

Thèse présentée pour le diplôme de docteur en médecine

Spécialité médecine générale

Diplôme d'état

Consultation post-hospitalisation pour décompensation d'insuffisance  
cardiaque par le médecin généraliste dans l'Aisne

Présentée et soutenue publiquement le 6 avril 2020 par Mr Vincent CARTON

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

Assesseur : Madame le Professeur Catherine LOK

Assesseur : Monsieur le Professeur Jean-Sylvain HERMIDA

Assesseur : Monsieur le Docteur Abdallah AL-SALAMEH

Directeur de thèse : Monsieur le Dr David MOLCARD

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury, veuillez retrouver ici toute ma reconnaissance.

A Madame le Professeur Catherine LOK, je vous adresse mes plus sincères et respectueux remerciements pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

A Monsieur le Professeur Jean-Sylvain HERMIDA, je suis honoré de l'intérêt que vous portez à ce travail, recevez ici toute ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Abdallah AL-SALAMEH, vous me faites l'honneur de juger ce travail, soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur David MOLCARD, merci d'avoir accepté de diriger ce travail, et un grand merci pour ta patience.

A ma mère, pour m'avoir toujours soutenu et encouragé dans mes études.

A ma famille.

A mes amis et collègues, pour leur soutien.

A Hélène, pour avoir patiemment envoyé les 244 e-mails.

## Table des matières

Introduction : .....	4
Définitions et généralités: .....	4
Données épidémiologiques : .....	4
Données étiologiques : .....	5
Données pronostiques : .....	5
Eléments de santé publique : .....	6
La consultation longue post-hospitalisation : .....	6
Matériels et méthodes : .....	7
Résultats : .....	8
Discussion : .....	12
Résultats principaux : .....	12
Forces et faiblesses : .....	12
Conclusion : .....	13
Références : .....	14
Annexes : .....	16
Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes.....	16
Annexe 2 : Réponses au questionnaire .....	20

## **Introduction :**

### **Définitions et généralités:**

L'insuffisance cardiaque est définie par la société française de cardiologie comme un état pathologique intervenant lorsque la pompe cardiaque n'est plus capable d'assurer un débit sanguin suffisant pour satisfaire les besoins de l'organisme. Il ne s'agit pas d'une entité unique, mais plutôt du stade avancé de nombreuses pathologies du cœur. La définition de la Société Européenne de Cardiologie est la présence de symptômes cliniques d'insuffisance cardiaque (dyspnée, œdème...) associés à une preuve (échographique ou autre) de dysfonction cardiaque systolique et/ou diastolique.

L'insuffisance cardiaque peut toucher indépendamment ou de façon concomitante le ventricule droit et/ou le ventricule gauche, définissant l'insuffisance cardiaque droite, l'insuffisance cardiaque gauche, et l'insuffisance cardiaque globale. Concernant l'insuffisance cardiaque gauche, il existe 2 grands mécanismes. L'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection altérée (insuffisance cardiaque systolique), lié à un défaut d'éjection du sang, et l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection conservée (insuffisance cardiaque diastolique), lié à un défaut de remplissage du ventricule gauche. Dans la population générale, environ 55 % des patients insuffisants cardiaques ont une fraction d'éjection conservée [1]. La population d'insuffisant cardiaque à fraction d'éjection conservée est volontiers associée à l'âge avancé et au sexe féminin [1]. Son pronostic est aussi mauvais que l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection altérée [1]. Dans ce travail, aucune distinction ne sera faite entre l'insuffisance cardiaque droite et gauche, aucune distinction non plus entre les 2 mécanismes, à fraction d'éjection altérée ou conservée.

### **Données épidémiologiques :**

La prévalence de l'insuffisance cardiaque toutes causes confondues varie généralement entre 1 et 2% de la population générale dans les pays industrialisés, et augmente avec l'âge. En France, elle concernait 706400 patients en 2013, soit 1.02% de la population générale [2]. La prévalence augmente rapidement avec l'âge, avec notamment plus de 9% des plus de 75 ans, selon les données de la sécurité sociale [2]. L'insuffisance cardiaque touche un peu plus les hommes que les femmes avec respectivement 1.12 et 1.05% de la population générale en 2013, tout âge confondu. Sa répartition géographique en France, notamment Nord-Sud, n'est

pas homogène, et est corrélée au niveau socio-économique [2]. En effet, en 2013, la prévalence dans les régions Nord, Pas-de-Calais et Picardie évoluait entre 1.25 et 1.4% de la population générale, contre seulement 0.88 à 1.07% dans les régions Aquitaine, Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon [2].

### **Données étiologiques :**

L'insuffisance cardiaque a de nombreuses origines. Concernant l'insuffisance cardiaque gauche, on retrouve la cardiopathie ischémique, les cardiopathies toxiques, notamment éthyliques, et les cardiopathies valvulaires. Les causes d'insuffisance cardiaque droite sont généralement consécutives à une maladie pulmonaire chronique, ou post-embolique, plus rarement d'origine valvulaire. Toute cause d'insuffisance cardiaque gauche peut également provoquer secondairement une insuffisance cardiaque droite. Concernant l'insuffisance cardiaque diastolique, elle est essentiellement liée à l'âge, avec comme principal facteur aggravant l'hypertension artérielle. Elle touche plus fréquemment les femmes. A ces étiologies se surajoutent des causes plus rares, cardiomyopathies d'origine génétique, malformation congénitale avec shunt, cardiopathies carencielles, cardiopathies de surcharge (hémochromatose, amylose). Aucune distinction ne sera faite dans ce travail sur l'étiologie de l'insuffisance cardiaque.

