des consultations téléphoniques comparé entre les différents interlocuteurs sur :</p> <p>-Résultats non significatifs concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Les rendez-vous au cabinet du MG → Recours aux services d'urgences → Nombre de décès → Nombre d'admission à l'hôpital <p>Résultats significatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Les appels traités uniquement par téléphone : 1 étude : 50% appels gérés par téléphone IDE et MG / Une seconde étude : 59% pour IDE, 62% pour MG. → Contacts en dehors les heures normales d'ouvertures des cabinets : Réduction significative du nombre de VAD par les services suppléants dans 2 études : RD = -0,06 [IC 95% = -0,07 a -0,04] et -0,12 [IC à 95% = -0,24 a -0,11]). <p>-Coût : Consultation téléphonique IDE = £ 81 237/an, mais coût globaux ont été réduits de plus £100 000 ;</p>
--	--	--	--	--	--

Caractéristiques des études transversales / observationnelles

Auteur, année de publication	Nom de l'étude - Pays - Période de recrutement	Design de l'étude - Bases de données pour les revues et dates	Population étudiée - Age	Effectif global - Durée du suivi	Financement - Conflit d'intérêt	Résultats
<p>Laberge A et al. (2000) (31)</p>	<p>Québec - Période d'intervention : automne 1994.</p>	<p>Enquête postale</p>	<p>Médecins omnipraticiens ayant une pratique clinique dans la région du Québec, en zones urbaines et semi-urbain. Exerçant une pratique en cabinet libéral ou en unité de médecine familiale, en centre local de services communautaires (CLSC), ou à l'hôpital. NB : La majeure partie était des hommes qui pratiquaient le plus souvent en</p>	<p>487 des 696 médecins généralistes éligibles (70%) ont complété et retourné le questionnaire dont : 283/487 réalisaient des VAD et 204/487 ne réalisaient pas de VAD - Durée de suivi : non applicable à ce type d'étude.</p>	<p>Financement : NP - Conflit d'intérêt : NP - N.B : le projet a reçu l'accord du comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Laval. Questionnaire accompagné d'une lettre d'appui signée conjointement par le directeur de la formation personnelle de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et</p>	<p>Parmi les 487 des médecins interrogés : →58,1% (283) des 487 des médecins interrogés faisaient des VAD pour une patientèle composée principalement de personnes âgées (87,6%), et ce, depuis en moyenne 16,8 ans (+/-10,4). →42% voyaient moins de cinq patients par semaine →31% y consacraient 2h ou moins par semaine. →64% (2/3) consacraient de 15 à 30 minutes aux VAD. →90,2% avaient recours aux CLSC pour l'évaluation ou le suivi à domicile de leurs patients. <u>Problèmes récurrents constaté, constituant un frein au développement des VAD :</u> →Difficultés liées à la planification des horaires</p>

			cabinet privé et étaient rémunérés à l'acte (75,3%).		la présidente de l'Association des médecins omnipraticiens de la région de Québec.	→ Difficultés liées au mode de rémunération (rémunération à l'acte) La plupart des patients étaient âgés et présentaient un ou plusieurs problèmes de santé chroniques : les urgences représentaient une part infime des visites à domicile.
Varley A et al. (2016) (26)	Angleterre UK	Questionnaire postal	Sondage auprès des IDE de soins primaires ayant reçus une formation au triage téléphonique CDSS dans le cadre de l'étude ESTEEM* - IDE ayant plus de 10 ans d'expérience.	39 des 45 IDE ayant reçus la formation CDSS (logiciel d'aide à la prise de décision) ont renvoyés le questionnaire. 35 questionnaires des 39 renvoyés étaient complets (93%). IDE issus de 14 des 15 cabinets médicaux existant dans 4 régions du Royaume-Uni. - Recueils des données entre 2 et 15 semaines.	Financement : National Institute for Health Research Health Technology - Conflit d'intérêt : non, déclaré.	→ La plupart des appels téléphoniques triés par une IDE (3842/4605 (86%)) se sont finalisés par la recommandation d'un suivi au sein d'un cabinet médical par un médecin ou une IDE ; comprenant tous types de contacts : visite au cabinet, consultation téléphonique, visite à domicile). → Les infirmières praticiennes (avec droit de prescription) étaient moins susceptibles de diriger les patients vers un suivi avec un médecin ou une IDE au cabinet médical, et de gérer l'appel de façon définitive : RC 0,19 IC 95% ((0,07- 0,49) p 0,001) que les IDE libérale (sans droit de prescription). -Les IDE moins bien préparées au triage étaient plus susceptible de recommander aux patients un suivi au cabinet médical par un médecin

						<p>ou IDE (OR 3,17 IC à 95% (1,18-5,55) $p < 0,001$)</p> <p><u>Limites :</u> - Possibilité de résultats faussés, en raison de la corrélation entre les variables, ou un à un petit nombre d'IDE avec des combinaisons spécifiques de caractéristiques. → Les IDE avaient peu de temps pour consolider leurs compétences au triage : résultats non généralisables → Petit nombre IDE dans l'essai (35 IDE sur 45 ayant participé à l'essai ESTEEM)</p>
<p>Salisbury C et al. (1997) (70)</p>	<p>Angleterre dans les régions de Kensington, Chelsea, Westminster, Brent et Harrow.</p> <p>-</p> <p>Période de collecte des données : 8 semaines à compter du 1^{er} septembre 1995.</p>	<p>Étude observationnelle de deux services dans des zones géographiques qui se chevauchent.</p>	<p>Tous patients contactant un médecin, en dehors des heures d'ouvertures, travaillant soit dans une coopérative de médecins généralistes soit dans un service de permanence de soins professionnalisé libéral.</p> <p>-</p>	<p>Données recueillies sur 5812 contacts de patients, dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3920 pour la coopérative de médecins - 1892 pour le service de permanence de soins professionnalisé libéral - <p>8 semaines.</p>	<p>Financement : MRC Health Service Research Board ; Trent and North Western Regional Health Authorities.</p> <p>-</p> <p>Conflit d'intérêt : non, déclaré.</p>	<p><u>Médecins exerçant dans une association de médecins généralistes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → Taux de VAD : 32% (1253/3920) → Taux de conseils téléphoniques : 57,8% (2267) → Fréquentation d'un centre de soins primaire : 7,1% (278) → Prescription d'un traitement : 37,6% (1473/3915) → Taux d'hospitalisation : 8,7% (339/3888) → Temps de réponse médian pour la réalisation d'une VAD : 75 min ; mais le temps du premier contact (téléphonique) est plus court que

			Pas de limite d'âge.			celui du service de permanence de soins professionnalisé libéral. <u>Médecins exerçant dans un service de permanence de soins professionnalisé libéral:</u> →Taux de VAD : 76,3% (1444/1892) →Taux de conseils téléphoniques : 19, 3% (365) →Prescription d'un traitement : 51,7% (941/1821) →Taux d'hospitalisation : 6,8 % (128/1889) →Temps de réponse médian pour la réalisation d'une VAD : 65 min ; mais le temps du premier contact (téléphonique) est plus long que celui de la coopérative de médecins. <i>Ces données permettent à d'autres services exerçant en dehors des heures d'ouvertures de bureau, de comparer leurs propres performances à l'aide d'un programme standard de collecte et d'analyse de données.</i>
Knight A et Lembke T (2013)(20)	« Appointments 101 » - Australie	Retour d'une étude observationnelle	Médecins généralistes exerçant en cabinet individuel	Observation de 7 années de collaboration avec l'« Australian Primary Care Collaboratives » (APCC)	Financement : The APCC and the Australian Government Department of Health and Ageing -	Le système de rdv est un facteur important dans la qualité et la sécurité des soins prodigués. Quel que soit le système de rdv, de nombreux changements ont la possibilité d'améliorer les performances. Comparaison de 5 différents systèmes de prise de rdv.

					Conflit d'intérêt : non, déclaré	Aide les médecins à choisir leur système de prise de rdv en exposant leurs avantages et leurs inconvénients.
--	--	--	--	--	----------------------------------	--

* ESTEEM était un cluster d'essais randomisés contrôlés de 21 000 patients demandant rendez-vous le jour même dans 42 cabinets généraux, dans quatre régions d'Angleterre. Les patients ont été recrutés entre mai 2011 et décembre 2012 dans 42 cabinets, dont 15 étaient des cabinets de triage infirmier, recrutant 7012 patients.

Caractéristiques des avis d'expert issu de l'équation Medline :

Auteur, année de publication	Nom de l'étude - Pays - Période de recrutement	Design de l'étude - Bases de données pour les revues et dates	Population étudiée - Age	Effectif global - Durée du suivi	Financement - Conflit d'intérêt	Résultats
Ian R. Mc Whinney 2000 (32)	Canada	Accords d'experts	Médecins généralistes	Non applicable	NP	-Définition du rôle du médecin généraliste dans les soins à domicile. -Coordinations des soins hôpital- médecin-IDE. -Virage ambulatoire
Drug and Therapeutics Bulletin 2005 (52)	Royaume-Uni	Accords d'experts	Médecins généralistes	Non applicable	NP	- Proposition d'une liste de médicaments adaptés aux visites à domicile du médecin généraliste - Traitements clés -Suggestion de traitements utiles pour les situations les plus communes rencontrées dans la pratique quotidienne du MG. -Conseils pour la constitution du sac d'urgence « type » du MG

Caractéristiques des études provenant de la littérature grise française :

Auteurs, années de publication	Nom de l'étude - Pays - Période de recrutement	Design de l'étude - Bases de données pour les revues et dates	Population étudiée - Age	Effectif globale - Nombre d'articles inclus pour les revues - Durée du suivi	Niveau de preuve selon l'HAS(251)	Finance ment • Conflit d'intérêt	Résultats
Biard P (2016) (19)	France	Étude qualitative d'entretiens en focus groupe et d'entretiens individuels semi-dirigés	Professionnels de la MSPU* d'Avoine, utilisateurs du système de réservation en ligne.	9 praticiens dont : -7 médecins généralistes -1 ostéopathe -1 podologue -3 secrétaires - Juin à septembre 2016	Grade des recommandations C : Faible niveau de preuve	Conflit d'intérêt : Non, déclaré.	<p>Points forts :</p> <p>→Évaluation d'un système de prise de RDV** en ligne chez les professionnels de la santé et les secrétaires :</p> <p>→Bilan positif sur la mise en place d'un système de prise de RDV en ligne à Avoine, du point de vue des utilisateurs internes.</p> <p>→Bénéfices sur l'organisation générale des professionnelles de la santé.</p> <p>→Bénéfices pour les secrétaires : diminution du nombre d'appels pour prise de RDV, l'ergonomie, fonctionnalités du système.</p> <p>→ RDV pris par internet mieux honorés que ceux pris par téléphone,</p> <p><u>Les patients :</u></p>

							Rassurés de pouvoir prendre RDV à toutes heures, pendant et en dehors des heures d'ouvertures des cabinets médicaux. Bon usage du système par les patients Absence de rejet du système par les seniors.
Leroy N (2010) (54)	France	Étude observationnelles descriptive	Évaluation multidimensionnelles du sujet âgé, à son domicile, via une grille EVALADOM	86 personne âgées de 70 ans et plus évalué par des internes de médecine générale en stage chez le médecin généraliste - Durée de l'évaluation : 26,5 min Durée du suivi : 3 semestres	Grade des recommandations C	Conflit d'intérêt : Non, déclaré.	→Item risque nutritionnel (n=86) : 9,3% : présence d'aliments avariés et 9,3% frigo non rempli →Item risque iatrogène sur tenue pharmacie (n =36) : 57,78% stock mal adapté → Item risque iatrogène sur connaissance traitement (n=42) 90,48% méconnaissance rôle du traitement →Item risque du domicile (n=86) : 31,40% installation vétuste électricité -Item risque perte autonomie (n=86) : 36,05% difficulté utilisation chèques →Item risque de chute lié au comportement (n=79,07%) difficulté lever de lit →Item risque chute lié environnementaux (n=70) : 50% accès inadapté au domicile

							<p>→Item risque chute sur facteurs protecteurs (n=86) 55,81% antidérapants dans la douche</p> <p>→Item risque pour maintien à domicile sur facteurs protecteurs (n=86) : 94,18% passage régulier de proches 79,07% passage régulier professionnel.</p> <p>Coefficient de Cronbach : Satisfaisant</p> <p>Bonne cohérence interne de la grille</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

*MSPU : Maison de Santé Pluridisciplinaire Universitaire

**RDV : Rendez-vous

7.8 Annexe 8 : Synthèse des recommandations européennes et anglophones :

	France (24)
Nom du référentiel	Mg Form (Société Française Médecine Générale)
Lien - Disponible :	http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/02-referentiel_metier.PDF - PDF disponible sur internet « Livre blanc »
Objectifs	- Ce travail a pour but d'être utilisé dans divers domaines tels que la formation, l'élaboration de recommandations pour la pratique, la construction de bilans de compétences et de démarches d'assurance-qualité. - Élaboration d'un descriptif des activités et compétences nécessaires à l'exercice du métier de médecin généraliste : <i>le référentiel professionnel du médecin généraliste</i> .
Membres clés de l'équipe soignante	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste • Secrétariat, professionnels de santé médical (associés) et paramédical
Fonctions organisationnelle clés / Catégories	<p>I- La pratique du professionnel : les activités</p> <p>II- La compétence du professionnel : les ressources à mobiliser pour agir en situation</p> <p>III- Référentiel mode d'emploi ou du bon usage d'un référentiel professionnel</p>
Indicateurs et significations Politique de la VAD Critères pour VAD	<p>I- <u>Les activités liées aux types de situations cliniques</u></p> <p>Gérer la demande urgente :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Assurer une régulation efficace au cabinet (ou au centre de régulation) :</u> <p>→ Identifier le degré de gravité actuel ou potentiel de la situation ayant motivé l'appel,</p> <p>→ Identifier une éventuelle détresse des fonctions vitales,</p> <p>→ Identifier les conditions extérieures (ressources et contraintes) susceptibles d'influer sur la réponse à apporter à la situation.</p> <p>→ En fonction de la situation, le médecin généraliste va :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soit informer le centre 15 et demander : une intervention immédiate du SAMU, ou une mise en alerte du SAMU en attendant un bilan de situation plus précis du MG qui se rend sur place, - Soit se rendre sur les lieux de l'appel urgent,

