



**HAL**  
open science

**Les critères d'adhésion des médecins généralistes au  
protocole Fil-EAS ic (Filière d'Évaluation et  
d'Accompagnement dans le parcours de Soins de  
l'insuffisant cardiaque) du Centre Hospitalier  
Intercommunal de Toulon - La Seyne-sur-Mer**

Marie-Lilka Deramecourt

► **To cite this version:**

Marie-Lilka Deramecourt. Les critères d'adhésion des médecins généralistes au protocole Fil-EAS ic (Filière d'Évaluation et d'Accompagnement dans le parcours de Soins de l'insuffisant cardiaque) du Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon - La Seyne-sur-Mer. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03400685

**HAL Id: dumas-03400685**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03400685>**

Submitted on 25 Oct 2021

**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.



**Faculté des sciences  
médicales et paramédicales**  
Aix-Marseille Université

**Les critères d'adhésion des médecins généralistes au protocole Fil-EAS ic  
(Filière d'Evaluation et d'Accompagnement dans le parcours de Soins de  
l'insuffisant cardiaque) du Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon -  
La Seyne-sur-Mer**

# **T H E S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 1er Octobre 2021**

**Par Madame Marie-Lilka DERAMECOURT**

**Née le 31 août 1992 à Saint-Quentin (02)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur THUNY Franck**

**Président**

**Monsieur le Docteur TARTIERE Jean-Michel**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur BESNIER François**

**Directeur**





**Faculté des sciences  
médicales et paramédicales**  
Aix-Marseille Université

**Les critères d'adhésion des médecins généralistes au protocole Fil-EAS ic  
(Filière d'Evaluation et d'Accompagnement dans le parcours de Soins de  
l'insuffisant cardiaque) du Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon -  
La Seyne-sur-Mer**

# **T H E S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 1er Octobre 2021**

**Par Madame Marie-Lilka DERAMECOURT**

**Née le 31 août 1992 à Saint-Quentin (02)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur THUNY Franck**

**Président**

**Monsieur le Docteur TARTIERE Jean-Michel**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur BESNIER François**

**Directeur**



## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

<b>Doyen</b>	:	<b>Pr. Georges LEONETTI</b>
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
<b>Asseseurs :</b>		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

### **Chargés de mission :**

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

## ÉCOLE DE MEDECINE

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Jean-Michel VITON</b>
------------------	---	------------------------------

### **Chargés de mission**

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON



## ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

**Directeur** : **Pr. Bruno FOTI**

## ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

**Directrice** : **Madame Carole ZAKARIAN**

**Chargés de mission**

- 1<sup>er</sup> cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Cécile NINA

## ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

**Directeur** : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

**Chargés de mission**

- Masso-kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

## ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

**Directeur** : **Monsieur Sébastien COLSON**

**Chargés de mission**

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick  
CHOUX Maurice  
CIANFARANI François  
CLAVERIE Jean-Michel  
CLEMENT Robert  
COMBALBERT André  
CONTE-DEVOLX Bernard  
CORRIOL Jacques  
COULANGE Christian  
CURVALE Georges  
DALMAS Henri  
DE MICO Philippe  
DELPERO Jean-Robert  
DESSEIN Alain  
DELARQUE Alain  
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre  
LAUGIER René  
LE TREUT Yves  
LEVY Samuel  
LOUCHET Edmond  
LOUIS René  
LUCIANI Jean-Marie  
MAGALON Guy  
MAGNAN Jacques  
MALLAN- MANCINI Josette  
MALMEJAC Claude  
MARANINCHI Dominique  
MARTIN Claude  
MATTEI Jean François  
MERCIER Claude  
METGE Paul

MM MICHOTEY Georges  
MIRANDA François  
MONFORT Gérard  
MONGES André  
MONGIN Maurice  
MUNDLER Olivier  
NAZARIAN Serge  
NICOLI René  
NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert

VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAMBUC Roland  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jacques  
SARLES - PHILIP Nicole  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SEITZ Jean-François  
SERMENT Gérard  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THIRION Xavier  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène

## EMERITAT

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAN Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFUO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

## EMERITAT

### 2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

### 2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

### 2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

### 2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

### 2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

# EMERITAT

M. le Professeur

NAZARIAN Serge

31/08/2021



## Honoris causa

<b>1967</b> MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
<b>1974</b> MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
<b>1975</b> MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J. WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
<b>1976</b> MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
<b>1977</b> MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C. GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
<b>1978</b> M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
<b>1980</b> MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
<b>1981</b> MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
<b>1982</b> M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
<b>1985</b> MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
<b>1986</b> MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

<b>1987</b>	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
<b>1988</b>	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
<b>1989</b>	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
<b>1990</b>	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
<b>1991</b>	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
<b>1992</b>	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
<b>1994</b>	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
<b>1995</b>	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
<b>1997</b>	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
<b>1998</b>	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
<b>1999</b>	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

	D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
<b>2000</b> MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
<b>2001</b> MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
<b>2002</b> MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
<b>2003</b> M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDA (Grande Bretagne)
<b>2004</b> M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
<b>2005</b> M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
<b>2006</b> M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
<b>2007</b> M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikaël
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
PANUEL Michel <i>Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
PARRATTE Sébastien <i>Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
RAOULT Didier <i>Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHIERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

### PROFESSEUR CERTIFIE

*BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021*  
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

### PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis  
GUIS Sandrine  
GUYE Maxime  
GUYOT Laurent  
*GUYS Jean-Michel Surnombre*  
HABIB Gilbert  
HARDWIGSEN Jean  
HARLE Jean-Robert  
HOUVENAEGHEL Gilles  
JACQUIER Alexis  
JOURDE-CHICHE Noémie  
JOUVE Jean-Luc  
KAPLANSKI Gilles  
KARSENTY Gilles  
*KERBAUL François détachement*  
KRAHN Martin  
LAFFORGUE Pierre  
LAGIER Jean-Christophe  
LAMBAUDIE Eric  
LANCON Christophe  
LA SCOLA Bernard  
LAUNAY Franck  
LAVIEILLE Jean-Pierre  
LE CORROLLER Thomas  
LECHEVALLIER Eric  
LEGRE Régis  
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale  
LEONE Marc  
LEONETTI Georges  
LEPIDI Hubert  
LEVY Nicolas  
MACE Loïc  
MAGNAN Pierre-Edouard  
MANCINI Julien  
MEGE Jean-Louis  
MERROT Thierry  
METZLER/GUILLEMAIN Catherine  
MEYER/DUTOUR Anne  
MICCALEF/ROLL Joëlle  
MICHEL Fabrice  
MICHEL Gérard  
MICHEL Justin  
MICHELET Pierre  
MILH Mathieu  
MILLION Matthieu  
MOAL Valérie  
MORANGE Pierre-Emmanuel  
MOULIN Guy  
MOUTARDIER Vincent  
NAUDIN Jean  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier  
NICOLLAS Richard  
NGUYEN Karine  
OLIVE Daniel  
OLLIVIER Matthieu  
OUAFIK L'Houcine  
OVAERT-REGGIO Caroline  
PADOVANI Laetitia

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

*VIEHWEGER Heide Elke détachement*

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>disponibilité</i> )	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	<i>SECQ Véronique (disponibilité)</i>
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

---

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**  
(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

**MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

CASANOVA Ludovic

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques  
CALVET-MONTREDON Céline  
FORTE Jenny  
JANCZEWSKI Aurélie  
NUSSLI Nicolas  
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle



THERY Didier

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS  
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)  
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
POUGET Benoît (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH) *Sumombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)  
GUIDON Catherine (MCU-PH)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
ROMANET Pauline (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*  
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)  
FRANKEL Diane (MCU-PH)  
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)  
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)  
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)  
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
FLECHER Xavier (PU-PH)  
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)  
*PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité*  
ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
TROPANO Patrick (PU-PH)

**ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAP**

BERTUCCI François (PU-PH)  
CHINOT Olivier (PU-PH)  
COWEN Didier (PU-PH)  
DUFFAUD Florence (PU-PH)  
GONCALVES Anthony (PU-PH)  
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
PADOVANI Laetitia (PH-PH)  
SALAS Sébastien (PU-PH)  
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)  
BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
CUISSSET Thomas (PU-PH)  
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
HABIB Gilbert (PU-PH)  
PAGANELLI Franck (PU-PH)  
THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)  
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
GUERIN Carole (MCU-PH)  
MEGE Diane (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402CHIRURGIE INFANTILE 5402**

*GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
LAUNAY Franck (PU-PH)  
MERROT Thierry (PU-PH)  
*VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement*  
DARIEL Anne (MCU-PH)  
FAURE Alice (MCU-PH)  
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

**FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE E**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,  
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
 LEGRE Régis (PU-PH)  
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENERELOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)  
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 NGYUEN Karine (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)  
 LUCAS Guillaume (MAST)  
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
 MELLINAS Marie (MAST)  
 ROMAN Christophe (MAST)  
 TRINQUET Laure (MAST)

TOGA Caroline (MCU-PH)  
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
 BOUBLI Léon (PU-PH) *Surnombre*  
 BRETELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;  
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BERBIS Julie (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)  
 COSTELLO Régis (PU-PH)  
 CHIARONI Jacques (PU-PH)  
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**IMMUNOLOGIE 4703****MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 OLIVE Daniel (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
 LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905****MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
 MILLION Matthieu (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement  
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
 EBBO Mikael (PU-PH)  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

# Remerciements

---

A monsieur le Professeur Franck Thuny,

Je suis très honorée de votre présence dans mon jury de thèse et vous remercie d'avoir accepté d'en être le président.

A monsieur le Docteur Jean-Michel Tartière,

Je vous remercie pour votre présence parmi les membres du jury, votre investissement et vos précieux conseils tout au long de l'élaboration de ce projet. Merci pour votre expérience et votre disponibilité.

A mon directeur de thèse, monsieur le Docteur François Besnier,

Je t'adresse mes remerciements les plus sincères. Pour ta réceptivité lors des gardes passées ensemble aux urgences de Toulon, équipe avec qui j'ai beaucoup appréciée travailler. Pour ta disponibilité et ton enseignement qui m'ont été des plus précieux dans l'élaboration de ce travail. Merci de m'avoir accompagnée avec bienveillance et d'y avoir consacré tant de temps.

A l'ensemble du service de l'équipe Fil-EAS ic : madame Mathilde Le Caignec, madame Jocelyne Candé, madame le Docteur Caroline Birgy, madame Marie-Noëlle Bordes,

Merci pour votre accueil au sein du service de cardiologie et votre temps accordé pour me faire découvrir la filière et approfondir mon sujet de thèse. Un grand merci Mathilde pour ta disponibilité et ton temps de relecture.

A madame le Docteur Laurence Picout,

Je vous remercie pour les enseignements apportés à mon sujet, par votre expérience en tant que médecin coordonnateur de l'HAD.

A l'ensemble du service de statistiques et en particulier madame Aurélie Autret, madame Sophie Lafond, madame Clara Chollet,

Je vous remercie pour votre investissement et votre aide si précieuse dans l'accomplissement de ma thèse. Merci Aurélie pour ton accueil et ton entière disponibilité pour approfondir ce travail jusqu'aux derniers détails.

A tous les médecins généralistes qui ont pris le temps de participer à cette thèse, malgré un emploi du temps plus que chargé. Merci de m'avoir accordé ce temps et de l'avoir fait dans la bonne humeur. Sans vous ce travail n'existerait pas.

A tous les médecins, croisés pendant mes études, qui m'ont fait grandir dans mon parcours professionnel.

A monsieur le Docteur Philippe Denormandie, qui à l'aube de mes 18 ans, a beaucoup contribué dans mon choix de débiter les études de médecine.

Merci pour ce bel exemple que tu es d'un médecin bienveillant, à l'écoute et empathique, un moteur durant mes longues années d'étude.

A monsieur le Docteur François Liotard,

Je te remercie pour ce premier stage en tant qu'interne de médecine générale à Laragne-Montéglin, qui a confirmé pleinement mon choix de spécialité et a guidé la suite de mon internat. J'ai pu découvrir et faire mes premiers pas de médecin généraliste dans cette région magnifique, guidée avec bienveillance m'apportant toute la confiance qui me manquait.

A monsieur le Docteur Carlo Saroufim,

Je te remercie pour ton accueil amical au sein du service d'infectiologie à Toulon. Merci pour ta sympathie et la transmission de tes larges connaissances dans une parfaite pédagogie.

A monsieur le Docteur Nathaniel Ghez,

Je te remercie tout particulièrement pour ton écoute attentionnée au cours de ce stage en service de pédiatrie, lors de cette période particulièrement difficile pour moi.

A madame le Docteur Murielle Alimi,

Je vous remercie pour ces précieux partages et conseils à la clôture de mon internat, pour débiter cette belle profession de bonnes clés en main.

A mes fabuleux parents,

Merci d'avoir façonné notre fratrie avec tant de bonté et d'amour. Merci de m'avoir poussée à faire ces études et de m'avoir soutenue dans tous ces moments de doutes et de difficultés, sans vous je n'y serais jamais arrivé.

A Aliénor et Omblin, mes deux petites sœurs chéries,

Merci pour tout l'amour que vous m'apportez et de tant contribuer à la joie partagée de notre famille.

Du haut du ciel, à toi mon petit frère Hippolyte, qui veille en chaque instant sur notre famille. Bon nombre de patients me ramène à toi, j'espère être à la hauteur pour devenir le médecin à l'écoute que tu n'as pas croisé sur ton parcours douloureux.

A ma merveilleuse belle-famille,

Je vous remercie pour l'accueil si naturel et aimant dans votre famille. Un grand merci en particulier à vous, Beau-Papa, pour votre aide précieuse dans l'élaboration de ma thèse et votre vision en tant que médecin généraliste expérimenté.

A Grand-Maman, le pilier de cette formidable famille,

Merci pour votre investissement dans mes études notamment par votre accueil toujours convivial à Evian pour les stages et les révisions.

A Solweig, Hélène et Delphine, mes fidèles amies de toujours,

Merci pour votre soutien démesuré et votre généreuse présence dans toutes les étapes de ma vie. Un grand merci Solweig, pour tes conseils de grande valeur dans l'élaboration de ce travail.

A Marine, mon binôme de cœur pendant ces 7 années d'externat à Lille,

Les inséparables autant dans les sorties que les rattrapages. Merci pour cette amitié si forte, bien au-delà des kilomètres qui nous séparent maintenant.



A Antonin, Pierre, Emmanuel, Pierre-Antoine et les sacrés lillois,  
Merci pour ce lien durable, indéfectible et cette entraide durant nos études, sans qui  
ces années n'auraient pas eu la même saveur.

Aux colocs lilloises, Diane, Clotilde, Amélie, Louise, Romane, Anne,  
A Flore, à Henri, à Margaux,  
Pour ces belles années et celles à venir, si riches en amitié.

Aux copains picards,  
Toujours présents, fidèlement, pour n'importe quelle occasion avec une folle énergie  
et une amitié sans faille.

Aux marseillais, Pauline, Fanny, Coline, Julie, Léa, Auguste, Fabrice,  
Merci pour ces belles années d'internat avec vous.  
Je n'oublierais pas cette arrivée à la Timone avec toi, Pauline, prémices de belles  
rencontres.

A Isaure, la petite perle marseillaise même si tu n'y es plus,  
Merci pour toute l'affection que tu nous donnes.

A Elisabeth et Philippe,  
Notre coup de foudre de la Ciotat qui vient étinceler notre quotidien.

Enfin, à mon tendre mari, Pierre, qui partage ma vie et la comble de tant d'amour,  
Merci pour ton soutien indéfectible et toute l'aide que tu m'as apporté dans ce travail.  
Aux futures années à partager ensemble, en famille, à 3 et plus !

A France, notre petite merveille, qui emplit déjà tant notre vie.

# Table des matières

---

<b>Table des matières</b> .....	<b>1</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>5</b>
I.    L'insuffisance cardiaque.....	7
A.    Définition et classification .....	7
B.    Données épidémiologiques .....	8
1. <i>Données internationales</i> .....	8
2. <i>Données françaises</i> .....	9
3. <i>Données locales</i> .....	10
C.    Rôle et souhaits des médecins généralistes .....	11
II.    Prise en charge de l'insuffisance cardiaque au domicile post- hospitalisation .....	13
A.    Structures d'accompagnement au domicile dans le Monde .....	13
B.    Structures d'accompagnement au domicile en France.....	14
1. <i>Le PRADO</i> .....	15
2. <i>L'E-santé</i> .....	16
3. <i>Autres dispositifs existants</i> .....	17
C.    Hospitalisation à domicile .....	19
1. <i>Intérêt</i> .....	19
2. <i>Développement</i> .....	20
3. <i>Rôle du médecin généraliste</i> .....	20
4. <i>HAD pour insuffisance cardiaque</i> .....	21
III.    Fil-EAS ic, protocole de suivi à domicile de l'insuffisant cardiaque.....	23
A.    Définition.....	23
B.    Création .....	23
C.    Organisation .....	24
1. <i>Phase de sécurisation au sein de l'hôpital</i> .....	24

2.	<i>Phase d'équilibration thérapeutique, lors de l'HAD.....</i>	25
3.	<i>Phase de consolidation, suivant l'arrêt de l'HAD .....</i>	27
D.	Chiffres actuels.....	28
E.	Projet et ambition.....	29
F.	Implication actuelle du médecin généraliste dans Fil-EAS ic ....	30
<b>Matériels et méthodes .....</b>		<b>32</b>
I.	Schéma d'étude .....	32
II.	Population étudiée.....	32
A.	Critères d'inclusion .....	32
B.	Critères de non-inclusion .....	32
C.	Critères d'exclusion .....	32
D.	Faisabilité et modalités de recrutement.....	33
III.	Critères d'évaluation.....	34
A.	Critère d'évaluation principal .....	34
B.	Critères d'évaluations secondaires.....	34
IV.	Déroulement de la recherche.....	34
A.	Calendrier de recherche .....	34
B.	Tableau récapitulatif du suivi participant.....	35
C.	Information des sujets de l'étude et consentements.....	36
V.	Gestion des données .....	37
VI.	Aspects statistiques.....	37
<b>Résultats .....</b>		<b>39</b>
I.	Diagramme de flux .....	39
II.	Analyses descriptives.....	40
A.	Caractéristiques des médecins généralistes .....	40
1.	<i>Présentation .....</i>	40
2.	<i>Nombre de patients par médecin inclus dans Fil-EAS ic .....</i>	41

B.	Connaissance de l'insuffisance cardiaque.....	42
C.	Connaissance du protocole Fil-EAS ic .....	46
D.	Implication des médecins généralistes pendant l'HAD.....	49
	1. <i>Accord pour débiter la prise en charge</i> .....	49
	2. <i>Modes de prises en charge</i> .....	52
	3. <i>Documents à l'attention du médecin généraliste</i> .....	56
	3.1. <i>Qualité de réception des documents</i> .....	56
	3.2. <i>Mode de réception des documents</i> .....	57
	4. <i>Coordonnées des médecins référents</i> .....	59
	4.1. <i>Accessibilité des coordonnées</i> .....	59
	4.2. <i>Utilisation des coordonnées</i> .....	61
	4.3. <i>Utilité des coordonnées</i> .....	61
	5. <i>Partage des données entre médecins</i> .....	61
E.	Implication des médecins généralistes en clôture de l'HAD .....	63
	1. <i>Comptes rendus finaux</i> .....	63
	2. <i>Conseils de suivis de l'insuffisance cardiaque</i> .....	66
	3. <i>La télésurveillance</i> .....	67
	3.1. <i>Utilité de la télésurveillance</i> .....	67
	3.2. <i>Mise en place de la télésurveillance</i> .....	68
	4. <i>Hospitalisation de jour</i> .....	71
	4.1. <i>Utilité d'une hospitalisation de jour</i> .....	71
	4.2. <i>Mise en place d'une hospitalisation de jour</i> .....	71
	5. <i>IDE au domicile du patient</i> .....	73
	6. <i>Protocole d'adaptation des diurétiques</i> .....	74
	6.1. <i>Connaissance du protocole d'adaptation des diurétiques</i> 74	
	6.2. <i>Utilité du protocole d'adaptation des diurétiques</i> .....	75
	6.3. <i>Partage du protocole d'adaptation des diurétiques</i> .....	75

F.	Conclusion .....	76
1.	<i>Taux de satisfaction des médecins généralistes.....</i>	<i>76</i>
2.	<i>Implication dans le protocole Fil-EAS ic.....</i>	<i>81</i>
3.	<i>Suggestions pour améliorer le protocole Fil-EAS ic.....</i>	<i>86</i>
<b>Discussion</b>	<b>.....</b>	<b>87</b>
I.	Interprétation des résultats.....	87
II.	Forces et faiblesses de l'étude.....	96
III.	Perspectives et actions à mettre en place.....	99
A.	Amélioration de la communication ville / hôpital.....	99
B.	Harmonisation des pratiques interprofessionnelles.....	101
C.	Déploiement de l'e-santé.....	101
<b>Conclusion</b>	<b>.....</b>	<b>105</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>.....</b>	<b>107</b>
<b>Annexes</b>	<b>.....</b>	<b>115</b>
<b>Liste des figures</b>	<b>.....</b>	<b>141</b>
<b>Liste des tableaux</b>	<b>.....</b>	<b>142</b>
<b>Liste des abréviations</b>	<b>.....</b>	<b>147</b>

# Introduction

---

En France, 2,3% de la population serait atteinte d'une insuffisance cardiaque (IC) et jusqu'à 16% chez les personnes âgées de 85 ans et plus (1). Cette pathologie est associée à plus de 70 000 décès et 160 000 hospitalisations sur l'année 2013 (2). Près d'un tiers des patients hospitalisés une première fois pour IC subissent une réhospitalisation, survenant dans la moitié des cas dans les 3 mois. De plus, le recours aux consultations précoces de ville recommandées (médecin généraliste et cardiologue) en post-hospitalisation, reste exceptionnel (3).

Lourd fardeau économique, avec 76% des dépenses de l'IC aiguë destinés aux soins hospitaliers (4), la France a un recours à l'hospitalisation particulièrement élevé avec 266 hospitalisations pour 100 000 habitants, dont plus de 80% seraient considérées comme évitables (5,6).

Des modèles de soins de niveau hospitalier au domicile du patient, appliqués à l'IC, ont démontré une augmentation du délai de réadmission, des coûts réduits et une amélioration de la qualité de vie. Par cette alternative fiable offrant de multiples avantages pour le patient et pour le système de santé (7), des solutions nouvelles sont imaginées pour la prise en charge de l'IC. Tout particulièrement en sortie d'hospitalisation, une utilisation adaptée des ressources hospitalières permettrait de refondre un lien ville-hôpital cohérent et fonctionnel.