### **Données pronostiques :**

L'insuffisance cardiaque a un mauvais pronostic, avec une survie à 5 ans de 55.8 % chez l'homme et 49.5 % chez la femme [3]. Pour ne pas négliger la gravité de l'insuffisance cardiaque, on compare souvent son évolution avec celles des cancers. La survie à 5 ans est en effet inférieure à celle du cancer de la prostate chez l'homme, ou celle du cancer du sein chez la femme [3]. L'admission à l'hôpital de patient pour insuffisance cardiaque est un facteur de mauvais pronostic [4] avec une médiane de survie après une première hospitalisation qui varie de 2.4 ans [5] à 2.6 ans [6] selon les auteurs. Les hospitalisations chez ces patients sont souvent itératives, avec une aggravation du pronostic à chaque hospitalisation [5,6]. La médiane de survie chute rapidement après la 2<sup>nd</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> hospitalisation à respectivement 1.4 an, 1 an et enfin 0.6 an [5].

## **Eléments de santé publique :**

Ces hospitalisations à répétition constituent un coût important pour la sécurité sociale. En 2013, la sécurité sociale a remboursée la somme de 2.5 milliards d'euros pour l'insuffisance cardiaque, tout poste de dépense confondu (médecin, infirmière, médicament, frais d'hospitalisation) [2]. Dans le but d'améliorer la prise en charge des patients, et les finances publiques, plusieurs mesures ont été prises pour réduire le taux de réadmission et accompagner le patient durant la phase sensible des 30 jours suivant la sortie de l'hôpital [7,8]. En effet les patients insuffisants cardiaques présentent un taux de réadmission élevée dans les 30 premiers jours après la sortie, 18 % en France en 2009 [8,9]. Pour lutter contre ce phénomène, l'assurance maladie a étendu son programme d'accompagnement au retour à domicile (PRADO) à l'insuffisance cardiaque en 2013. La haute autorité de santé (HAS) a également écrit le parcours de soins idéal du patient insuffisant cardiaque en 2012 (actualisé en 2014), en préconisant un suivi régulier par le cardiologue et le médecin généraliste [10]. A cette occasion, l'assurance maladie a mis en place pour le médecin généraliste, une consultation longue dédiée à la sortie d'hospitalisation des patients ayant présenté une décompensation d'insuffisance cardiaque.

## **La consultation longue post-hospitalisation :**

Cette consultation longue peut être réalisée par le médecin généraliste dans les 2 mois suivant la sortie d'hospitalisation, et correspond donc à la phase de transition, où les patients sont les plus instables, et les plus susceptibles d'être réadmis. Cette consultation fait l'objet d'une cotation spéciale par le médecin traitant. La consultation longue fait partie (avec le programme PRADO) des mesures qui participent à l'éducation thérapeutique du patient, qui a fait ses preuves en terme de la diminution de la mortalité toute causes chez les insuffisants cardiaques [11].

La fréquence d'utilisation de cette consultation par les médecins traitants n'a pas été évaluée dans l'Aisne. Une meilleure compréhension de son utilisation pourrait permettre de faire diminuer les réadmissions hospitalières et améliorer la prise en charge globale des patients.

L'objectif principal est d'observer les pratiques des médecins généralistes de l'Aisne sur l'utilisation de cette consultation, et l'objectif secondaire est d'identifier les freins à la réalisation de cette consultation s'il y en a.

## **Matériels et méthodes :**

La population étudiée a été celle des médecins généralistes de l'Aisne, en exercice entre novembre 2019 et mars 2020, qui possédaient une adresse professionnelle apicrypt, ou une adresse e-mail publique. En tout, 244 médecins généralistes répondaient aux critères d'inclusions. 208 généralistes avaient une adresse mail apicrypt, et 36 généralistes avaient une adresse publique. Les doublons ont été éliminés. Les mails ont été envoyés depuis l'adresse mail du secrétariat de cardiologie du centre hospitalier de Soissons. Chaque mail a été envoyé séparément afin de respecter la charte d'utilisation d'apicrypt.

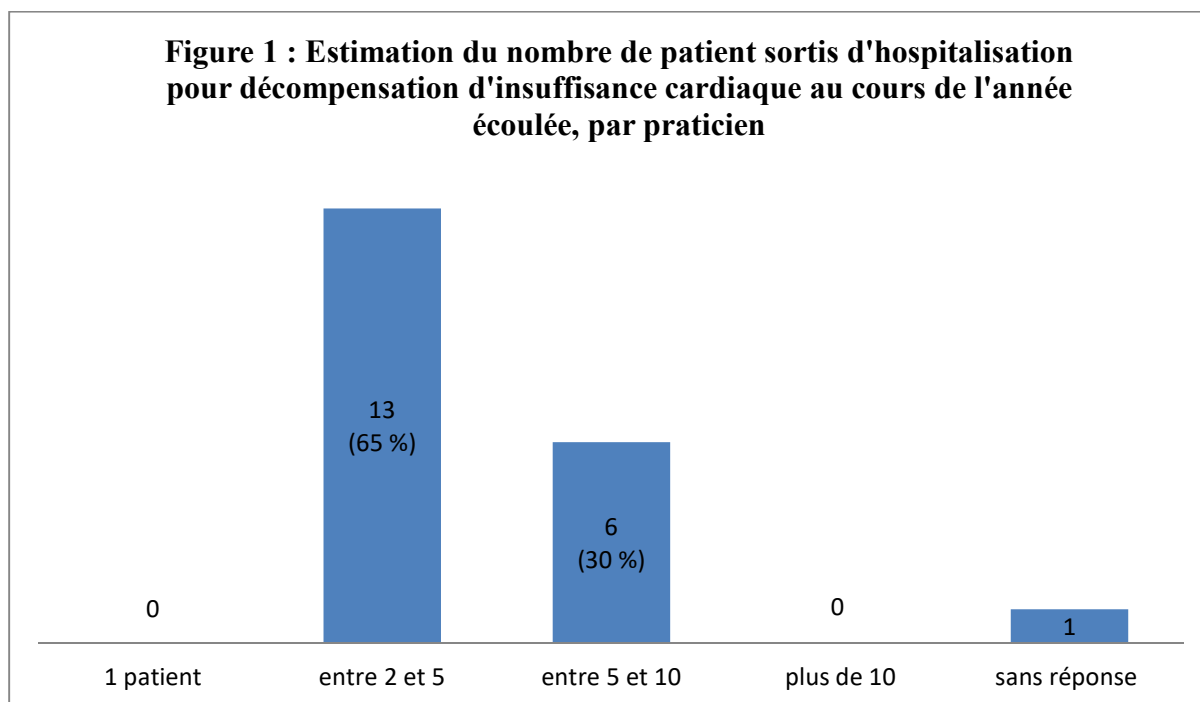
Le mail contenait une brève justification du travail, et un lien internet vers un questionnaire en ligne, de type Google Forms. Le questionnaire en ligne contenait 14 questions, dont 13 QCM et 1 question ouverte (Annexe 1). Le recueil des données du questionnaire était conditionné informatiquement pour un remplissage optimal. Il était impossible d'envoyer un questionnaire rempli partiellement, à l'exception de la dernière question (question ouverte).