	<p>- Soit donner des conseils et la conduite à tenir dans l'attente d'une visite différée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Dès l'arrivée sur les lieux d'intervention</u> : Prendre les mesures de protections (CO, électricité...), évaluer la gravité de la situation : <p>→ Face à une urgence vitale : Premiers gestes de réanimation / Déclencher les moyens d'intervention les plus adaptés selon la Convention départementales de secours à personne / Évaluation plus fine de la situation (ECG*, Glycémie capillaire...)</p> <p>→ Face à une urgence relative : Administrer les premiers soins / Organiser les moyens d'un diagnostic différé rapide (biologie, radiologie, spécialiste) / Organiser au besoin un transfert en milieu spécialisé</p> <p>Assurer la prise en charge d'un problème aigu (à domicile ou au cabinet):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Établir un diagnostic de situation (demandes implicites et explicites, contexte patient, examen clinique, synthèse des informations, sévérité du problème). • Prendre une décision médicale et en informer le patient (mise en attente, examens complémentaires, avis spécialiste, traitements). • Expliquer et négocier • Rédiger les prescriptions médicales / certificats / formulaires • Éducation sur les règles d'hygiène de vie et d'alimentation en fonction de la situation • Colliger les données nouvelles dans le dossier médical • Transmettre aux correspondants éventuels un descriptif de la situation du patient • Évaluer l'évolution de l'état du patient <p>Assurer la prise en charge d'une pathologie lourde à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire une analyse globale de la situation du patient • Évaluer l'état de dépendance du patient pour les actes élémentaires de la vie courante • Déterminer les besoins du patient aux plans : biomédical / fonctionnel / relationnel / social / environnemental • Identifier les ressources pouvant être mises à la disposition du patient (professionnel, entourage, personne ressource de référence) • Élaborer un plan d'intervention et le négocier avec le patient et son entourage
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser et coordonner les interventions des professionnels en concertation avec le patient et son entourage familial <p>Assurer le suivi d'une personne âgée à domicile ou en institution :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réaliser un diagnostic de situation précis et complet • Identifier les facteurs de risque de dépendance • Prendre en charge les pathologies multiples • Coordonner et assurer une concertation efficace entre les différents partenaires du maintien à domicile • Déclencher les mesures d'aide sociale • Soutenir le proche entourage • Protéger une personne incapable majeure <p>II- <u>Les activités liées à l'organisation personnelle</u></p> <p>Gérer l'organisation de l'activité professionnelle (au cabinet et en dehors du cabinet) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser un planning quotidien et hebdomadaire garantissant une permanence de la réponse à la demande de soins et conciliant un juste équilibre entre : les consultations au cabinet et les <i>visites à domicile</i> ou en institution / la formation continue / les activités professionnelles à visée collectives / l'emploi du temps du ou des associés éventuels. • Organiser la prise de rendez-vous au cabinet et les <i>visites à domicile</i> grâce à un agenda papier ou informatique, soit en direct, soit par l'intermédiaire d'un secrétariat personnel ou collectif. • Planifier le travail du personnel en cohérence avec l'activité soignante du cabinet et les impératifs de permanence des soins
Critères de réalisations	<p><u>Critères de réalisation : Gérer la demande urgente :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenir et/ou résoudre le problème dans l'heure (moyens de communication, disponibilité, planning) • Prendre une décision adaptée à l'état de gravité : gestes techniques immédiats et appels aux services d'urgence. • Appliquer un certain nombre de procédures lors de chaque intervention : Informer les différents intervenants des données médicales de l'intervention / Constituer une fiche d'intervention et l'archiver dans le fichier du cabinet médical / Se conformer aux dispositions médico-légales relatives à la régulation et à la réponse à l'urgence / Appliquer les protocoles de prise en charge des urgences relatives adaptés à la pratique de soins primaires et consensuelles

- Posséder des produits d'urgence et un matériel fiable et régulièrement contrôlé. Le contenu de la trousse doit être adapté aux conditions d'exercice, notamment à l'éloignement des services mobiles d'urgence. (trousse d'urgence)
- Informer les patients des procédures à suivre pendant et en dehors des heures d'ouverture du cabinet. Apprendre aux patients à évaluer les risques et faire face à l'urgence à distance de la situation urgente.
- S'intégrer au réseau local de permanence des soins et de réponse à l'urgence : médecin d'astreinte avec tour de garde / mise en commun de certains éléments du plateau technique / partage et complémentarité des compétences.
- Avoir une bonne préparation personnelle : s'entraîner régulièrement à la réalisation des gestes de réanimation / réactualiser ses connaissances concernant les protocoles d'urgences / avoir une bonne maîtrise de soi face à des situations stressantes / apprendre à gérer l'agressivité d'un malade et/ou de son entourage

Critères de réalisation : Gérer le problème aigu :

- Intervenir et/ou résoudre le problème dans la (demi) journée.
- Appliquer référentiel et recommandations en soins primaires.
- Prendre et justifier une décision dans le temps de la consultation.
- S'informer des données épidémiologiques saisonnières.
- Pratiquer un examen physique adapté à la plainte et à la situation du patient.

Critères de réalisation : Gérer une pathologie lourde à domicile :

- Élaborer et réévaluer régulièrement le projet thérapeutique, en fonction de l'évolution et de l'avis de l'ensemble des intervenants (médicaux, sociaux et administratifs), et du patient et de la famille. Appliquer les référentiels et recommandations en soins primaires.
- Préserver au maximum l'autonomie de décision du patient.
- Apprécier grâce à une écoute attentive le seuil de tolérance du patient ou de son entourage vis à vis de la situation.
- Bien identifier les champs d'intervention de chacun des intervenants afin d'obtenir l'adhésion de tous au projet de soins élaboré en concertation avec le patient et son entourage et accepter les éventuels partages de responsabilités.

	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier et gérer l'action de chacun des intervenants du réseau de proximité en instaurant une bonne communication (téléphone, réunions). • Organiser la circulation de l'information avec les correspondants hospitaliers et libéraux et éventuellement avec les médecins conseils des caisses de sécurité sociale. • Prescrire le matériel médical en tenant compte des modalités de leur prise en charge par les organismes de sécurité sociale. <p><u>Critères de réalisation : Assurer le suivi d'une personne âgée à domicile ou en institution :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre en compte les interactions entre états pathologiques, vie quotidienne et environnement matériel et humain autant que les problèmes médicaux eux-mêmes • Hiérarchiser les priorités de manière à optimiser la prescription, notamment médicamenteuse (spécificité pharmacodynamique de l'organisme vieillissant et gravité des effets indésirables) • Bien identifier et gérer les ressources locales humaines et matérielles au service de la personne âgée. • Anticiper les situations de crise en assurant une prise en charge pluridisciplinaire, concertée et coordonnée des problèmes de la personne âgée • Recueillir les informations venant de l'entourage et du personnel soignant (réseau de proximité) pour évaluer l'état de la personne dépendante et le seuil de tolérance de l'entourage • Prescrire les aides techniques et le matériel de maintien à domicile et leurs conditions de prise en charge par les organismes sociaux • Informer la personne âgée et / ou son entourage sur les aides financières dont elle peut bénéficier le cas échéant
<p>Continuité et coordination des soins :</p>	<p><i>Activité concourant à la continuité des soins :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Assurer le suivi médical d'un patient aux différents étapes de la vie (Plan de prévention personnalisé/ gestion de la santé/ synthèse informations médicales) 2- Assurer le suivi d'une pathologie précise en l'intégrant dans l'histoire et les conditions de vie du patient 3- Colliger les informations concernant la santé du patient dans le dossier médical (support papier/ informatique/ synthèses périodiques) 4- Organiser le cabinet de manière à offrir une permanence des soins : <ul style="list-style-type: none"> • Organiser un planning quotidien et hebdomadaire conciliant activités de soins et activités hors soins.

- Organiser la prise de rendez-vous au cabinet et les visites à domicile directement ou par l'intermédiaire d'un secrétariat personnel ou collectif.
- Assurer la continuité du contact avec le cabinet par des moyens de communication performants.
- Mettre en place un système de garde ou de remplacement pour assurer la permanence des soins.

Organiser le fonctionnement du cabinet de façon à assurer continuité et permanence des soins :

1- Savoir généraux :

- Connaître la prévalence des différentes situations urgentes en soins primaires,
- Connaître le matériel de communication et d'archivage des informations médicales devant équiper le cabinet.

2- Savoirs procéduraux :

- Connaître les obligations déontologiques et réglementaires concernant la permanence des soins en pratique de soins primaires,
- Connaître les règles déontologiques et réglementaires en matière de remplacement par un confrère et transmission des données du dossier médical à un autre médecin généraliste.
- Connaître les recommandations en matière de suivi au long cours des pathologies chroniques par le médecin généraliste,
- Connaître les protocoles de régulation des appels.

3- Savoir-faire opérationnels :

- Équiper le cabinet d'un **dispositif de télécommunication** fiable afin de garantir à la clientèle une réponse permanente à sa demande de soins,
- Organiser la prise de rendez-vous directe ou par délégation, planifier et organiser les examens, *les visites à domiciles* et les recours utiles au suivi des patients atteints de pathologies chroniques ou complexes,
- Organiser son propre emploi du temps en cohérence avec celui des éventuels collaborateurs du cabinet médical,
- Maîtriser l'utilisation d'un logiciel de gestion du dossier médical éventuellement en réseau avec les autres collaborateurs du cabinet,
- Renseigner le carnet de santé du patient des informations nécessaires à son suivi médical, à organiser un tour de garde avec les confrères du secteur.

4- Savoir-faire relationnels :

	<ul style="list-style-type: none"> • Négocier et organiser les plages horaires de travail des collaborateurs éventuels du cabinet médical, • Inciter les patients à un usage rationnel des consultations et <i>des visites à domicile</i>, notamment lors d'une pathologie chronique, • Entretenir des relations confraternelles et de bonne collaboration avec les remplaçants et confrères du tour de garde. <p>5- <u>Ressources extérieures</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les collaborateurs du cabinet (conjoint, associés, secrétaires, etc.), • Les confrères généralistes du secteur, les remplaçants, • Les prestataires de services pouvant participer à la réponse aux appels et les modalités de leur intervention, • L'association locale de permanence des soins des médecins libéraux, • Le Centre de Réponse et de Régulation des Appels Urgents, • Un équipement en matériel d'information et de télécommunication branché en réseau au sein du cabinet, • Un service de maintenance du matériel informatique et de télécommunication, • Les 3 Codes civil, pénal, déontologique • Le conseil de l'ordre des médecins
<p align="center">Financement et conflit d'intérêt</p>	<p>Une participation large de la communauté généraliste pour son élaboration, sa validation et son financement : les sections généralistes des Unions professionnelles régionales de médecins libéraux pour la confrontation à des groupes tests de médecins généralistes de terrain et le financement d'une part du projet</p> <p>Partenariat : Laboratoires SYNTHELABO dans le cadre d'un partenariat institutionnel.</p>

*ECG : Électrocardiogramme

ROYAUME UNI

Nom du référentiel	Graham Road Surgery	General Practitioner Visiting Guidelines (South Staffordshire Local Medical Committee)
Lien - Disponible :	http://www.grahamroadsurgery.nhs.uk/?s=home+visit&submit=G o Information disponible sur le site internet	https://laurelbank.gpsurgery.net/wp-content/uploads/sites/357/2014/10/General-Practitioner-Visiting-Guidelines-2012.pdf - Guide disponible sur internet.
Objectifs	Informations patient/médecin sur les VAD. Motifs justifiant ou non, la réalisation d'une visite à domicile. Ce que le médecin est en droit d'accepter et/ou de refuser Alternatives aux visites à domicile. Éducation des patients au VAD.	Rationaliser le rôle des visites à domicile par le biais de recommandations. Ces recommandations doivent être considérées comme des conseils généraux sous réserve de la décision/jugement des MG quant à leurs applications en fonction des situations. Prise en compte de la nécessité de fournir aux patients des soins médicaux de la plus haute qualité et des services de soins conformes.
Membres clés de l'équipe soignante	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste • Service de permanence de soins professionnalisé libéral 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste • IDE • Service de permanence de soins professionnalisé libéral
Fonctions organisationnelle clés / Catégories	<ul style="list-style-type: none"> • Politique et critères des visites à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> • Règlements et principes fondamentaux • Recommandations
Indicateurs et significations Politique de la VAD Critères pour VAD	<u>Politique :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Les VAD sont réservées aux patients confinés à domicile, en maison de convalescence ou en maison de retraite. • Les VAD sont justifiées si l'état clinique du patient l'empêche de se rendre au cabinet médical et si le motif de la demande nécessite un avis médical urgent. • L'âge n'est pas un critère pour une VAD 	<u>Réglementation et principes fondamentaux :</u> <ul style="list-style-type: none"> • C'est au médecin de décider si le patient doit se rendre au cabinet médical ou bénéficier d'une VAD Rien n'interdit à un médecin d'adresser un patient directement à l'hôpital sans l'avoir vu, si et seulement si l'état du patient le permet.

	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de VAD si le motif est une raison social/transport. • Si le MG juge une VAD injustifiée, il peut donner un rendez-vous au patient pour qu'il se rende au cabinet médical. <p><u>Le cabinet médical suivra les recommandations suivantes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Composer le 999 en cas d'urgence menaçant le pronostic vital • Le médecin généraliste est susceptible de réaliser une VAD dans les contextes suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ Donner un avis médical pour les malades en phase terminale ○ Les malades alités, pour lesquels un transport en voiture causerait une dégradation de leur état. • Le médecin généraliste PEUT faire un VAD dans la situation suivante: <ul style="list-style-type: none"> ○ Les personnes qui ne sont généralement pas confinés au lit, mais qui ont un contexte clinique qui les empêche de se déplacer. • Le médecin généraliste ne réalisera pas de VAD dans les situations suivantes, et orientera le patient à se rendre au cabinet médical : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les symptômes courants pédiatrique (fièvre, toux, otalgie, céphalées, diarrhée, vomissement, douleur abdominale).* ○ Les symptômes courants de l'adulte* (toux, maux de gorge, grippe, dorsalgie, douleur abdominales) ○ Les symptômes courants de la personne âgée seront mieux pris en charge dans un cabinet médical (équipements adaptés). L'exception à cette règle : altération importante de l'état général. 	<ul style="list-style-type: none"> • La médecine générale n'a jamais été, et ne sera jamais un service d'urgence. Le médecin ne doit pas se sentir obligé de quitter son cabinet avec ses consultations programmées, si un patient demande une VAD dans un contexte d'urgence médicale grave. Le médecin contribuera peu aux soins de ce patient et pourrait retarder sa prise en charge médicale hospitalière. <p><u>Clarification et exemples de recommandation : Annexe 11**:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Situations où une VAD est justifiée</i> sur le plan clinique et fournit le meilleur moyen de donner un avis médical et initier un traitement : Malade en phase terminale / patient alité chez qui le transport conduirait à une détérioration de l'état de santé ou à un inconfort. - <i>Situations où les VAD peuvent être utiles :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Après une évaluation initiale par téléphone, un patient gravement malade peut être aidé par un MG pour le préparer à se rendre à l'hôpital • Les patients qui, lorsqu'ils sont bien portants, peuvent être transportés par des membres de leur famille, mais sont moins capables de le faire lorsqu'ils sont malades. • Examen annuel de patients dans les maisons de convalescence. - <i>Situations dans lesquelles la VAD n'est pas requise :</i> (idem que « Graham Road Surgery ») <ul style="list-style-type: none"> • Symptômes courant de l'enfance • Symptômes courant de l'adulte
--	---	--