Dans ce contexte, la FILière d'Évaluation et d'Accompagnement dans le parcours de Soins de l'insuffisant cardiaque (Fil-EAS ic) du Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon et La Seyne sur Mer a été mise en place (8). Elle consiste à détecter et prendre en charge rapidement les patients insuffisants cardiaques dès leur entrée à l'hôpital. Cette prise en charge est poursuivie par une surveillance rapprochée au domicile des patients, en sortie précoce d'hospitalisation, au cours de laquelle les cardiologues ajustent le traitement quotidiennement. A la clôture de l'hospitalisation à domicile (HAD), un programme médical, paramédical et d'éducation thérapeutique est mis en place permettant d'accompagner le patient dans la gestion de sa pathologie. Le protocole Fil-EAS ic, par une prise en charge optimisée au domicile, améliore la qualité de vie des patients, en raccourcissant la durée du séjour hospitalier et par conséquent son coût.

Le médecin généraliste (MG) est le pivot de l'organisation de l'HAD qu'il en soit ou non le prescripteur (9). Cependant, des travaux montrent que beaucoup éprouvent des difficultés à travailler avec l'HAD, par un sentiment de dépossession et un manque de communication (10). La mauvaise circulation des informations relatives au patient, dans le sens de la ville vers l'hôpital et à l'inverse de l'hôpital vers la ville, impacte la qualité de coordination des soins (11). La prise en charge de l'IC par des soins multidisciplinaires intégrés dans une forte collaboration entre l'hôpital et les soins primaires, a permis une réduction des réhospitalisations pour IC jusqu'à 20%. L'implication des médecins généralistes dans cette prise en charge semble donc évidente (12).

Dans le protocole Fil-EAS ic, la place des médecins généralistes comme véritables acteurs de la prise en charge, semble cependant poser question. La communication avec les médecins généralistes repose sur un contact téléphonique avant l'initiation de l'HAD et un questionnaire d'évaluation médicale du patient, au début de la prise en charge en HAD, dont la pertinence mérite d'être évaluée.

Cette hypothèse nous invite à interroger les médecins généralistes sur leurs critères d'adhésion souhaités au protocole Fil-EAS ic, l'objectif principal de cette étude étant de les évaluer avant, pendant et après la prise en charge en HAD.

## I. L'insuffisance cardiaque

### A. Définition et classification

Il existe de nombreuses définitions de l'insuffisance cardiaque (IC), selon les critères utilisés.

Le collège des enseignants la décrit comme l'incapacité du cœur à assurer un débit sanguin suffisant pour assurer le transport de la quantité d'oxygène nécessaire au fonctionnement normal de l'organisme (13).

L'European Society of Cardiology (ESC) la définit comme un syndrome clinique caractérisé par des symptômes (tels que la dyspnée, les œdèmes des membres inférieurs, l'asthénie) pouvant être associés à des signes cliniques (tels que les crépitations auscultatoires, la turgescence jugulaire), à la suite d'une anomalie fonctionnelle ou structurelle du cœur, entraînant une diminution du débit cardiaque et/ou une élévation des pressions cardiaques, au repos ou pendant un effort (14).

La classification de l'IC repose historiquement sur la mesure de la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG). Les dernières recommandations de 2016 de l'ESC définissent 3 entités (14):

- L'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection altérée, définie par une FEVG < 40%
- L'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection modérément altérée, définie par une FEVG entre 40 et 49%
- L'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée, définie par une FEVG  $\geq$  50%

L'ESC met à disposition un diagramme afin de porter le diagnostic d'IC (Annexe 1). Hormis l'anamnèse et les antécédents du patient, l'examen clinique, l'électrocardiogramme (ECG), le dosage du N-Terminal Pro-Brain Natriuretic Peptide (NT-proBNP) et l'échocardiographie permettent de confirmer le diagnostic d'IC ou de proposer un diagnostic alternatif.

La gravité de l'IC est généralement donnée par la classification de la New York Heart Association (NYHA) :



- NYHA I : asymptomatique
- NYHA II : dyspnée pour un effort habituel
- NYHA III : dyspnée au moindre effort
- NYHA IV : dyspnée au repos

Ces dernières années, le panel thérapeutique de l'IC s'est largement complexifié nécessitant une prise en charge globale et coordonnée, un défi pour le médecin généraliste en lien avec le spécialiste.

## B. Données épidémiologiques

### 1. Données internationales

L'insuffisance cardiaque reste actuellement un enjeu majeur de santé publique et une priorité de santé mondiale même si sa prise en charge s'améliore d'année en année.

Sa prévalence est de 1 à 2% de la population adulte dans les pays développés, accentuée par le vieillissement de la population (15). On compte 26 millions de personnes atteintes dans le monde, dont 20% seraient hospitalisées chaque année (16).

Une étude européenne montre un taux de mortalité toutes causes confondues à 1 an de 17,4% dans l'IC aiguë et 7,2% dans l'IC chronique stable. Les taux d'hospitalisations à 1 an étaient de 43,9% et 31,9%, respectivement, chez les patients en décompensation cardiaque et les IC chroniques (17) (18).

L'IC représente un fardeau économique mondial, direct et indirect avec une estimation à 108 milliards de dollars par an, équivalent à 1 à 2% des dépenses globales de santé dans les pays développés. Ces valeurs ne cessent d'augmenter au vu de la population mondiale vieillissante, en expansion rapide et en voie d'industrialisation (19).

## 2. Données françaises

- Prévalence

A l'échelle française, la prévalence de l'IC est de 2,3% de la population adulte atteignant une prévalence de 16% chez les personnes âgées de plus de 85 ans (1).

- Taux d'hospitalisation

L'IC est une cause fréquente d'hospitalisation avec un grand nombre de réhospitalisation ou décès pour des épisodes aigus.

En comparaison, à nos voisins européens, le recours à l'hospitalisation pour IC est particulièrement élevé en France avec 266/100 000 habitants sur l'année 2017, très au-dessus de pays proches comme le Royaume-Uni (99/100 000), l'Espagne (143/100 000) et la Belgique (189/100 000) (5) (Annexe 2).

Les données factuelles montrent que les traitements de l'IC sont efficaces et qu'ils peuvent être, en grande partie, administrés en soins primaires. La dégradation aiguë de l'état de santé des patients pourrait être atténuée par un système de soins primaires performant. Cependant, plus de 80% des hospitalisations sont encore considérées comme évitables et seraient en grande partie liées à l'organisation hospitalo-centrée de notre système de santé. Un grand nombre de lits réanimatoires est proposé pour des durées moyennes de séjour (DMS) élevées alors que le taux d'occupation est peu différent des autres pays de l'organisation de coopération et de développement économique (OCDE) (5) (6).

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) a évalué l'état de santé de la population française en 2013 (2).

Sur l'année, ont été recensés :

- 70 213 décès associés à l'IC, malgré une baisse de la mortalité entre 2000 et 2013.
- 165 093 hospitalisations pour IC, malgré une petite baisse de l'évolution entre 2002 et 2014 (-5%) par amélioration de la prise en charge.

Depuis 2013, l'évolution est globalement stable.

Concernant le taux de réhospitalisation, le rapport de l'Assurance maladie de 2020 (3) évalue à 31%, le taux de patients à nouveau hospitalisés dans l'année suivant une première hospitalisation, dont la moitié survient dans les 3 mois du premier séjour.

Seulement 30% des patients réhospitalisés avaient eu un contact avec un cardiologue en post hospitalisation. Pour ceux qui avaient eu un, seulement 50% d'entre eux l'ont eu dans les 12 jours post hospitalisation alors que 15% n'ont eu aucun lien avec le système de santé. Ceci témoigne d'un manque réel de coordination entre les soins de ville et hospitaliers.

- Taux de mortalité

Malgré tous les progrès de prise en charge de l'insuffisance cardiaque, le pronostic reste sévère avec une mortalité élevée, à raison de plus de 70 000 décès par an. Le taux de décès parmi les patients souffrants d'IC chronique est de 14%. Dans le cas d'une décompensation aiguë, il est de 25% (3).

- Coût économique

L'insuffisance cardiaque reste une priorité de santé publique avec une estimation des dépenses de 2,8 milliards d'euros par an, soit 1,7% des dépenses de santé (au sein du régime général de l'Assurance maladie de 2018) (4). Ces chiffres sont en constante augmentation au vu du vieillissement de la population.

Cela représente en moyenne 8 020€/an/patient pour les épisodes aigus (avec 76% de dépenses hospitalières), et 2 180 €/an/patient en l'absence d'épisodes aigus (avec 84% de dépenses ambulatoires).

### 3. Données locales

En France, l'insuffisance cardiaque est impliquée dans d'importantes disparités régionales pour les hospitalisations et la mortalité (2) (Annexe 3).

On retrouve des taux plus élevés d'hospitalisation pour IC à la Réunion, dans les Hauts-de-France, en Normandie alors que l'on retrouve des taux inférieurs au taux

national notamment dans la région Sud avec le taux le plus bas (198,9 patients hospitalisés pour IC/100 000 habitants sur l'année 2014).

Ces différences peuvent s'expliquer par une prévalence plus élevée de l'obésité, l'hypertension artérielle (HTA), le diabète et la dyslipidémie dans les régions à taux plus élevés, augmentés par l'indice de désavantage social.

La prévalence des patients atteints d'insuffisance cardiaque en affection de longue durée (ALD) en région Sud, était de 54 401 en 2008, en augmentation constante, atteignant 81 821 en 2012.

En ce qui concerne le département du Var, il faut prendre en compte la représentation d'une grande proportion de seniors et personnes âgées avec 30% des habitants ayant plus de 60 ans contre 24% sur le plan national (20).

### C. Rôle et souhaits des médecins généralistes

Les médecins généralistes (MG) ont un rôle central dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. Les sociétés savantes telles que l'European Society of Cardiology (ESC) (14), la Haute Autorité de Santé (HAS) (21), l'Association Heart American (AHA) (22) rappellent toutes leur rôle majeur dans la détection précoce pour éviter une partie des hospitalisations.

Dans ce contexte, en France, la HAS a instauré plusieurs recommandations à l'attention des médecins généralistes pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque en soins primaires (21) (Annexe 4) :

- Penser à l'insuffisance cardiaque, y compris devant des signes non spécifiques.
- Faire un ECG si possibilité et un dosage de BNP ou NT-proBNP si doute diagnostic.
- Obtenir une consultation de cardiologie avec échographie doppler qui :
  - o Confirme ou non le diagnostic.
  - o Chiffre la fraction d'éjection (FE) et précise le type d'insuffisance cardiaque.
- Définir le stade fonctionnel de la classification NYHA.
- Rechercher les critères de mauvais pronostic.
- Rechercher les causes déclenchant une décompensation.

- Éliminer une cause pulmonaire.
- Évaluer les besoins du patient.
- Annoncer le diagnostic et mettre en place l'ALD.
- Si le patient est âgé de 75 ans ou plus, élaborer un Plan Personnalisé de Santé (PPS).

La plupart des patients souffrant d'IC se présenteront en premier lieu en médecine générale (23). Il apparaît donc nécessaire d'améliorer la faisabilité du diagnostic en soins primaires, avec en outre un diagnostic précoce pouvant favorablement modifier le pronostic et diminuer la mortalité.

Des médecins généralistes belges (24) évoquent la nécessité d'un cheminement de soins axé sur un protocole des soins chroniques de l'IC. Contrairement aux trajectoires de soins existantes, ils souhaitent un parcours flexible, sans charges administratives supplémentaires avec un rôle central pour les généralistes.

Cependant, les MG ont rapporté des expériences mitigées avec les soins multidisciplinaires de l'IC en ce qui concerne la collaboration interprofessionnelle (25).

## II. Prise en charge de l'insuffisance cardiaque au domicile post-hospitalisation

### A. Structures d'accompagnement au domicile dans le Monde

La continuité des soins de l'IC de l'hôpital vers la ville est un parcours ciblant une période de fragilité à la suite d'une hospitalisation. De multiples interventions sont proposées à travers le monde sur une période de temps donnée et pour un type de patient bien précis. On intervient notamment sur la prise en charge thérapeutique, l'organisation des consultations de suivi, la communication entre les professionnels de santé, la prise en charge non médicamenteuse (conseils hygiéno-diététiques, rééducation physique, prise en charge psychosociale...)

Les différentes structures d'accompagnement au domicile en post-hospitalisation ont déjà fait l'objet de plusieurs méta-analyses dont Vedel (26) en 2015, Van Spall (27) en 2017 et Mai Ba (28) en 2020. Elles montrent une réduction du taux de réhospitalisations. Ces interventions varient en termes de composantes, de durée et de fréquence. Mais l'ensemble des études (29) (26) établissent un large consensus sur la nécessité de leurs mises en place, pendant ou immédiatement après l'hospitalisation, avec une éducation thérapeutique personnalisée, un apprentissage individualisé de la maladie, une conciliation médicamenteuse, une facilité d'accès aux systèmes de santé et un suivi organisé à la sortie de l'hôpital. Plus les interventions sont fréquentes et multidisciplinaires, plus elles montrent de meilleurs résultats (29) (26).

Les soins multidisciplinaires ou DMP (disease management programme) ont montré leur potentiel de réduction des réadmissions pour IC de 30% et des décès jusqu'à 18% (30). Ils se développent progressivement ayant pour but de développer un système de soins « homogène » englobant les soins de ville et hospitaliers.

Une enquête a été menée auprès de 537 hôpitaux aux États-Unis (31) afin d'évaluer les interventions mises en place pour réduire les réhospitalisations à 30 jours avec l'IC comme cible majeure du programme. Les interventions mises en place sont : les programmes d'appels téléphoniques (63%), la télésurveillance (54%), l'éducation

thérapeutique (73%), la consultation précoce après le retour à domicile (22%), l'évaluation précoce du risque de réadmission pendant l'hospitalisation (22%), la conciliation médicamenteuse (73%), l'implication des aidants (12%), la prise en charge psychosociale (89,5%), la communication avec les médecins de ville (49%), la communication avec les soins infirmiers spécialisés (68%), la communication aux MG de la date de sortie (37%), l'identification d'un contact hospitalier direct (47%). Au final, les résultats étaient très hétérogènes selon les hôpitaux avec des interventions manquant de mise en œuvre notamment dans l'organisation du suivi à domicile.

La dernière méta-analyse est parue en mars 2021. Elle se compose de 42 essais cliniques randomisés, incluant 10 784 patients, majoritairement dans des pays occidentaux à revenu élevé. Elle a montré que les interventions de soins de transition entre l'hôpital et la ville pour les patients IC hospitalisés ont réduit le risque de mortalité de 18%. L'effet positif de ces interventions suggérant également une amélioration de la qualité de vie, invite à ne pas les négliger. L'efficacité a été particulièrement démontrée, grâce aux modèles de soins multidisciplinaires, pour les programmes d'appels téléphoniques et les consultations de suivi ambulatoire (32).

## B. Structures d'accompagnement au domicile en France

Devant un taux toujours trop élevé de réadmission à la sortie d'hospitalisation pour IC, il existe un besoin substantiel de modèles de soins pouvant fournir des soins de niveau hospitalier au domicile du patient. Ces modèles, appliqués aux patients IC, ont démontré une augmentation du délai de réadmission, des coûts réduits et une amélioration de la qualité de vie. Il s'agit donc une alternative fiable offrant de multiples avantages pour le patient et pour le système de santé. (7)

A ce jour, il existe différentes expérimentations dans le but de faire évoluer la prise en charge de l'IC en France sous forme de réseau, filières de soins, etc. La principale structure reste le programme PRADO ainsi que l'essor de l'e-santé.

## 1. Le PRADO

Le PRADO ou Programme d'Accompagnement du retour à Domicile (33) a d'abord été initié pour les patientes en sortie de maternité en 2010, puis en sortie de chirurgie orthopédique, puis s'est étendu aux patients en sortie d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque, exacerbation de bronchopneumopathie chronique, accident vasculaire cérébral, plaies chroniques et personnes âgées de plus de 75 ans.

Concernant l'IC, cela a été initié en 2013. Elle a pour objectif d'organiser la sortie du patient par la prise et le suivi des rendez-vous nécessaires avec les professionnels de santé de ville, en lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), maison de santé pluri professionnelles (MSP), équipe de soins primaires (ESP). Il assure également une prise en charge sociale permettant en cas de besoin l'instauration de prestations adaptées (portage des repas, auxiliaire de vie, etc.)

Il prévoit une consultation avec le médecin traitant dans la semaine suivant le retour à domicile, une consultation longue dans les 2 mois, une consultation avec le cardiologue dans le deuxième mois, un suivi hebdomadaire par un IDE avec une durée variant selon le stade de sévérité NYHA et adapté selon les besoins du patient. (33)

Le rapport de juillet 2020 (34) de l'Assurance Maladie montre par une étude rétrospective s'étendant de 2015 à mi 2018, chez les patients IC accompagnés par le PRADO, un taux de décès pour toutes causes significativement plus faible (Annexe 5), un meilleur accès aux soins, un délai raccourci de recours au cardiologue, au MG et à l'infirmier, ainsi qu'une meilleure utilisation des traitements recommandés à 2 mois. Par ailleurs, on note un taux de réhospitalisation plus élevé, une augmentation sans doute liée à l'augmentation de la survie et au meilleur suivi qui favorise la détection des décompensations. Mais on observe une baisse du taux d'hospitalisation en réanimation et soins intensifs avec une stabilisation du recours aux urgences. Parallèlement, une augmentation des dépenses est observée, par un meilleur recours aux soins de ville (meilleure réalisation des soins et des traitements). Les dépenses en sortie d'hospitalisation chez un patient PRADO s'élèvent à 8012€ contre 7053€ pour un patient témoin sans accompagnement.



## 2. L'E-santé

Sous différentes formes, la télémédecine et l'e-santé se développent en France, dans le but d'une réduction des coûts et une amélioration de la qualité de vie. De nombreuses études se sont intéressées à cette démarche dans le cadre de l'insuffisance cardiaque.

La télémédecine est définie par le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 en application de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009. Elle est une forme de pratique médicale à distance, utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle regroupe 5 types d'actes médicaux tels que la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance et la régulation médicale.

La télésurveillance chez les patients IC a fait l'objet de nombreuses études depuis les années 2000 dont beaucoup sont revenues négatives, reprises dans la revue de la littérature du travail de thèse de Charlotte Puel en 2020 (35). Elles ont cependant permis d'appuyer la nécessité d'une adhérence du patient au programme mis en place, ainsi qu'une éducation thérapeutique pour le rendre actif dans sa prise en charge avec un contact humain central. Les rares études révélées positives le sont sur des patients en stade avancé de la maladie avec des taux d'hospitalisation et de mortalité élevés, chez qui une surveillance étroite semble avantageuse.

La plus large étude française randomisée évaluant la télésurveillance non médicale chez les patients IC a fait l'objet d'un essai randomisé multicentrique appelé OSICAT (optimisation de la surveillance ambulatoire des IC par télécardiologie) (36). Le dispositif consiste à utiliser une balance connectée reliée à une tablette numérique et de répondre à un questionnaire sur les symptômes d'IC pour une surveillance continue des paramètres cliniques.

Les alertes sont gérées par téléphone par des IDE formés pour la détection précoce des décompensations cardiaques.

Elle n'a pas permis de montrer une réduction de la mortalité toutes causes, ni des hospitalisations à 18 mois, mais une diminution du risque d'hospitalisation pour IC de 21% majorée pour les patients NYHA III et IV, isolés socialement et observant dans la mesure du poids.

Par ailleurs, la qualité de vie est statistiquement améliorée montrant tout l'intérêt de la télésurveillance.

Cette étude a permis de déployer l'utilisation de la télésurveillance médicale cette fois ci avec un partage direct avec le cardiologue, le programme ETAPES (Expérimentation de télé-médecine pour l'amélioration des parcours en santé). Il est généralisé à l'ensemble du territoire français qui depuis 2014 développe les actes de télé-médecine afin de leur donner un cadre juridique et une tarification (37).

Les prestations de télésurveillance ETAPES doivent comprendre une télésurveillance médicale, un dispositif médical et une prestation d'accompagnement thérapeutique. On dénombre au 30 septembre 2019, 3577 patients IC inclus dans le protocole avec un allègement des critères d'inclusion depuis le début de l'épidémie de Covid-19.

### 3. Autres dispositifs existants

Dans son travail de thèse de médecine générale en 2019, Dr Philippe John compare les dispositifs existants de prise en charge de l'IC au domicile (Tableau 1 : Dispositifs existants de prise en charge de l'insuffisance cardiaque au domicile. Dr Philippe John. 2019 (38). dans le but d'évaluer la pertinence d'une unité mobile de prise en charge de l'insuffisance cardiaque (UMIC) (38).

*Tableau 1 : Dispositifs existants de prise en charge de l'insuffisance cardiaque au domicile. Dr Philippe John. 2019 (38).*

Nom du dispositif	Points forts	Points faibles
<b>RESPECTI Cœur</b>  2004-2019 Région Nantaise (sous le nom MC44)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une seule intervention au domicile d'une IDE et d'une diététicienne</li> <li>- Suivi téléphonique mensuel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas d'intervention médicale au domicile</li> <li>- Une seule intervention au domicile par paramédicaux</li> <li>- Pas de gestion de la situation aiguë</li> <li>- Pas de permanence téléphonique</li> <li>- Pas de planification des consultations du retour au domicile</li> </ul>
<b>Réseau ICALOR</b>  2006-2019 Région Lorraine	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planification des consultations du retour au domicile</li> <li>- Visite IDE au domicile</li> <li>- Séances d'ETP</li> <li>- Dossier partagé médecin traitant/ cardiologue / IDE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de télé-médecine</li> <li>- Pas de gestion de la situation aiguë</li> <li>- Pas de permanence téléphonique</li> </ul>

<p><b>Réseau RADIC</b></p> <p>2004-2019 Région CHU Poitiers</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Séance d'éducation thérapeutique</li> <li>- Consultations d'optimisation thérapeutique</li> <li>- Suivi téléphonique tous les 6 mois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de permanence téléphonique</li> <li>- Pas de gestion de la situation aiguë</li> <li>- Suivi téléphonique très espacé dans le temps</li> <li>- Pas de visite paramédicale ou médicale au domicile</li> <li>- Pas de planification des consultations du retour au domicile</li> </ul>
<p><b>Réseau RESICARD</b></p> <p>2001-2019 Région Ile de France</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planification des consultations du retour au domicile</li> <li>- Structure pluridisciplinaire (assistante sociale, IDE, médecin, secrétaire)</li> <li>- Suivi téléphonique hebdomadaire</li> <li>- Permanence téléphonique</li> <li>- Visite d'une équipe paramédicale avec carnet de suivi (fréquence non précisée)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence d'ETP</li> <li>- Pas de gestion de situation aiguë</li> <li>- Pas d'intervention médicale au domicile</li> <li>- Nécessité de formation des médecins généralistes et cardiologues libéraux</li> </ul>
<p><b>UNEPIC</b></p> <p>2007-2019 Région Mulhousienne</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Séances d'ETP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de permanence téléphonique</li> <li>- Pas de gestion de la situation aiguë</li> <li>- Pas de suivi téléphonique</li> <li>- Pas de visite paramédicale ou médicale au domicile</li> </ul>
<p><b>PRADO</b></p> <p>2013-2019 France</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planification des consultations de retour au domicile</li> <li>- Visite IDE au domicile</li> <li>- Carnet de suivi du patient insuffisant cardiaque</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivi limité dans le temps (6 mois maximum)</li> <li>- Pas de permanence téléphonique</li> <li>- Pas de gestion de la situation aiguë</li> <li>- Pas de suivi téléphonique</li> </ul>
<p><b>PRADO INCADO</b></p> <p>2011-2019</p>	<p>Rajout au dispositif PRADO de modalité de télésurveillance du patient avec utilisation d'outils connectés</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivi limité dans le temps (6 mois maximum)</li> <li>- Pas de permanence téléphonique</li> <li>- Pas de gestion situation aiguë</li> <li>- Pas de suivi téléphonique</li> </ul>
<p><b>CCIC</b></p> <p>Cellule de Coordination de l'Insuffisance cardiaque et Cardiomyopathies Hôpitaux universitaires Henri-Mondor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planification des consultations du retour au domicile</li> <li>- Télésurveillance du patient avec utilisation d'outils connectés</li> <li>- Consultations d'optimisation thérapeutique</li> <li>- Programme d'ETP</li> <li>- Modalité de conseil pour la prise en charge aiguë uniquement sur données télémédecines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de permanence téléphonique</li> <li>- Gestion de la situation aiguë uniquement sur la base de données de télémédecine, pas de conseil aux intervenants dans la prise en charge</li> </ul>

Ce travail a permis l'élaboration d'une structure comme l'UMIC.