Le tableau de données a été généré par l'outil automatique Sheets intégré à Google Forms (Annexe 2). Les données ont été exportées et réutilisées telles quelles, dans le logiciel Microsoft Excel 2010 v14.0.7145.5000. L'intégralité des figures et tableaux a été générée par le logiciel Excel. La comparaison des variables qualitatives indépendantes a été réalisée par un test de Fisher exact pour les petits effectifs grâce au logiciel en ligne BiostaTGV.

L'envoi et le recueil du formulaire a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL sous le numéro 2217146.

## Résultats :

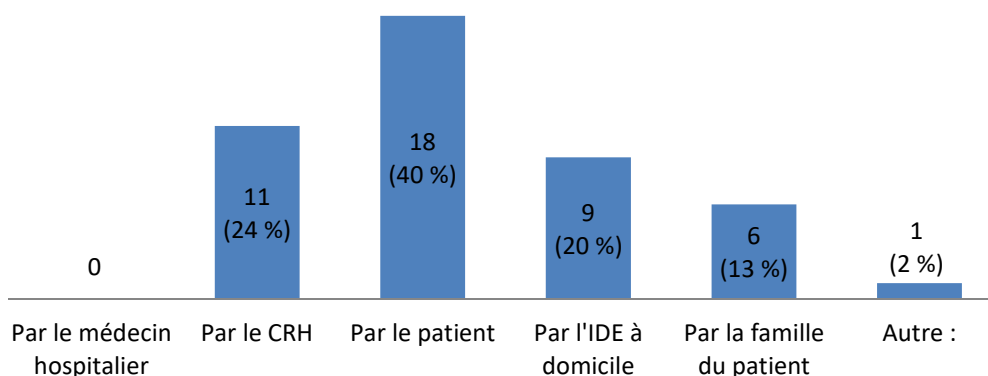
Parmi les 20 praticiens ayant répondu, 6 (30%) exerçaient seul, 7 exerçaient à 2 ou 3 (35%) et 7 exerçaient à plus de 3. Dix-neuf praticiens (95%) ont jugé qu'ils avaient eu un (ou des) patient(s) sortis d'hospitalisation pour décompensation d'insuffisance cardiaque durant l'année écoulée. Un seul praticien n'a pas répondu à cette question. L'estimation du nombre de patient concernés au cours de l'année écoulée par praticien se répartissait ainsi (Figure 1) :



Concernant la communication hôpital-ville, les médecins généralistes estimaient pour 50 % d'entre eux (n = 10) être au courant de la sortie de leur patient en moins d'une semaine, 45 % d'entre eux (n = 9) estimaient ce délai entre 1 et 3 semaines et 5 % (n = 1) d'entre eux estimaient ce délai à plus de 3 semaines. Le mode d'information du médecin généraliste diffère, et ils estimaient être mis au courant de la sortie de leur patient par les intermédiaires suivants (Figure 2) :



**Figure 2 : mode de découverte de la sortie de l'hôpital par le médecin généraliste**

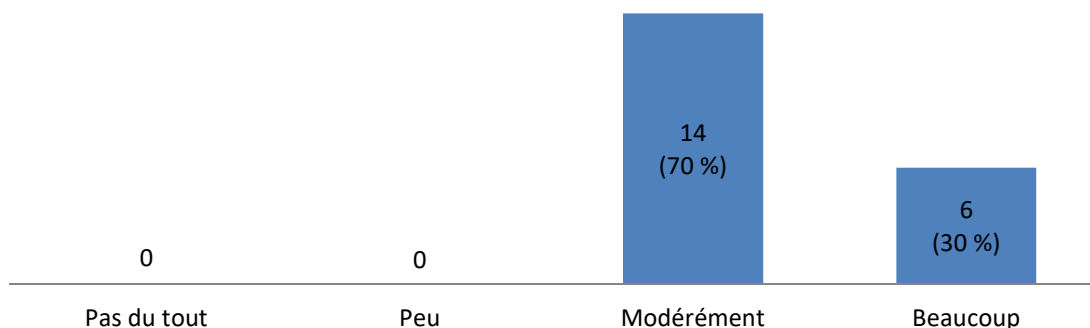


CRH : Compte rendu d'hospitalisation ; IDE : infirmière diplômée d'Etat

Les médecins généralistes connaissaient l'existence de la consultation longue dédiée à la sortie d'hospitalisation pour décompensation d'insuffisance cardiaque pour 90 % d'entre eux (n = 18), et 10 % l'ignoraient (n = 2). Sur les 18 praticiens qui connaissaient l'existence de cette consultation, 16 savaient également qu'elle donnait lieu à une majoration pécuniaire (Cotation GS + MIC de 48 € en consultation et VGS + MIC de 58 € en visite).