	<p><u>Notes aux patients :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le médecin n'organise pas le transport du domicile au cabinet médical. • Pas de VAD pour une raison de convenance personnelle • Dans la majorité des cas, le patient nécessitant une consultation sera invité à se rendre au cabinet médical. • Le cabinet médical est plus adéquat pour réaliser un examen clinique complet ; le médecin à accès au dossier médical complet ainsi qu'aux services de soutien (IDE) • Une consultation au cabinet est jugée de meilleure qualité qu' domicile. • Les VAD ne sont pas considérées comme un gain de temps pour le médecin généraliste. • Si le patient demande une VAD, il peut recevoir, dans un premier temps, une consultation téléphonique avec le médecin, qui évaluera le motif de la demande. Il propose au patient de se rendre au cabinet s'il juge cela plus approprié. Le médecin décidera du délai de consultation en fonction de la situation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes courant de la personne âgée. <p>-Une visite peut être justifiée quand un parent refuse de se rendre au cabinet médical pendant ou en dehors des heures d'ouverture : la sécurité de l'enfant est primordiale.</p> <p><u>Bénéfices de ces recommandations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Charge de travail</i> : Si les patients sont vus dans des centres désignés, plutôt que chez eux, la charge de travail serait allégé. • <i>Sécurité</i> : Les médecins sont particulièrement vulnérables aux attaques physiques lorsqu'ils visitent leur domicile, marcher seul dans les rues du centre-ville avec un sac noir est loin d'être sûr pour les médecins généralistes des deux sexes. • <i>Stress / Baisse de moral</i> : Les demandes inappropriées des VAD sont souvent citées par les MG comme source majeure d'insatisfaction • <i>Cadre médico-légal</i> : il est raisonnable pour un MG, avec une certaine justification, d'émettre des réserves quant à la prudence de prendre des décisions en fonction d'une évaluation faite dans un milieu clinique loin d'être idéal pour un patient.
	Non abordé.	<p>Annexe 11 : Recommandations valables pendant et en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. Les MG travaillant pendant les heures de PDS utiliseront les mêmes recommandations pour décider si une visite à domicile est méritée</p>

Financement et conflit d'intérêt :	Produit par : « Egton Digital »Partenariat : « Call 111 » « The NHS constitution » « Care Quality Commission » « NHS NorthSomerset »	Non précisé.
---	--	--------------

* Ces patients peuvent voyager en voiture

** Recommandation des visite à domicile d'après le « South Staffordshire Local Medical Committee » General practitioner visiting guidelines.

	Australie (21)
Nom du référentiel	Interpretive guide to the RACGP Standards for Aboriginal community controlled health services
Lien - Disponible :	https://www.racgp.org.au/your-practice/standards/standards4thedition/practice-services/1-1/home-and-other-visits/ - Informations disponible sur le site internet - Affiches en salle d'attente
Objectifs	-Le service de santé veille à ce que les patients puissent recevoir des visites à domicile, pendant et en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. -Politique écrite décrivant les circonstances dans lesquelles les visites à domicile sont justifiées. - La politique doit tenir compte des besoins des patients tout en respectant la sécurité du personnel qui effectue des visites à domicile.
Membres clés de l'équipe soignante	Médecin Secrétaire Ambulance / Taxi Agent de liaison communautaire (police en cas de risque de violence, possession d'une arme, patient psychiatrique)
Fonctions organisationnelle clés / Catégories	<ul style="list-style-type: none"> • Politique des visites à domicile et autres • Politique de sécurité du personnel clinique • Compléter le dossier médical patient • Sécurité du personnel • Assurer la continuité des soins aux patients
Indicateurs Politique de la VAD Critères pour VAD	<p>A- <i>Les patients peuvent bénéficier de VAD pendant et en dehors des heures d'ouverture du cabinet</i></p> <p>B- <i>L'équipe médicale peut expliquer la politique du cabinet sur les VAD, à la fois pendant et en dehors des heures d'ouverture du cabinet, ainsi que les situations dans lesquelles une visite est jugée sûre et raisonnable</i></p> <p>C- <i>La politique du cabinet comporte des recommandations sur :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les situations et les motifs justifiant la réalisation d'une VAD « sûre et raisonnable » • La zone géographique couverte par le service de santé pour les VAD. • Les modalités d'accès aux systèmes de soins alternatifs si une VAD est jugée ni sûre ni raisonnable.

	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels effectuant des VAD : médecins généraliste, reconnu et qualifié. Les médecins en formation (étudiants), doivent être éduqués, formés et supervisés par un médecin inscrit au conseil de l'Ordre des Médecins. Les IDE peuvent réaliser des VAD dans circonstances précises (décrites dans la politique des VAD); et doivent être supervisées par un médecin généraliste qualifié, sur place ou par téléphone.
Sécurité des professionnels de santé :	<p><u>Recommandations pour améliorer la sécurité des professionnels de la santé qui effectuent des VAD *</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients doivent être joignables sur un numéro de téléphone donné lors de la demande de VAD. • Un médecin n'est pas censé se déplacer auprès d'un patient, demandant un soulagement de la douleur, sauf si un plan de gestion est déjà en place. • La police est priée d'accompagner le MG si un patient menace de se suicider ou si elle est menaçante. • Les patients sont invités à retenir les chiens, allumer une lumière extérieure la nuit et à fournir des informations sur l'identification de la résidence en l'absence d'un numéro de maison. • Les patients sont priés de fournir leur date de naissance et le nom de leur médecin généraliste <p><u>Politique du bien-être du personnel :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les VAD sont effectuées dans un rayon de 50 km • Les membres du personnel disposent d'un téléphone portable ou d'une radio en cas d'urgence. • Si aucun médecin n'est disponible lors d'une demande VAD, le médecin oriente le patient vers un service de soins alternatif .
Continuité et coordination des soins :	La personne qui réalise la VAD doit compléter le dossier médical patient (date, heure, motif et le traitement délivré...)
Financement et conflit d'intérêt :	Les rôles du Comité d'experts du RACGP (REC) / GP Advocacy and Funding Politique stricte, tout conflit d'intérêt est reconnu et divulgué (252,253)

*Services de soins en dehors des heures d'ouverture normales : Ce critère et ces indicateurs ne s'appliquent pas aux services prodiguant des soins en dehors des heures normales d'ouverture et qui ne donnent lieu qu'à des consultations au sein d'une clinique (c'est-à-dire sans visites à domicile et / ou autres visites).

	Canada (76)
Nom du référentiel	Quality in family practice - Book of tools (Ontario College of Family Physicians)
Lien -	https://qualitybookoftools.ca/
Disponible :	-
Objectifs	Sous forme de livre papier / version internet gratuite
Objectifs	Définit des indicateurs pour améliorer la qualité des soins primaires Élaboré en 2010 à la suite d'un examen international, constitue la version révisée de l'outil de qualité de la médecine familiale de 2003-2005. Il a été conçu pour la pratique familiale en Ontario, mais pourrait être utile au Canada et à l'étranger.
Membres clés de l'équipe soignante	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste
Fonctions organisationnelle clés / Catégories :	<ul style="list-style-type: none"> • Catégorie A : centrée sur le patient • Catégorie B : Équitable • Catégorie C : Opportune et accessible • Catégorie D: Sécurité • Catégorie E: Validité de la pratique clinique • Catégorie F: Efficace • Catégorie G : Intégré et continu • Catégorie H : Ressources de pratique appropriées
Indicateurs et significations Politique de la VAD Critères pour VAD	<p><i>Les indicateurs la « catégorie G » portent sur la continuité des soins, y compris les services pour les patients avec des besoins complexes, en dehors des heures d'ouvertures des cabinets médicaux :</i></p> <p><u>G.2.1 : Indicateur de soins en dehors du cabinet :</u></p> <p>Il existe une politique pour les soins hors cabinet. L'équipe médicale a un système pour s'assurer que les patients peuvent être traités à la maison, à l'hôpital, et en réadaptation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • G.2.1.1 : L'équipe médicale fournit des visites à domicile aux patients qui en ont besoin : L'équipe médicale a une liste des patients vus régulièrement à domicile. <p>Il existe un système pour gérer les patients nécessitant une visite à domicile : planification organisée, lien avec d'autres organismes fournissant des VAD... .</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>G.2.1.2 : L'équipe médicale dispose d'un système permettant de suivre et de gérer les patients hospitalisés, en réadaptation ou autres :</u> L'équipe médicale à un système de suivi, de visite, de gestion et de transfert des patients vers les hôpitaux, les centres de réadaptation et autres ... Chaque visite est enregistrée dans un planning et facturée Une vérification annuelle comprend un examen des dossiers patients hospitalisés, en convalescence
Sécurité des professionnels de santé :	<p>L'équipement ainsi que les ressources médicales sont sécuritaires, appropriés, disponibles et entretenus. Les dossiers médicaux sont stockés ou classés en toute sécurité Les dossiers médicaux comprennent toutes les informations essentielles nécessaires pour fournir des soins de qualité aux patients.</p>
Continuité et coordination des soins :	<p>Toutes les parties du système de santé doivent être organisées, connectées et travailler les unes avec les autres pour fournir des soins de haute qualité. La pratique assure la continuité des soins pour tous (utilisateurs à haute fréquence, utilisateurs réguliers d'urgence, patients souvent en crise et patients souffrant de problèmes multiples). Il existe un système pour suivre et gérer les résultats des tests de patients et les rapports médicaux</p>
Financement et conflit d'intérêt :	<p>Tout conflit financier (recherche, profit, industrie pharmaceutique, industrie de la formule) est reconnu et divulgué. Les conflits d'intérêts (CMA Code of Ethics) sont reconnus et divulgués</p>

	États-Unis d'Amérique (29) (30)
Nom du référentiel	Medical Management of the Home Care Patient – Guidelines for Physicians (American Medical Association/ American Academy of Home Care of Physician)
Lien - Disponible :	https://pogoe.org/sites/default/files/medical_management_of_the_home_care_patient.pdf https://www.aafp.org/afp/1999/1001/p1481.html - Lien internet / Format papier
Objectifs	Guide centré sur les soins à domicile. Les soins à domicile débutent lorsque le MG considère que l'état de santé du patient convient à ce type de prise en charge.
Membres clés de l'équipe soignante	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste • Membres de l'équipe multidisciplinaire de soins à domicile • Home Health Agency (HHA) • Le patient, la famille, les proches.
Fonctions organisationnelle clés / Catégories :	<p><u>Le rôle du médecin généraliste dans les soins à domicile :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gère les problèmes médicaux • Identifie les besoins de soins à domicile du patient • Met en place un plan de traitement avec l'identification des objectifs à court et à long terme • Évalue les problèmes médicaux nouveaux, aigus ou émergents sur la base des informations fournies par d'autres membres de l'équipe • Assure la continuité des soins entre les différents intervenants et services de soins primaires et secondaires • Communique avec le patient, les membres de l'équipe et les médecins spécialistes si besoin • Soutien les membres de l'équipe • Participe, au besoin, aux réunions des soins à domicile avec l'équipe et la famille • Réévalue le plan de soin et ses résultats. Évalue la qualité des soins • Remplit le dossier médical • Réalise des visites à domicile régulières, adaptées à chaque situation • Fournit un service de garde de 24 heures <p><u>Responsabilités du médecin résumées en deux catégories :</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Doit garder un contact direct avec les patients recevant les soins à domicile • Doit être informé quand et quels HHA prend en charge le patient.
Indicateurs et significations Politique de la VAD Critères pour VAD	<u>Critères justifiant une VAD :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Patient incapable de se rendre au cabinet du médecin pour cause d'immobilité, de déficience cognitive ou d'état psychiatrique • Demande de visite à domicile faite par un autre membre de l'équipe de soin à domicile, le patient ou un membre de la famille • Nécessité de rencontrer un patients et les soignants pour prendre des décisions importantes • Nécessité d'évaluer l'environnement du patient, de ses capacités fonctionnelles et des activités du soignant afin de prendre en compte la prise en charge globale du patient • Besoin de rencontrer l'équipe de soins à domicile • Nécessité d'une évaluation du domicile pour vérifier l'admissibilité au remboursement par un tiers de ces services (p. Ex., Le statut de domicile chez Medicare Home Health)
Sécurité des professionnels de santé :	Non abordé.
Continuité et coordination des soins :	<p>Le médecin, en concertation avec le patient, la famille ainsi que l'ensemble de l'équipe de soins à domicile, élabore un plan personnalisé de soins.</p> <p>Le médecin est légalement responsable de la surveillance continue des soins, il coordonne les soins autour du patient.</p> <p>La continuité des soins est assurée par la réalisation de VAD par le médecin généraliste.</p> <p>Le médecin généraliste qui supervise les soins à domicile doit également servir d'agent de liaison entre les différents médecins impliqués dans la prise en charge du patient ainsi que l'équipe de soins de santé à domicile. Un système organisé de communication avec les HHA peut faciliter l'efficacité des soins aux patients, la supervision des plans de soins et la rectification de la nécessité médicale de services de soins à domicile.</p>
Financement et conflit d'intérêt :	Non précisé.