Cette unité mobile de prise en charge de l'IC est un complément dans l'organisation des soins du patient IC. Elle n'a pas pour rôle de se substituer aux structures préexistantes mais cherche à proposer une alternative au MG dans la période de vulnérabilité post-hospitalisation en complément du PRADO. En collaboration étroite avec l'HAD ou dans les situations pouvant présager d'une décompensation cardiaque, elle a pour objectif d'éviter une hospitalisation conventionnelle, au profit d'un maintien au domicile.

Cette structure, constituée d'une équipe pluriprofessionnelle (IDE spécialisé dans l'IC, cardiologue, secrétaire en collaboration avec une équipe multidisciplinaire), s'organise sur le principe d'une permanence téléphonique ayant une mission de conseil, d'organisation, d'alerte, d'orientation et d'éducation par téléphone mais aussi la capacité de se projeter au domicile des patients IC pour une évaluation clinique et paraclinique experte (ECG télétransmis, échographies, biologie délocalisée).

## C. Hospitalisation à domicile

### 1. Intérêt

L'hospitalisation à domicile (HAD) a pour objectif d'assurer au domicile du patient, pour une durée limitée, mais révisable, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Les patients pris en charge en HAD, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé avec hébergement (9).

Une étude de 2017 interrogeant 1000 français montrait que 3 français sur 4 se déclaraient prêts à envisager une HAD, pour eux ou l'un de leurs proches. 70% pensent que cela permet une qualité de vie supérieure et 60% pensent que la qualité des soins est au moins équivalente à celle de l'hôpital (39).

En effet, l'HAD permet de réduire les coûts en raccourcissant ou en évitant l'hospitalisation complète conventionnelle.

Sur l'année 2019, la FNEHAD (Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile) dans son rapport d'activité 2019-2020 (40) évaluait à 203,8€ le coût moyen d'une journée en HAD pour l'assurance maladie, ce qui est 4

fois inférieur à celui d'une journée en hôpital conventionnel. Sur l'année, le coût global de l'HAD en France revenait à 1,22 milliards d'euros.

En 2012, une importante méta-analyse a montré les bénéfices de l'HAD en termes de réduction de la mortalité, de coûts et de taux de réadmissions à l'hôpital avec une augmentation de la satisfaction des patients et des soignants (41).

## 2. Développement

L'HAD a été légalisé par la loi hospitalière de 1970. Elle devient une véritable alternative à l'hospitalisation en 1991 (42) et en 2006, se précise son rôle et son organisation (9). En 2009, elle devient une hospitalisation à part entière par la loi « Hôpital Patients Santé Territoire » (43).

Depuis son essor est important.

En 2006, on comptait 170 établissements HAD, pour un total de 44 000 patients par an et 8 patients par jour pour 100 000 habitants.

A 10 ans d'évolution, on compte en 2016, 313 établissements HAD, pour un total de 110 800 patients par an et 20 patients par jour pour 100 000 habitants (44).

Le rapport d'activité de la FNEHAD de 2020 montre qu'en 2019, l'activité d'HAD a progressé de 7,5% par rapport à 2018 (dont une élévation de 10,7% dans la région PACA) (45) avec un taux de 24,5 patients par jour pour 100 000 habitants (dont un taux supérieur à 35 dans le Var) (40).

Mais en comparaison, à certains pays européens, l'évolution reste trop faible.

## 3. Rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste est le pivot de l'organisation de l'HAD qu'il en soit ou non le prescripteur (9).

Cependant, plusieurs travaux ont montré que les MG ne connaissent pas l'HAD et éprouvent des difficultés à travailler avec ces structures par un manque de communication et un sentiment de dépossession (10).

Dans l'étude de la FNEHAD de 2017 ciblant 300 médecins généralistes, la moitié estime que l'HAD est peu connue des médecins libéraux. 1 médecin sur 2 déclare n'avoir jamais reçu d'information sur l'HAD (39).

Au final, la littérature rapporte des MG globalement satisfaits des modalités particulières de partage des rôles entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur de l'HAD mais un tiers non négligeable de MG se disent dépossédés de ces prises en charge (10).

#### 4. HAD pour insuffisance cardiaque

Dans le but d'améliorer les soins médicaux tout en réduisant les coûts, les directives européennes et américaines d'IC recommandent la mise en œuvre de programmes de prise en charge, par un système organisé de soins spécialisés (14)(22). En effet, un obstacle habituel au maintien au domicile d'un patient est l'oxygénothérapie, la nécessité d'un traitement intraveineux ou d'une évaluation quotidienne de l'efficacité d'un traitement.

Devant le constat que près de la moitié des réadmissions pour IC surviennent avant la première visite ambulatoire, un suivi au domicile a largement été mis en œuvre dans les 7 jours suivant la sortie d'hospitalisation (46).

Une méta-analyse de 2015 montre que l'HAD chez les patients IC semble augmenter le délai de réadmission, réduire les coûts et améliorer la qualité de vie des patients nécessitant des soins hospitaliers (47).

Van Spall, en 2017 retrouve une amélioration du pronostic par une diminution de la mortalité et du taux de réadmission, dans la prise en charge de l'IC par la mise en place de structures spécialisées et de soins infirmiers structurés au domicile (27).

En 2018, Voudris et Silver (7) quant à eux démontrent que les patients en insuffisance cardiaque aiguë et pris en charge en HAD, présentent un délai plus long de nouvelle hospitalisation, une diminution du coût de la prise en charge et une amélioration de la qualité de vie.

Dans une importante méta-analyse de 19 essais cliniques randomisés regroupant plus de 7000 patients, publié en avril 2021 (12), Raat compare les résultats de différents modes de prise en charge multidisciplinaire de l'IC en soins primaires. Les études correspondantes aux patients IC recrutés dans la population générale ne montrent pas de résultats significatifs ni pour les réhospitalisations toutes causes et pour l'IC, ni sur la mortalité, contrairement aux patients recrutés à l'hôpital à la suite d'une première hospitalisation pour IC. Cela peut s'expliquer du fait que les patients recrutés dans la population générale sont atteints d'une IC probablement moins grave. Plusieurs études observationnelles en Espagne (48), en Suède (49) et en France (50) ont montré une réduction des réhospitalisations pour IC jusqu'à 20% en mettant en œuvre des soins multidisciplinaires intégrés avec une forte collaboration entre l'hôpital et les soins primaires

Compte tenu des évolutions démographiques de la population de patients IC, il semble évident d'impliquer les professionnels de soins primaires, dans la prise en charge multidisciplinaire de l'IC. Raat souligne que les MG sont idéalement placés pour dispenser des soins à cette population gériatrique, par leurs connaissances de leurs antécédents personnels, leurs comorbidités, leurs modes de vie.

Cependant, malgré la nécessité d'un soutien accru aux soins primaires, le financement de l'IC en ville reste encore limité alors que les soins au domicile pour l'IC ont nettement montré une réduction des coûts.

### III. Fil-EAS ic, protocole de suivi à domicile de l'insuffisant cardiaque

#### A. Définition

Le protocole Fil-EAS ic s'intitule « Filière d'Évaluation et d'Accompagnement dans le parcours de Soins de l'Insuffisant Cardiaque » (8) (51) (52).

Il a été créé à la suite de recherche de nouvelles solutions dans la prise en charge de l'IC, notamment en sortie d'hospitalisation, en utilisant les ressources hospitalières de façon adaptée, tout en refondant un lien ville-hôpital cohérent et fonctionnel.

Il participe également à la nécessité de modifier l'approche du patient insuffisant cardiaque, souvent poly pathologique et fragile, vers une prise en charge globale.

Le protocole Fil-EAS ic permet l'amélioration de la qualité de vie des patients, en raccourcissant la durée du séjour hospitalier et par conséquent diminuant son coût. Il vise à réduire le risque de réadmission à l'hôpital et le taux de mortalité.

Il a été initialement développé localement en intra-hospitalier au sein du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon et la Seyne sur mer (CHITS) dans le but de se développer par la suite, à un niveau régional.

Il s'agit d'un protocole encore unique en France.

#### B. Création

En 2013, une étude de cohorte non publiée est réalisée en interne au sein de l'hôpital (CHITS) afin de repérer les critères de sortie précoce d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque. Plusieurs constats sont faits :

- Une majorité de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque aiguë ne sont pas pris en charge en cardiologie (55%).
- Une majorité des patients nécessitent une prise en charge gériatrique et sociale.
- Une phase de sécurisation du patient est nécessaire pendant une durée de 24 à 48 heures.
- L'équilibration des diurétiques à l'hôpital ne se fait pas dans les conditions de vie habituelles.



- L'équipe soignante n'est pas en capacité d'assurer un suivi structuré en post hospitalier.

A partir de ces connaissances, de fin 2017 à juin 2018, a été initié une phase de théorisation puis de protocolisation de la filière avec la participation de l'équipe de parcours de soins de l'insuffisance cardiaque du CHITS (Fil-EAS ic), le service de soins à domicile (SSIAD) et le service d'HAD Toulon-La Garde de l'association Santé et solidarité du Var (SSD).

A partir de juin 2018, les premiers patients sont pris en charge avec l'instauration de « débriefing » afin de repérer les fragilités de la filière. Par la suite, des grilles d'évaluation ont été réalisées afin d'améliorer le versant gériatrique et social.

La filière est depuis en perpétuelle évolution.

### C. Organisation

L'équipe médicale de Fil-EAS ic est composée de 2 cardiologues spécialisés dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque et de 2 IDE : une infirmière de coopération (ICoop) et une infirmière en pratique avancée (IPA).

Les IDE peuvent prendre en charge :

- Consultations de titration des thérapeutiques validées dans l'insuffisance cardiaque.
- Consultations de suivi de télésurveillance programmées.
- Consultations de suivi de télésurveillance non programmées suite à une alerte non gérable en distanciel.
- Consultations d'évaluation gériatrique et sociale.
- Consultations d'évaluation poly pathologique pour orientation du patient vers les spécialistes adaptés, pour l'IPA.
- Éducation thérapeutique.

Le parcours de soins est organisé en trois étapes (Annexe 6).

#### 1. Phase de sécurisation au sein de l'hôpital

Tout d'abord, a lieu une étape de sécurisation, d'en moyenne 3 jours et demi.

Le patient est admis en service hospitalier, soit par une admission première aux urgences, soit de façon directe ou à la suite d'une consultation.

Il est immédiatement traité et hémodynamiquement sécurisé.

La filière Fil-EAS ic est alertée par mail de toute nouvelle admission pour le motif d'insuffisance cardiaque aiguë, quelque soit le service dans lequel le patient est pris en charge, afin de permettre une analyse du dossier en 48H. Dans le même délai, une IDE effectue une évaluation gériatrique et sociale selon une checklist préétablie (Annexe 8). Une évaluation selon différents scores permet alors l'intervention de l'assistante sociale de l'HAD ou de l'équipe mobile de gériatrie (UMG).

Le diagnostic d'insuffisance cardiaque aiguë est confirmé et les besoins du parcours de soins sont définis au travers d'une checklist spécifique (Annexe 9) reprenant les recommandations de l'ESC (14) (vaccinations nécessaires, comorbidités à suivre ou traiter, titrations à poursuivre, réadaptation à organiser...)

## 2. Phase d'équilibration thérapeutique, lors de l'HAD

Le patient entre ensuite dans une phase d'équilibration au domicile, d'en moyenne 11 jours et demi, en l'absence de contre-indication gériatrique, sociale ou un état clinique jugé trop instable pour une gestion au domicile (patient sous amines, vasodilatateur IV, débit d'oxygène de plus de 3L/min, dialyse).

Avec l'accord du patient (ou de l'aidant éventuellement), des intervenants médicaux et paramédicaux de ville, et de l'équipe d'HAD, la poursuite de l'hospitalisation se fait dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, avec la participation des IDEL habituels ou non du patient.

La responsabilité est déléguée à l'équipe médicale et paramédicale dédiée à Fil-EAS ic avec l'aide de l'HAD selon un protocole défini (Annexe 7).

Les informations sont gérées et transmises à l'hôpital par l'HAD, via un dossier patient informatique intitulé « AtHome ». C'est un outil conçu pour gérer l'ensemble des services et des ressources mis en œuvre dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, cette solution permet d'organiser la prise en charge du patient, en lien avec les différents intervenants.

L'équipe Fil-EAS ic effectue une visite quotidienne sur dossier avec pour objectifs principaux :

- Titration de diurétiques dans les conditions du domicile selon les apports hydriques et sodés habituels du patient.
- Titration des thérapeutiques recommandées.
- Repérage des conduites à risque : mauvaise observance et compliance, consommation sodée, hydrique, potassique inadaptée, mauvaises conduites des aidants.
- Mise en place d'un protocole de suivi pouvant perdurer en fin d'HAD avec ou sans l'aide de la télésurveillance.
- Consolidation d'un lien de confiance ville-hôpital :
  - o Coopération entre l'HAD et l'hôpital.
  - o Coopération entre l'IDEL et l'hôpital.
  - o Prise en charge des patients adressés par les MG dans une filière homogène, quelque soit le service.
  - o Caractère systématique de comptes rendus d'hospitalisation et de clôture.
  - o Transmission d'objectifs thérapeutiques clairs pour le MG, le cardiologue, l'IDEL.
  - o Système de télésurveillance permettant à l'IDEL ou au MG d'avoir un référent en cas de difficultés.

Une infirmière de l'équipe d'HAD est de garde 24 heures sur 24 et un médecin Fil-EAS ic reste disponible 7 jours sur 7 aux heures ouvrables (9h-18h).

Le médecin généraliste est encouragé à participer à l'évaluation du patient, notamment dans les composantes non cardiologiques et peut être sollicité pour une évaluation intercurrente en cas d'apparition de nouveaux symptômes.

L'adaptation des thérapeutiques cardiologiques restent toutefois sous la responsabilité de l'équipe Fil-EAS ic.

### 3. Phase de consolidation, suivant l'arrêt de l'HAD

La 3<sup>e</sup> phase, dite de consolidation, débute par une consultation de clôture qui peut avoir lieu :

- En présentiel ou en téléconsultation.
- Au cours d'une hospitalisation de jour (si nécessité d'une supplémentation en fer pour une carence martiale fonctionnelle, consultation en pneumologie, néphrologie, gastroentérologie, diabétologie, gériatrie, mémoire, diététique...).
- Au cours d'une hospitalisation de semaine (si nécessité d'effectuer des examens invasifs non ambulatoires).

Elle donne lieu à un compte-rendu remis au patient et transmis au médecin traitant avec des recommandations et des objectifs thérapeutiques, diététiques et biologiques.

Des outils de suivi sont proposés avec une éducation thérapeutique systématique par l'IDEL, une télésurveillance voire une rééducation par kinésithérapie ou réadaptation.

Deux solutions de télésurveillance sont proposées et choisies du fait de leur complémentarité (« AirLiquide » et « Satelia »). La première met à disposition une balance et une tablette connectée, la deuxième une application mobile à télécharger. Elles permettent de détecter tout signe d'aggravation et de déclencher une alerte. Les sociétés de télésurveillance effectuent un premier tri des alertes générées et réalisent une éducation thérapeutique (maladie, traitements et diététique). L'équipe Fil-EAS ic traite en seconde intention les alertes quotidiennes.

Lors de cette consultation de clôture, il peut être décidé de poursuivre les IDE déjà en place ou de les majorer. La prescription est réalisée pour 1 ou 2 mois, laissant au MG la décision de la conduite à tenir pour la suite.

## D. Chiffres actuels

Depuis la mise en place de la filière en juin 2018 au 31 décembre 2020, 310 patients ont été pris en charge en HAD avec un âge moyen de 81 ans pour 55% d'hommes. Le NT pro BNP moyen à l'admission était de 8378 pg/mL et la FEVG à 44% avec 60% de FEVG à 40% ou plus.

On observe une diminution du coût et du taux d'occupation des lits hospitaliers par baisse de la durée moyenne de séjour (DMS) hospitalière à 3,5 jours au lieu de 8 à 9 habituellement et donc une augmentation proportionnelle du nombre d'hospitalisations dans l'hôpital.

Les facteurs limitants au transfert en HAD sont :

- L'absence d'évaluation par l'équipe Fil-EAS ic (25%) par manque de moyen humain.
- Le diagnostic d'ICA non retenu ou n'étant pas la cause principale de l'hospitalisation (20%).
- La sévérité médicale du patient ou la sécurisation non acquise.
- Les limitations gériatriques ou sociales.
- Le refus de l'HAD par le patient, le MG ou l'entourage (<2%).

La totalité des patients est revu en consultation pour la clôture de l'HAD. Elle se fait en majorité en présentiel même si l'on note une augmentation du taux de téléconsultation depuis la pandémie Covid-19. Environ 1 patient sur 2 est revu en consultation lors d'une hospitalisation de jour, principalement pour supplémentation ferrique mais aussi pour consultations pluridisciplinaires (gériatrique, néphrologique, pneumologique, diététique). Le retour en hospitalisation complète reste exceptionnel.

L'activité de télésurveillance n'a débuté qu'à partir du dernier trimestre de 2019, avec au 31 décembre 2020, 145 patients suivi par télésurveillance dont 117 patients en file active, à la même date.

Elle est rémunérée pour les 6 mois de suivi dans le cadre du programme d'expérimentation de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé (ETAPES) (37).

La télésurveillance « AirLiquide » (balance et tablette connectée) est utilisée en majorité (81%) comparativement à la télésurveillance « Satelia » (application mobile à télécharger) pouvant s'expliquer du fait que la population cible est âgée et peu mobile avec souvent la présence d'aidants familiaux et/ou professionnels permettant de s'affranchir des difficultés en lien avec la manipulation du matériel.

## E. Projet et ambition

Deux axes de développement sont actuellement en construction dans le but d'une meilleure homogénéisation des pratiques, un développement des compétences locales, le respect des filières naturelles de recrutement en lien avec la géographie du territoire de santé.

- Proposition d'une prise en charge en HAD permettant une sortie rapide, aux hôpitaux ayant déjà une activité cardiologique sur place avec proposition d'évaluation clinique de sortie par le cardiologue référent ainsi que la programmation du parcours de soins (examens invasifs, consultations spécialisées). L'équipe Fil-EAS ic effectue le suivi lors de l'HAD et la consultation de clôture en présentiel ou en téléconsultation selon le cas, en proposant une solution de télésurveillance adaptée. L'objectif pour l'hôpital utilisant ce service serait de baisser sa DMS, tout en gardant des actes importants en termes de facturation.
- Proposition d'une prise en charge en HAD aux hôpitaux n'ayant pas d'activités cardiologiques sur place. Ce projet nécessiterait la mise en place d'une équipe comprenant un médecin référent non-cardiologue, une infirmière de pratique avancée et une infirmière de coopération en lien avec le centre de référence Fil-EAS ic. L'équipe Fil-EAS ic assurerait le suivi en HAD, la lecture des examens transmis, la consultation de clôture avec le concours de l'équipe

locale. Les examens invasifs et les thérapeutiques spécialisés seraient effectués dans le centre de référence tout en gardant une logique territoriale.

La création de filières selon le même principe que Fil-EAS ic est envisageable pour d'autres pathologies chroniques comme les pathologies pulmonaires, néphrologiques, diabétiques, avec ou sans utilisation de l'HAD.

Une étude prospective randomisée testant la filière Fil-EAS ic et financée par le Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC), a débuté au premier quadrimestre 2021. Elle compare la prise en charge de patients en hospitalisation conventionnelle pour insuffisance cardiaque aiguë avec la prise en charge de patients en HAD dans le protocole Fil-EAS ic. L'objectif primaire est de montrer une équivalence entre les 2 filières en terme de morbi-mortalité (réhospitalisation non programmée pour IC ou décès). L'un des objectifs secondaires est de démontrer la supériorité de Fil-EAS ic sur ce même critère.

#### F. Implication actuelle du médecin généraliste dans Fil-EAS ic

Pour chaque admission en HAD, le médecin coordonnateur contacte le médecin traitant pour l'informer de cette inclusion. Il reçoit rapidement un formulaire d'accord de prise en charge en HAD (Annexe 10) et le projet personnalisé de soins (Annexe 11) qu'il doit retourner signé.

Les patients pris en charge par le protocole Fil-EAS ic retournent à domicile avec une fiche d'information générale (Annexe 12) comportant des indications sur l'organisation du suivi, des conseils sur la prise en charge et les interactions médicamenteuses, les coordonnées des médecins référents. Dans ce document, il est rappelé au MG son rôle de suivi au domicile du patient en tant que pivot de la prise en charge en HAD, en coopération avec le médecin coordonnateur de l'HAD et le cardiologue hospitalier. Il peut participer activement à l'optimisation du traitement tout en réduisant les risques iatrogènes, et par la suite à la sensibilisation du patient à l'importance de l'observance de son traitement et à son auto-surveillance.

Le MG trouve également au domicile du patient une fiche d'évaluation médicale (Annexe 13) l'interrogeant notamment sur les œdèmes, l'état respiratoire, la situation vaccinale, le risque d'automédication, le suivi diététique, l'état cognitif, la perte d'autonomie, l'observance médicamenteuse, le risque de polymédication du patient. Elle a pour but d'affiner les objectifs et les points de vigilance pour la suite de la prise en charge et l'éducation du patient. Cette fiche d'évaluation est à remettre à l'IDE de l'HAD.