A la question « Pensez-vous que la réalisation systématique de cette consultation (ou visite) longue améliorerait la prise en charge globale du patient ? », les généralistes ont répondu (Figure 3) :

**Figure 3 : opinion des médecins généralistes sur la capacité de la consultation post-hospitalisation à améliorer la prise en charge globale du patient.**



Les praticiens les plus convaincus de l'utilité de la consultation longue faisaient plus de consultations que les autres, avec un Odds-Ratio à 1,93, mais sans atteindre la significativité avec un  $p = 0,64$ , IC 95% [0,19 ; 28,13] (Tableau 1).

Tableau 1 : Les médecins généralistes les plus convaincus par la capacité de la consultation à améliorer la prise en charge du patient en font-ils plus que les autres ?

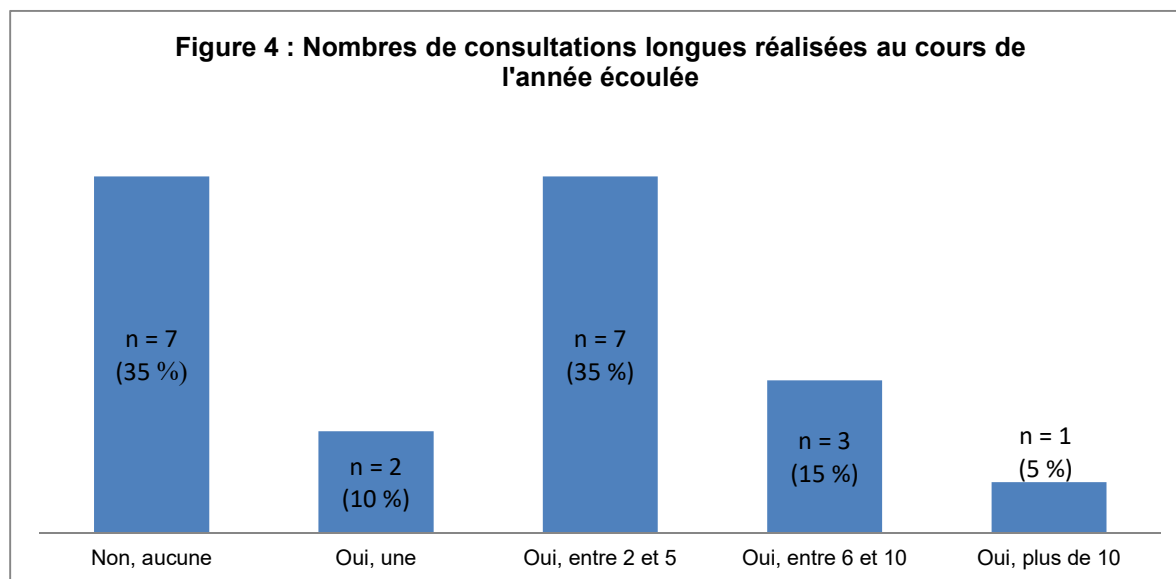
	0 ou 1 consultation	2 consultations ou plus	Total ligne
Améliore modérément	7	7	14
Améliore beaucoup	2	4	6
Total colonne	9	11	20
$p = 0,6424$ Odds Ratio 1,9324 IC 95% [0,1954 ; 28,137]			

IC : intervalle de confiance

Sur la capacité de la consultation post-hospitalisation à diminuer la fréquence des réhospitalisations : 15% (n = 3) des généralistes pensaient que la consultation diminuerait beaucoup les réhospitalisations, 80% (n = 16) pensaient qu'elle les diminuerait modérément et 5% (n = 1) qu'elle les diminuerait peu.

Concernant l'information (ou la formation) des médecins généralistes par l'HAS, la CPAM ou les sociétés savantes sur ce que devait comporter la consultation post-hospitalisation : 10% (n = 2) se disaient très bien informés et 15% (n = 3) assez bien informés. La moitié (n = 10) se disaient pratiquement pas informés et 25% (n = 5) pas informés du tout.

A propos du nombre de consultations longues réalisées au cours de l'année écoulée par praticien, la répartition est exposée Figure 4.



Les généralistes estimaient pour 45% d'entre eux (n = 9) augmenter le temps de consultation lorsqu'ils cotaient une consultation longue, et 30% (n = 6) déclaraient que non. 25% (n = 5) s'abstenaient.

Concernant les différents freins à la réalisation de la consultation longue, les médecins généralistes les ont classés du plus important au moins important dans l'ordre suivant : n°1 le manque de communication hôpital-ville, n°2 le manque de valorisation du temps accordé à l'éducation thérapeutique, n°3 le manque de temps, n°4 le manque de personnel éducatif, n°5 le manque de formation spécifique et n°6 le manque d'efficacité de ces consultations en termes d'amélioration de la morbi-mortalité et du taux de réhospitalisation des patients insuffisants cardiaques.

Seul 2 praticiens ont répondu à la question ouverte sur les autres freins éventuels, l'un évoque de nouveau le manque de temps, et le second le manque de médecin généraliste.