7.9 Annexe 9 : Évaluation méthodologique des Revues Systématique et des Méta-analyses selon la grille R-AMSTAR.

Revue, auteur et date de Publication	Q1 : Un plan de recherche établi a priori est-il fourni ? (Score max 4/4)	Q2 : La sélection des études et l'extraction des données ont-ils été confiés à au moins deux personnes ? (Score max 4/4)	Q3 : La recherche documentaire était-elle exhaustive ? (Score max 4/4)	Q4 : La nature de la publication était-elle un critère d'inclusion ? (Score max 4/4)	Q5 : Une liste des études (incluses et exclues) est-elle fournie ? (Score max 4/4)	Q6 : Les caractéristiques des études incluses sont-elles indiquées ? (Score max 4/4)	Q7 : La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été évaluée et consignée ? (Score max 4/4)	Q8 : La qualité scientifique des études incluses dans la revue a-t-elle été utilisée adéquatement dans la formulation des conclusions ? (Score max 4/4)	Q9 : Les méthodes utilisées pour combiner les résultats des études sont-elles appropriées ? (Score max 4/4)	Q10 : La probabilité d'un biais de publication a-t-elle été évaluée ? (Score max 4/4)	Q11 : Les conflits d'intérêts ont-ils été déclarés ? (Score max 4/4)	SCORE (/44)
--------------------------------------	---	--	--	--	--	--	--	---	---	---	--	-------------

Canadian Family Physician - Ferrier C et al. (2000) (6)	1 0	2 A	4 B/C/D/E	2 A	0 0	2 B	2 B/C	2 A/D	1 C	2 A	2 B	20/44
Family Practice Oxford University - Salisbury C (2000) (46)	2 B	1 0	4 A/B/C/D	3 A/B	1 A	2 A	1 0	1 0	1 C	3 A/B	2 B	21/44
Cochrane Library	4 A/B/C	4 A/B/C	4 A/B/C/D/E	4 A/B/C/D	4 A/B/C/D	4 A/B/C	4 A/B/C/D	3 A/B/D	4 A/C/D/E	3 A/C	4 A/B/C	42/44

- Taylor S et al. - (2005) (35)												
Cochrane Library - Martin S et al. (2008) (56)	4 A/B/C	4 A/B/C	4 A/B/D/E	4 A/C/D	3 B/C/D	1 (aucun critère car aucune étude retenue)	1 (aucun critère car aucune étude retenue)	1 (aucun critère car aucune étude retenue)	1 (aucun critère car aucune étude retenue)	1 (aucun critère car aucune étude retenue)	3 A/B	27/44
Cochrane Library - Wong C et al. (2012) (58)	4 A/B/C	2 A	4 A/B/C/D/E	3 A/D	4 A/B/C/D	2 A	4 A/B/C/D	2 A/D	3 A/C/E	3 A/B	3 A/B	34/44
Cochrane Library - Khalil H et al. (2017)(43)	4 A/B/C	4 A/B/C	4 A/B/C/D/E	4 A/C/D	4 A/B/C/D	4 A/B/C	4 A/B/C/D	2 A/D	3 A/B/C/D/E	4 A/B/C	3 A/B	40/44
Cochrane Library - Kew KM et al.	3 B/C	4 A/B/C	4 A/B/C/D/E	3 A/D	4 A/B/C/D	4 A/B/C	3 A/C/D	2 A/D	3 A/C/D	2 A/B	4 A/B/C	36/44

(2016) (49)												
Cochrane Library - Inglis SC et al. (2015) (45)	4 A/B/C	4 A/B/C	4 A/B/C/D/E	3 B/D	4 A/B/C/D	4 A/B/C	3 A/C/D	2 A/D	3 A/B/C/D	3 A/B	4 A/B/C	38/44
Cochrane Library - McLean S et al. (2011) (50)	3 B/C	4 A/B/C	4 A/B/C/D/E	3 A/D	4 A/B/C/D	4 A/B/C	2 A/C	2 A/D	4 A/B/C/D/E	4 A/B/C	3 A/B	37/44
BMJ - Van Haastregt J et al. (2000) (40)	3 B/C	4 A/B/C	4 A/B/C/D/E	3 A/D	1 A	2 A	3 A/B/D	3 A/B/D	1 C	2 A	3 A/B	29/44
Cochrane Library - Bunn F et al. (2005) (25)	3 B/C	4 A/B/C	4 A/B/C/D/E	3 A/D	4 A/B/C/D	4 A/B/C	3 A/B/D	2 A/D	1 C	2 A	3 A/B	33/44

7.10 Annexe 10 : Risque de biais des études contrôlées randomisées selon Cochrane Collaboration's tool

Revue - Auteur - date de publication	Génération de la séquence aléatoire (Biais sélection)	Dissimulation de la séquence d'attribution (Biais de sélection)	Respect du simple ou double aveugle chez les opérateurs et participants (Biais de performance)	Respect de l'aveugle dans l'évaluation des résultats (Biais de détection)	Données incomplètes (Biais d'attrition)	Possibilité de non publication de certaines informations (Biais de reporting)	Possibilité d'une publication sélective des résultats	Note
Scandinavian Journal of Primary Health Care - Rytter L et al. - 2010 (34)	L*	L	H	L	L	L	L	-Séquence de randomisation : algorithme généré par ordinateur avec des nombres -Séquence d'attribution aux groupes : enveloppes fermées -Impossibilité d'aveuglement des participants, des médecins et des IDE. -Des équipes indépendantes ont évalués les résultats (respect de l'aveugle)

								<ul style="list-style-type: none"> -Tous les participants ont été pris en compte. -Publication non sélective du « p ». -Tous les résultats ont été rapportés.
<p>Family Medecine - Lakin A et al. - 2015 (38)</p>	U	U	H	H	U	U	L	<ul style="list-style-type: none"> -Séquence de randomisation : avant accouchement -Chaque patiente ayant acceptée de participer à l'étude a reçu une carte cadeau de 20\$ au moment de la randomisation -Séquence d'attribution : non spécifiée -Le respect de l'aveugle était impossible. -Publication non sélective du « p ».
<p>BMJ - Cragg DK et al. - 1997 (71)</p>	L	U	L	U	L	L	U	<ul style="list-style-type: none"> -Séquence de randomisation : toutes personnes appelant le service de permanence de soins professionnalisé

								<p>libéral ou la coopérative de médecin au cours de la période de recueil des données.</p> <p>-Séquence d'attribution : Les périodes de service ont été stratifiées pour inclure un nombre proportionnel de soirs et de nuits, de week-ends et de jours fériés en semaine, puis réparties aléatoirement entre le service de permanence de soins professionnalisé libéral ou les médecins de cabinet.</p> <p>-Aveuglement des patients.</p> <p>-Aucun groupe de médecins n'a été informé des appels en cours d'étude</p> <p>-Possibilité de publication sélective</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

								des résultats : intervalles de confiance ont été dérivés d'une analyse multi niveau
Scandinavian Journal of Primary Health Care - Thygesen LC et al. - 2015 (60)	L	L	H	L	L	L	L	-Séquence de randomisation générée par un ordinateur utilisant Trial Partner. -L'éligibilité des patient est faite à l'aveugle par les médecins hospitaliers. -Le statisticien a réalisé en aveugle l'analyse des recherches et interprétation des données -Impossibilité d'aveugle pour les participants, IDE et médecins généralistes, déclaré. -Publication non sélective du « p », significatif si $\leq 0,05$;

								<ul style="list-style-type: none"> -Outil de dépistage de l'essai : non validé. - Analyses selon le principe Intention de traiter (ITT)
<p>Community Ment Health - Sharifi V et al. - 2012 (39)</p>	U	U	U	L	H	L	H	<ul style="list-style-type: none"> -Séquence de randomisation : stratifiée -Dissimulation de la séquence d'attribution : dissimulation de l'attribution (stratification en fonction du diagnostic) -Évaluation des données : non à l'aveugle par médecins généralistes spécialistes en psychiatrie, mais ne participer pas aux soins. -Les données manquantes étaient suffisamment élevées pour qu'ils ne soient pas en mesure d'analyser la

								<p>tendance des résultats tout au long de la période de suivi.</p> <p>-Publication sélective du « p ».</p> <p>-Résultats comparatifs des 2 groupes uniquement réalisés sur les données du 12ème mois (>75% de données). Données incomplètes (<75% au 4^{ème} et 8^{ème} mois).</p>
<p>BMJ</p> <p>-</p> <p>Lattimer V et al.</p> <p>-</p> <p>1998 (47)</p>	L	U	L	U	L	L	U	<p>-Séquence de randomisation : générateur de nombre aléatoires sur une calculatrice de poche Hewlett Packard 21S</p> <p>-Le schéma complet des périodes d'intervention n'était connu à l'avance que des investigateurs principaux et du coordinateur des essais.</p>

								-Les médecins étaient aveugles à l'intervention. -Intervalle de confiance 95% sans « p ».
BMJ - Lattimer V et al. - 2000 (48)	L	U	L	U	L	L	U	-Analyse des coûts et des économies du NHS en utilisant l'étude ci-dessus.
Age and Ageing - Hebert R et al. - 2001 (61)	L	L	L	L	L	L	L	-La randomisation a été stratifiée selon le sexe, l'âge et le niveau d'incapacité. -Les listes (issues de la liste du Régime d'Assurance Maladie du Québec)de randomisation ont été générées avec des blocs permutés aléatoires de 4-6. -Enquêteurs et participants : à l'aveugle. →Forte validité interne

								-Taille de l'échantillon : permettait une détecter une diminution de 10% de l'incidence annuelle du déclin fonctionnel dans la population étudiée avec une puissance de 80%. → Forte validité externe
Age and Ageing - Hansen FR et al. - 1992 (33)	H	H	H	L	L	H	L	-Séquence de randomisation générée par système informatique de l'hôpital. -Randomisation par date d'anniversaire. -Attribution des groupes le jour de la sortie de l'hôpital -Pas d'aveugle possible pour raison pratique de l'étude. - L'analyse en intention de traiter peut sous-estimer l'effet en incluant des

								personnes n'ayant aucune chance d'intervention -Utilisation de deux tests statistiques pour faire émerger une différence entre les 2 groupes.
Age and Ageing - Mayo NE et al. - 2008 (57)	L	H	L	L	L	L	L	-Randomisation lors de la sortie d'hôpital dans des blocs aléatoires de 4,6,8. - Affectation : Enveloppes scellées. - Aveugle non applicable pour les patients en raison du type d'étude. -Essais à l'aveugle pour les évaluateurs. -Publication non sélective du « p ».
Arch Dis Child - Barlow J et al. - 2007 (42)	L	L	U	L	L	H	L	-Séquence de randomisation : nombre aléatoire. -Dissimulation de la séquence de randomisation : avec des enveloppes opaques scellées.

								<ul style="list-style-type: none"> -Pas de possibilité d'aveugle pour le groupe intervention. -Aveugle respecté pour les opérateurs et analyse des résultats. - Analyse en intention de traiter : en utilisant l'analyse uni variée de la covariance pour les variables continues et l'analyse multivariée de la covariance pour les variables continues dans lesquelles la variable prédictive comprenait plusieurs échelles. - « p » < 0,05 = significatif.
Scandinavian Journal of Public Health - Vass M et al. - 2007 (41)	L	L	L	U	L	H	L	<ul style="list-style-type: none"> -Randomisations effectuée indépendamment des enquêteurs après jumelage des municipalités (urbain/rural, taille, services gériatrique). -Participants invités par courrier, les

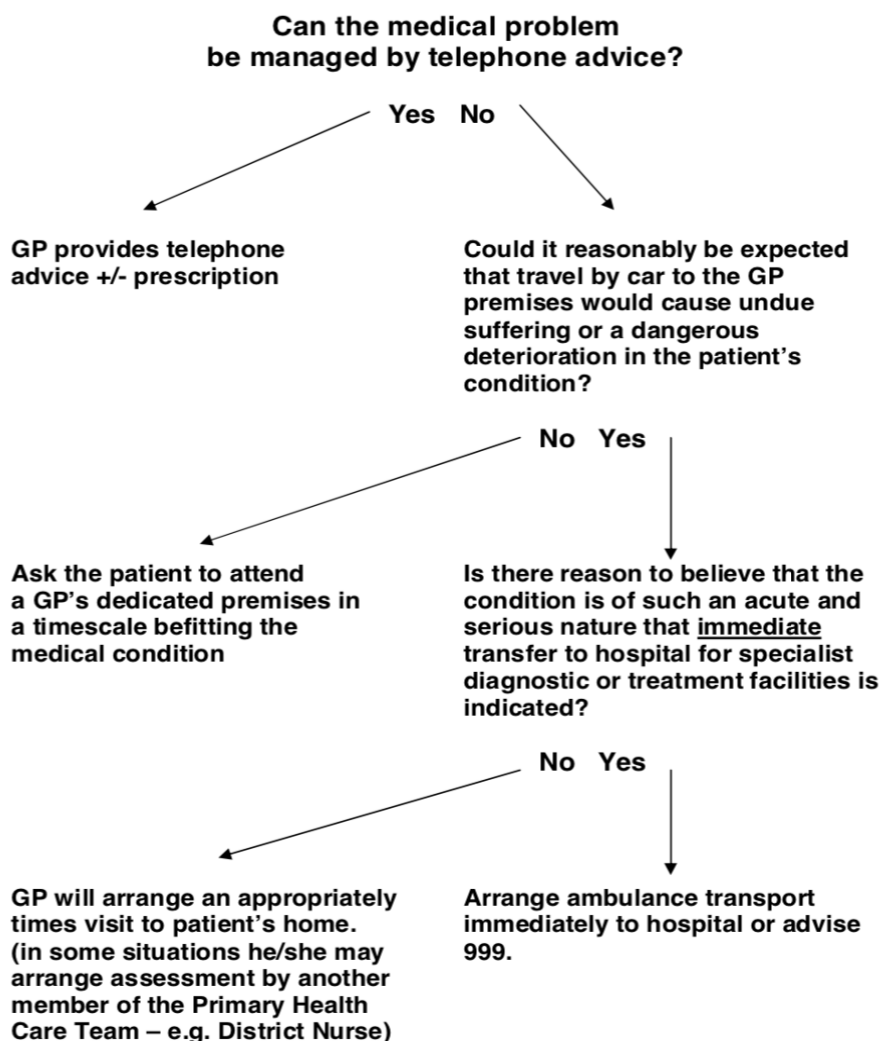
								<p>adresses ont été tirées du Bureau d'état civil des municipalités participantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Analyse en Intention de traiter. - Le biais de participation à la sélection n'avait pas d'importance clinique puisque les sous-groupes de non-participants admissibles à l'intervention ne différaient pas des participants. - Pas de biais de perdu de vue. -Publication non sélective du « p ».
--	--	--	--	--	--	--	--	--

L*: Low risk of Bias
H: Hight risk of Bias
U: Unclear risk of Bias

7.11 Annexe 11 : Ligne directives des visites à domicile d'après le South Staffordshire Local Medical Committee, General practitioners visiting guidelines

VISITING GUIDELINES AT A GLANCE

Request for medical care made by patient (usually by telephone) to general practitioner or other person trained in triage and backed by appropriate protocols



7.12 Annexe 12: Accord de Bon Usage des Soins (AcBUS) :

A N N E X E

RÉFÉRENTIEL D'AIDE À LA JUSTIFICATION DU DÉPLACEMENT

DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE AU DOMICILE DU PATIENT

1. Référentiels médicaux : ils décrivent des situations cliniques ne permettant pas le déplacement du patient en dehors de son domicile :

- incapacité concernant la locomotion par :
- atteinte ostéo-articulaire d'origine dégénérative, inflammatoire ou traumatique ;
- atteinte cardio-vasculaire avec dyspnée d'effort, angor d'effort ou claudication intermittente ;
- atteinte respiratoire chronique grave ;
- atteinte neurologique avec séquelles invalidantes d'accident vasculaire cérébral ou liée à une affection neurologique caractérisée ;
- trouble de l'équilibre ;
- état de dépendance psychique avec incapacité de communication ;
- état sénile ;
- soins palliatifs ou état grabataire ;
- période postopératoire immédiate contre-indiquant le déplacement ;
- altération majeure de l'état général.

2. Référentiels " environnementaux " : ils décrivent des situations environnementales ne permettant pas le déplacement du patient en dehors de son domicile dans les zones géographiques où ont été constatées des difficultés d'accès aux soins de premier recours, notamment :

- personnes âgées de plus de quatre-vingts ans ;
- composition de la famille lorsqu'elle a une incidence sur la capacité à se déplacer au cabinet du médecin.