Avant le transfert en HAD, le MG reçoit le compte-rendu de fin d'hospitalisation du CHITS. A la fin de l'HAD, il reçoit le compte-rendu de clôture par les cardiologues du CHITS et le compte rendu de clôture par les médecins coordonnateurs de l'HAD. Si le patient a été hospitalisé en HDJ, un compte-rendu est transmis au médecin traitant. Sur ces comptes rendus figurent des recommandations et des objectifs thérapeutiques, diététiques et biologiques.

Cependant, au cours de cette prise en charge par le protocole Fil-EAS ic, il est à souligner que tous les MG n'ont pu être contactés au début de la prise en charge et que les fiches d'évaluation médicales ont très rarement été retournées. Le médecin généraliste semble être peu impliqué dans les décisions prises autour du patient, notamment en ce qui concerne les décisions thérapeutiques selon l'évolution clinique et paraclinique, la mise en place d'une télésurveillance, d'une hospitalisation de jour ou de la mise en place d'IDE à la sortie. Le protocole d'adaptation des diurétiques n'est mis à disposition que du patient et son IDE.



# Matériels et méthodes

---

## I. Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, transversale où nous avons analysé les critères d'adhésion des médecins généralistes (MG) au protocole Fil-EAS ic.

## II. Population étudiée

La population d'étude correspond à l'ensemble des MG dont au moins un de leurs patients a été inclus et pris en charge par le protocole Fil-EAS ic du Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon – La-Seyne-sur-mer. Les données analysées ont été recueillies via un questionnaire remis aux MG concernés (Annexe 14).

### A. Critères d'inclusion

- Ensemble des MG dont au moins un de leurs patients a été inclus et pris en charge par le protocole Fil-EAS ic.

### B. Critères de non-inclusion

- Refus de participer à l'étude (non-remplissage du questionnaire).

### C. Critères d'exclusion

- Réponse incomplète au questionnaire.

## D. Faisabilité et modalités de recrutement

Les MG ont été sélectionnés par l'intermédiaire du logiciel dématérialisé de prise en charge en HAD intitulé « AtHome », dossier patient informatisé permettant la transmission des informations à l'hôpital par l'HAD.

Chaque patient, à son inclusion dans le protocole Fil-EAS ic, indique le nom de son médecin traitant afin qu'il soit contacté pour donner son accord pour la suite de la prise en charge en HAD. Tous les médecins respectant les critères d'inclusion ont automatiquement été sélectionnés et invités à participer à l'étude.

Un questionnaire proposé à chacun d'entre eux, portant sur leurs critères d'adhésion au protocole Fil-EAS ic, leur a été remis (Annexe 14).

Il est organisé en 6 parties :

- a. Présentation du médecin généraliste,
- b. Connaissance de l'insuffisance cardiaque,
- c. Connaissance du protocole Fil-EAS ic,
- d. Implication lors de la prise en charge à domicile via l'HAD,
- e. Implication lors de la clôture de la prise en charge à domicile via HAD,
- f. Conclusion.

Afin de parvenir à obtenir le plus de réponse possible aux questionnaires, plusieurs méthodes de recueil ont été utilisées : un questionnaire en ligne diffusé par email ou sms, un questionnaire imprimé diffusé par fax ou courrier. Les médecins ont ensuite été relancés tous les 15 jours par différents modes de communication selon les données administratives répertoriées et accessibles.

### III. Critères d'évaluation

#### A. Critère d'évaluation principal

Le critère d'évaluation principal s'attache à préciser l'adhésion des médecins généralistes au protocole Fil-EAS ic, présenté en fréquences et en pourcentages. Ce critère a été évalué avant, pendant et après la prise en charge en HAD.

#### B. Critères d'évaluations secondaires

- Estimation des médecins généralistes de leur connaissance de l'insuffisance cardiaque.
- Estimation des médecins généralistes de leur connaissance du protocole Fil-EAS ic.

Dans cette étude, les résultats seront présentés dans la suite logique du questionnaire et non par présentation du critère principal puis des critères secondaires.

### IV. Déroulement de la recherche

#### A. Calendrier de recherche

- L'ensemble des MG interrogés ont été recensés à la suite de la prise en charge de leur(s) patient(s) dans le protocole Fil-EAS ic entre le 11 juin 2018 (date de la création du protocole) et le 27 janvier 2021.
- Durée du recueil des données par les réponses au questionnaire des MG : 2 mois.

Les MG ont été interrogés et leurs données recueillies du 18 mars 2021 au 18 mai 2021.

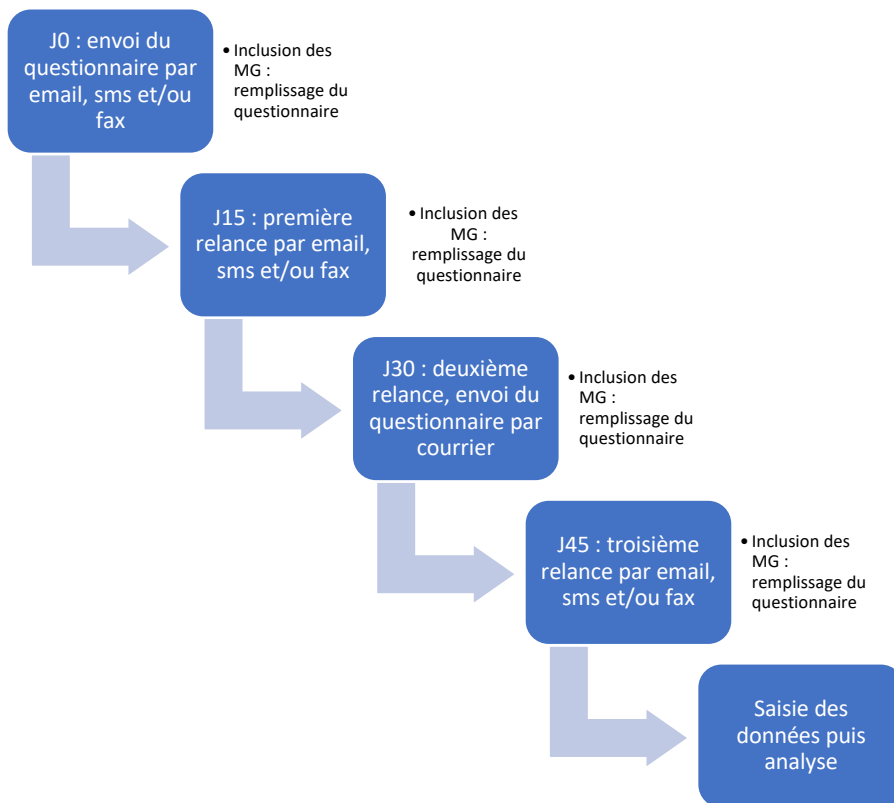


Figure 1 : Calendrier de l'étude du 18 mars 2021 au 18 mai 2021 (suivi par participant)

## B. Tableau récapitulatif du suivi participant

Tous les paramètres sont issus de deux sources pour chaque participant à l'étude : les données recueillies via le questionnaire destiné aux MG ainsi que celles issues du logiciel « AtHome » répertoriant l'ensemble des données des patients pris en charge par le protocole Fil-EAS ic.

Concernant les données du questionnaire : elles ont été recueillies par version informatisée (dans le logiciel Google Forms) ou manuscrite retranscrites de façon informatisée (Annexe 14).

Concernant les données du logiciel « AtHome », elles se séparent en deux parties : les données générales du patient et les données générales de son médecin généraliste correspondant.

- Données du patient (issues du logiciel « AtHome »)
  - Numéro de séjour
  - Numéro de dossier
  - Nom et prénom
  - Date de naissance
  - Trimestre correspondant de l'année
  - Date de début d'hospitalisation
  - Date de demande en HAD
  - Date d'entrée en HAD
  - Date de sortie de l'HAD
  - Service d'hospitalisation
  
- Données du MG (issues du logiciel « AtHome »). Si des données étaient manquantes pour un MG, elles ont été complétées après appel de son secrétariat lorsque cela a été possible.
  - Nom et prénom
  - Adresse
  - Téléphone fixe
  - Téléphone portable
  - Email
  - Fax

### C. Information des sujets de l'étude et consentements

Les MG ont été informés des objectifs de l'étude et de l'utilisation de leurs données par une note d'information dans le questionnaire reçu (Annexe 14).

Il y était précisé notamment les droits d'accès, d'opposition et de rectification des données, dans le cadre de l'enquête. Le consentement à la collecte des données pouvait être retiré à tout moment.

Au début du questionnaire, le MG s'authentifie par un numéro personnel unique attribué afin de conserver leur anonymat.

## V. Gestion des données

Concernant les données recueillies, elles ne traitent pas des patients, mais les attentes des MG ayant eu au moins un patient inclus dans le protocole Fil-EAS ic. Elles sont donc issues des questionnaires ainsi que du logiciel « AtHome ». Chaque donnée a été saisie dans le logiciel Microsoft Excel.

## VI. Aspects statistiques

Le logiciel SAS 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) a été utilisé pour le traitement statistique.

Une analyse descriptive de la population a été réalisée. Les moyennes ont été calculées pour les variables quantitatives, et des pourcentages pour les variables qualitatives.

La variable continue « âge du médecin » a été divisée en 4 catégories (< 40 ans, 40-49 ans, 50-59ans et > 60 ans) pour l'analyse puis regroupée en 2 catégories (< 60 ans ou ≥60 ans).

La variable continue « temps d'exercice » a été divisée en 4 catégories (< 10 ans, 10-20 ans, 21-30 ans, > 30 ans) puis regroupée en 2 catégories (< 30 ans ou ≥ 30 ans).

La variable continue « lieu d'exercice » a été divisée en 3 catégories (rural, semi-rural, urbain) puis regroupée en 2 catégories (rural + semi-rural ou urbain).

La variable continue « nombre de patients réellement suivis par les médecins généralistes et inclus dans Fil-EAS ic » a été divisée en 5 catégories (allant de 1 patient à 5 patients) puis regroupée en 2 catégories (1 patient ou ≥ 2 patients)

Les variables continues « formation initiale » « formation continue » ont été croisées en fonction de la variable continue « connaissance de l'IC » et ainsi regroupées en une seule variable : « moyenne des connaissances de l'IC » initialement divisée en 2 catégories (≤3 pour « plutôt mauvaises connaissances » et >3 « plutôt bonnes connaissances »)

La variable continue « connaissance du protocole Fil-EAS ic » a été divisée en 5 catégories (allant de 1 pour « pas du tout connu » jusque 5 « parfaitement connu ») puis regroupé en 2 catégories (< 3 « plutôt mal connu » ou ≥ 3 « plutôt bien connu »).

Une analyse en sous-groupes a ensuite été réalisée et des tests du Khi-2 et Wilcoxon-Mann-Whitney ont été faits pour comparer les sous-groupes.

Pour toutes les analyses statistiques, le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

# Résultats

---

## I. Diagramme de flux

Du 11/06/2018 (date de la création du protocole Fil-EAS ic) au 27/01/2021, 312 patients ont été répertoriés sur le logiciel « AtHome ». A chacune de ses hospitalisations, le patient devait mentionner le nom de son médecin généraliste. 203 MG ont ainsi été répertoriés, un MG pouvant avoir plusieurs patients pris en charge par le protocole Fil-EAS ic.

Ci-dessous est présenté le diagramme de flux correspondant à l'inclusion des médecins généralistes :

- 203 questionnaires ont été distribués
- 72 questionnaires ont été rendus

16 MG n'ont pas été inclus avec explication à leur non-réponse au questionnaire : 8 ont indiqués être retraités, 4 ont exprimé un refus par manque de temps, 3 ont été présentés comme décédés par l'entourage, 1 seul exprime ne pas avoir de patients anciennement inclus dans la filière Fil-EAS ic.

Les 115 autres sont restés sans réponse après plusieurs relances.

1 MG a été exclu de l'étude, n'ayant pas complété son numéro unique attribué.

En conclusion, 71 MG ont été inclus dans l'étude : le taux d'inclusion est de 35 %.



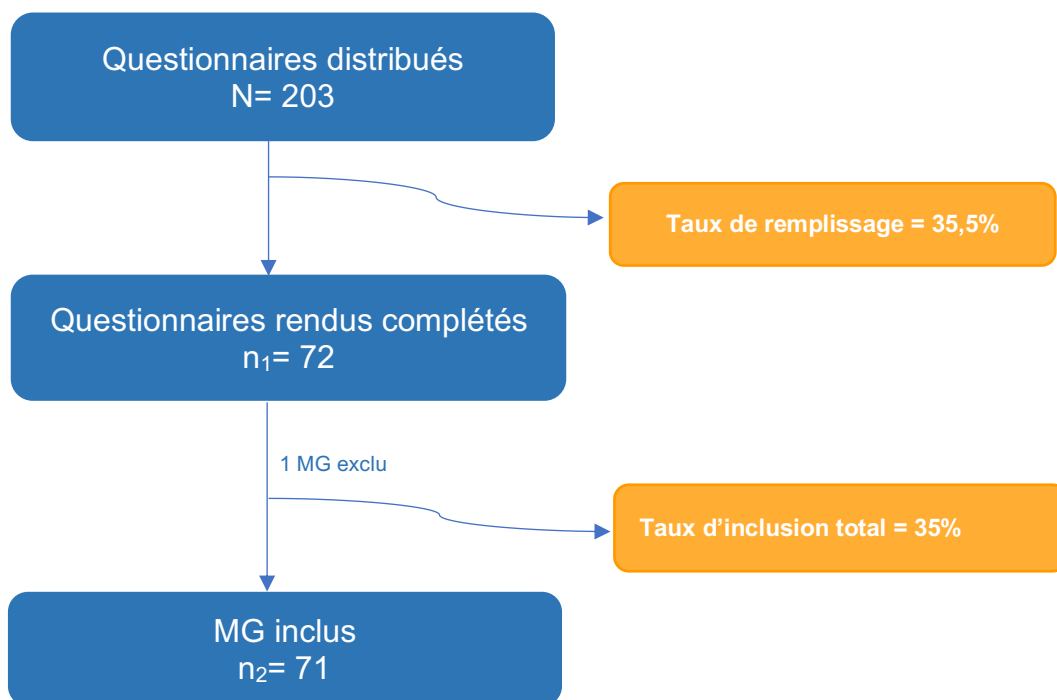


Figure 2 : Diagramme de flux de notre étude.

## II. Analyses descriptives

### A. Caractéristiques des médecins généralistes

#### 1. Présentation

Le nombre de MG inclus était de 71 comprenant une majorité d'hommes à 67,61%. Dans notre population, 34 MG (47,89%) avaient plus de 60 ans et 33 MG (46,48%) exerçaient depuis plus de 30 ans. 40 MG (56,34%) exerçaient dans un cabinet de groupe contre 31 (43,66%) seuls. La plupart exerçaient en zone urbaine (70,42%).

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes interrogés (n=71).

Question	Réponses	Population n(%) (N=71)
Sexe	Homme	48 (67.61)
	Femme	23 (32.39)
Age	<40	14 (19.72)
	[40-50]	9 (12.68)
	[51-60]	14 (19.72)
	>60	34 (47.89)
Depuis combien de temps exercez-vous ?	<10	11 (15.49)
	[10-20]	12 (16.90)
	[21-30]	15 (21.13)
	>30	33 (46.48)
Quel est votre mode d'exercice ?	Seul	31 (43.66)
	En groupe	40 (56.34)
Où exercez-vous ?	Urbain	50 (70.42)
	Rural	4 (5.63)
	Semi-rural	17 (23.94)

## 2. Nombre de patients par médecin inclus dans Fil-EAS ic

Parmi les 71 MG interrogés, il a été trouvé une moyenne de 1,72 patients par médecin, inclus dans la filière Fil-EAS ic, selon les données du logiciel « AtHome ».

Pour 29,58% des MG, leur dernier patient inclus dans la filière Fil-EAS ic datait des 6 derniers mois de notre étude (qui a débutée le 27/01/21).

Pour 33,80% des MG, leur dernier patient inclus datait entre 6 mois à 1 an.

Pour 36,63% des MG, leur dernier patient datait d'il y a plus d'un an.

Tableau 3 : Nombre de patients réellement suivis par médecin généraliste et inclus dans Fil-EAS ic, d'après les données du logiciel « AtHome », en fonction de la date de prise en charge du dernier patient inclus dans Fil-EAS ic.

Question	Réponses	Population (n(%) N=71)
Nb patients dans Fil-EAS ic	Moyenne ( $\sigma$ )	1.72 (1.04)
	Médiane [Min – Max]	1.00 [1.00-5.00]
	1	41 (57.75)
	2	17 (23.94)
	3	7 (9.86)
	4	4 (5.63)
	5	2 (2.82)
Dernier patient pris en charge dans Fil-EAS ic (mois)	Moyenne ( $\sigma$ )	10.07 (7.17)
	Médiane [Min – Max]	6.92 [0.89-30.89]
	Dans les 6 derniers mois	21 (29.58)
	Il y a plus de 6 mois et moins d'1 an	24 (33.80)
	Il y a plus d'1 an	26 (36.62)

## B. Connaissance de l'insuffisance cardiaque

- Réponses données

Les MG ont estimé leur connaissance de l'insuffisance cardiaque à 3,56/5 en moyenne sur une échelle allant de 1 « très mauvaises connaissances » à 5 « très bonnes connaissances ».

Concernant l'estimation de leur formation initiale (externat / internat) sur la prise en charge d'une décompensation cardiaque, les MG interrogés ont répondu 3,41/5 en moyenne, sur une échelle allant de 1 « très mauvaise formation » à 5 « très bonne formation ».

Concernant l'estimation de leur formation continue (formations externes, congrès, recherches personnelles) sur la prise en charge d'une décompensation cardiaque, les MG interrogés ont répondu 3,21/5 en moyenne sur une échelle allant de 1 « très mauvaise formation » à 5 « très bonne formation ».

*Tableau 4 : Estimation des médecins généralistes de leur connaissance et formation initiale et continue en insuffisance cardiaque.*

<i>Question</i>	<i>Réponses</i>	<i>Population n(%) (N=71)</i>
B.1. Comment évaluez-vous vos connaissances sur l'insuffisance cardiaque ?	<i>Moyenne (<math>\sigma</math>)</i>	3.56 (0.69)
	<i>Médiane [Min – Max]</i>	4.00 [2.00-5.00]
	2	3 (4.23)
	3	30 (42.25)
	4	33 (46.48)
	5	5 (7.04)
B.2. Comment évaluez-vous votre formation initiale sur la prise en charge d'une décompensation cardiaque (externat/internat) ?	<i>Moyenne (<math>\sigma</math>)</i>	3.41 (0.75)
	<i>Médiane [Min – Max]</i>	3.00 [2.00-5.00]
	2	8 (11.27)
	3	29 (40.85)
	4	31 (43.66)
	5	3 (4.23)
B.3. Comment évaluez-vous votre formation continue sur la prise en charge d'une décompensation cardiaque (formations externes/congrès/recherches personnelles) ?	<i>Moyenne (<math>\sigma</math>)</i>	3.21 (0.91)
	<i>Médiane [Min – Max]</i>	3.00 [1.00-5.00]
	1	3 (4.23)
	2	10 (14.08)
	3	31 (43.66)
	4	23 (32.39)
Moyenne des connaissances de l'insuffisance cardiaque (3 items précédents)	<i>Moyenne (<math>\sigma</math>)</i>	3.39 (0.60)
	<i>Médiane [Min – Max]</i>	3.67 [2.00-4.33]
	<=3	26 (36.62)
	>3	45 (63.38)

Lors de l'analyse croisant les réponses des MG aux questions B2 (formation initiale) et B3 (formation continue) en fonction de la question B1 (connaissance sur l'IC), la majorité des MG s'autoévaluant comme ayant de bonnes connaissances de l'IC, s'est autoévalué ayant une bonne formation, et inversement.

Tableau 5 : Analyse croisée de l'estimation par les médecins généralistes de leur connaissance de l'insuffisance cardiaque, en fonction de leur estimation de leur formation initiale et continue en insuffisance cardiaque.

Question	Réponses	B.1. Comment évaluez-vous vos connaissances sur l'insuffisance cardiaque ?	
		[1-3] n(%) (N=33)	[4-5] n(%) (N=38)
B.2. Comment évaluez-vous votre formation initiale sur la prise en charge d'une décompensation cardiaque (externat/internat) ?	Moyenne ( $\sigma$ )	3.15 (0.67)	3.63 (0.75)
	Médiane [Min – Max]	3.00 [2.00-5.00]	4.00 [2.00-5.00]
	[1-3]	25 (75.76)	12 (31.58)
	[4-5]	8 (24.24)	26 (68.42)
B.3. Comment évaluez-vous votre formation continue sur la prise en charge d'une décompensation cardiaque (formations externes/congrès/recherches personnelles) ?	Moyenne ( $\sigma$ )	2.76 (0.87)	3.61 (0.75)
	Médiane [Min – Max]	3.00 [1.00-4.00]	4.00 [2.00-5.00]
	[1-3]	27 (81.82)	17 (44.74)
	[4-5]	6 (18.18)	21 (55.26)

- En fonction de l'âge

Dans l'analyse du taux de connaissance de l'IC des MG selon leur âge, on remarque que les médecins âgés de plus de 60 ans ont tendance à estimer avoir de meilleures connaissances sur l'IC ( $p=0,44$ ), une meilleure formation continue ( $p<0,05$ ) que leurs confrères plus jeunes. A l'inverse, leur formation initiale est décrite comme moins bonne ( $p=0,6$ ).

Tableau 6 : Estimation par les médecins généralistes de leur connaissance et leur formation initiale et continue en insuffisance cardiaque, en fonction de leur âge.