## Discussion :

### Résultats principaux :

Ce travail montre que les généralistes sont une large majorité 90% (n = 18) à connaître l'existence de la consultation dédiée, et 95% (n = 19) reconnaissent qu'ils ont des patients éligibles. Ils sont également une majorité (65%) à utiliser cet outil qu'est la consultation longue post-hospitalisation pour décompensation d'insuffisance cardiaque, et ils sont en majorité convaincus de son intérêt pour l'amélioration de la prise en charge globale des patients. Les praticiens les plus convaincus de l'utilité de la consultation longue ont une tendance à faire plus de consultations que les autres, avec un Odds-Ratio à 1,93, mais sans atteindre la significativité avec un  $p = 0,64$ . Malgré cela, il reste 35% des médecins généralistes qui n'ont réalisé aucune de ces consultations l'année écoulée et les freins principaux évoqués sont le manque de temps, le manque de reconnaissance du temps passé en éducation thérapeutique et le manque de communication ville-hôpital. Il est intéressant de noter que le « manque d'efficacité de ces consultations en termes d'amélioration de la morbi-mortalité » a été classé en dernier par les généralistes, preuve qu'ils sont bien conscients au contraire de l'efficacité de l'éducation thérapeutique.

### Forces et faiblesses :

Ce travail a l'avantage de s'inscrire fortement dans le territoire local de l'Aisne, département géographiquement plus touché par l'insuffisance cardiaque que les régions du sud de la France, et plus touché que les départements voisins du fait des conditions socio-culturelles. Les résultats peuvent se généraliser aux régions qui connaissent la même prévalence de l'insuffisance cardiaque et le même déficit de densité médicale.

La limitation de recrutement des médecins généralistes à ceux possédant une adresse mail publique ou apicrypt constitue le principal biais de sélection. En effet, seul 244 praticiens ont été contactés, sur les 1537 que compte l'Aisne (donnée 2015). En particulier les médecins disposant d'apicrypt sont théoriquement informés plus tôt de la sortie de leurs patients de l'hôpital par le compte-rendu d'hospitalisation. La faiblesse principale de l'étude est un manque d'effectif. Notamment, la puissance ne permet pas conclure de façon significative que les médecins les plus convaincus de l'efficacité de la consultation sont ceux qui en font le plus.

Le succès de l'utilisation de cette consultation semble tenir de la communication de la sécurité sociale via les CPAM, ainsi que des recommandations sur le parcours de soins de l'HAS 2014. Le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) pour l'insuffisance cardiaque a probablement joué un rôle important également puisqu'il gère la prise de rendez-vous en sortie d'hospitalisation auprès du médecin généraliste et du cardiologue. De manière plus générale, la place croissante de l'éducation thérapeutique du patient en médecine fait de cette consultation un élément incontournable dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques. La consultation longue souffre toutefois du même handicap que tout ce qui touche à l'éducation thérapeutique du patient, à savoir le manque de temps.

Pour élargir à l'avenir l'utilisation de cette consultation longue, il serait bénéfique que les patients soient informés de façon systématique de la nécessité de se rendre auprès de leur généraliste après la sortie de l'hôpital pour la réaliser. De même, les comptes rendus d'hospitalisation pourraient explicitement faire mention de la nécessité de la réalisation de cette consultation. Au mieux, la prise de rendez-vous pourrait être faite en hospitalisation, ou encore le malade pris en charge par le réseau PRADO de façon systématique. Il serait maintenant intéressant de faire une nouvelle étude afin de savoir ce que font les généralistes durant cette consultation, notamment concernant l'adaptation des traitements, car l'optimisation des traitements est un autre problème récurrent des patients insuffisants cardiaques [12], et le retard à l'optimisation impacte négativement le pronostic [13].

## **Conclusion :**

Ce travail montre bien que les généralistes sont en majorité convaincus de l'utilité du suivi rapproché et de l'éducation thérapeutique des patients insuffisants cardiaques. Les efforts sont faits, dans des délais respectables, en dépit d'une démographie médicale mise à mal dans le département. Il existe encore une place à l'amélioration de la communication hôpital-ville pour permettre la réalisation plus systématique de la consultation longue, et dans de meilleurs délais. Une amélioration plus substantielle semble maintenant conditionnée par l'augmentation des moyens humains destinés à l'éducation thérapeutique du patient.

## Références :

1. Bursi F, Weston SA, Redfield MM, Jacobsen SJ, Pakhomov S, Nkomo T, et al. Systolic and diastolic heart failure in the community. *JAMA* 2006, 296(18): 2209
2. Tuppin P, Rivière S, Rigault A, Tala S, Drouin J, Pestel L, et al. Prevalence and economic burden of cardiovascular diseases in France in 2013 according to the national health insurance scheme database. *Arch Cardiovasc Dis.* 2016;109(6–7):399–411.
3. Mamas MA, Sperrin M, Watson MC. Do patients have worse outcomes in heart failure than in cancer? A primary care-based cohort study with 10-year follow-up in Scotland. *Eur J Heart Fail.* 2017;19:1095–1104.
4. Tuppin P, Cuerq A, de Peretti C, Fagot-Campagna A, Danchin N, Juillière Y, et al. Two-year outcome of patients after a first hospitalization for heart failure: A national observational study. *Archives of Cardiovascular Diseases.* 2014;107(3):158–68
5. Setoguchi S, Stevenson LW, Schneeweiss S. Repeated hospitalizations predict mortality in the community population with heart failure. *Am Heart J* 2007;154:260-6.
6. Lin AH, Chin JC, Sicignano NM, Evans AM. Repeat Hospitalizations Predict Mortality in Patients With Heart Failure. *Mil Med.* 2017;182(9–10):e1932–7
7. Desai AS, Stevenson LW. Rehospitalization for Heart Failure. *Circulation.* 2012;126(4):501–6
8. Greene SJ, Fonarow GC, Vaduganathan M, Khan SS, Butler J, Gheorghiade M. The vulnerable phase after hospitalization for heart failure. *Nature Reviews Cardiology.* 2015;12(4):220–9.
9. Tuppin P, Cuerq A, de Peretti C, Fegot-Campagna A, Danchin N, Juillière Y, et al. First hospitalization for heart failure in France in 2009: patient characteristics and 30-day follow-up. *Arch Cardiovasc Dis* 2013;106:570–85
10. HAS – Haute autorité de santé [en ligne]. Saint Denis : Haute autorité de santé, Guide du parcours de soins de l'insuffisance cardiaque, publication février 2012. Mis à jour en juin 2014. Disponible sur <https://www.has-sante.fr>
11. Juillière Y, Jourdain P, Suty-Selton C, Béard T, Berder V, Maître B, et al. Therapeutic patient education and all-cause mortality in patients with chronic heart failure: a propensity analysis. *Int. J. Cardiol.* 2013;168:388–395.
12. Cohen Solal A, Leurs I, Assyag P, Beauvais F, Clerson P, Contre C, et al. Optimization of heart FailUre medical Treatment after hospital discharge according to