7.13 Annexe 13 : Modèle d'ordonnance d'une prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation médicale.

Annexe 2. Modèle d'ordonnance

Courrier médical confidentiel, en cas d'erreur d'orientation merci d'appeler le n° suivant.....(centre régulateur)

Ordonnance d'une prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation médicale

EXPÉDITEUR
Adresse du centre de régulation N° de téléphone : N° de fax :
Dr nom et prénom/spécialité N° identifiant ADELI RPPS N° inscription au tableau de l'Ordre
<i>Agissant dans le cadre de la régulation médicale</i>
N° du dossier de régulation

DESTINATAIRE
Pharmacie nom officine
Nom et prénom du pharmacien qui réceptionne et valide : N° d'ordre du pharmacien : Adresse : adresse officine Téléphone : n° Télécopie : n°

Date et heure de la prescription et durée de validité :

Nom/prénom du patient :

Adresse : n° et rue code postal ville

âge/sexu du patient :

Poids du patient (indispensable si le patient a < 15 ans) :

Médicaments prescrits pour heures
(préciser la durée de la prescription qui ne peut dépasser 72 heures)

Médicament (nom, dosage et DCI) : posologie, modalités d'administration, durée du traitement

Médicament (nom, dosage et DCI) : posologie, modalités d'administration, durée du traitement

Médicament (nom, dosage et DCI) : posologie, modalités d'administration, durée du traitement

Recontacter le médecin régulateur rapidement en cas d'aggravation des symptômes.

Contactez votre médecin traitant si besoin.

Ne pas oublier d'apporter cette ordonnance lors de votre prochaine consultation avec votre médecin traitant.

Signature du médecin régulateur prescripteur

Signature du pharmacien
qui a réceptionné et validé

Tampon de l'officine :

Pour accusé de réception, cette ordonnance est à renvoyer validée par le tampon de l'officine au centre de régulation n°fax

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonnes pratiques professionnelles:
« Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale » -
Recommandations pour la pratique clinique - date de validation par le Collège - Février 2009
Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité
sur www.has-sante.fr



Drugs for the doctor's bag: 1 – Adults	65
Chickenpox, pregnancy and the newborn	69
Correction: Antiepileptics, pregnancy and the child	72
<i>Treatment Notes</i> – Do probiotics really help your gut?	72

The independent review of medical treatment

Drugs for the doctor's bag: 1 – Adults

Many GPs have given up responsibility for out-of-hours services, as these are delivered by providers commissioned by primary care trusts.¹ However, there is still a need for many GPs to carry a range of medicines for use in acute situations when on home visits. The choice of what to include in the GP's bag is determined by the medical conditions likely to be met; the medicines the GP is confident in using; the storage requirements, shelf-life and costs of such treatments; the extent of ambulance paramedic cover; the proximity of the nearest hospital; and the availability of a 24-hour pharmacy. Here we suggest a list of medicines suitable for the GP to take on home visits for use in an emergency or for the acute treatment of adult patients, updating our previous advice.²⁻⁴ A later article will cover treatment for children.* Whenever a medicine is first mentioned, our suggested formulation is included in brackets. The intention is not to imply that every doctor must carry every drug mentioned. Instead, we aim to highlight some of the key treatments and suggest choices in some of the more common clinical scenarios that GPs may have to deal with in everyday practice.

Acute pain

An effective drug treatment for most adults in severe pain is **diamorphine** (5mg or 10mg powder for reconstitution with water for injection). It can be given intramuscularly or subcutaneously in a dose of 5mg (up to 10mg for heavier well-muscled patients). Alternatively, particularly if the patient is shocked or has peripheral vasoconstriction, diamorphine can be given by slow (1mg/minute) intravenous injection (1.25–5mg). An alternative to diamorphine is **morphine** (10mg/mL injection; 10mg/5mL oral solution), which can be given subcutaneously (but not if the patient is oedematous) or intramuscularly in a dose of 10mg (15mg for heavier well-muscled patients); by slow (2mg/minute) intravenous injection in a dose of 2.5–7.5mg; or orally in a dose of 5–20mg. Management of opioid-related nausea and vomiting, and respiratory depression are covered in the sections on *Nausea and vomiting* and *Opioid overdose*, respectively. The controlled drug status of diamorphine and morphine (not oral solutions <13mg/5mL) means, of course, that they must be kept locked in a bag or container and stored in a secure and locked space (i.e. car boot or cupboard), and their use must be recorded in a controlled drugs register.

Diclofenac (25mg/mL injection), 75mg intramuscularly deep into the gluteal muscle, is a useful non-opioid analgesic for ureteric colic, bone pain in adults with cancer, and acute back and other musculoskeletal pain. For ureteric colic, the dose can be repeated after 30 minutes, with the second dose given in the other buttock. Intramuscular injection of

diclofenac can be painful and an alternative is diclofenac suppositories (25mg, 50mg) 75–150mg daily in divided doses. The maximum daily dose of diclofenac by either route is 150mg. Diclofenac is also useful for pain relief in patients with acute lumbar disc prolapse. The associated muscle spasm can usually be reversed by oral **diazepam** (5mg tablets), 5–10mg depending on the patient's size.

Some GPs carry **codeine** (30mg tablets) or **dihydrocodeine** (30mg tablets) as another option for the relief of moderate-to-severe pain, such as in patients in whom NSAIDs are contraindicated. The oral dose of codeine is 30–60mg every 4 hours (maximum 240mg daily) and of dihydrocodeine is 30mg every 4–6 hours. **Paracetamol** (500mg tablets), 0.5–1g every 4–6 hours, is standard treatment for mild-to-moderate pain (maximum 4g daily). **Ibuprofen** (200mg tablets), 1.2–2.4g daily in 3–4 divided doses, may also be useful.

Opioid overdose

Naloxone (400micrograms/mL injection) 0.4–2mg should be given intravenously for acute opioid overdose (i.e. if there is coma, bradypnoea and pinpoint pupils). It should only be given by subcutaneous or intramuscular injection (dose as above) if the intravenous route is not feasible, because the onset of action is slower with these routes. Naloxone has a shorter duration of action than many opioids and close monitoring and repeated injections may be necessary, according to the respiratory rate and depth of coma. The dose can be repeated every 2–3 minutes up to a maximum

*An updated parenteral doses card will also be included.

of 10mg. If there is still no response after the maximum dose has been given, the diagnosis of opioid overdose should be questioned. However, it is worth bearing in mind that the doses of naloxone noted above may be too low for managing overdose in people who have been taking opioids long term. Since repeated doses, or an infusion, of naloxone may be required later, any patient who has had an opioid overdose must be admitted to hospital.

Nausea and vomiting

Domperidone (10mg tablets; 30mg suppositories) 10–20mg by mouth, or 60mg rectally, is a useful antiemetic especially for nausea and vomiting associated with cytotoxic therapy. It has the advantage over metoclopramide and prochlorperazine of being less likely to cause dystonia. It is also used to treat women with vomiting due to emergency hormonal contraception. Alternative antiemetics include **prochlorperazine** (12.5mg/mL injection; 25mg suppositories; 5mg tablets), 12.5mg by deep intramuscular injection, 25mg rectally, or 20mg orally then 10mg orally after 2 hours; and **metoclopramide** (5mg/mL injection; 10mg tablets), 10mg intramuscularly or intravenously over 1–2 minutes or 10mg orally. Metoclopramide and prochlorperazine can cause acute dystonia including oculogyric crisis, particularly in young and elderly people. This effect can be reversed by **procyclidine** (5mg/mL injection). A dose of 5–10mg (occasionally more than 10mg), given intramuscularly or intravenously, is usually effective in 5–10 minutes but may take up to 30 minutes to provide relief. **Cyclizine** (50mg/mL injection; 50mg tablets), 50mg intramuscularly, intravenously or orally, can be used in treating patients with nausea and vomiting due to vestibular disorders. It can also be given to reduce the likelihood of opioid-induced vomiting. However, we do not recommend the use of cyclizine in patients with suspected myocardial infarction because the drug causes peripheral vasoconstriction and so may aggravate heart failure and counteract the haemodynamic benefits of opioids.⁵ Metoclopramide can also be used to treat people with nausea and vomiting associated with opioid use.

Asthma

The first treatment to give in acute severe asthma is a beta₂ agonist via a large-volume spacer device or a nebuliser driven by oxygen. The standard dose regimen via a spacer device is 4–6 puffs, each inhaled separately, of a **salbutamol** or **terbutaline** metered-dose inhaler.⁶ The dose can be repeated at 10–20-minute intervals, if necessary.⁶ Standard doses via a nebuliser are salbutamol (1mg/mL nebuliser solution) 2.5–5mg; or terbutaline (2.5mg/mL nebuliser solution) 5–10mg. High-flow **oxygen** should be given whenever possible. A corticosteroid should also be given either as oral **prednisolone** (5mg tablets, preferably soluble) 40–50mg daily (for at least 5 days) in patients who can swallow;⁶ or as a slow intravenous injection of **hydrocortisone** (100mg powder as sodium succinate for reconstitution with water for injection) 400mg daily (100mg given over 1 minute, every 6 hours).⁶ If any feature of acute severe asthma persists at 15–30 minutes after initial management, the patient should be sent to hospital; immediate hospital admission is essential for patients with features of life-threatening asthma. While waiting for

transfer, the GP should give another dose of a beta₂ agonist, adding one dose of nebulised **ipratropium** (250micrograms/mL nebuliser solution), 500micrograms.

Infection

Patients with suspected bacterial meningitis or meningococcal septicaemia should be given **benzylpenicillin** (600mg vial for reconstitution with sodium chloride or water for injection), 1.2g as a single dose by intravenous injection (or intramuscularly if venous access is not available), while arranging urgent transfer to hospital. In general, patients who are allergic to penicillin should receive **cefotaxime** (1g vial for reconstitution with water for injection) 1g as a single dose by intravenous or intramuscular injection. However, it is too dangerous to risk using cefotaxime in patients with a history of anaphylaxis due to penicillin; a non-beta-lactam alternative for such individuals is intravenous **chloramphenicol** (1g vial for reconstitution with water for injection) in a dose of 12.5–25mg/kg.

Patients with uncomplicated pneumonia who are fit to be managed at home can be treated with oral antibacterials; patients needing intravenous antibacterials should be admitted to hospital. An appropriate treatment is **amoxicillin** (250mg capsules) 500–1,000mg three times daily.⁷ **Erythromycin** (250mg tablets) 500mg four times daily, or **clarithromycin** (250mg tablets) 500mg twice daily (for patients who have gastrointestinal intolerance to oral erythromycin), can be used if the patient is allergic to penicillin; has pneumonia suspected of being caused by an atypical organism; or has not responded to amoxicillin.⁷

Various oral preparations can be carried to start treatment for other suspected bacterial infections. The antibacterials carried might need to be reviewed in the context of information about local outbreaks and bacterial resistance patterns. Amoxicillin (250–500mg three times daily) is suitable for upper respiratory tract infections such as sinusitis and otitis media. Alternatives for patients with known penicillin allergy include erythromycin (250–500mg every 4 hours) and clarithromycin (250–500mg every 12 hours). **Trimethoprim** (200mg tablets), 200mg twice daily, is appropriate for urinary tract infections. **Flucloxacillin** (250mg capsules) 250–500mg four times daily plus amoxicillin (in the same doses as for upper respiratory tract infections), or erythromycin or clarithromycin alone (in the doses as above), can be carried for cellulitis and acute skin infections. An oral cephalosporin could also be carried for use as a second-line drug for urinary tract infections in elderly people, in whom trimethoprim should be used only with caution. **Aciclovir** (800mg tablets), 800mg five times daily for 7 days, is useful for the immediate treatment of herpes zoster.

When antibacterials and antivirals are given out of hours, the patient should be supplied with a full course to appropriately treat the presenting condition.¹

Diabetic emergencies

For hypoglycaemia, **glucose** should be given by mouth as glucose tablets or syrup, sugar, or a sugary drink, if the patient

is able to co-operate. Glucose is also available as an oral gel in a dispenser (Hypostop Gel), but honey or syrup spooned into the mouth is as effective. If these measures are impractical or ineffective, the usual first-choice treatment is **glucagon** (1mg vial) in a dose of 1mg given by subcutaneous, intramuscular or intravenous injection. In patients who do not respond to glucagon after 10 minutes, or those who have been hypoglycaemic for some time and may have exhausted their supplies of liver glycogen, up to 50mL of intravenous **glucose** solution (20% intravenous infusion) should be given into a large vein through a large-gauge needle. If the hypoglycaemia has been caused by an oral antidiabetic drug or an insulin overdose, the patient should be transferred to hospital.

Myocardial infarction and angina

Aspirin (300mg soluble tablets) 150–300mg should be given to all patients with suspected myocardial infarction, unless a full dose of aspirin has already been taken or there is a clear contraindication.⁸ One tablet should be dispersed in water and swallowed, or the patient told to chew it. A note should be sent with the patient to inform hospital staff that aspirin has already been given. **Oxygen**, if carried, should also be given at the highest deliverable concentration (provided that the patient does not have chronic obstructive pulmonary disease). **Glycerol trinitrate** (as a spray that delivers 400micrograms/metered dose), 1–2 sprays under the tongue, is useful for angina. For analgesia, the patient should receive intravenous **diamorphine** (5mg powder for reconstitution with water for injection) 5mg at a rate of 1mg/minute (2.5mg in older people), with an antiemetic; a further 2.5–5mg can be given if necessary. Diamorphine should not be injected intramuscularly in patients with myocardial infarction because this may delay the analgesic effect and be ineffective in a patient with shock. It may also increase the risk of local bleeding into the muscle if the patient is subsequently given a thrombolytic drug.⁸ Some GPs may wish to administer thrombolytic therapy in patients with clinical and ECG evidence of acute myocardial infarction to ensure that this treatment is given as soon as possible. The thrombolytic regimen should be decided in conjunction with the local specialist cardiologists. **Atropine** (600micrograms/mL injection) 0.3–1mg intravenously, should be given if the patient has bradycardia (pulse rate below 50 beats/minute) particularly if this is complicated by hypotension. If the initial dose is effective, it may be repeated.

Acute left ventricular failure

To relieve pulmonary oedema, **furosemide*** (10mg/mL injection) 20–50mg should be given by slow intravenous injection. **Diamorphine** (5mg powder for reconstitution with water for injection) should be given (with an antiemetic) by slow intravenous injection (1mg/minute) in a dose of 2.5–5mg for symptomatic relief in acute left ventricular failure. **Glycerol trinitrate** can help to relieve pulmonary oedema in acute left ventricular failure (for administration details, see section on *Myocardial infarction and angina*). **Oxygen**, if carried, should also be given at the highest deliverable concentration (unless the patient has chronic obstructive pulmonary disease).