Question	Réponses	Age des MG		p-valeur
		≤ 60 ans n(%) (N=37)	> 60 ans n(%) (N=34)	
B.1. Comment évaluez-vous vos connaissances sur l'insuffisance cardiaque ?	Moyenne ( $\sigma$ )	3.49 (0.73)	3.65 (0.65)	0.443
	Médiane [Min – Max]	4.00 [2.00-5.00]	4.00 [3.00-5.00]	
	2	3 (8.11)		0.3751
	3	15 (40.54)	15 (44.12)	
	4	17 (45.95)	16 (47.06)	
	5	2 (5.41)	3 (8.82)	
B.2. Comment évaluez-vous votre formation initiale sur la prise en charge d'une décompensation cardiaque (externat/internat) ?	Moyenne ( $\sigma$ )	3.43 (0.83)	3.38 (0.65)	0.599
	Médiane [Min – Max]	4.00 [2.00-5.00]	3.00 [2.00-5.00]	
	2	6 (16.22)	2 (5.88)	0.1942
	3	11 (29.73)	18 (52.94)	
	4	18 (48.65)	13 (38.24)	
	5	2 (5.41)	1 (2.94)	
B.3. Comment évaluez-vous votre formation continue sur la prise en charge d'une décompensation cardiaque (formations externes/congrès/recherches personnelles) ?	Moyenne ( $\sigma$ )	2.89 (0.84)	3.56 (0.86)	0.002
	Médiane [Min – Max]	3.00 [1.00-4.00]	4.00 [2.00-5.00]	
	1	3 (8.11)		0.0171
	2	6 (16.22)	4 (11.76)	
	3	20 (54.05)	11 (32.35)	
	4	8 (21.62)	15 (44.12)	
	5		4 (11.76)	
Moyenne des connaissances de l'insuffisance cardiaque (3 items précédents)	Moyenne ( $\sigma$ )	3.27 (0.66)	3.53 (0.51)	0.101
	Médiane [Min – Max]	3.33 [2.00-4.33]	3.67 [2.67-4.33]	
	<=3	16 (43.24)	10 (29.41)	0.2269
	>3	21 (56.76)	24 (70.59)	

## C. Connaissance du protocole Fil-EAS ic

- Réponses données

Les MG ont estimé connaître le protocole Fil-EAS ic à 2,38/5 en moyenne sur une échelle de 1 à 5 allant de 1 signifiant « Pas du tout » à 5 « Parfaitement ».

69,01% des MG interrogés ont dit avoir eu entre 1 à 5 patients inclus dans le protocole Fil-EAS ic. 16,90% ont exprimé ne plus savoir, 7,04% ont dit en avoir eu plus de 6, 7,04% ont jugé n'en avoir jamais eu.

*Tableau 7 : Estimation par les médecins généralistes de leur connaissance du protocole Fil-EAS ic et du nombre de patients pris en charge par le protocole.*

Question	Réponses	Population n(%) (N=71)
Connaissez-vous le protocole Fil-EAS ic ?	Moyenne ( $\sigma$ )	2.38 (1.25)
	Médiane [Min – Max]	2.00 [1.00-5.00]
	1	26 (36.62)
	2	10 (14.08)
	3	19 (26.76)
	4	14 (19.72)
Approximativement, combien de vos patients ont été pris en charge par le protocole Fil-EAS ic depuis sa création en juin 2018 ?	5	2 (2.82)
	0	5 (7.04)
	[1-5]	49 (69.01)
	>6	5 (7.04)
	Je ne sais pas	12 (16.90)

- En fonction du nombre réel de patients Fil-EAS ic suivis

Les MG ayant eu réellement au moins 2 patients pris en charge par le protocole, ont estimé mieux connaître le protocole à 2,83/5 en moyenne contre 2,05/5 chez ceux n'ayant eu qu'un seul patient (p=0,01).

On retrouvait un maximum de 5 patients réellement pris en charge par le protocole pour un MG. 5 MG ont donc surestimé leur nombre de patients pris en charge en répondant avoir plus de 6 patients inclus dans le protocole.

Tous les MG interrogés avaient au minimum 1 patient pris en charge dans le protocole, 5 MG ont donc sous-estimé leur nombre de patients pris en charge en répondant qu'ils n'en avaient eu aucun.

Au final, 49 MG sur 71 ont bien répondu qu'ils avaient approximativement 1 à 5 patients pris en charge par le protocole.

*Tableau 8 : Estimation des médecins généralistes de leur connaissance du protocole Fil-EAS ic et du nombre de patients pris en charge par le protocole, en fonction du nombre de patients réellement suivis par médecins généralistes et inclus dans Fil-EAS ic, d'après les données du logiciel « At Home ».*

Question	Réponses	Nb de patients inclus dans Fil-EAS ic		p-valeur
		1 n(%) (N=41)	≥ 2 n(%) (N=30)	
Connaissez-vous le protocole Fil-EAS ic ?	Moyenne ( $\sigma$ )	2.05 (1.05)	2.83 (1.37)	0.010
	Médiane [Min – Max]	2.00 [1.00-4.00]	3.00 [1.00-5.00]	
	1	18 (43.90)	8 (26.67)	0.0083
	2	6 (14.63)	4 (13.33)	
	3	14 (34.15)	5 (16.67)	
	4	3 (7.32)	11 (36.67)	
Approximativement, combien de vos patients ont été pris en charge par le protocole Fil-EAS ic depuis sa création en juin 2018 ?	0	5 (12.20)		0.0830
	[1-5]	25 (60.98)	24 (80.00)	
	>6	2 (4.88)	3 (10.00)	
	Je ne sais pas	9 (21.95)	3 (10.00)	

- En fonction de la date du dernier patient pris en charge

Les MG, pour lesquels leur dernier patient pris en charge par le protocole datait des 6 derniers mois, ont exprimé mieux connaître le protocole à 2,90/5 en moyenne, contrairement à ceux dont le dernier patient remontait à plus d'un an, ayant estimés connaître le protocole à 2,00/5 en moyenne (p=0,06).



80,95% des MG ayant eu un patient pris en charge dans les 6 derniers mois par le protocole, ont correctement estimé leur nombre de patients pris en charge, contre 61,54% des MG ayant eu leur dernier patient pris en charge par le protocole il y a plus d'un an (p=0,14).

*Tableau 9 : Estimation des médecins généralistes de leur connaissance du protocole Fil-EAS ic et du nombre de patients pris en charge par le protocole, en fonction de la date de prise en charge du dernier patient inclus dedans.*

Question	Réponses	Dernier patient pris en charge dans Fil-EAS ic (mois)			p-valeur
		Dans les 6 derniers mois (N=21)	Il y a plus de 6 mois et moins de 1 an (N=24)	Il y a plus d'un an (N=26)	
Connaissez-vous le protocole Fil-EAS ic ?	Moyenne ( $\sigma$ )	2.90 (1.34)	2.33 (1.17)	2.00 (1.13)	0.056
	Médiane [Min – Max]	3.00 [1.00-5.00]	2.00 [1.00-4.00]	1.50 [1.00-4.00]	
	1	5 (23.81)	8 (33.33)	13 (50.00)	0.2625
	2	2 (9.52)	5 (20.83)	3 (11.54)	
	3	6 (28.57)	6 (25.00)	7 (26.92)	
	4	6 (28.57)	5 (20.83)	3 (11.54)	
Approximativement, combien de vos patients ont été pris en charge par le protocole Fil-EAS ic depuis sa création en juin 2018 ?	0		2 (8.33)	3 (11.54)	0.1404
	[1-5]	17 (80.95)	16 (66.67)	16 (61.54)	
	>6		4 (16.67)	1 (3.85)	
	Je ne sais pas	4 (19.05)	2 (8.33)	6 (23.08)	

- En fonction de l'âge

Les MG âgés de plus de 60 ans ont tendance à mieux connaître le protocole Fil-EAS ic qu'ils évaluent en moyenne à 2,53/5 contre 2,24/5 chez leurs confrères plus jeunes, sans aucune différence statistiquement significative.

On n'observe pas de différence sur l'âge des MG concernant l'estimation pour chaque MG du nombre de patients pris en charge par le protocole.

Tableau 10 : Estimation des médecins généralistes de leur connaissance du protocole Fil-EAS ic et du nombre de patients pris en charge par le protocole, en fonction de leur âge.

Question	Réponses	Age des MG		p-valeur
		≤ 60 ans n(%) (N=37)	> 60 ans n(%) (N=34)	
Connaissez-vous le protocole Fil-EAS ic ?	<i>Moyenne (σ)</i>	2.24 (1.16)	2.53 (1.33)	0.395
	<i>Médiane [Min – Max]</i>	2.00 [1.00-4.00]	3.00 [1.00-5.00]	
	1	14 (37.84)	12 (35.29)	0.4501
	2	7 (18.92)	3 (8.82)	
	3	9 (24.32)	10 (29.41)	
	4	7 (18.92)	7 (20.59)	
Approximativement, combien de vos patients ont été pris en charge par le protocole Fil-EAS ic depuis sa création en juin 2018 ?	0	2 (5.41)	3 (8.82)	0.5941
	[1-5]	25 (67.57)	24 (70.59)	
	>6	4 (10.81)	1 (2.94)	
	Je ne sais pas	6 (16.22)	6 (17.65)	

## D. Implication des médecins généralistes pendant l'HAD

### 1. Accord pour débiter la prise en charge

- Réponses données

Lors de la prise en charge au domicile via l'HAD, il est nécessaire d'avoir l'accord du médecin traitant. 34 MG (47,89%) ont répondu avoir été contactés, 28 MG (39,44%) ont répondu ne pas l'avoir été, 9 MG (12,68%) ne s'en souviennent plus.

*Tableau 11 : Contact des médecins généralistes, pour débuter la prise en charge en HAD.*

<i>Question</i>	<i>Réponses</i>	<i>Population n(%) (N=71)</i>
Pour que votre patient hospitalisé soit pris en charge en HAD par le protocole Fil-EAS ic, il est nécessaire d'avoir l'accord du médecin traitant. Avez-vous été contacté ?	Oui	34 (47.89)
	Non	28 (39.44)
	Je ne sais pas	9 (12.68)

- En fonction de l'âge

58,82% des MG de plus de 60 ans ont répondu avoir été contactés, contre 37,84% des MG de moins de 60 ans (p=0,19).

*Tableau 12 : Contact des médecins généralistes pour débuter la prise en charge en HAD, en fonction de leur âge.*

<i>Question</i>	<i>Réponses</i>	<i>Age des MG</i>		<i>p-valeur</i>
		<i>≤ 60 ans n(%) (N=37)</i>	<i>&gt; 60 ans n(%) (N=34)</i>	
Pour que votre patient hospitalisé soit pris en charge en HAD par le protocole Fil-EAS ic, il est nécessaire d'avoir l'accord du médecin traitant. Avez-vous été contacté ?	Oui	14 (37.84)	20 (58.82)	0.1887
	Non	18 (48.65)	10 (29.41)	
	Je ne sais pas	5 (13.51)	4 (11.76)	

- En fonction du nombre de patients Fil-EAS ic suivis

Les MG ayant eu 1 seul patient inclus dans la filière Fil-EAS ic, disent avoir été contactés dans 31,71% des cas, contre 70,00% des MG ayant eu 2 ou plusieurs patients inclus dans la filière Fil-EAS ic (p=0,01).

Tableau 13 : Contact des médecins généralistes pour débiter la prise en charge en HAD, en fonction du nombre de patients réellement suivis par médecin généraliste et inclus dans Fil-EAS ic, d'après les données du logiciel « At Home ».

Question	Réponses	Nb de patients inclus dans Fil-EAS ic		p-valeur
		1 n(%) (N=41)	≥ 2 n(%) (N=30)	
Pour que votre patient hospitalisé soit pris en charge en HAD par le protocole Fil-EAS ic, il est nécessaire d'avoir l'accord du médecin traitant. Avez-vous été contacté ?	Oui	13 (31.71)	21 (70.00)	0.0061
	Non	21 (51.22)	7 (23.33)	
	Je ne sais pas	7 (17.07)	2 (6.67)	

- En fonction de la date du dernier patient pris en charge

Les MG ayant eu leur dernier patient inclus dans la filière dans les 6 derniers mois, disent avoir été contactés dans 61,90% des cas, contre 34,62% des MG ayant eu leur dernier patient inclus dans la filière il y a plus d'un an (p=0,47).

Tableau 14 : Contact des médecins généralistes pour débiter la prise en charge en HAD, en fonction de la date de prise en charge du dernier patient inclus dans Fil-EAS ic.

Question	Réponses	Dernier patient pris en charge dans Fil-EAS ic (mois)			p-valeur
		Dans les 6 derniers mois n(%) (N=21)	Il y a plus de 6 mois et moins d'un an n(%) (N=24)	Il y a plus d'un an n(%) (N=26)	
Pour que votre patient hospitalisé soit pris en charge en HAD par le protocole Fil-EAS ic, il est nécessaire d'avoir l'accord du médecin traitant. Avez-vous été contacté ?	Oui	13 (61.90)	12 (50.00)	9 (34.62)	0.4713
	Non	6 (28.57)	9 (37.50)	13 (50.00)	
	Je ne sais pas	2 (9.52)	3 (12.50)	4 (15.38)	

- En fonction de la connaissance du protocole Fil-EAS ic

Les MG ayant été contactés pour donner leur accord pour la mise en place de l'HAD ont jugé avoir une meilleure connaissance du protocole que les autres en l'évaluant à 3,06/5 contre 1,64/5.

Parmi les 34 contactés, 1 seul MG a évalué le protocole comme « parfaitement connu » et 3 l'ont jugé comme « pas du tout connu ».

*Tableau 15 : Contact des médecins généralistes pour débiter la prise en charge en HAD, en fonction de leur connaissance du protocole Fil-EAS ic.*

Pour que votre patient hospitalisé soit pris en charge en HAD par le protocole Fil-EAS ic, il est nécessaire d'avoir l'accord du médecin traitant. Avez-vous été contacté ?				
Question	Réponses	Oui n(%) (N=34)	Non n(%) (N=28)	Je ne sais pas n(%) (N=9)
Connaissez-vous le protocole Fil-EAS ic ?	<i>Moyenne (σ)</i>	3.06 (1.01)	1.64 (1.13)	2.11 (1.05)
	<i>Médiane [Min – Max]</i>	3.00 [1.00-5.00]	1.00 [1.00-5.00]	2.00 [1.00-4.00]
	1	3 (8.82)	20 (71.43)	3 (33.33)
	2	6 (17.65)	1 (3.57)	3 (33.33)
	3	12 (35.29)	5 (17.86)	2 (22.22)
	4	12 (35.29)	1 (3.57)	1 (11.11)
	5	1 (2.94)	1 (3.57)	

## 2. Modes de prises en charge

- Réponses données

Au cours de la prise en charge en HAD, 42,25% des MG ont exprimé effectuer plusieurs visites à domicile, 26,76% ont exprimé n'en effectuer qu'une seule, et 25,35% aucune, leur patient étant déjà pris en charge par les médecins de l'HAD et par le service de cardiologie du CHITS.

2 MG ont répondu une réponse libre : pour l'un, il dit évaluer son patient directement au cabinet, pour l'autre, en téléconsultation.

*Tableau 16 : Prises en charge effectuées par les médecins généralistes au cours de l'HAD.*

<i>Question</i>	<i>Réponses</i>	<i>Population n(%) (N=71)</i>
Au cours de cette prise en charge en HAD, j'effectue en moyenne :	Une visite à domicile pour évaluer mon patient.	19 (26.76)
	Plusieurs visites à domicile pour suivre l'évolution de mon patient.	30 (42.25)
	Je n'effectue pas de visites à domicile, mon patient étant déjà pris en charge par les médecins de l'HAD et le service de cardiologie du CHITS.	18 (25.35)
	Prise en charge téléconsultation.	1 (1.41)
	Prise en charge au cabinet.	1 (1.41)
	Je ne sais pas / Je ne sais plus.	2 (2.82)

- En fonction de l'âge

29,41% des MG âgés de plus de 60 ans n'effectuent pas de visites à domicile contre 21,62% chez les plus jeunes médecins (p=0,75).

*Tableau 17 : Prises en charge effectuées par les médecins généralistes au cours de l'HAD, en fonction de leur âge.*

<i>Question</i>	<i>Réponses</i>	<i>Age des MG</i>		<i>p-valeur</i>
		<i>≤ 60 ans n(%) (N=37)</i>	<i>&gt; 60 ans n(%) (N=34)</i>	
Au cours de cette prise en charge en HAD, j'effectue en moyenne :	Une visite à domicile pour évaluer mon patient.	10 (27.03)	9 (26.47)	0.7482
	Plusieurs visites à domicile pour suivre l'évolution de mon patient.	17 (45.95)	13 (38.24)	
	Je n'effectue pas de visites à domicile, mon patient étant déjà pris en charge par les médecins de l'HAD et le service de cardiologie du CHITS.	8 (21.62)	10 (29.41)	
	Prise en charge téléconsultation.		1 (2.94)	
	Prise en charge au cabinet.	1 (2.70)		
	Je ne sais pas / Je ne sais plus.	1 (2.70)	1 (2.94)	

- En fonction du lieu d'exercice

22% des MG exerçant en milieu urbain disent ne pas effectuer de visites à domicile, contre 33,33% chez les MG exerçant en milieu rural et semi-rural (p=0,43).

*Tableau 18 : Prises en charge effectuées par les médecins généralistes au cours de l'HAD, en fonction de leur lieu d'exercice.*

Question	Réponses	Lieu d'exercice		p-valeur
		Rural + Semi-rural n(%) (N=21)	Urbain n(%) (N=50)	
Au cours de cette prise en charge en HAD, j'effectue en moyenne :	Une visite à domicile pour évaluer mon patient.	3 (14.29)	16 (32.00)	0.4298
	Plusieurs visites à domicile pour suivre l'évolution de mon patient.	11 (52.38)	19 (38.00)	
	Je n'effectue pas de visites à domicile, mon patient étant déjà pris en charge par les médecins de l'HAD et le service de cardiologie du CHITS.	7 (33.33)	11 (22.00)	
	Prise en charge téléconsultation.		1 (2.00)	
	Prise en charge au cabinet.		1 (2.00)	
	Je ne sais pas / Je ne sais plus.		2 (4.00)	

- En fonction de la connaissance du protocole Fil-EAS ic

80% des MG exprimant bien connaître le protocole Fil-EAS ic (cotation  $\geq 3$  sur une échelle de 1 à 5), ont exprimé se rendre au domicile de leur patient (une ou plusieurs visites) à la différence de ceux exprimant mal le connaître (cotation  $< 3$  sur une échelle de 1 à 5) à raison de 58,33% (p=0,20).

Tableau 19 : Prises en charge effectuées par les médecins généralistes au cours de l'HAD, en fonction de leur connaissance du protocole Fil-EAS ic.

		Connaissez-vous le protocole Fil-EAS ic ?		
Question	Réponses	< 3 n(%) (N=36)	≥ 3 n(%) (N=35)	p-valeur
Au cours de cette prise en charge en HAD, j'effectue en moyenne :	Une visite à domicile pour évaluer mon patient.	9 (25.00)	10 (28.57)	0.2034
	Plusieurs visites à domicile pour suivre l'évolution de mon patient.	12 (33.33)	18 (51.43)	
	Je n'effectue pas de visites à domicile, mon patient étant déjà pris en charge par les médecins de l'HAD et le service de cardiologie du CHITS.	12 (33.33)	6 (17.14)	
	Prise en charge téléconsultation.		1 (2.86)	
	Prise en charge au cabinet.	1 (2.78)		
	Je ne sais pas / Je ne sais plus.	2 (5.56)		

- En fonction de leur connaissance de l'insuffisance cardiaque

73,07% des MG exprimant avoir de bonnes connaissances de l'insuffisance cardiaque (cotation  $\geq 3$  sur une échelle de 1 à 5), ont exprimé se rendre au domicile de leur patient (une ou plusieurs visites) à la différence de ceux exprimant avoir de moins bonnes connaissances (cotation  $< 3$  sur une échelle de 1 à 5) à raison de 66,67% ( $p=0,91$ ).

Tableau 20 : Prises en charge effectuées par les médecins généralistes au cours de l'HAD, en fonction de leurs connaissances et formation en insuffisance cardiaque.

		Moyenne des connaissances de l'insuffisance cardiaque (items B1, B2, B3, /5)		
Question	Réponses	≤ 3 n(%) (N=26)	> 3 n(%) (N=45)	p-valeur
Au cours de cette prise en charge en HAD, j'effectue en moyenne :	Une visite à domicile pour évaluer mon patient.	12 (26.67)	7 (26.92)	0.9082
	Plusieurs visites à domicile pour suivre l'évolution de mon patient.	18 (40.00)	12 (46.15)	
	Je n'effectue pas de visites à domicile, mon patient étant déjà pris en charge par les médecins de l'HAD et le service de cardiologie du CHITS.	12 (26.67)	6 (23.08)	
	Prise en charge téléconsultation.	1 (2.22)		
	Prise en charge au cabinet.	1 (2.22)		
	Je ne sais pas / Je ne sais plus.	1 (2.22)	1 (3.85)	



### 3. Documents à l'attention du médecin généraliste

#### 3.1. Qualité de réception des documents

Les patients pris en charge par la filière Fil-EAS ic, retournent à domicile avec une fiche d'information générale (Annexe 12) ainsi qu'une fiche d'évaluation médicale (Annexe 13).

- Réponses données

71,83% des MG n'ont jamais reçu les documents.

*Tableau 21 : Réception par les médecins généralistes, des deux documents à leur attention.*

Question	Réponses	Population n(%) (N=71)
Vos patients pris en charge par le protocole Fil-EAS ic, retournent à domicile avec une fiche d'information générale et une fiche d'évaluation médicale à l'attention du médecin généraliste.	Oui, pour tous les patients	7 (9.86)
	Oui, pour quelques patients	7 (9.86)
Ces documents vous ont-t-ils été communiqués ?	Non, jamais	51 (71.83)
	Je ne sais pas	6 (8.45)

Parmi les 14 MG ayant reçu ces documents, 10 d'entre eux ont répondu aux questions posées dans la fiche d'évaluation médicale.

*Tableau 22 : Réponses des médecins généralistes, aux documents réceptionnés.*

Question	Réponses	Si oui, avez-vous répondu aux questions ?		p-valeur
		Oui n(%) (N=10)	Non n(%) (N=4)	
Vos patients pris en charge par le protocole Fil-EAS ic, retournent à domicile avec une fiche d'information générale et une fiche d'évaluation médicale à l'attention du médecin généraliste. Ces documents vous ont-t-ils été communiqués ?	Oui, pour tous les patients	4	3	0.2367
	Oui, pour quelques patients	6	1	

Concernant les suggestions à apporter à cette fiche d'évaluation (D.5.), un MG propose d'y ajouter une section sur l'évaluation psychologique du patient par son médecin traitant.

- En fonction du mode de prise en charge

Parmi les 49 MG ayant répondu effectuer une ou plusieurs visites à domicile, 67,35% d'entre eux n'ont pas reçu les documents, alors que ces documents sont actuellement déposés au domicile du patient.

Parmi les 20 MG n'effectuant pas de visites à domicile, 80% d'entre eux n'ont pas reçu les documents ( $p=0,16$ ).

*Tableau 23 : Réception par les médecins généralistes, des deux documents à leur attention, en fonction de leurs prises en charge effectuées au cours de l'HAD.*

		Au cours de cette prise en charge en HAD, j'effectue au moins une visite à domicile		
Question	Réponses	Oui n(%) (N=49)	Non n(%) (N=20)	p-valeur
Vos patients pris en charge par le protocole Fil-EAS ic, retournent à domicile avec une fiche d'information générale ainsi que cette fiche d'évaluation médicale à l'attention du médecin généraliste. Ces documents vous ont-ils été communiqués ?	Oui, pour tous les patients	7 (14.29)		0.1578
	Oui, pour quelques patients	6 (12.24)	1 (5.00)	
	Non, jamais	33 (67.35)	16 (80.00)	
	Je ne sais pas	2 (6.12)	3 (15.00)	

### 3.2. Mode de réception des documents

- Réponses données

39 MG souhaitent la réception de ces documents par email, 30 MG au domicile du patient comme fait actuellement, 15 par courrier et 8 par contact téléphonique. Ils pouvaient répondre de façon multiple à cette question.