left ventricular Ejection fraction: the FUTURE survey. Arch Cardiovasc Dis 2012; 105: 355–365.

13. Berthelot E, Eicher JC, Salva M, Seronde MF, de Groot P, Jondeau G, et al. Medical Inertia in the Optimization of Heart Failure Treatment after Discharge and its Relationship to Outcome. Health Care : Current Reviews. 2018 Jan 1;06.

## Annexes :

### Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes

Evaluation de l'utilisation par les médecins généralistes de la consultation (ou visite) longue dans le cadre du suivi post-hospitalisation des patients hospitalisés pour décompensation d'insuffisance cardiaque dans l'Aisne. Sauf indication contraire dans l'intitulé de la question, une seule réponse est attendue.

1°) A propos de votre activité, vous exercer :

- Seul
- A 2 ou 3 (Cabinet de groupe, MSP, ou autres...)
- A plus de 3 (Cabinet de groupe, MSP, ou autres...)

2°) Avez-vous eu au cours de l'année écoulée un (des) patient(s) sorti(s) d'hospitalisation à la suite d'une décompensation d'insuffisance cardiaque ?

- Oui
- Non

3°) Cela concernait :

- 1 patient
- Entre 2 et 5 patients
- Entre 6 et 10 patients
- + de 10 patients

4°) En général, dans quel délai avez-vous connaissance de la sortie de votre (vos) patient(s) de l'hôpital ?

- Plutôt moins d'une semaine
- Plutôt entre 1 et 3 semaines
- Plutôt plus de trois semaines

5°) Par qui avez-vous été prévenu de la sortie de votre patient (plusieurs choix possibles, que ce soit pour un même patient ou pour plusieurs patients différents) ?

- Par le médecin hospitalier



- Par le compte rendu d'hospitalisation (mail ou courrier)
- Par le patient
- Par l'IDE à domicile
- Par la famille du patient
- Autres : .....

6°) Connaissez-vous l'existence de la consultation dédiée au suivi des patients sortis d'hospitalisation pour décompensation d'insuffisance cardiaque ?

- Oui
- Non

7°) Si oui, saviez-vous qu'elle donnait lieu à une majoration pour suite d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque ? (Cotation GS + MIC de 48€ en consultation et VGS + MIC de 58€ en visite)

- Oui
- Non

8°) Pensez-vous que la réalisation systématique de cette consultation (ou visite longue) améliorerait la prise en charge globale du patient ?

- Pas du tout
- Très peu
- Modérément
- Beaucoup

9°) Pensez-vous que la réalisation systématique de cette consultation (ou visite longue) diminuerait le nombre de réhospitalisations pour de nouvelles décompensations?

- Pas du tout
- Très peu
- Modérément
- Beaucoup

10°) Vous êtes-vous senti suffisamment informé par la sécurité sociale ou par une société savante sur les critères auxquels doit répondre la « consultation longue » (contenu, temps...) ?

- Non, pas du tout
- Non, pratiquement pas
- Oui, assez bien
- Oui, très bien

11°) Avez-vous réalisé une consultation longue (ou une visite longue) dans le cadre d'une post-hospitalisation de l'insuffisance cardiaque au cours de l'année écoulée ?

- Oui, une
- Oui, entre 2 et 5
- Oui, entre 6 et 10
- Oui, plus de 10
- Non, aucune

12°) Si oui, le fait de coter GS + MIC (ou VGS + MIC en visite) vous amène-t-il à allonger la consultation (ou la visite)?

- Oui
- Non

13°) Quels sont selon vous les principaux freins à la réalisation de cette consultation longue ? (Classer les propositions de 1 à 6, en notant 1 pour le frein qui vous semble le plus important et 6 pour celui qui vous semble le moins important.

- Le manque de temps
- Le manque de formation spécifique
- Le manque de personnel pour une prise en charge globale (IDE d'éducation thérapeutique, nutritionniste....)
- Le manque de communication hôpital-ville à la sortie d'hospitalisation de patient
- Le manque de valorisation (pécuniaire) du temps accordé au patient pour l'éducation thérapeutique
- Le manque d'efficacité de ces consultations en termes d'amélioration de la morbi-mortalité et du taux de ré-hospitalisation de ces patients insuffisants cardiaques

14°) Voyez-vous d'autres freins au développement et à la généralisation de ces consultations (ou visites) longues ?

.....