* This new spelling reflects the use of recommended International Non-proprietary Names (rINNs) instead of former British Approved Names (BANs), as required by European law. For more information, see the *British National Formulary*, or <http://medicines.mhra.gov.uk/infocources/productinfo/banslist.pdf>

Psychiatric emergencies

For many patients who are acutely anxious, agitated or psychotic, establishing a good rapport and attempting to calm them down are more appropriate emergency measures than giving medication. If there are any concerns about personal safety, the GP should not attend the patient alone. When medication for reducing anxiety or agitation is considered necessary, it should be given by mouth wherever possible, rather than by injection.⁹ If parenteral treatment (i.e. for rapid tranquillisation) is necessary, the intramuscular route is safer than the intravenous route.⁹ Oral treatment options include **haloperidol** (1.5mg tablets) 1.5–5mg or **lorazepam** (1mg tablets) 1–2mg.¹⁰ The doses depend on the weight of the patient and the degree of psychiatric disturbance. A patient who is very agitated, hyperactive or violent can be given 2–10mg of haloperidol (5mg/mL injection) intramuscularly or 1–2mg of lorazepam (4mg/mL injection) intramuscularly.¹⁰ When these drugs are used parenterally, the patient's vital signs need to be monitored closely.⁹ Haloperidol can cause acute oculogyric crisis or acute dystonia, which can be reversed by procyclidine (for administration details, see section on *Nausea and vomiting*). For a patient with acute agitation due to organic disease, treatment with lorazepam 1–2mg orally is reasonable. The precise dose depends on the patient's size and degree of agitation. If the patient is too agitated to take drugs by mouth, then parenteral lorazepam should be given as outlined above.

Respiratory depression is unlikely with the intramuscular doses of lorazepam recommended above. However, if respiratory depression occurs, it can be quickly reversed by giving **flumazenil** (100micrograms/mL injection) 200micrograms intravenously over 15 seconds then, if required, 100micrograms at 60-second intervals, if required, up to a maximum of 1mg. So, although flumazenil is not licensed for use in this setting, it may be sensible for doctors to carry the drug if they are ever likely to give parenteral benzodiazepines. Flumazenil is contraindicated in patients with life-threatening conditions that are controlled by benzodiazepines (e.g. raised intracranial pressure or status epilepticus). Patients with benzodiazepine-induced respiratory depression should be admitted to hospital.

Seizures

The drug of choice for the initial management of status epilepticus is **lorazepam** (4mg/mL injection) 4mg by slow intravenous injection into a large vein. An alternative for prolonged or serial seizures and for status epilepticus is rectal **diazepam** (2–4mg/mL solution in a 2.5 mL tube for rectal administration) 500micrograms/kg up to a maximum of 30mg (elderly patients should receive only 250micrograms/kg up to a maximum of 15mg). However, **midazolam** (5mg/mL, 2mL ampoule) given by the buccal route (e.g. via a syringe), as a single dose of 10mg, may be more acceptable to some patients, although it is not licensed for this indication.¹¹ See advice about respiratory depression with benzodiazepines in the section on *Psychiatric emergencies*.

Bleeding

Carrying **sodium chloride** infusion (0.9%, 500mL) with a giving set and intravenous cannula facilitates fluid volume replacement in patients with severe bleeding.

Syntometrine (ergometrine maleate 500micrograms plus oxytocin 5units/mL injection), 1mL given intramuscularly (intravenous use no longer recommended), will often stop the bleeding after a delivery or an incomplete miscarriage. If stored at 2–8°C, Syntometrine has a shelf-life of up to 3 years. It may also be stored at up to 25°C for 2 months, but must then be discarded. It should never be stored at temperatures above 25°C. The drug also needs to be protected from light.

Anaphylaxis

If anaphylaxis is suspected, **adrenaline** should be administered and an emergency ambulance should be called immediately. The airway should be secured and to help restore blood pressure, the patient should be laid supine with the feet raised above the level of the head. Adrenaline (1mg/mL, i.e. **1:1,000**) should be given intramuscularly or subcutaneously for anaphylaxis or acute angio-oedema with threatened airway obstruction. The intramuscular dose is 500micrograms (0.5mL). This dose can be repeated several times at 5-minute intervals if necessary, according to the patient's blood pressure, pulse and respiratory function. If the patient is severely ill, and there is real concern about the adequacy of circulation and absorption of the intramuscular adrenaline, the drug can be given as a slow intravenous injection of adrenaline (100micrograms/mL, i.e. **1:10,000**) in a dose of 100micrograms/minute over 5 minutes. However, the intravenous route should ideally only be used by an experienced and trained practitioner with full resuscitation facilities. **Oxygen** in as high a concentration as possible should also be given. A useful adjunct, after adrenaline, is **chlorphenamine*** (10mg/mL injection) 10–20mg intramuscularly or subcutaneously, or by slow intravenous injection over 1 minute (to avoid the possibility of a transient fall in blood pressure). **Sodium chloride** infusion (0.9%, 500mL) should be given intravenously if adrenaline fails to restore blood pressure rapidly. **Hydrocortisone** (100mg powder as sodium succinate for reconstitution) 100–300mg should be given by slow intravenous

* New spelling since the introduction of the rINNs scheme.

[M = meta-analysis; R = randomised controlled trial]

1. Department of Health, October 2000. *Delivering the out-of-hours review. Securing proper access to medicines in the out-of-hours period* [online]. Available: http://www.out-of-hours.info/downloads/short_medicines_guidance.pdf [Accessed 23 August 2005].
2. Drugs for the doctor's bag. *DTB* 1995; 33: 3–5.
3. Drugs for the doctor's bag – you respond. *DTB* 1995; 33: 56.
4. Drugs for the doctor's bag revisited. *DTB* 2000; 38: 65–8.
5. Joint Formulary Committee. *British National Formulary*. Edition 49. London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain and British Medical Association, March 2005.
6. British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, April 2004. *British guideline on the management of asthma. A national clinical guideline* [online]. Available: <http://www.brit-thoracic.org.uk/c2/uploads/asthmafull.pdf> [Accessed 23 August 2005].

injection in severely affected patients. Nebulised **salbutamol** (in doses given in the section on *Asthma*) may help a patient with bronchospasm that has not been alleviated by adrenaline.

Hypoadrenalism

Glucocorticoid requirements increase during any acute illness. Patients on corticosteroid therapy for more than a few weeks are at risk of adrenal crisis (characterised by vomiting, hypotension and shock) if they stop their corticosteroid suddenly, particularly if they are unwell (e.g. due to intercurrent gastroenteritis); or if while on low-dose or replacement-dose corticosteroid they fail to appropriately increase their corticosteroid dose in the event of acute illness. **Hydrocortisone** (100mg powder as sodium succinate for reconstitution) 100mg by slow intravenous or intramuscular injection provides adequate circulating corticosteroid levels for any severe stress for 4–6 hours. Patients who have had a hypoadrenal crisis requiring parenteral therapy should be admitted to hospital in all but the mildest cases.

Upkeep of the bag

The GP's bag must be lockable and not left unattended during home visits, not least because it usually contains prescription pads and medicines (including controlled drugs). Most medicines should be stored at between 4°C and 25°C. A silver-coloured bag or cool bag will keep drugs cooler than a traditional black bag. It is useful to keep a maximum-and-minimum thermometer in the bag to record the extremes of temperature. Bright lights may inactivate some drugs, such as injectable prochlorperazine, so the bag should be kept closed when not in use. It is best to store the bag in a cool place in the surgery or at home rather than in the doctor's car. If left in the car, the bag should be locked, kept out of sight and locked in the boot. The origin, batch numbers and expiry dates of all the drugs should be recorded when administered and drugs checked at least twice a year (more often for Syntometrine) to see that they are still in date and usable. Products that have nearly expired should be safely discarded and replaced. If oxygen is carried, the GP's car should be labelled with the correct 'Hazchem' sticker. If more than immediate treatment is given, the patient should also be given a patient information leaflet.

7. BTS Pneumonia Guidelines Committee, April 2004. *BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults - 2004 update* [online]. Available: <http://www.brit-thoracic.org.uk/c2/uploads/MACAP2001gline.pdf> [Accessed 23 August 2005].
8. Tackling myocardial infarction. *DTB* 2000; 38: 17–22.
9. National Institute for Clinical Excellence, February 2005. *Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments* [online]. Available: <http://www.nice.org.uk/pdf/cg025niceguideline.pdf>. [Accessed 23 August 2005].
10. Taylor D et al. (Eds). *The Maudsley Prescribing Guidelines 2005–2006*. Eighth edition. Abingdon: Taylor, Paton, Kerwin, 2005; 313–5.
11. National Institute for Clinical Excellence, October 2004. *The epilepsies. The diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care* [online]. Available: <http://www.nice.org.uk/pdf/CG020NICEguideline.pdf> [Accessed 23 August 2005].



Drugs for the doctor's bag: 2 – Children	81
The <i>BNF for Children</i>	84
Leukotriene receptor antagonists – an update	85

The independent review of medical treatment

Drugs for the doctor's bag: 2 – Children

In September 2005, we published *Drugs for the doctor's bag: 1 – Adults*,¹ recognising the fact that there is still a need for most GPs to carry well-equipped bags, even though many have given up responsibility for out-of-hours services.² Here we suggest medicines that a GP might want to have available for use in an emergency or for the acute treatment of children and adolescents, updating our previous advice.^{3–5} As with adults, it is not our intention to imply that every GP must carry every drug mentioned. Some of the drugs will probably only be used by rural GPs who do not have access to immediate emergency care. Whenever a medicine is first mentioned, our suggested formulation is included in brackets. Unless otherwise stated, the doses given are all from the *BNF for Children*.⁶ We enclose with this issue a card summarising parenteral doses (for adults and children) of drugs for medical emergencies; this card includes the *BNF* table of ideal weight for age.

Asthma and croup

In an acute mild-to-moderate exacerbation of asthma, the first treatment to give is an inhaled short-acting beta₂ agonist, via a large-volume spacer device (such as E-Z Spacer, Nebuhaler), and a close-fitting mask if the child is aged under 5 years. The standard dose regimen via a spacer device is one puff of a **salbutamol** or **terbutaline** metered-dose inhaler every 15–30 seconds, up to a maximum of 10 puffs. The dose can be repeated every 20–30 minutes, if necessary. Children aged 2–18 years should also be given oral **prednisolone** (5mg soluble tablets) 1–2mg/kg (maximum: in children under 5 years, 20mg daily; 5–18 years, 40mg daily). If there is a poor response, the child should be sent to hospital. In a severe or life-threatening exacerbation of asthma, arrangements should be made for immediate transfer to hospital and, in the meantime, **oxygen** should be given using a close-fitting face mask or nasal prongs to achieve oxygen saturation above 92% (if pulse oximetry is used). A short-acting inhaled beta₂ agonist should also be given via a spacer in doses as above or via a nebuliser driven by oxygen. Standard doses via a nebuliser are salbutamol (1mg/mL nebuliser solution) 2.5mg; or terbutaline (2.5mg/mL nebuliser solution) 5mg; the doses may be doubled for a child aged over 5 years. While waiting for transfer, if the symptoms do not improve, the GP should give nebulised **ipratropium** (250micrograms/mL nebuliser solution) 125–250micrograms in children aged under 2 years and 250micrograms in those aged 2–18 years. A corticosteroid should also be given as either oral prednisolone 1–2mg/kg (maximum 40mg) once daily in patients who can swallow, or intravenous **hydrocortisone** (100mg powder as sodium succinate for reconstitution with water for injection) 4mg/kg (maximum 100mg) given over at least 1 minute.

Mild croup does not require any specific drug treatment. Children with croup that is severe or might cause complications can be given either oral prednisolone 1–2mg/kg or oral **dexamethasone** (2mg/5mL oral solution) 150micrograms/kg, before transfer to hospital.

Infection

Children with suspected bacterial meningitis or meningococcal septicaemia should be given **benzylpenicillin** (600mg vial for reconstitution with sodium chloride or water for injection) intravenously (or intramuscularly if venous access is not available), while arrangements are made for urgent transfer to hospital. Recommended doses are, for children aged under 1 year, 300mg; 1–9 years, 600mg; and 10 years and over, 1.2g. In general, children who are allergic to penicillin should receive **cefotaxime** (1g vial for reconstitution with water for injection) as a single dose by intravenous or intramuscular injection. Recommended doses are, for children aged up to 12 years, 50mg/kg; and 12 years and over, 1g. However, it is too dangerous to risk using cefotaxime in children with a history of anaphylaxis due to penicillin because of potential cross-sensitivity. A non-beta-lactam alternative for such patients is intravenous **chloramphenicol** (1g vial for reconstitution with water for injection) in a dose of 12.5–25mg/kg.

Children with uncomplicated community-acquired pneumonia who are fit to be managed at home can be treated with oral antibacterials. Those needing intravenous antibacterials should be admitted to hospital. An appropriate oral treatment is **amoxicillin** (250mg capsules; 125mg/5mL and 250mg/5mL oral suspensions), children aged 1 month–1 year, 125mg; 1–5 years, 250mg; and 5–18 years, 500mg (all three

times daily). If the child is allergic to penicillin, has pneumonia suspected to be caused by an atypical organism, or has not responded to amoxicillin, an alternative is **erythromycin** (250mg tablets; 125mg/5mL and 250mg/5mL suspensions). The doses are, for children aged 1 month–2 years, 125mg; 2–8 years, 250mg; and 8–18 years, 250–500mg (all four times daily).⁷ For children who have gastrointestinal intolerance to erythromycin, **clarithromycin** (250mg tablets; 125mg/5mL and 250mg/5mL suspensions) is an alternative.⁷ Suitable doses are, for children weighing under 8kg, 7.5mg/kg; for children aged 1–2 years, 62.5mg; 3–6 years, 125mg; 7–9 years, 187.5mg; 10–12 years, 250mg; and 12–18 years, 250mg (all given twice daily).

Various oral antibacterials can be carried to start treatment for other suspected bacterial infections. The preparations carried might need to be reviewed in the context of information about local outbreaks and bacterial resistance patterns. For bacterial upper respiratory tract infections such as sinusitis and otitis media, amoxicillin is suitable in doses of, for children aged 1 month–1 year, 62.5mg; 1–5 years, 125mg; 5–12 years, 250mg; and 12–18 years, 500mg (all three times daily). Alternatives for patients with known penicillin allergy include erythromycin and clarithromycin in the doses indicated above. For urinary tract infections, an appropriate option is **trimethoprim** (200mg tablets; 50mg/5mL suspension), at a dose of, for children 1 month–18 years, 4mg/kg (maximum 200mg) twice daily, or an oral cephalosporin (particularly where there is resistance to trimethoprim). For acute skin infections, **flucloxacillin** (250mg capsules; 125mg/5mL and 250mg/5mL oral solution), at a dose of, for children aged 1 month–2 years, 62.5–125mg; 2–10 years, 125–250mg; and 10–18 years, 250–500mg (all four times daily), or erythromycin (given in doses as above), can be carried.

Rehydration

Oral rehydration salts (in sachets for reconstitution with water – boiled then cooled for infants – to form isotonic solutions of glucose and sodium) should be carried for oral rehydration in patients with gastroenteritis. The dose for infants under 1 year is 1–1.5 times the usual feed volume per 24 hours; and, for children aged 1–12 years, 200mL and for children aged 12–18 years 200–400mL, after each loose motion. These should not be taken as a single dose, but instead divided into frequent small volumes.