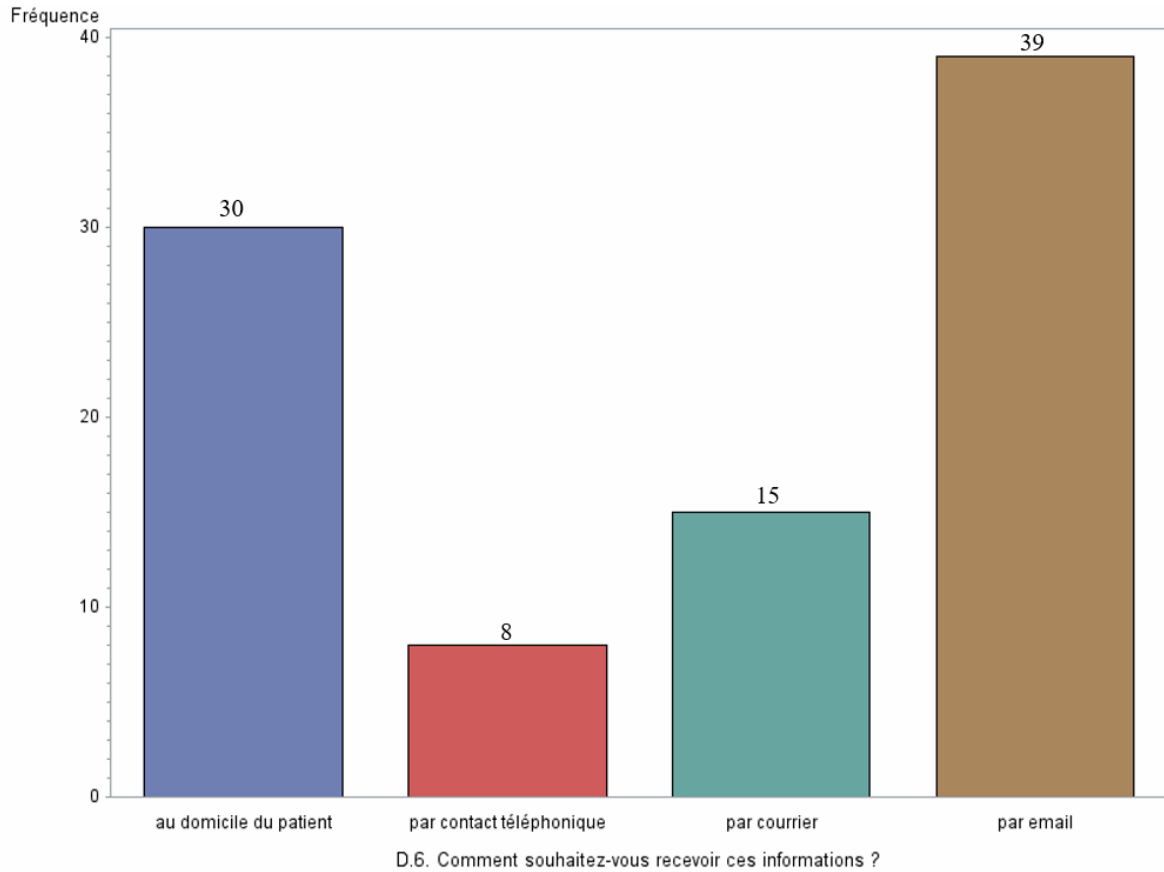


Figure 3 : Mode de réception souhaité par les médecins généralistes, des deux documents à leur attention.

- En fonction du mode de prise en charge

Les MG effectuant des visites au domicile ont exprimé souhaiter une réception des documents au domicile du patient pour 28 d'entre eux.

Les MG n'effectuant pas de visites au domicile ont exprimé souhaiter une réception des documents par email pour 15 d'entre eux.

Tableau 24 : Mode de réception souhaité par les médecins généralistes, des deux documents à leur attention, en fonction de leur prise en charge au domicile effectuée au cours de l'HAD.

Comment souhaitez-vous recevoir ces informations ?	Au cours de cette prise en charge en HAD, j'effectue au moins une visite à domicile	
	Oui	Non
Au domicile du patient	28	1
Par contact téléphonique	6	2
Par courrier	7	7
Par email	23	15

#### 4. Coordonnées des médecins référents

##### 4.1. Accessibilité des coordonnées

Les coordonnées (téléphone ou mail) du médecin coordonnateur de l'HAD et du service de cardiologie du CHITS sont à disposition du médecin généraliste sur la fiche d'information reçue à l'introduction de l'HAD directement au domicile du patient.

- Réponses données

45,07% des MG ont exprimé disposer des coordonnées des médecins référents.

Tableau 25 : Accessibilité des médecins généralistes, aux coordonnées des médecins référents.

Question	Réponses	Population n(%) (N=71)
Avez-vous les coordonnées (téléphone/mail) du médecin coordonnateur de l'HAD et/ou du service de cardiologie du CHITS ?	Oui	32 (45.07)
	Non	33 (46.48)
	Je ne sais pas	5 (8.45)

- En fonction de l'âge

50% des MG de plus de 60 ans ont exprimé disposer des coordonnées contre 40,54% des MG de moins de 60 ans (p=0,26).

*Tableau 26 : Accessibilité des médecins généralistes, aux coordonnées des médecins référents, en fonction de leur âge.*

Question	Réponses	Age des MG		p-valeur
		≤ 60 ans n(%) (N=37)	> 60 ans n(%) (N=34)	
Avez-vous les coordonnées (téléphone/mail) du médecin coordonnateur de l'HAD et/ou du service de cardiologie du CHITS ?	Oui	15 (40.54)	17 (50.00)	0.2592
	Non	17 (45.95)	16 (47.06)	
	Je ne sais pas	5 (13.51)	1 (2.94)	

- En fonction de la réception des documents

Parmi les 14 MG notifiant avoir reçu la fiche d'information sur laquelle sont inscrites les coordonnées, 8 MG ont exprimé les avoir, 4 ne pas les avoir, 2 ne plus s'en souvenir.

*Tableau 27 : Accessibilité des médecins généralistes, aux coordonnées des médecins référents, en fonction de leur réception des deux documents à leur attention.*

<i>Vos patients pris en charge par le protocole Fil-EAS ic, retournent à domicile avec une fiche d'information générale et une fiche d'évaluation médicale à l'attention du médecin généraliste. Ces documents vous ont-t-ils été communiqués ?</i>					
Question	Réponses	Oui n(%) (N=14)	Non, jamais n(%) (N=51)	Je ne sais pas n(%) (N=6)	p-valeur
Avez-vous les coordonnées (téléphone/mail) du médecin coordonnateur de l'HAD et/ou du service de cardiologie du CHITS ?	Oui	8 (57.14)	24 (47.06)		0.1178
	Non	4 (28.57)	24 (47.06)	5 (83.33)	
	Je ne sais pas	2 (14.29)	3 (5.88)	1 (16.67)	

## 4.2. Utilisation des coordonnées

- Réponses données

Parmi les 32 MG ayant répondu avoir les coordonnées des médecins référents, 78,13% d'entre eux les ont déjà utilisés.

*Tableau 28 : Utilisation des coordonnées des médecins référents, par les médecins généralistes.*

<i>Question</i>	<i>Réponses</i>	<i>Population n(%) (N=32)</i>
Si oui, avez-vous déjà utilisé ces coordonnées ?	Oui	25 (78.13)
	Non	7 (21.88)

## 4.3. Utilité des coordonnées

- Réponses données

95,77% des MG interrogés ont trouvé utile d'avoir les coordonnées des médecins référents.

*Tableau 29 : Évaluation par les médecins généralistes, de l'utilité de disposer des coordonnées des médecins référents.*

<i>Question</i>	<i>Réponses</i>	<i>Population n(%) (N=71)</i>
En voyez-vous l'utilité ?	Oui	68 (95.77)
	Non	3 (4.23)

## 5. Partage des données entre médecins

Actuellement, le MG ne reçoit que les comptes rendus finaux sans les bilans biologiques, ni les ECG réalisés lors de l'HAD.

- Réponses données

24 MG soit 33,8% des MG ont considéré que les comptes rendus actuels suffisent.

35 MG ont exprimé vouloir l'accès aux résultats des bilans biologiques réalisés pendant l'HAD.

25 MG ont exprimé vouloir l'accès au système informatique répertoriant l'ensemble de l'évolution clinique notifiée par les IDE quotidiennement.

20 MG ont exprimé vouloir l'accès aux ECG réalisés pendant l'HAD.

Les MG pouvaient répondre de façon multiple à cette question.

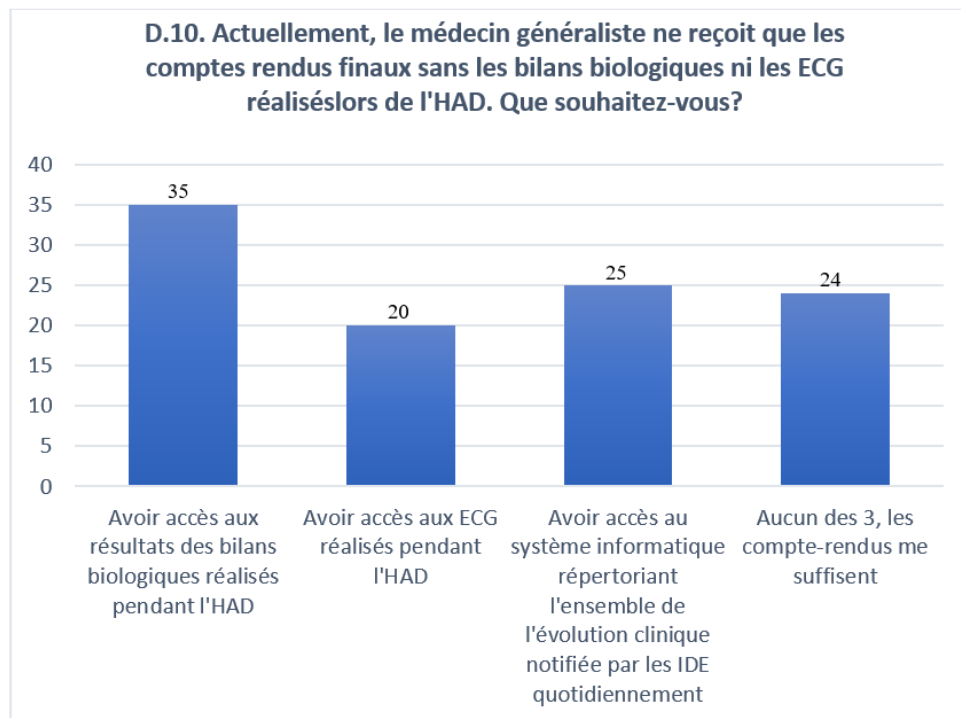


Figure 4 : Partage des données médicales, souhaité par le médecin généraliste.

- En fonction de l'âge

Parmi les 24 MG souhaitant recevoir uniquement les comptes rendus finaux comme actuellement, 16 sont âgés de plus de 60 ans.

Tableau 30 : Partage des données médicales, souhaité par le médecin généraliste, en fonction de leur âge.

Actuellement, le médecin généraliste ne reçoit que les comptes rendus finaux sans les bilans biologiques ni les ECG réalisés lors de l'HAD. Que souhaitez-vous ?	Age des MG	
	≤ 60 ans	> 60 ans
Avoir accès aux résultats des bilans biologiques réalisés pendant l'HAD	21	14
Avoir accès aux ECG réalisés pendant l'HAD	13	7
Avoir accès au système informatique répertoriant l'ensemble de l'évolution clinique notifiée par les IDE quotidiennement	15	10
Aucun des 3, les compte-rendu me suffisent	8	16

## E. Implication des médecins généralistes en clôture de l'HAD

### 1. Comptes rendus finaux

- Réponses données

Trois comptes rendus finaux sont envoyés aux MG :

- Le compte-rendu de fin d'hospitalisation du CHITS avant le transfert du patient en HAD, toujours reçu pour 71,83% des MG, jamais reçu pour 11,27%.
- Le compte-rendu de clôture de l'HAD par les cardiologues du CHITS, toujours reçu pour 30,99% des MG, jamais reçu pour 26,76%.
- Le compte-rendu de clôture de l'HAD par les médecins coordonnateurs de l'HAD, toujours reçu pour 33,80% des MG, jamais reçu pour 29,58%.



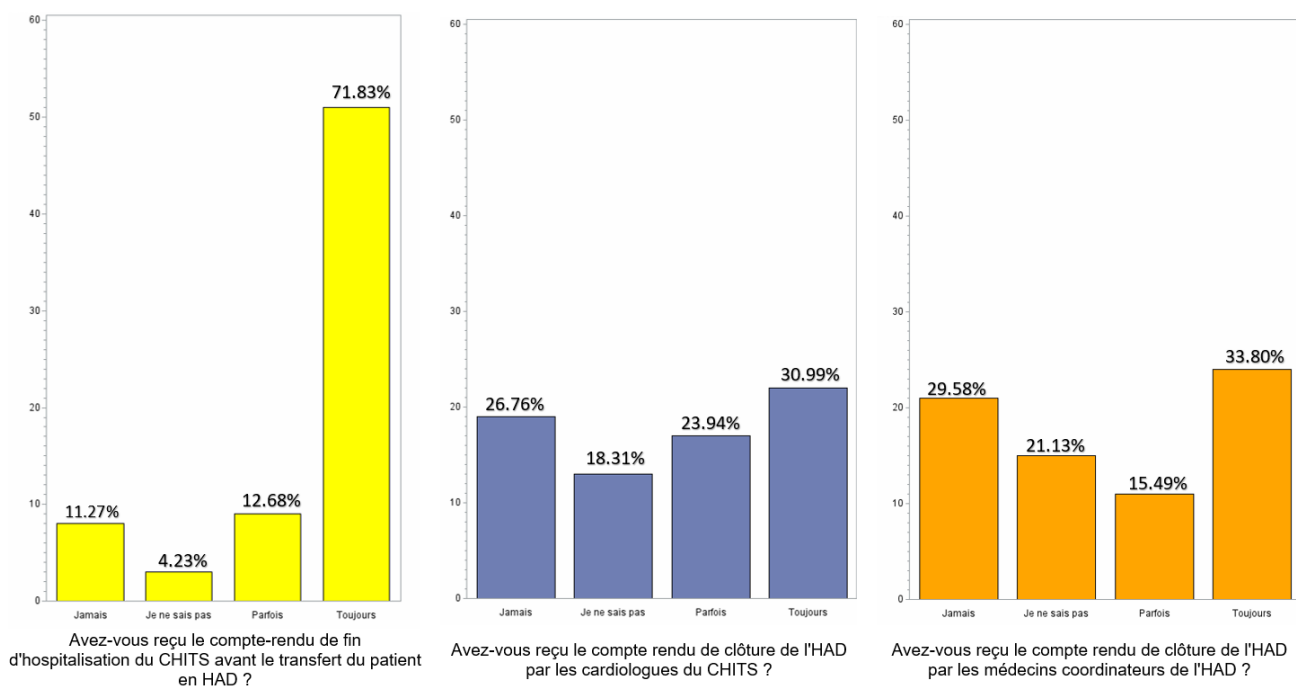


Figure 5 : Réception des comptes rendus de fin d'hospitalisation et de clôture de l'HAD par les médecins généralistes.

- En fonction du taux de connaissance du protocole Fil-EAS ic

Les MG exprimant avoir une bonne connaissance du protocole, ont exprimé avoir reçu les différents comptes rendus de 60% à 100%, à la différence de ceux exprimant avoir de moins bonnes connaissances à raison de 38,89% à 69,44%.

La différence est statistiquement significative dans le cadre du compte-rendu de fin d'hospitalisation du CHITS avant le transfert en HAD.

Tableau 31 : Réception des comptes rendus de fin d'hospitalisation et de clôture de l'HAD par les médecins généralistes, en fonction de leur connaissance du protocole Fil-EAS ic.

Question	Réponses	Connaissez-vous le protocole Fil-EAS ic ?		p-valeur
		<3 n(%) (N=36)	≥3 n(%) (N=35)	
Avez-vous reçu le compte-rendu de fin d'hospitalisation du CHITS avant le transfert du patient en HAD ?	Toujours	21 (58.33)	30 (85.71)	0.0054
	Parfois	4 (11.11)	5 (14.29)	
	Jamais	8 (22.22)		
	Je ne sais pas	3 (8.33)		
	Toujours	7 (1.44)	15 (42.86)	0.1011

		Connaissez-vous le protocole Fil-EAS ic ?		
Question	Réponses	<3	≥3	p-valeur
		n(%) (N=36)	n(%) (N=35)	
Avez-vous reçu le compte rendu de clôture de l'HAD par les cardiologues du CHITS ?	Parfois	8 (22.22)	9 (25.71)	
	Jamais	13 (36.11)	6 (17.14)	
	Je ne sais pas	8 (22.22)	5 (14.29)	
Avez-vous reçu le compte rendu de clôture de l'HAD par les médecins coordonnateurs de l'HAD ?	Toujours	8 (22.22)	16 (45.71)	0.0832
	Parfois	6 (16.67)	5 (14.29)	
	Jamais	15 (41.67)	6 (17.14)	
	Je ne sais pas	7 (19.44)	7 (22.86)	

- En fonction de la date du dernier patient pris en charge

Les MG dont leur dernier patient pris en charge par le protocole Fil-EAS ic remonte à plus d'un an, ont exprimé avoir reçu les différents comptes rendus de 30,76% à 73,54%, à la différence de ceux dont leur dernier patient pris en charge remonte à moins de 6 mois, à raison de 52,38% à 95,24%.

La différence est statistiquement significative dans le cadre du compte-rendu de clôture de l'HAD par les cardiologues du CHITS.

*Tableau 32 : Réception des comptes rendus de fin d'hospitalisation et de clôture de l'HAD par les médecins généralistes, en fonction de la date de prise en charge du dernier patient inclus dans Fil-EAS ic.*

Question	Réponses	Dans les 6 derniers	Il y a plus de 6 mois	Il y a plus d'un an	p-valeur
		mois	et moins d'un an	n(%) (N=24)	
		n(%) (N=21)	n(%) (N=26)		
Avez-vous reçu le compte-rendu de fin d'hospitalisation du CHITS avant le transfert du patient en HAD ?	Toujours	16 (76.19)	18 (75.00)	17 (65.38)	0.4833
	Parfois	4 (19.05)	3 (12.50)	2 (7.69)	
	Jamais	1 (4.76)	2 (8.33)	5 (19.23)	
	Je ne sais pas		1 (4.17)	2 (7.69)	

Question	Réponses	Dans les 6 derniers	Il y a plus de 6 mois	Il y a plus d'un an	p-valeur
		mois n(%) (N=21)	et moins d'un an n(%) (N=26)	n(%) (N=24)	
Avez-vous reçu le compte rendu de clôture de l'HAD par les cardiologues du CHITS ?	Toujours	5 (23.81)	13 (54.17)	4 (15.38)	0.0011
	Parfois	8 (38.10)	5 (20.83)	4 (15.38)	
	Jamais	8 (38.10)	3 (12.50)	8 (30.77)	
	Je ne sais pas		3 (12.50)	10 (38.46)	
Avez-vous reçu le compte rendu de clôture de l'HAD par les médecins coordinateurs de l'HAD ?	Toujours	5 (23.81)	10 (41.67)	9 (34.62)	0.1382
	Parfois	6 (28.57)	4 (16.67)	1 (3.85)	
	Jamais	8 (38.10)	4 (16.67)	9 (34.62)	
	Je ne sais pas	2 (9.52)	6 (25.00)	7 (26.92)	

## 2. Conseils de suivis de l'insuffisance cardiaque

Dans le compte-rendu de clôture de l'HAD par les cardiologues du CHITS, y figure des conseils de suivi de l'insuffisance cardiaque.

- Réponses données

Parmi les 39 MG ayant reçu ce compte-rendu, 89,47% d'entre eux ont suivi ces conseils.

Tableau 33 : Utilisation des conseils de suivi de l'insuffisance cardiaque par les médecins généralistes, en fonction de leur réception du compte-rendu de clôture de l'HAD des cardiologues.

Question	Réponses	Avez-vous reçu le compte rendu de clôture de l'HAD par les cardiologues du CHITS ?		
		Tous n(%) (N=39)	Parfois n(%) (N=17)	Toujours n(%) (N=22)
Le compte rendu de clôture de l'HAD par les cardiologues propose des conseils de suivi de l'insuffisance cardiaque. Si vous l'avez reçu, avez-vous utilisés ces conseils ?	Oui	34 (89.47)	12 (75.00)	22 (100.0)
	Non	1 (2.63)	1 (6.25)	
	Je ne sais pas	3 (7.89)	3 (18.75)	
	Pas de réponse	1	1	

### 3. La télésurveillance

#### 3.1. Utilité de la télésurveillance

A la clôture de l'HAD, les cardiologues peuvent décider d'ajouter une télésurveillance par balance connectée ou une application smartphone.

- Réponses données

77,46% des MG interrogés ont estimé utile la télésurveillance.

Tableau 34 : Évaluation par les médecins généralistes, de l'utilité de la mise en place d'une télésurveillance.

Question	Réponses	Population n(%) (N=71)
A la clôture de l'HAD, les cardiologues peuvent décider d'ajouter une télésurveillance par balance connectée ou une application smartphone. En voyez-vous l'utilité ?	Oui	55 (77.46)
	Non	15 (22.54)

### 3.2. Mise en place de la télésurveillance

- Réponses données

48 MG sur 71 ont exprimé vouloir être uniquement informé des décisions prises par l'équipe de cardiologie, à la suite de l'alerte qui leur est envoyée.

20 MG ont exprimé vouloir que les alertes adressées à l'équipe de cardiologie leurs soient adressées également afin que la décision soit médicalement partagée.

7 MG ont exprimé vouloir être contactés pour décider ou non de mettre en place cette mesure lors de la consultation de clôture.

Les MG pouvaient répondre de façon multiple à la question.