## Annexe 2 : Réponses au questionnaire

n° de réponse	Question n°1	Question n°2	Question n°3	Question n°4
1	Seul	Oui	Entre 2 et 5 patients	Plutôt entre 1 et 3 semaines
2	A 2 ou 3 (Cabinet de groupe, MSP, ou autres...)	Oui	Entre 5 et 10 patients	Plutôt moins d'une semaine
3	Seul	Oui	Entre 2 et 5 patients	Plutôt moins d'une semaine
4	A plus de 3 (Cabinet de groupe, MSP, ou autres...)	Oui	Entre 2 et 5 patients	Plutôt entre 1 et 3 semaines
5	A plus de 3 (Cabinet de groupe, MSP, ou autres...)	Oui	Entre 5 et 10 patients	Plutôt plus de trois semaines
6	Seul	Oui	Entre 2 et 5 patients	Plutôt moins d'une semaine
7	Seul	Non		Plutôt entre 1 et 3 semaines
8	A plus de 3 (Cabinet de groupe, MSP, ou autres...)	Oui	Entre 5 et 10 patients	Plutôt moins d'une semaine
9	Seul	Oui	Entre 2 et 5 patients	Plutôt entre 1 et 3 semaines
10	A plus de 3 (Cabinet de groupe, MSP, ou autres...)	Oui	Entre 2 et 5 patients	Plutôt moins d'une semaine
11	A 2 ou 3 (Cabinet de groupe, MSP, ou autres...)	Oui	Entre 2 et 5 patients	Plutôt moins d'une semaine
12	A 2 ou 3 (Cabinet de groupe, MSP, ou autres...)	Oui	Entre 2 et 5 patients	Plutôt moins d'une semaine
13	A 2 ou 3 (Cabinet de groupe, MSP, ou autres...)	Oui	Entre 5 et 10 patients	Plutôt entre 1 et 3 semaines
14	A plus de 3 (Cabinet de groupe, MSP, ou autres...)	Oui	Entre 2 et 5 patients	Plutôt entre 1 et 3 semaines
15	A 2 ou 3 (Cabinet de groupe, MSP, ou autres...)	Oui	Entre 5 et 10 patients	Plutôt moins d'une semaine
16	Seul	Oui	Entre 2 et 5 patients	Plutôt moins d'une semaine
17	A 2 ou 3 (Cabinet de groupe, MSP, ou autres...)	Oui	Entre 2 et 5 patients	Plutôt entre 1 et 3 semaines
18	A 2 ou 3 (Cabinet de groupe, MSP, ou autres...)	Oui	Entre 5 et 10 patients	Plutôt entre 1 et 3 semaines
19	A plus de 3 (Cabinet de groupe, MSP, ou autres...)	Oui	Entre 2 et 5 patients	Plutôt moins d'une semaine
20	A plus de 3 (Cabinet de groupe, MSP, ou autres...)	Oui	Entre 2 et 5 patients	Plutôt entre 1 et 3 semaines

n° de réponse	Question n°5	Question n°6	Question n°7
1	Par le patient	Oui	Oui
2	Par le compte rendu d'hospitalisation (mail ou courrier), Par le patient, Par l'IDE à domicile, Par la famille du patient	Oui	Oui
3	CPAM	Oui	Oui
4	Par le patient	Oui	Oui
5	Par le compte rendu d'hospitalisation (mail ou courrier), Par le patient, Par l'IDE à domicile	Oui	Oui
6	Par le compte rendu d'hospitalisation (mail ou courrier), Par le patient, Par l'IDE à domicile	Oui	Non
7	Par le patient	Non	
8	Par le compte rendu d'hospitalisation (mail ou courrier), Par le patient	Oui	Oui
9	Par le compte rendu d'hospitalisation (mail ou courrier), Par le patient	Oui	Oui
10	Par le compte rendu d'hospitalisation (mail ou courrier), Par le patient, Par la famille du patient	Oui	Oui
11	Par le patient, Par la famille du patient	Oui	Oui
12	Par le compte rendu d'hospitalisation (mail ou courrier), Par le patient	Oui	Oui
13	Par le compte rendu d'hospitalisation (mail ou courrier), Par le patient, Par l'IDE à domicile, Par la famille du patient	Oui	Oui
14	Par le compte rendu d'hospitalisation (mail ou courrier), Par le patient, Par l'IDE à domicile	Oui	Oui
15	Par le compte rendu d'hospitalisation (mail ou courrier), Par le patient, Par l'IDE à domicile	Oui	Oui
16	Par le patient, Par l'IDE à domicile, Par la famille du patient	Oui	Non
17	Par le patient	Oui	Oui
18	Par le compte rendu d'hospitalisation (mail ou courrier), Par le patient	Oui	Oui
19	Par l'IDE à domicile	Oui	Oui
20	Par le patient, Par l'IDE à domicile, Par la famille du patient	Non	Non

<b>n° de réponse</b>	<b>Question n°8</b>	<b>Question n°9</b>	<b>Question n°10</b>	<b>Question n°11</b>	<b>Question n°12</b>
1	Modérément	Modérément	Non, pratiquement pas	Oui, une	Non
2	Modérément	Modérément	Oui, assez bien	Oui, entre 6 et 10	Oui
3	Modérément	Modérément	Non, pratiquement pas	Non, aucune	Non
4	Modérément	Modérément	Oui, assez bien	Oui, entre 2 et 5	Oui
5	Modérément	Modérément	Oui, assez bien	Oui, entre 6 et 10	Oui
6	Beaucoup	Beaucoup	Non, pratiquement pas	Non, aucune	Non
7	Modérément	Modérément	Non, pratiquement pas	Non, aucune	
8	Modérément	Très peu	Non, pas du tout	Non, aucune	
9	Beaucoup	Modérément	Oui, très bien	Oui, entre 2 et 5	Oui
10	Modérément	Modérément	Non, pratiquement pas	Oui, une	Oui
11	Beaucoup	Beaucoup	Non, pas du tout	Oui, entre 2 et 5	Oui
12	Modérément	Modérément	Non, pratiquement pas	Non, aucune	
13	Modérément	Modérément	Non, pratiquement pas	Oui, entre 6 et 10	Non
14	Modérément	Modérément	Non, pratiquement pas	Oui, entre 2 et 5	Oui
15	Beaucoup	Beaucoup	Oui, très bien	Oui, plus de 10	Oui
16	Modérément	Modérément	Non, pas du tout	Non, aucune	
17	Modérément	Modérément	Non, pratiquement pas	Oui, entre 2 et 5	Oui
18	Modérément	Modérément	Non, pratiquement pas	Oui, entre 2 et 5	Non
19	Beaucoup	Modérément	Non, pas du tout	Oui, entre 2 et 5	Non
20	Beaucoup	Modérément	Non, pas du tout	Non, aucune	