Diabetic emergencies

For hypoglycaemia, 10–20g of **glucose** should be given by mouth as glucose tablets or syrup, sugar or a sugary drink, if the patient is able to co-operate (i.e. drowsy but conscious). Two teaspoons of sugar represent about 10g glucose. Glucose is also available as an oral gel in a dispenser (Hypostop Gel), but honey (not in infants aged below 1 year) or syrup spooned into the mouth is as effective, if available. If these measures are ineffective or impractical (i.e. if the child is fitting or unconscious), the usual treatment of first choice is **glucagon** (1mg/mL injection), for children aged under 1 month, 20micrograms/kg; 1 month–2 years, 500micrograms; and 2–18 years, 0.5–1mg (i.e. weight under 25kg, 0.5mg; over 25kg, 1mg) given by subcutaneous, intramuscular or

intravenous injection. In children who do not respond to glucagon after 10 minutes, or those who have been hypoglycaemic for some time and may have exhausted their supplies of liver glycogen, 2–5mL/kg of **glucose** solution (10% intravenous infusion) should be given into a large vein through a large-gauge needle over 3 minutes. Once hypoglycaemia has been acutely reversed, it is essential that longer-acting carbohydrates are eaten (e.g. bread, rice). The child should be transferred to hospital if the hypoglycaemia has been caused by an oral antidiabetic drug or an insulin overdose, or if the child is unconscious, fitting, vomiting or fails to respond after glucagon. For any child with diabetes, it is important to initially exclude ketoacidosis with blood sugar and urine testing.

Seizures

Children with prolonged or serial seizures (or status epilepticus) can be treated by rectal **diazepam** (2mg/mL or 4mg/mL solution in a 2.5mL tube for rectal administration). Recommended doses are, for children under 1 month, 1.25–2.5mg; 1 month–2 years, 5mg; 2–12 years, 5–10mg; and 12–18 years, 10mg, repeated after 5 minutes if necessary. Rectal administration of diazepam solution in the same doses is also the treatment of choice for febrile convulsions lasting more than 15 minutes. **Midazolam** (5mg/mL, 2mL ampoule) given as a single dose by the buccal route (e.g. orally via a syringe) may be more acceptable to some patients, although it is not licensed for this indication.⁸ Recommended doses are, for children aged under 6 months, 300micrograms/kg; 6 months–1 year, 2.5mg; 1–5 years, 5mg; 5–10 years, 7.5mg; and 10–18 years, 10mg.

Anaphylaxis

If anaphylaxis is suspected, **adrenaline** should be given and an emergency ambulance called immediately. The airway should be secured and, to help restore blood pressure, the patient should be laid supine with feet raised above the level of the head. Adrenaline (1mg/mL ampoules, i.e. **1:1,000**) should be given intramuscularly. The doses are, for children aged under 6 months, 50micrograms (0.05mL); 6 months–6 years, 120micrograms (0.12mL); 6–12 years, 250micrograms (0.25mL); and 12–18 years, 500micrograms (0.5mL). These doses can be repeated several times at 5-minute intervals if necessary, according to the patient's blood pressure, pulse and respiratory function. If the patient is severely ill, and there is real concern about the adequacy of his or her circulation and absorption of intramuscular adrenaline, the drug can be given as a slow intravenous injection of dilute adrenaline injection **1:10,000** (100micrograms/mL). The dose is 10micrograms/kg (i.e. 0.1mL/kg of 1:10,000 solution) given over several minutes in children aged 1 month–12 years, and 500micrograms (5mL of the dilute 1:10,000) given at a rate of 100micrograms/minute in 12–18 year olds, stopping when a response is obtained. The 1:1,000 strength of adrenaline must not be given by the intravenous route. The intravenous route should ideally only be used by an experienced and trained practitioner with full resuscitation facilities. **Oxygen** in as high a concentration as possible should also be given. A useful adjunct, after adrenaline, is **chlorphenamine** (10mg/mL injection) given by slow intravenous injection over 1 minute (to avoid the possibility

of a transient fall in blood pressure). The recommended doses are, for children aged 1 month–1 year, 250micrograms/kg (maximum 2.5mg); 1–6 years 2.5–5mg; 6–12 years, 5–10mg; and 12–18 years, 10–20mg. **Sodium chloride** intravenous infusion (0.9%, 500mL), 10mL/kg, should be given if adrenaline fails to restore blood pressure rapidly. **Hydrocortisone** (100mg powder as sodium succinate for reconstitution) should be given in a dose of 4–8mg/kg (maximum 300mg) in children aged 1 month–18 years by slow intravenous or intramuscular injection in severely affected patients. Nebulised **salbutamol** (in doses given in the section on *Asthma and croup*) may help a patient with bronchospasm that has not been alleviated by adrenaline.

Acute pain

Paracetamol (120mg/5mL and 250mg/5mL oral suspensions) is standard treatment for mild or moderate pain and also helps to reduce fever. The dose in children aged 1–3 months is 30–60mg given every 8 hours. The doses in other ages are, for children aged 3–12 months, 60–120mg; 1–5 years, 120–250mg; 6–12 years, 250–500mg; and 12–18 years, 500–1,000mg (all every 4–6 hours, up to a maximum of four doses in 24 hours). **Ibuprofen** (100mg/5mL oral suspension) may also be useful. The doses are, for children aged 1–6 months, 5mg/kg; 6 months–2 years, 50mg; 2–7 years, 100mg; and 7–18 years, 200mg (all 3–4 times daily). Some GPs carry **codeine** (25mg in 5mL syrup) to provide another option for the relief of pain, such as in patients in whom NSAIDs are contraindicated. The dose for children aged 1 month–12 years is 0.5–1mg/kg, and in 12–18 year olds, 30–60mg, every 4–6 hours (maximum 240mg daily).

Children in severe pain may need urgent admission to hospital for assessment and analgesia. Where this is not possible, **morphine** (10mg/mL injection; 10mg/5mL oral solution), given orally or by subcutaneous or intramuscular injection, is the most valuable opioid analgesic.⁶ The subcutaneous and intramuscular doses are, for children aged 1–12 months, 200micrograms/kg (every 6 hours); 1–5 years, 2.5–5mg; 5–12 years, 5–10mg; and 12–18 years, 10mg (all every 4 hours). The intravenous doses (given over at least 5 minutes) are, for children aged 1–6 months, 100–200micrograms/kg (every 6 hours); 6 months–12 years, 100–200micrograms/kg and 12–18 years, 2.5–10mg (both every 4 hours). The oral doses are, for children aged 1–12 months, 80micrograms/kg; 1–2 years, 200–400micrograms/kg; 2–12 years, 200–500micrograms/kg; and 12–18 years, 10–15mg (every 4 hours). An alternative is **diamorphine** (5mg or 10mg powder for reconstitution with water for injection) given by slow intravenous injection (1mg/minute) in the following doses: children aged 1–3 months, 20micrograms/kg and 3–6 months, 25–50micrograms/kg (both every 6 hours); and 6–12 months, 75micrograms/kg; 1–12 years, 75–100micrograms/kg; and 12–18 years, 2.5–5mg (all every 4 hours). Children aged 12–18 years can also be given 5mg subcutaneously (but not if tissue perfusion is impaired or if there is oedema) or intramuscularly. Respiratory monitoring is recommended in children given opioid analgesics and, ideally, respiratory support should be available. Management of opioid-related nausea and vomiting, and respiratory depression are covered in the sections on *Nausea and vomiting* and *Opioid overdose*.

Opioid overdose

Naloxone (400micrograms/mL injection) should be given intravenously for acute opioid overdose (i.e. if there is coma, bradypnoea and pinpoint pupils), and the child should be admitted to hospital as an emergency. The doses are, for children aged 1 month–12 years, 10micrograms/kg with a subsequent dose of 100micrograms/kg if there is no response; and 12–18 years, 0.4–2mg repeated at intervals of 2–3 minutes to a maximum of 10mg if respiratory function does not improve. Naloxone should not be given subcutaneously or intramuscularly, unless the intravenous route is not feasible, because the onset of action is slower with these routes; if given subcutaneously or intravenously, the doses are the same as for the intravenous route. Naloxone has a shorter duration of action than many opioids and close monitoring and repeated injections may be necessary, according to the respiratory rate and depth of coma. If there is still no response after the maximum dose has been given, the diagnosis of opioid overdose should be questioned. However, it is worth bearing in mind that the doses of naloxone noted above may be too low for managing overdose in children who have been taking opioids long term.

Nausea and vomiting

Antiemetics are usually unnecessary and sometimes harmful. They should only be given when the cause of vomiting is known because otherwise they may delay diagnosis. **Domperidone** (10mg tablets; 30mg suppositories) is a useful antiemetic, especially for nausea and vomiting associated with cytotoxic therapy. It has the advantage over metoclopramide and prochlorperazine of being less likely to cause dystonia. Oral doses for children over 2 years of age are, for weight up to 35kg, 250–500micrograms/kg; and weight 35kg and over, 10–20mg. Rectal doses in children over 2 years old are, for weight 15–35kg, 30mg; and weight over 35kg, 60mg. An alternative antiemetic is **prochlorperazine** (12.5mg/mL injection; 5mg and 25mg suppositories; 5mg tablets). The intramuscular dose is, for children aged 2–5 years, 1.25–2.5mg; 5–12 years, 5–6.25mg; and 12–18 years, 12.5mg. The rectal dose is, for children aged 1–5 years and over 10kg, 2.5mg; 5–12 years, 5–10mg; and 12–18 years, 12.5–25mg. The oral dose is, for children aged 1–5 years and over 10kg, 1.25–2.5mg; 5–12 years, 2.5–5mg; and 12–18 years, 5–10mg. The injection is not licensed for use in children and the suppositories are not licensed for use in children under 12 years old. Prochlorperazine can cause acute dystonic reactions including oculogyric crisis, which can be reversed by **procyclidine** (5mg/mL injection) given intramuscularly or intravenously, although it is not licensed for use in children. The doses are, for children aged under 2 years, 0.5–2mg; 2–10 years, 2–5mg; and 10–18 years, 5–10mg (occasionally more than 10mg is needed). **Cyclizine** (50mg/mL injection; 50mg tablets), can be used to treat patients with nausea and vomiting due to vestibular disorders, and to reduce the likelihood of opioid-induced vomiting. The dose in children aged 1 month–18 years is 0.5–1mg/kg by intravenous injection or orally, (maximum single dose: 1 month–6 years, 25mg; 6–18 years, 50mg). The injection is not licensed for use in children, and the tablets are not licensed for use in children under 6 years old.

Hypoadrenalism

Glucocorticoid requirements increase during any acute illness. Children on corticosteroid therapy for more than a few weeks (including some on regular high doses of inhaled corticosteroids) are at risk of adrenal crisis (characterised by vomiting, hypotension and shock), if they stop their corticosteroid suddenly. This is particularly likely if they are unwell (e.g. due to intercurrent gastroenteritis), or if they fail to appropriately increase their corticosteroid dose in the

event of acute illness while on low-dose or replacement-dose corticosteroids. **Hydrocortisone** (100mg powder as sodium succinate for reconstitution), at a dose of, for children aged 1 month–12 years, 2–4mg/kg and 12–18 years, 100mg, given by slow intravenous or intramuscular injection, provides adequate circulating corticosteroid levels for any severe stress for 4–6 hours. Children who have had a hypoadrenal crisis requiring parenteral therapy, and those unable to take oral corticosteroids because of vomiting, should be admitted to hospital.

[M = meta-analysis; R = randomised controlled trial]

1. Drugs for the doctor's bag: 1 – Adults. *DTB* 2005; 43: 65-8.
 2. Department of Health, October 2000. *Delivering the out-of-hours review. Securing proper access to medicines in the out-of-hours period* [online]. Available: http://www.out-of-hours.info/downloads/short_medicines_guidance.pdf [Accessed 18 October 2005].
 3. Drugs for the doctor's bag. *DTB* 1995; 33: 3-5.
 4. Drugs for the doctor's bag – you respond. *DTB* 1995; 33: 56.
 5. Drugs for the doctor's bag revisited. *DTB* 2000; 38: 65-8.
 6. Paediatric Formulary Committee. *BNF for children* (September 2005). London: BMJ Publishing Group, Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, and RCPCH Publications; 2005.
 7. BTS Pneumonia Guidelines Committee, April 2004. *BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults - 2004 update* [online]. Available: <http://www.brit-thoracic.org.uk/c2/uploads/MACAP2001gline.pdf> [Accessed 18 October 2005].
 8. National Institute for Clinical Excellence, October 2004. *The epilepsies. The diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care* [online]. Available: <http://www.nice.org.uk/pdf/CG020NICEguideline.pdf> [Accessed 18 October 2005].
-

7.15 Annexe 15 : Domaines fondamentaux pour l'évaluation initiale des soins à domicile d'après l'American Medical Association, disponible dans le « Medical Management of the Home Care Patient »

Table 3 Areas of potential importance for initial home care evaluation		
Type of assessment	Specific assessment	Elements to be observed and evaluated
Patient assessments	<i>Functional assessments</i> Against the backdrop of the disease process, the physician must assess the patient's ability to perform activities of daily living (ADL) and the more complex instrumental activities of daily living (IADL)	ADL <ul style="list-style-type: none"> • Ambulating • Feeding • Toileting • Continence • Transferring • Dressing • Bathing IADL <ul style="list-style-type: none"> • Taking medications appropriately • Handling finances • Using the telephone • Arranging transportation • Preparing meals • Shopping • Doing housework Gait and balance assessment/fall prevention Sensory assessment <ul style="list-style-type: none"> • Vision • Hearing
	<i>Mental/cognitive assessment</i> Assesses the ability of the patient to follow/implement the directed care plan	<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol or drug use • Recent changes in cognition • Health literacy • Cognitive ability and educational development • Decision-making capacity • Use of medications that affect cognition
	<i>Psychosocial assessment</i> Interventions must be individualized to be effective	<ul style="list-style-type: none"> • Nature and quality of interactions with others • Affect and mood • Cultural, ethnic, or religious influences on health care behavior, beliefs, preferences, and expectations
	<i>Nutritional assessment</i> There is potential for malnutrition in the socially isolated or disabled population	<ul style="list-style-type: none"> • Eating habits: preferences, frequency, and content of meals • Oral health/dental needs • Access to shopping assistance and the ability to purchase and prepare food • Fluid intake • Changes in body weight • Ability to swallow
	<i>Medication use and compliance</i> A structured approach based on thorough assessment and patient education can reduce adverse drug events	<ul style="list-style-type: none"> • All medications (prescription, over-the-counter, herbal and other remedies, and substances of abuse, such as alcohol) present in the home • Patient's understanding of the function of medications, desired outcomes, and potential side effects • History of allergies and adverse drug events • Written instructions • Numbers/names of prescribing physicians • Patient's current regimen and compliance • Patient's understanding of how to handle medication errors
	Advanced care planning	<ul style="list-style-type: none"> • Resuscitation wishes • Health care agents/durable powers of attorney and guardianship
Caregiver assessments	Assessment of burden of caregiving	<ul style="list-style-type: none"> • Caregiving responsibilities (i.e., spouse with Alzheimer's, grandchild, disabled child) • Number of hours of caregiving work per day • Nature of tasks to be completed • Physical and psychological stress related to nature of illness and necessary care • Caregiver's perception of the need for respite
	Assessment of the caregiver	<ul style="list-style-type: none"> • Acceptance of the responsibility • Willingness and ability to learn and apply knowledge • Emotional competence, stability • Willingness and ability to implement care plan • Caregiver's availability • Physical capacity to meet caregiving needs • History of abusive behaviors • Willingness and ability to work with the care team • Number of available caregivers • History of family relationships and traditions
Environmental assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Safety of the area for patient care activities (barriers, hazards, cleanliness, overcrowding) • Access to emergency services; emergency response/alert systems • Alternative source of electricity if life-supporting equipment is needed • Adaptations needed in terms of special equipment, furniture arrangement, remodeling • Telephone availability and accessibility • Access to toilet, food, water, medication • Adequate fire safety plan • Adequate storage space for supplies and equipment • Adequate space for caregivers • Transportation accessibility • Stability of housing situation 	
Community assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Safety of neighborhood for patient care • Communication as needed with local police, fire, utilities, highway departments, and emergency medical services • Community resources—Eldercare services; legal, mental health, social services available at home 	
Financial assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Eligibility for patient to receive services under Medicare/Medicaid/Veterans Administration or other public programs • Resources for private funding for necessary care, including insurance • Impact on family resources from inadequate coverage • Ability of patient and/or caregivers to manage finances 	

7.16 Annexe 16 : Évaluation méthodologique détaillée

Revue systématique de la littérature

La qualité des revues systématiques était variable. A l'exception d'une revue systématique, toutes des revues incluses interrogeaient plus d'une base de données.