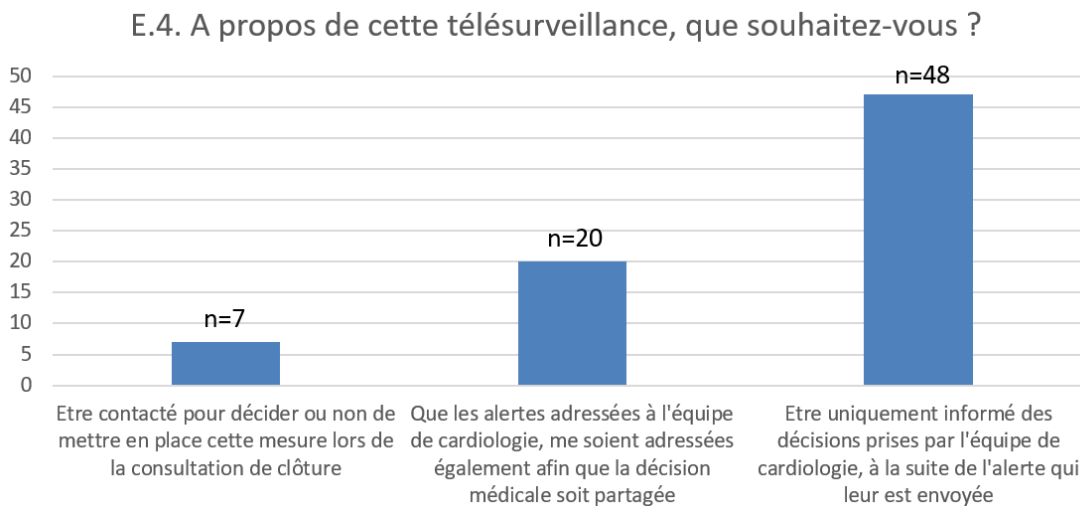


Figure 6 : *Souhait(s) d'implication des médecins généralistes, dans l'utilisation de la télésurveillance.*

- En fonction de l'âge

61,76% des MG de plus de 60 ans ont exprimé vouloir être uniquement informés des décisions prises par l'équipe de cardiologie, contre 70,27% des MG de moins de 60 ans ( $p=0,55$ ).

Tableau 35 : Souhait(s) d'implication des médecins généralistes, dans l'utilisation de la télésurveillance, en fonction de leur âge.

Question	Réponses	Age des MG		p- valeur
		≤ 60 ans n(%) (N=37)	> 60 ans n(%) (N=34)	
A propos de cette télésurveillance, que souhaitez-vous ?	Être contacté pour décider ou non de mettre en place cette mesure lors de la consultation de clôture.	1 (2.70)	3 (8.82)	0.5499
	Être contacté pour décider ou non de mettre en place cette mesure lors de la consultation de clôture.	2 (5.41)	1 (2.94)	
	Que les alertes adressées à l'équipe de cardiologie, me soient adressées également afin que la décision médicale soit partagée.	26 (70.27)	21 (61.76)	
	Que les alertes adressées à l'équipe de cardiologie, me soient adressées également afin que la décision médicale soit partagée.	8 (21.62)	8 (23.53)	
	Que les alertes adressées à l'équipe de cardiologie, me soient adressées également afin que la décision médicale soit partagée. Être uniquement informé des décisions prises par l'équipe de cardiologie, à la suite de l'alerte qui leur est envoyée.		1 (2.94)	

- En fonction du lieu d'exercice

74% des MG exerçants en milieu urbain ont exprimé vouloir être uniquement informés des décisions prises par l'équipe de cardiologie, contre 47,62% des MG exerçants en milieu rural ou semi rural (p=0,26).

Tableau 36 : Souhait(s) d'implication des médecins généralistes, dans l'utilisation de la télésurveillance, en fonction de leur lieu d'exercice.

Question	Réponses	Lieu d'exercice		p- valeur
		Rural + Semi-rural n(%) (N=21)	Urbain n(%) (N=50)	
A propos de cette télésurveillance, que souhaitez-vous ?	Être contacté pour décider ou non de mettre en place cette mesure lors de la consultation de clôture.	2 (9.52)	2 (4.00)	0.2587
	Être contacté pour décider ou non de mettre en place cette mesure lors de la consultation de clôture. Que les alertes adressées à l'équipe de cardiologie, me soient adressées également afin que la décision médicale soit partagée.	2 (9.52)	1 (2.00)	

Question	Réponses	Lieu d'exercice		p-valeur
		Rural + Semi-rural n(%) (N=21)	Urbain n(%) (N=50)	
	Être uniquement informé des décisions prises par l'équipe de cardiologie, à la suite de l'alerte qui leur est envoyée.	10 (47.62)	37 (74.00)	
	Que les alertes adressées à l'équipe de cardiologie, me soient adressées également afin que la décision médicale soit partagée.	7 (33.33)	9 (18.00)	
	Que les alertes adressées à l'équipe de cardiologie, me soient adressées également afin que la décision médicale soit partagée.		1 (2.00)	
	Être uniquement informé des décisions prises par l'équipe de cardiologie, à la suite de l'alerte qui leur est envoyée.			

- En fonction du taux de connaissance de l'insuffisance cardiaque

76,92% des MG estimant avoir de mauvaises connaissances de l'IC ont exprimé vouloir être uniquement informés des décisions prises par l'équipe de cardiologie, contre 60% des MG estimant avoir de bonnes connaissances de l'IC (p=0,29).

*Tableau 37 : Souhait(s) d'implication des médecins généralistes dans l'utilisation de la télésurveillance, en fonction de leur connaissance et formation en insuffisance cardiaque.*

Question	Réponses	Moyenne des connaissances de l'insuffisance cardiaque (items B1, B2, B3, /5)		p-valeur
		≤3 n(%) (N=26)	>3 n(%) (N=45)	
A propos de cette télésurveillance, que souhaitez-vous ?	Être contacté pour décider ou non de mettre en place cette mesure lors de la consultation de clôture.		4 (8.89)	0.2931
	Être contacté pour décider ou non de mettre en place cette mesure lors de la consultation de clôture.		3 (6.67)	
	Que les alertes adressées à l'équipe de cardiologie, me soient adressées également afin que la décision médicale soit partagée.			
	Être uniquement informé des décisions prises par l'équipe de cardiologie, à la suite de l'alerte qui leur est envoyée.	20 (76.92)	27 (60.00)	

Question	Réponses	Moyenne des connaissances de l'insuffisance cardiaque (items B1, B2, B3, /5)		p-valeur
		≤3 n(%) (N=26)	>3 n(%) (N=45)	
	Que les alertes adressées à l'équipe de cardiologie, me soient adressées également afin que la décision médicale soit partagée.	6 (23.08)	10 (22.22)	
	Que les alertes adressées à l'équipe de cardiologie, me soient adressées également afin que la décision médicale soit partagée.		1 (2.22)	
	Être uniquement informé des décisions prises par l'équipe de cardiologie, à la suite de l'alerte qui leur est envoyée.			

#### 4. Hospitalisation de jour

##### 4.1. Utilité d'une hospitalisation de jour

A la clôture de l'HAD, une hospitalisation en hôpital de jour est proposée avec plusieurs consultations sur la journée au CHITS.

98,59% des MG interrogés ont trouvé cela utile.

*Tableau 38 : Évaluation par les médecins généralistes, de l'utilité de la mise en place d'une hospitalisation de jour.*

Question	Réponses	Population n(%) (N=71)
A la clôture de l'HAD, une hospitalisation en hôpital de jour est proposée avec plusieurs consultations sur la journée au CHITS.	Oui	70 (98.59)
	Non	1 (1.41)
En voyez-vous l'utilité ?		

##### 4.2. Mise en place d'une hospitalisation de jour

- Réponses données

65 MG ont souhaité recevoir le compte-rendu dont 58 de façon exclusive.

10 MG ont souhaité être contactés pour décider ou non de mettre en place cette mesure lors de la consultation de clôture.



2 MG ont souhaité s'en occuper seul et décider ou non d'orienter leur patient vers les spécialistes avec qui ils travaillent habituellement.

Les MG pouvaient répondre de façon multiple à cette question.

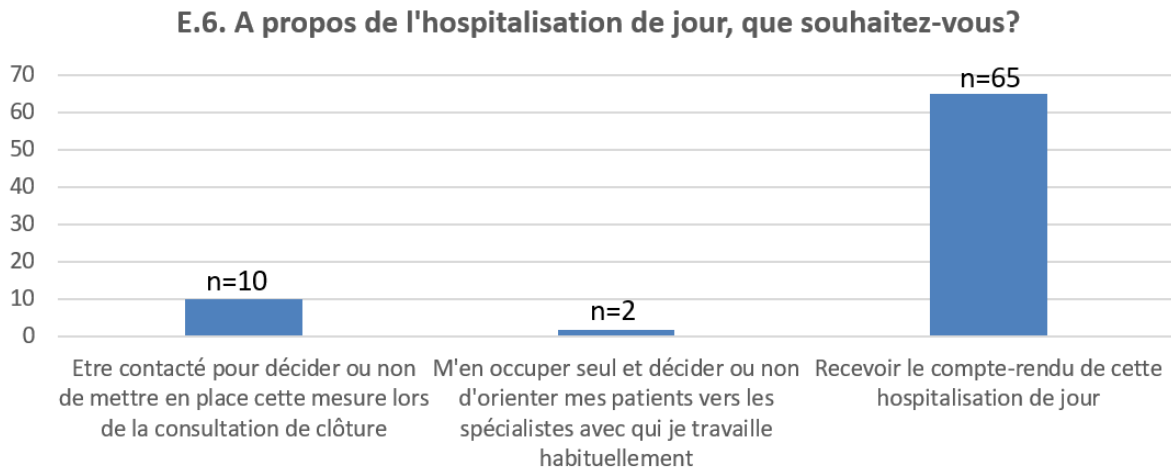


Figure 7 : Souhait(s) d'implication des médecins généralistes, dans la décision de mise en place d'une hospitalisation de jour.

- En fonction de l'âge

34 MG sur les 58 souhaitant recevoir le compte rendu de façon exclusive, avaient moins de 60 ans.

7 MG sur les 10 MG souhaitant être contactés pour décider ou non de mettre en place cette mesure avaient plus de 60 ans.

Les 2 MG préférant s'en occuper seuls avaient plus de 60 ans.

On note une réelle différence statistiquement significative sur l'âge.

Tableau 39 : Souhait(s) d'implication des médecins généralistes dans la décision de mise en place d'une hospitalisation de jour, en fonction de leur âge.

Question	Réponses	Age des MG		p-valeur
		≤ 60 ans n(%) (N=37)	> 60 ans n(%) (N=34)	
A propos de l'hospitalisation de jour, que souhaitez-vous ?	Être contacté pour décider ou non de mettre en place cette mesure lors de la consultation de clôture.		5 (14.71)	0.0437
	Être contacté pour décider ou non de mettre en place cette mesure lors de la consultation de clôture.	3 (8.11)	2 (5.88)	
	Recevoir le compte-rendu de cette hospitalisation de jour.			
	M'en occuper seul et décider ou non d'orienter mes patients vers les spécialistes avec qui je travaille habituellement.		2 (5.88)	
	Recevoir le compte-rendu de cette hospitalisation de jour.	34 (91.89)	25 (73.52)	

## 5. IDE au domicile du patient

- Réponses données

A la clôture de l'HAD, il peut être décidé de poursuivre les IDE déjà en place ou de les majorer.

66,60% des MG interrogés aimeraient être contactés afin de participer à la décision.

Tableau 40 : Souhait(s) d'implication des médecins généralistes, dans la décision de mise en place d'IDE au domicile.

Question	Réponses	Population n(%) (N=71)
A la clôture de l'HAD, il peut être décidé de poursuivre les IDE déjà en place ou de les majorer. Souhaitez-vous être contacté pour décider ou non de les mettre en place ?	Oui	47 (66.20)
	Non	24 (33.80)

- En fonction de l'âge

Parmi les MG de plus de 60 ans, 79,41% d'entre eux aimeraient être contactés pour décider ou non de mettre cette mesure en place, contre 54,05% de leurs confrères de moins de 60 ans avec une différence significative sur l'âge.

*Tableau 41 : Souhait(s) d'implication des médecins généralistes dans la décision de mise en place d'IDE au domicile, en fonction de leur âge.*

Question	Réponses	Age des MG		p-valeur
		≤ 60 ans n(%) (N=37)	> 60 ans n(%) (N=34)	
A la clôture de l'HAD, il peut être décidé de poursuivre les IDE déjà en place ou de les majorer. Souhaitez-vous être contacté pour décider ou non de les mettre en place ?	Oui	20 (54.05)	27 (79.41)	0.0240
	Non	17 (45.95)	7 (20,59)	

## 6. Protocole d'adaptation des diurétiques

### 6.1. Connaissance du protocole d'adaptation des diurétiques

Un protocole d'adaptation des diurétiques (Annexe 15) en fonction du poids est mis à disposition du patient et de l'IDEL.

32,39% des MG interrogés en avaient connaissance.

*Tableau 42 : Connaissance des médecins généralistes, du protocole d'adaptation des diurétiques, mis à disposition du patient et de l'IDEL.*

Question	Réponses	Population n(%) (N=71)
Un protocole d'adaptation des diurétiques en fonction du poids est mis à disposition du patient et de l'IDEL. En avez-vous connaissance ?	Oui	23 (32.39)
	Non	39 (54.93)
	Je ne sais pas	9 (12.68)

## 6.2. Utilité du protocole d'adaptation des diurétiques

Parmi les 23 MG ayant déjà pris connaissance de ce protocole, 19 d'entre eux l'ont déjà utilisé.

*Tableau 43 : Évaluation par les médecins généralistes, de l'utilité d'accéder au protocole d'adaptation des diurétiques, mis à disposition du patient et de l'IDEL.*

<i>Un protocole d'adaptation des diurétiques en fonction du poids est mis à disposition du patient et de l'IDEL. En avez-vous connaissance ?</i>		
<i>Question</i>	<i>Réponses</i>	<i>Oui n(%) (N=23)</i>
Si oui, vous a-t-il déjà été utile dans la prise en charge d'un patient ?	Oui	19 (82.61)
	Non	4 (17.39)

## 6.3. Partage du protocole d'adaptation des diurétiques

85,92% des MG interrogés aimeraient que ce protocole d'adaptation des diurétiques leur soit également envoyé.

*Tableau 44 : Partage du protocole d'adaptation des diurétiques, mis à disposition du patient et de l'IDEL, aux médecins généralistes.*

<i>Question</i>	<i>Réponses</i>	<i>Population n(%) (N=71)</i>
Souhaitez-vous que ce protocole d'adaptation des diurétiques vous soit également envoyé ?	Oui	61 (85.92)
	Non	10 (14.08)

## F. Conclusion

### 1. Taux de satisfaction des médecins généralistes

- Réponses données

Concernant la prise en charge de leurs patients inclus dans le protocole Fil-EAS ic, les MG ont évalué leur satisfaction à 3,44/5 en moyenne sur une échelle de 1 à 5, allant de « pas du tout satisfait » à « parfaitement satisfait ».

*Tableau 45 : Taux de satisfaction des médecins généralistes du protocole Fil-EAS ic.*

<i>Question</i>	<i>Réponses</i>	<i>Population n(%) (N=71)</i>
Avez-vous été satisfait de la prise en charge de vos patients inclus dans le protocole Fil-EAS ic ?	<i>Moyenne (<math>\sigma</math>)</i>	3.44 (1.09)
	<i>Médiane [Min – Max]</i>	4.00 [1.00-5.00]
	1	6 (8.45)
	2	5 (7.04)
	3	22 (30.99)
	4	28 (39.44)
	5	10 (14.08)

- En fonction de l'âge

Les MG âgés de moins de 60 ans ont évalué leur satisfaction du protocole à 3,43/5 en moyenne contre 3,44/5 chez les plus de 60 ans ( $p=0,69$ ).

Tableau 46 : Taux de satisfaction des médecins généralistes du protocole Fil-EAS ic, en fonction de leur âge.

Question	Réponses	Age des MG		p-valeur
		≤ 60 ans n(%) (N=37)	> 60 ans n(%) (N=34)	
Avez-vous été satisfait de la prise en charge de vos patients inclus dans le protocole Fil-EAS ic ?	Moyenne ( $\sigma$ )	3.43 (1.01)	3.44 (1.19)	0.690
	Médiane [Min – Max]	3.00 [1.00-5.00]	4.00 [1.00-5.00]	
	1	2 (5.41)	4 (11.76)	0.6404
	2	3 (8.11)	2 (5.88)	
	3	14 (37.84)	8 (23.53)	
	4	13 (35.14)	15 (44.12)	
	5	5 (13.51)	5 (14.71)	

- En fonction du lieu d'exercice

Les MG exerçant en milieu urbain ont évalué leur satisfaction du protocole à 3,64/5 en moyenne contre 2,95/5 chez les MG exerçant en milieu rural ou semi-rural (p=0,03).

Tableau 47 : Taux de satisfaction des médecins généralistes du protocole Fil-EAS ic, en fonction de leur lieu d'exercice.

Question	Réponses	Lieu d'exercice		p-valeur
		Rural + semi-rural n(%) (N=21)	Urbain n(%) (N=50)	
Avez-vous été satisfait de la prise en charge de vos patients inclus dans le protocole Fil-EAS ic ?	Moyenne ( $\sigma$ )	2.95 (1.20)	3.64 (0.98)	0.027
	Médiane [Min – Max]	3.00 [1.00-5.00]	4.00 [1.00-5.00]	
	1	4 (19.05)	2 (4.00)	0.1713
	2	2 (9.52)	3 (6.00)	
	3	7 (33.33)	15 (30.00)	
	4	7 (33.33)	21 (42.00)	
	5	1 (4.76)	9 (18.00)	

- En fonction du taux de connaissance de l'insuffisance cardiaque

Les MG exprimant avoir de mauvaises connaissances de l'IC ont évalué leur satisfaction du protocole à 3,23/5 en moyenne contre 3,56/5 chez ceux exprimant avoir de bonnes connaissances ( $p=0,20$ ).

*Tableau 48 : Taux de satisfaction des médecins généralistes du protocole Fil-EAS ic, en fonction de leur connaissance et formation à l'insuffisance cardiaque.*

Question	Réponses	Moyenne des connaissances de l'insuffisance cardiaque (items B1, B2, B3, /5)		p-valeur
		≤3 n(%) (N=26)	>3 n(%) (N=45)	
Avez-vous été satisfait de la prise en charge de vos patients inclus dans le protocole Fil-EAS ic ?	Moyenne ( $\sigma$ )	3.23 (1.14)	3.56 (1.06)	0.196
	Médiane [Min – Max]	3.00 [1.00-5.00]	4.00 [1.00-5.00]	
	1	3 (11.54)	3 (6.67)	0.6995
	2	2 (7.69)	3 (6.67)	
	3	10 (38.46)	12 (26.67)	
	4	8 (30.77)	20 (44.44)	
	5	3 (11.54)	8 (15.56)	

- En fonction du taux de connaissance du protocole Fil-EAS ic

Les MG exprimant bien connaître le protocole ont évalué leur satisfaction du protocole à 3,94/5 en moyenne contre 2,94/5 chez les MG exprimant mal le connaître ( $p<0,001$ ).

Tableau 49 : Taux de satisfaction des médecins généralistes du protocole Fil-EAS ic, en fonction de leur connaissance du protocole.

Question	Réponses	Connaissez-vous le protocole Fil-EAS ic ?		p-valeur
		<3 n(%) (N=36)	≥3 n(%) (N=35)	
Avez-vous été satisfait de la prise en charge de vos patients inclus dans le protocole Fil-EAS ic ?	Moyenne ( $\sigma$ )	2.94 (1.15)	3.94 (0.76)	<.001
	Médiane [Min – Max]	3.00 [1.00-5.00]	4.00 [2.00-5.00]	
	1	6 (16.67)		0.0041
	2	4 (11.11)	1 (2.86)	
	3	14 (38.89)	8 (22.86)	
	4	10 (27.78)	18 (51.43)	
	5	2 (5.56)	9 (22.86)	

- En fonction de l'accord pour la mise en place de l'HAD

Les MG ayant donné leur accord pour débiter la prise en charge en HAD, ont évalué leur satisfaction du protocole à 4,06/5 en moyenne contre 2,71/5 chez les MG n'ayant pas été contactés ( $p < 0,001$ ).

Tableau 50 : Taux de satisfaction des médecins généralistes du protocole Fil-EAS ic, en fonction de leur contact pour débiter la prise en charge en HAD.

Question	Réponses	Pour que votre patient hospitalisé soit pris en charge en HAD par le protocole Fil-EAS ic, il est nécessaire d'avoir l'accord du médecin traitant. Avez-vous été contacté ?			p-valeur
		Oui n(%) (N=34)	Non n(%) (N=28)	Je ne sais pas n(%) (N=9)	
Avez-vous été satisfait de la prise en charge de vos patients inclus dans le protocole Fil-EAS ic ?	Moyenne ( $\sigma$ )	4.06 (0.60)	2.71 (1.18)	3.33 (0.87)	<.001
	Médiane [Min – Max]	4.00 [3.00-5.00]	3.00 [1.00-5.00]	3.00 [2.00-5.00]	
	1		6 (21.43)		<.0001
	2		4 (14.29)	1 (11.11)	
	3	5 (14.71)	12 (42.86)	5 (55.56)	
	4	22 (64.71)	4 (14.29)	2 (22.22)	
	5	7 (20.59)	2 (7.14)	1 (11.11)	



- En fonction de la réception des documents

Les MG ayant reçu les deux documents à leur attention pour toutes les prises en charge, ont évalué leur satisfaction du protocole à 4,29/5 en moyenne contre 3,29/5 chez les MG n'ayant jamais reçu les documents (p=0,05).

*Tableau 51 : Taux de satisfaction des médecins généralistes du protocole Fil-EAS ic, en fonction de la réception des deux documents à leur attention.*

<i>Vos patients pris en charge par le protocole Fil-EAS ic, retournent à domicile avec une fiche d'information générale ainsi que cette fiche d'évaluation médicale à l'attention du médecin généraliste. Ces documents vous ont-t-ils été communiqués ?</i>						
<i>Question</i>	<i>Réponses</i>	<i>Oui, pour tous les patients n(%) (N=7)</i>	<i>Oui, pour quelques patients n(%) (N=7)</i>	<i>Non, jamais n(%) (N=51)</i>	<i>Je ne sais pas n(%) (N=6)</i>	<i>p-valeur</i>
Avez-vous été satisfait de la prise en charge de vos patients inclus dans le protocole Fil-EAS ic ?	<i>Moyenne (σ)</i>	4.29 (0.49)	3.86 (0.38)	3.29 (1.19)	3.17 (0.75)	0.045
	<i>Médiane [Min – Max]</i>	4.00 [4.00-5.00]	4.00 [3.00-4.00]	3.00 [1.00-5.00]	3.00 [2.00-4.00]	
	1			6 (11.76)		0.118
	2			4 (7.84)	1 (16.67)	
	3		1 (14.29)	18 (35.29)	3 (50.00)	
	4	5 (71.43)	6 (85.71)	15 (29.41)	2 (33.33)	
	5	2 (28.57)		10 (15.69)		

- En fonction des coordonnées des médecins référents

Les MG ayant possession des coordonnées des médecins référents, ont évalué leur satisfaction du protocole à 3,81/5 en moyenne contre 3,12/5 chez les MG ne les ayant pas (p=0,01).