Question n°13 (classement par rang, de 1 à 6)

n° de réponse	Manque de temps	Manque de formation spécifique	Le manque de personnel	Le manque de communication hôpital-ville	Le manque de valorisation	Le manque d'efficacité
1	5	3	4	6	2	1
2	1	2	3	6	5	4
3	6	5	2	4	3	1
4	3	5	4	1	2	6
5	3	5	2	1	4	6
6	1	5	4	6	3	2
7	6	4	3	2	5	1
8	6	2	3	4	5	1
9	3	6	1	4	2	5
10	2	5	1	4	3	6
11	3	5	4	1	2	6
12	4	5	6	2	1	3
13	3	5	6	1	2	4
14	3	2	6	1	5	4
15	3	4	5	2	1	6
16	2	3	1	4	6	5
17	4	3	5	1	6	2
18	2	1	3	5	4	6
19	3	5	2	4	1	6
20	5	2	4	1	3	6

Question n°14 : Réponse n°2 « Le manque de temps et ça ne va pas en s'arrangeant!!! à Soissons » ; réponse n°14 « la démographie médicale locale ». Pas d'autres réponses.

Résumé : Consultation post-hospitalisation pour décompensation d'insuffisance cardiaque par le médecin généraliste dans l'Aisne.

Contexte : L'insuffisance cardiaque touchait 706400 patients en France et 9% des plus de 75 ans, en 2013. Elle est grevée d'une mortalité importante et le coût économique de ces hospitalisations répétées est élevé. Dans le but d'améliorer le pronostic et le coût financier, une consultation longue dédiée en post-hospitalisation est mise en place.

Objectif : L'objectif principal était d'observer les pratiques des médecins généralistes (MG) de l'Aisne en 2019 concernant la consultation longue, et l'objectif secondaire était d'identifier les freins à la réalisation de cette consultation.

Méthode : Un questionnaire en ligne Google Forms a été envoyé par messagerie publique ou sécurisée apicrypt à 244 MG de l'Aisne entre Décembre 2019 et Février 2020. Les données ont été traitées par le logiciel Microsoft Excel et le logiciel en ligne BiostaTGV pour le test de Fischer exact.

Résultats : 90% (n = 18) des MG connaissaient la consultation longue, et 95% (n = 19) avaient des patients éligibles. 30% des MG (n = 6) étaient très convaincus et 70% (n = 14) modérément convaincus de l'amélioration de la prise en charge par la consultation post-hospitalisation. Les MG les plus convaincus ne faisait pas significativement plus de consultation que les autres,  $p = 0,64$  malgré une tendance positive avec Odds-Ratio 1,93, IC 95% [0,19 ; 28,13].

Discussion : La majorité des MG utilisaient la consultation longue et ils étaient en majorité convaincus de son intérêt pour l'amélioration de la prise en charge des patients. Les freins évoqués étaient le manque de temps.

Conclusion : Les généralistes réalisaient le suivi rapproché et l'éducation thérapeutique des patients insuffisants cardiaques malgré une démographie médicale mise à mal. L'amélioration de la communication hôpital-ville pourrait permettre la réalisation plus systématique de la consultation longue, et dans de meilleurs délais. Une amélioration plus substantielle semblait conditionnée par l'augmentation des moyens humains destinés à l'éducation thérapeutique.

Mots-clés : Insuffisance cardiaque, enquêtes sur les soins de santé, pronostic, éducation pour la santé, parcours de soins.



Abstract: Discharge consultation by general practitioners in Aisne department.

Background: Heart failure affect 706400 patients in France in 2013, and 9% of people older than 75 years, according to the French national health insurance database. Heart failure mortality remains high and its economic burden significant. In the aim of improving prognosis and lower the economic burden, national health insurance implements a consultation at the hospital's patient discharge.

Objectives: Main goal was observing the general practitioner's (GP) habits on using the dedicated consultation at the patient's discharge in 2019 in the Aisne department. Secondary goal was to identify eventual restraints to the consultation's realization.

Methods: A Google Forms survey was sent to 244 GP on their public or secure e-mail address (apicrypt) between December 2019 and February 2020. Data were processed by Microsoft Excel and online software BiostaTGV for the Fisher test.

Results: 90% (n = 18) of GP known the existence of the dedicated consultation and 95% (n = 19) admit they had appropriate patients. 30% of GP (n = 6) were very convinced and 70% (n = 14) were moderately convinced by the dedicated consultation prognosis improvement. The most convinced GP doesn't make significantly more consultation,  $p = 0,64$  despite positive tendency with Odds-Ratio 1,93, IC 95% [0,19 ; 28,13].

Discussion: GP are using the patient discharge consultation and in majority convinced of its usefulness for the patient prognosis improvement. Mains restraints are the lack of time and lack of acknowledgment for the time spent on patient education.

Conclusion: GP were realizing the discharge consultation and health education despite poor medical demography. Communication improvement between hospital and GP might enable more discharge consultation in shorter time limit. Other improvement seems restricted by the size of the medical staff dedicated to health education.

Keywords: Heart failure, health care surveys, prognosis, health education, gatekeeping.