Bunn F et al. (2005)(R-AMSTAR 33/44)(25) présentait une revue avec des méthodes systématiques et rigoureuses mais un certain nombre de problèmes méthodologiques ont eu une incidence sur la validité des résultats, comme le choix d'inclure des essais contrôlés non randomisés, induisant un biais de sélection et de publication important. De plus aucune des études incluses répondaient aux critères méthodologique de la liste de contrôle « Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group » (EPOC). En raison de l'hétérogénéité des études, aucune méta-analyse n'a été réalisé. La traçabilité des études incluses était complète. La méthode de recherche était clairement exposée. Le biais de publication était important par le choix d'inclure des essais non randomisés.

La revue systématique de *Ferrier C et al* (2000)(R-AMSTAR 20/44)(6) était réalisé à partir d'une seule base de donnée : Medline. La majorité des ouvrages retenus se fondaient sur l'opinion d'experts (Grade des recommandations : accords d'experts) le reste étaient des essais randomisés contrôlés de bonne qualité (preuve de niveau 1).

Salisbury C (2000)(R-AMSTAR 21/44)(46) présentait une recherche était limitée aux études publiées au Royaume Uni depuis 1959. La méthode de sélection des études incluses n'a pas été exposée dans cette revue.

Taylor S et al. (2005)(R-AMSTAR 42/44)(35) présentaient une revue systématique basée uniquement sur des essais randomisés contrôlés. La qualité méthodologique et de la validité externe des essais étaient évalués via les critères de la « Delphi quality criteria table ». La méthodologie des études incluses étaient dûment représentait. En l'absence d'hétérogénéité significative, en utilisant «the Cochrane Q statistic » ($p > 0,1$), les odds ratios (OR) et les IC à 95% ont été calculés à l'aide d'une méta analyse à effets fixes.

Martin S et al. (2008)(R-AMSTAR 27/44)(56) présentait une revue avec une bonne qualité méthodologique. La méthode de recherche était explicite. Néanmoins, aucune étude conforme aux critères d'inclusion n'a été identifiée, mettant en évidence le manque de données empirique

permettant d'étayer ou de réfuter l'efficacité des technologies intelligentes à domicile, ce qui est significatif pour les praticiens et les consommateurs de soins de santé.

Wong C et al. (2012)(R-AMSTAR 34/44)(58) et *McLean S et al.* (2011)(R-AMSTAR 37/44)(50) présentaient une revue avec une bonne qualité méthodologique. Elles reposaient sur une méthode de recherche explicite, une traçabilité complètes des articles inclus et une évaluation de la qualité des études. Seulement des essais contrôlé randomisés ont été inclus, dont les risques de biais ont été évalués via the « Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Intervention » (Higgins 2008). *Wong C et al.* et *McLean S et al.* ont présenté des méta-analyses des études incluses en tenant compte de l'hétérogénéité.

Khalil H et al. (2017)(R-AMSTAR 40/44)(43) présentait une revue avec une très bonne qualité méthodologique. La méthode de recherche ainsi que la traçabilité des études incluses est clairement démontrés. La qualité de chaque étude incluse était faite par l'utilisation de l'outil GRADE « Working Group grades of evidence » (niveau de preuve élevée, modérée, faible et très faible). Ont été inclus uniquement des essais randomisés. Une méta analyse était réalisée.

Kew KM et al. (2016)(R-AMSTAR 36/44)(49) présentaient une revue systématique de bonne qualité méthodologique. La qualité des études incluses ont été évalué par l'outil GRADE. La méthode de recherche ainsi que la traçabilité complète des études incluses étaient rigoureusement exposées. Pour chaque études incluses *Kew KM et al.* évaluaient le risque de biais en utilisant les critères décrits dans le « Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Intervention »(Higgins 2011)(73). Les sources de soutien de chaque étude incluse étaient précisées.

Inglis SC et al. (2015)(R-AMSTAR 38/44)(45) présentaient une revue de bonne qualité méthodologique, bonne méthode de recherche ainsi qu'une traçabilité complète des études incluses. Le niveau de qualité des études incluses était évalué par l'outil GRADE et, le risque de biais, par les critères du « Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Intervention » (Higgins 2011). L'ensemble dans analyses était en intention de traiter (ITT). L'ensemble des méta-analyses utilisaient un modèle à effets fixes. Les sources de soutien de chaque étude incluse étaient précisées.

Van Haastregt J et al. (2000)R-AMSTAR 29/44)(40) évaluaient la qualité méthodologique des études incluses en consultant la liste du « Method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group for Spinal Disorders » (72) ; bien que les études étaient de qualité variable, celle-ci étaient jugée adéquate (score moyen de qualité 54%). La méthode de recherche était

détaillée. Les auteurs déclaraient l'importance du biais de publications sur les résultats. Du fait de l'hétérogénéité des études incluses, aucune mise en commun n'était possible.

Essais contrôles randomisés

Rytter L et al. (2010)(34) présentait un essai contrôlé randomisé (ECR) avec un risque élevé de biais de performance. Ni les participants ni les opérateurs (médecins, IDE) n'ont pu être mis à l'aveugle du fait de la conception de l'étude. Néanmoins les résultats ont été évalués par des équipes indépendantes.

Lakin A et al. (2015)(38) présentaient un ECR avec un risque de biais de performance et de détection élevée. En effet le respect de l'aveugle des opérateurs, des participants et de l'évaluation des résultats n'était pas possible. Chaque patiente qui acceptait de participer à l'essai, a reçu une carte cadeau au moment de la randomisation. Les biais de sélection, attrition, de reporting étaient incertains. Néanmoins il n'y avait pas de publication sélective du « p ».

Cragg DK et al (1997)(71) présentaient un ECR de faible risque de biais de sélection, de performance, d'attrition et de reporting. Les patients, les opérateurs et l'évaluation des résultats étaient à l'aveugle. Il y avait néanmoins, un risque élevé de publication sélective des résultats, les intervalles de confiance ont été dérivés d'une analyse multi niveau.

Thygesen LC et al.(2015)(60) présentaient un ECR uni centrique. Les analyses étaient réalisées selon le principe d'intention de traiter (ITT). Cet ECR avait un haut risque de biais de performance, le respect de l'aveugle chez les opérateurs (médecins et IDE) et les participants (patients) était impossible. Le statisticien réalisait l'analyse des résultats à l'aveugle. L'outil de dépistage utilisé dans cet ECR n'était pas validé, bien qu'il reposait sur une évaluation professionnelle.

L'ECR de *Sharifi V et al. (2012)(39)* avait un biais d'attrition élevé, avec également une possibilité élevée de publication sélective des résultats. L'évaluation des données était réalisée par des médecins généralistes, psychiatres non à l'aveugle, mais ces derniers ne participaient pas aux soins.

Lattimer V et al (1998)(47) évaluaient la sécurité et l'efficacité des consultations téléphoniques gérées par des IDE en dehors des heures d'ouvertures ; suivi de l'analyse des coûts et des économies du NHS issu de l'étude précédente (2000)(48). Ils présentaient des biais de faibles risques : biais de sélection, biais de performance, biais d'attrition et biais de reporting. Cependant, il y avait un risque incertain de biais de détection et une possibilité de publication sélective des résultats.

Hebert R et al. (2001)(61) présentaient un ECR avec une validité interne élevée, les biais de sélection, de performance et de détection étaient de faibles risques. La validité externe était également forte : il s'agissait d'un échantillon basé sur la population et le programme était «écologique», c'est-à-dire intégré dans le système de soins de santé existant sans duplication des services. De plus la taille de l'échantillon était suffisamment grande pour permettre de détecter une diminution de 10% de l'incidence annuelle du déclin fonctionnel de la population étudiée, avec une puissance de 80%.

Hansen FR et al. (1992)(33) présentaient un ECR avec un risque de biais de sélection et de reporting élevés. En effet la séquence de randomisation a été générée par le système de l'hôpital concerné, et les patients nés à une date inégale ont été randomisés dans le groupe d'essai, ceux nés à la même date dans le groupe témoin. De plus, l'aveugle des participants (patients) et des opérateurs (médecins et IDE) n'a pas été respecté pour des raisons pratiques. L'analyse était en intention de traiter et a pu sous-estimer l'effet en incluant des personnes n'ayant aucune chance d'intervention, introduisant un risque élevé de biais de reporting.

Mayo NE et al. (2008)(57) présentaient un ECR stratifié, équilibré, à l'insu des évaluateurs (faible risque de biais de détection) et randomisé. Les personnes étaient stratifiées après identification par un médecin personnel. La randomisation a été faite lors de la sortie de l'hôpital chez des patients post AVC, dans des blocs aléatoires de quatre, six ou huit dans des enveloppes scellées préparées à l'avance (faible risque de biais de sélection). Les participants (patients) n'étaient pas à l'aveugle à cause du type de l'essai.

Barlow J et al. (2007)(42) menaient un ECR multicentrique sur le rôle des visites à domicile dans l'amélioration de la parentalité et de la santé dans les familles à risque d'abus et de négligence ; ainsi qu'une évaluation économique. Il avait de faible risque de biais de sélection, de détection, d'attrition et de reporting. Après consentement et collecte des données de base, la randomisation était réalisée en utilisant des enveloppes opaques scellées numérotées séquentiellement. L'insu des opérateurs et du recueil des données était respecté. Néanmoins, l'insu des participants n'était pas possible. Une analyse en intention de traiter (risque élevé de biais d'attrition) était réalisée en utilisant l'analyse uni variée de la covariance pour les variables continues et l'analyse multivariée de la covariance pour les variables continues dans lesquelles la variable prédictive comprenait plusieurs échelles. L'importance a été évaluée au niveau de 0,05.

Vass M et al. (2007)(41) présentaient un ECR dont la randomisation était effectuée au niveau de la municipalité. L'analyse était en intention de traiter induisant un biais d'attrition élevé. Les risques

des biais de sélection de performance et d'attrition étaient faibles. Il y'avait très peu de perdu de vue au cours de cet essai (Huit des 5788 personnes de référence avaient immigré et ont été perdues de vue).

Études observationnelles : Grade des recommandations C selon l'HAS : Faible niveau de preuve scientifique (Niveau 4) :

Varley A et al. (2016)(26) présentaient un sondage auprès des infirmières de soins primaires ayant reçues une formation au triage téléphonique (logiciel d'aide à la prise de décision clinique CDSS) dans le cadre de l'étude « ESTEEM ». ESTEEM était un cluster d'essai randomisés contrôlés de 21 000 patients demandant un rendez-vous le jour même dans 42 cabinets généraux, dans 4 régions d'Angleterre (Devon, Bristol / Somerset, Warwickshire / Coventry, Norfolk / Suffolk). Les patients ont été recrutés entre mai 2011 et décembre 2012 dans 42 cabinets, dont 15 étaient des cabinets de triage infirmier, recrutant 7012 patients. Toutes les infirmières ont entrepris un programme de formation sur mesure pour leur permettre d'utiliser le logiciel d'aide à la décision clinique (CDSS) fourni par Plain Healthcare dans le cadre de consultations de triage par téléphone. Il était important de préciser que la formation CDSS a été conçue pour soutenir, par le biais de recommandations, la prise de décision des IDE lors d'un appel téléphonique. Bien que les infirmières devaient ouvrir le logiciel CDSS lors de chaque appels, elles pouvaient utiliser leurs propres connaissances et expériences sans obligations de suivre à la lettre les recommandations du logiciel.

Laberge A et al. (2000)(31) menaient une enquête postale, limitée à la région de Québec au Canada. Les zones d'habitations étudiées étaient principalement des régions urbaines. Le questionnaire s'agissait d'un questionnaire auto-administré, envoyé par la poste, composé de questions ouvertes et fermées. Les critères d'inclusions et d'exclusion sont définis distinctement. Chaque chercheur de l'étude a procédé à une classification indépendante des données de 25 questionnaires puis, ont comparé leurs réponses. Des analyses univariées et bi variées ont été réalisées. La signification statistique des relations observées lors des croisements de variables a été vérifiée à partir du test-t de Student et du test X2. Le seuil de signification statistique a été établi à 0,05.

Salisbury C et al. (1997)(70) évaluaient une association de médecins généralistes travaillant en dehors des heures d'ouvertures par rapport à un service de permanence de soins professionnalisé libéral dans des zones géographique qui se chevauchent. L'information a été recueillie sur 3920 appels pour l'association de médecins et 1892 appels au service de permanence de soins professionnalisé libéral. Les résultats sont généralisables de façon limitée à d'autres régions. En effet Londres a des taux de visites nocturne inférieurs à ceux des autres régions de la Grande Bretagne. Aucune coopérative ne se

ressemble, leurs organisations diffèrent les unes des autres. Cette étude observationnelle permet d'établir des informations de bases ainsi que des outils de mesure destinés aux services exerçants en dehors des heures d'ouvertures. Ils peuvent ainsi comparer leurs performances par rapports aux régions analysées dans la présente étude. Les mesures d'activité décrites ne constituent qu'un aspect de l'évaluation d'une coopérative en dehors des heures de travail par rapport à un à un service de permanence de soins professionnalisé libéral.

Avis d'expert : Grade des recommandations AE selon l'HAS : Avis d'experts :

Mcwhinney (2000) (32) : grade des recommandation selon l'HAS : avis d'experts.

Drug and Therapeutics Bulletin- The Independent review of medical treatment (2005) (52) : grade des recommandations selon l'HAS : avis d'experts



SERMENT D'HIPPOCRATE

au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Pénétré(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.