Tableau 52 : Taux de satisfaction des médecins généralistes du protocole Fil-EAS ic, en fonction de leur disposition des coordonnées des médecins référents.

		Avez-vous les coordonnées (téléphone/mail) du médecin coordonnateur de l'HAD et/ou du service de cardiologie du CHITS ?			
Question	Réponses	Oui n(%) (N=32)	Non n(%) (N=33)	Je ne sais pas n(%) (N=6)	p-valeur
Avez-vous été satisfait de la prise en charge de vos patients inclus dans le protocole Fil-EAS ic ?	Moyenne ( $\sigma$ )	3.81 (1.00)	3.12 (1.14)	3.17 (0.75)	0.013
	Médiane [Min – Max]	4.00 [1.00-5.00]	3.00 [1.00-5.00]	3.00 [2.00-4.00]	
	1	1 (3.13)	5 (15.15)		0.028
	2	3 (9.38)	1 (3.03)	1 (16.67)	
	3	4 (12.50)	15 (45.45)	3 (50.00)	
	4	17 (53.13)	9 (27.27)	2 (33.33)	
	5	7 (21.88)	2 (9.09)		

## 2. Implication dans le protocole Fil-EAS ic

- Réponses données

Les 71 MG ont évalué leur souhait d'être plus ou moins impliqué dans la prise en charge selon les différents stades du processus du protocole Fil-EAS ic :

- 56,34% d'entre eux ont souhaité l'être davantage lors de la décision de prise en charge en HAD
- 71,83% d'entre eux ont souhaité l'être davantage pendant la prise en charge en HAD
- 70,42% d'entre eux ont souhaité l'être davantage lors des décisions prises à la clôture de l'HAD
- 71,83% d'entre eux ont souhaité l'être davantage lors du suivi par télésurveillance, hôpital de jour, adaptation du traitement.

Tableau 53 : Implication des médecins généralistes dans le protocole Fil-EAS ic.

Question	Réponses	Population n(%) (N=71)
Lors de la décision de prise en charge en HAD	Oui	40 (56.34)
	Non	28 (39.44)
	Je ne sais pas	3 (4.23)
Pendant la prise en charge en HAD	Oui	51 (71.83)
	Non	15 (21.13)
	Je ne sais pas	5 (7.04)
Lors des décisions prises à la clôture de l'HAD	Oui	50 (70.42)
	Non	16 (22.54)
	Je ne sais pas	5 (7.04)
Lors du suivi (télésurveillance, hôpital de jour, adaptation du traitement)	Oui	51 (71.83)
	Non	14 (19.72)
	Je ne sais pas	2 (8.45)

- En fonction du lieu d'exercice

Les MG exerçant en milieu rural ou semi-rural ont exprimé vouloir être plus impliqués dans la prise en charge d'une façon générale comparativement à leurs confrères exerçant en milieu urbain.

Mais aucune différence statistiquement significative n'a pu être démontrée.

Tableau 54 : Implication des médecins généralistes dans le protocole Fil-EAS ic, en fonction de leur lieu d'exercice.

Question	Réponses	Lieu d'exercice		p-valeur
		Rural + semi-rural n(%) (N=21)	Urbain n(%) (N=50)	
Lors de la décision de prise en charge en HAD	Oui	14 (66.67)	26 (52.00)	0.3488
	Non	7 (33.33)	21 (42.00)	
	Je ne sais pas		3 (6.00)	
Pendant la prise en charge en HAD	Oui	17 (80.95)	34 (68.00)	0.5417
	Non	3 (14.29)	12 (24.00)	
	Je ne sais pas	1 (4.76)	4 (8.00)	

Question	Réponses	Lieu d'exercice		p-valeur
		Rural + semi-rural n(%) (N=21)	Urbain n(%) (N=50)	
Lors des décisions prises à la clôture de l'HAD	Oui	16 (76.19)	34 (68.00)	0.3227
	Non	5 (23.81)	11 (22.00)	
	Je ne sais pas		5 (10.00)	
Lors du suivi (télésurveillance, hôpital de jour, adaptation du traitement)	Oui	16 (76.19)	35 (70.00)	0.7536
	Non	4 (19.05)	10 (20.00)	
	Je ne sais pas	1 (4.76)	3 (10.00)	

- En fonction de l'âge

Les MG de plus de 60 ans ont tendance à ne pas souhaiter plus d'implication dans le protocole Fil-EAS ic par rapport à leurs confrères plus jeunes, on ne remarque pas de différence significative.

*Tableau 55 : Implication des médecins généralistes dans le protocole Fil-EAS ic, en fonction de leur âge.*

Question	Réponses	Age des MG		p-valeur
		Age ≤ 60 ans n(%) (N=37)	Age > 60 ans n(%) (N=34)	
Lors de la décision de prise en charge en HAD	Oui	24 (64.86)	16 (47.06)	0.3039
	Non	12 (32.43)	16 (47.06)	
	Je ne sais pas	1 (2.70)	2 (5.88)	
Pendant la prise en charge en HAD	Oui	26 (70.27)	25 (73.53)	0.4142
	Non	7 (18.92)	8 (23.53)	
	Je ne sais pas	4 (10.81)	1 (2.94)	
Lors des décisions prises à la clôture de l'HAD	Oui	26 (70.27)	24 (70.59)	0.3666
	Non	7 (18.92)	9 (26.47)	
	Je ne sais pas	4 (10.81)	1 (2.94)	
Lors du suivi (télésurveillance, hôpital de jour, adaptation du traitement)	Oui	29 (78.38)	22 (64.71)	0.1301
	Non	4 (10.81)	10 (29.41)	
	Je ne sais pas	4 (10.81)	2 (5.88)	

- En fonction du taux de connaissance de l'insuffisance cardiaque

Si l'on évalue le souhait d'implication des MG dans le protocole Fil-EAS ic selon leur connaissance de l'insuffisance cardiaque, on ne remarque pas de différence significative.

*Tableau 56 : Implication des médecins généralistes dans le protocole Fil-EAS ic, en fonction de leur connaissance et formation à l'insuffisance cardiaque.*

		<i>Moyenne des connaissances de l'insuffisance cardiaque (items B1, B2, B3, /5)</i>		
<i>Question</i>	<i>Réponses</i>	$\leq 3$ <i>n(%) (N=26)</i>	$> 3$ <i>n(%) (N=45)</i>	<i>p-valeur</i>
Lors de la décision de prise en charge en HAD	Oui	14 (53.85)	26 (57.78)	0.5428
	Non	10 (38.46)	18 (40.00)	
	Je ne sais pas	2 (7.69)	1 (2.22)	
Pendant la prise en charge en HAD	Oui	21 (80.77)	30 (66.67)	0.4292
	Non	4 (15.38)	11 (24.44)	
	Je ne sais pas	1 (3.85)	4 (8.89)	
Lors des décisions prises à la clôture de l'HAD	Oui	17 (65.38)	33 (73.33)	0.7966
	Non	7 (26.92)	9 (20.00)	
	Je ne sais pas	2 (7.69)	3 (6.67)	
Lors du suivi (télésurveillance, hôpital de jour, adaptation du traitement)	Oui	19 (73.08)	32 (71.11)	0.9794
	Non	5 (19.23)	9 (20.00)	
	Je ne sais pas	2 (7.69)	3 (8.89)	

- En fonction du taux de satisfaction des médecins généralistes du protocole

Les MG peu satisfaits de la prise en charge par le protocole Fil-EAS ic, ont exprimé vouloir être plus impliqués dans la prise en charge.

La différence est statistiquement significative à tous les stades de la prise en charge.

Tableau 57 : Implication des médecins généralistes dans le protocole Fil-EAS ic, en fonction de leur satisfaction du protocole.

Question	Réponses	Avez-vous été satisfait de la prise en charge de vos patients inclus dans le protocole Fil-EAS ic ?		
		Peu satisfait [1-3] n(%) (N=33)	Satisfait [4-5] n(%) (N=38)	p-valeur
Lors de la décision de prise en charge en HAD	Oui	26 (78.79)	14 (36.84)	0.0017
	Non	6 (18.18)	22 (57.89)	
	Je ne sais pas	1 (3.03)	2 (5.26)	
Pendant la prise en charge en HAD	Oui	28 (84.85)	23 (60.53)	0.0146
	Non	2 (6.06)	13 (34.21)	
	Je ne sais pas	3 (9.09)	2 (5.26)	
Lors des décisions prises à la clôture de l'HAD	Oui	30 (90.91)	20 (52.63)	0.0019
	Non	2 (6.06)	14 (36.84)	
	Je ne sais pas	1 (3.03)	4 (10.53)	
Lors du suivi (télésurveillance, hôpital de jour, adaptation du traitement)	Oui	29 (87.88)	22 (57.89)	0.0146
	Non	2 (6.06)	12 (31.58)	
	Je ne sais pas	2 (6.06)	3 (10.53)	

- En fonction du taux de connaissance du protocole Fil-EAS ic

Si l'on évalue le souhait d'implication des MG dans le protocole Fil-EAS ic selon leur connaissance du protocole Fil-EAS ic, on ne remarque pas de différence significative.

Tableau 58 : Implication des médecins généralistes dans le protocole Fil-EAS ic, en fonction de leur connaissance du protocole.

Test	Classes	Connaissez-vous le protocole Fil-EAS ic ?		p-valeur
		<3 n(%) (N=36)	≥3 n(%) (N=35)	
Lors de la décision de prise en charge en HAD	Oui	23 (63.89)	17 (48.57)	0.2857
	Non	11 (30.56)	17 (48.57)	
	Je ne sais pas	2 (5.56)	1 (2.86)	
Pendant la prise en charge en HAD	Oui	26 (72.22)	25 (71.43)	0.3003
	Non	6 (16.67)	9 (25.71)	
	Je ne sais pas	4 (11.11)	1 (2.86)	
Lors des décisions prises à la clôture de l'HAD	Oui	25 (69.44)	25 (71.43)	0.3613
	Non	7 (19.44)	9 (25.71)	
	Je ne sais pas	4 (11.11)	1 (2.86)	
Lors du suivi (télésurveillance, hôpital de jour, adaptation du traitement)	Oui	24 (66.67)	27 (77.14)	0.5726
	Non	8 (22.22)	6 (17.14)	
	Je ne sais pas	4 (11.11)	2 (5.71)	

### 3. Suggestions pour améliorer le protocole Fil-EAS ic

A cette question à laquelle les MG pouvaient répondre librement, plusieurs MG accentuent le besoin d'une meilleure coordination entre la médecine de ville et hospitalière.

# Discussion

---

## I. Interprétation des résultats

Sur les 312 patients répertoriés sur la durée de notre étude, 203 médecins généralistes sont recensés, 1 MG pouvant avoir plusieurs patients inclus dans le protocole Fil-EAS ic.

Notre population d'étude (n=71 MG) représente environ 6,8% de l'ensemble des MG du Var (En 2020, le Var comptait 1050 MG libéraux (53)).

Elle regroupe 48% de MG âgés de plus de 60 ans et 68% d'hommes, population relativement comparable à la région du Var qui compte en 2020, 56% de MG âgés de plus de 55 ans et 66% d'hommes (53).

L'exercice de groupe est ici le plus représenté (56% des participants), ce qui est aussi le cas à l'échelle nationale représentant 61% des modes d'exercices (54).

70 % des MG interrogés exercent une activité en zone urbaine, pratiquant majoritairement à proximité de l'hôpital de référence dans la ville de Toulon. En effet, la région du Var présente des inégalités territoriales dans la répartition des MG libéraux. Le littoral urbain est très dynamique à la différence du Haut Var et Centre Var (55).

Notre population d'étude est plutôt représentative de la population varoise.

Pour débiter la prise en charge en HAD, l'équipe coordonnatrice contacte le médecin traitant afin d'avoir son autorisation et lui expliquer le protocole. Cependant seuls 48 % des MG interrogés rapportent avoir été contactés pour donner leur accord. Effectivement, l'appel vocal n'aboutit pas toujours car les médecins traitants peuvent être absents pour diverses raisons, non joignables sans possibilité de laisser un message sur les répondeurs mobiles ou fixes.

Les études montrent une communication directe entre le MG et le médecin hospitalier peu fréquente, les chiffres variant de 3 à 20% et une faible implication du MG concernant la décision de sortie de l'hôpital, à raison de 3 à 8% (56)(57). Cependant, ce défaut d'information entraîne dans 67% des cas, des difficultés lors de la sortie contre 32% lorsque le médecin a été informé ( $p < 0,05$ ) (58). Pourtant 92% des



médecins généralistes se disent prêts à discuter avec les médecins hospitaliers et à interrompre une consultation pour discuter de la prise en charge d'un patient (59).

Lors de la prise en charge en HAD, les MG interrogés effectuent en majorité une et souvent plusieurs visites à domicile pour évaluer leur patient. On remarque cependant que plus de 25% d'entre eux n'en effectuent pas, préférant laisser la main aux médecins de l'HAD et du service de cardiologie du CHITS. Nos résultats montrent une forte implication des MG dans les visites au domicile de leurs patients en HAD par rapport à de nombreuses études. Une enquête française en 2005 montre notamment, que 60% des MG trouvent la visite au domicile contraignante (60) mais qu'une meilleure rémunération pourrait inciter à améliorer cette activité (61).

Elise Birague-Cavallie (2015) montre dans son travail de thèse que les visites se raréfient à mesure que le MG s'éloigne du domicile du patient, devant la difficulté à assurer des soins très fréquents et intenses contrebalancé par un nombre élevé de passage des IDE et paramédicaux, qui caractérisent le suivi HAD (62). A l'inverse, notre étude montre que les MG ont tendance à se rendre plus facilement au domicile de leur patient s'ils exercent en milieu rural ou semi-rural (sans différence significative). Nous retrouvons en effet une proportion de visites toujours plus élevée en zone rurale qu'en zone urbaine (63). Il aurait été intéressant d'analyser cette question selon l'éloignement du MG du domicile de son patient.

Différents travaux montrent une mauvaise circulation des informations relatives au patient dans le sens de la ville vers l'hôpital et à l'inverse de l'hôpital vers la ville, impactant la qualité de coordination de soins (11). Au cours de l'hospitalisation, les médecins se mettent en contact dans 95% des cas avec le MG dans le but d'obtenir des informations complémentaires sur le patient, à la suite de courriers adressant les patients qualifiés en majorité comme incomplets (64).

Dans cet objectif de favoriser la coordination des soins, la filière Fil-EAS ic dispose de 2 documents à l'attention du MG : une fiche d'information générale (Annexe 12) sur l'organisation du suivi, des conseils sur la prise en charge et les interactions médicamenteuses, les coordonnées des médecins référents. Il est également communiqué une fiche d'évaluation médicale (Annexe 13) à l'attention du médecin généraliste sur l'état des œdèmes, l'état respiratoire, la situation vaccinale, le risque d'automédication, le suivi diététique, l'état cognitif, la perte d'autonomie, le taux

d'observance et le risque de polymédication. Le patient retourne avec ces 2 documents à son domicile lors du début de la prise en charge en HAD. Un MG de notre étude propose d'y ajouter une section sur l'évaluation psychologique du patient, le médecin traitant étant en effet le plus à même de répondre à cette question, permettant ainsi une prise en charge du patient dans sa globalité.

Notre étude montre cependant que ces 2 documents de la filière Fil-EAS ic n'ont été reçus que par une minorité de MG et parmi eux, seuls quelques-uns ont répondu aux questions posées dans la fiche d'évaluation médicale. De plus, nous montrons un taux plus élevé de MG n'ayant pu disposer d'une bonne réception des documents parmi ceux n'effectuant pas de visites à domicile ( $p=0,16$ ).

Devant ces difficultés, il a donc été demandé aux MG le mode de réception le plus adéquat de ces 2 documents : une majorité souhaite le recevoir par courrier électronique, suivi de près par le format papier déposé au domicile du patient comme fait actuellement, notamment chez ceux effectuant des visites au domicile de leur patient hospitalisé en HAD.

En effet, le courrier électronique est peu utilisé (14%) alors que la plupart des cabinets de médecine générale sont informatisés (64). Dans sa thèse, Fabre (2014) montre qu'après le téléphone, les MG préféreraient communiquer par courrier électronique pour communiquer avec les spécialistes (65). Nous notons qu'il reste important pour les MG de favoriser un échange direct, correspondant à leur désir d'avoir davantage d'informations lors des prises en charge.

Concernant la communication entre la ville et l'hôpital, les études sont unanimes à ce propos : il existe une réelle difficulté pour les MG à joindre un médecin hospitalier (65) (66). Le protocole Fil-EAS ic a donc mis à disposition, dans la fiche d'information générale (Annexe 12), les coordonnées du médecin coordonnateur de l'HAD et du service de cardiologie du CHITS, permettant au MG de contacter l'une des structures 7 jours sur 7. Dans notre étude, 45% des MG confirment avoir ses coordonnées. Mais seuls 57% des MG ayant reçu cette fiche d'information, sur laquelle sont renseignées les coordonnées, disent en avoir possession. On peut alors se demander s'ils ont réellement reçu cette fiche, s'ils l'ont lue ou conservée.

Plus de 95% des médecins traitants voit l'utilité de posséder les coordonnées des médecins référents spécialistes, les ayant déjà utilisées pour la majorité les possédant. Ces résultats accentuent la nécessité qu'ils disposent tous des coordonnées avec un

système téléphonique fonctionnel. Cela pourrait notamment améliorer les démarches d'admissions directes dans la structure en baissant le nombre de passages par les urgences.

Nos résultats rejoignent ceux de Fabre montrant que le téléphone reste le meilleur moyen de planifier une hospitalisation pour 62% des médecins généralistes et pour obtenir un avis spécialisé (50%), ce dispositif étant de plus en plus mis en place dans des hôpitaux en France (65).

Actuellement, le MG ne reçoit que les comptes rendus finaux et cela semble convenir à seulement 34% des MG interrogés, la majorité étant âgée de plus de 60 ans. Nous avons questionné les autres sur les éléments dont ils aimeraient disposer pour les prises en charge à venir. Avoir accès aux résultats des bilans biologiques réalisés pendant l'HAD est la proposition la plus appréciée, ensuite on retrouve l'accès au système informatique répertoriant l'ensemble de l'évolution clinique notifiée par les IDE quotidiennement, puis l'accès aux ECG réalisés pendant l'HAD. Ces résultats sont à évaluer en parallèle d'autres travaux montrant que les MG n'ayant pas accès au logiciel de prescription, s'impliquent moins mais évoquent plusieurs fois « le plaisir » de ne pas prescrire (67). A l'inverse ici, les MG interrogés montrent clairement un souhait d'un plus grand investissement dans la prise en charge.

Plus de 90% des MG trouvent utile la réception des comptes rendus hospitaliers (64). Dans ce contexte, plusieurs recommandations de l'ANAES puis la HAS encadrent le délai d'obtention du compte-rendu hospitalier, fixé à 8 jours en France. Cependant les retards de réception sont retrouvés dans la plupart des études analysées, affectant la qualité des soins en post-hospitalisation et plusieurs travaux montrent que 25 à 38% des MG adressant leur patient à l'hôpital ne reçoivent pas de compte-rendu en retour (56) (57).

Dans l'organisation du protocole Fil-EAS ic, le MG doit recevoir par courrier 3 comptes rendus finaux :

- Le compte-rendu de fin d'hospitalisation du CHITS avant le transfert du patient en HAD.
- Le compte-rendu de clôture de l'HAD par les cardiologues du CHITS.
- Le compte-rendu de clôture de l'HAD par les médecins coordonnateurs de l'HAD.

Le compte-rendu de fin d'hospitalisation du CHITS est estimé, dans notre étude, être reçu en majorité pour 85%. On compte cependant entre 27 et 30% de MG n'ayant pas reçu le compte-rendu de clôture de l'HAD des cardiologues et celui des médecins coordonnateurs.

Dans le compte-rendu de l'HAD, les cardiologues du CHITS proposent des conseils de suivi de l'insuffisance cardiaque. Ils ont été suivis par 90% des MG ayant reçu ce compte-rendu. Ces réponses encourageantes nous invitent à améliorer la bonne réception de ce courrier.

La télésurveillance a montré son intérêt dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque (68) avec une faible utilisation de la part des MG (69). Dans le cadre de la filière Fil-EAS ic, à la clôture de l'HAD, ce sont donc les cardiologues qui décident d'ajouter ou non une télésurveillance par balance connectée ou une application smartphone. 77% des MG interrogés en voit l'utilité, avec une majorité souhaitant être uniquement informé des décisions prises par l'équipe de cardiologie à la suite d'une alerte. Seulement 20 MG souhaitent recevoir les alertes afin qu'une décision médicalement partagée soit prise avec l'équipe de cardiologie, tendance marquée chez les MG exerçant en milieu rural et semi-rural.

Dans la littérature, les MG déclarent apprécier les prises en charge en hôpital de jour gériatrique pour « la pluridisciplinarité, la disponibilité des intervenants, la technicité du diagnostic, le regard nouveau sur les patients, la prise en charge psychologique, nutritionnelle et sociale et l'accompagnement des aidants » mais sont insatisfaits de « l'absence de transmission des comptes rendus, la non résolution du problème médical posé, l'insatisfaction de la famille, le délai de rendez-vous trop long et la perte de vue du patient » (70).

C'est pourquoi, à la fin de l'hospitalisation, les cardiologues décident ou non d'organiser un suivi après l'HAD, en hôpital de jour avec plusieurs consultations sur la journée au sein du CHITS. 99% des MG interrogés voit l'utilité de cette proposition. Nous retrouvons des résultats similaires au travail de thèse d'Agnès Peltier de 2021 montrant un taux global de satisfaction des MG de l'HDJ gériatrique de 96% pour les MG libéraux (71).

La majorité des MG souhaitent de ne pas y être trop impliqué en tant que médecin mais bien recevoir le compte-rendu des actions menées, cela pouvant rentrer en

compte d'un défaut d'information au départ. En effet, Agnès Peltier (71) montre qu'une majorité de MG n'ayant pas été informée des modalités du service d'HDJ sont globalement insatisfaits de la prise en charge.

A la clôture de l'HAD, l'équipe de cardiologie peut décider de reconduire les IDE déjà en place ou de majorer leur présence. 67% des MG interrogés souhaitent être contactés pour décider ou non de mettre en place cette mesure.

Un protocole d'adaptation des diurétiques en fonction du poids (Annexe 15) est mis à disposition du patient et de l'IDEL. Seuls 32% des MG interrogés en avaient connaissance et 83% d'entre eux l'ont déjà utilisé. Au total, la majorité des MG interrogés souhaitent que ce protocole leur soit également envoyé nous invitant par la suite à le mettre à disposition du médecin, en plus du patient et de l'IDEL.

Au final, les MG interrogés évaluent le protocole Fil-EAS ic à 3,4 sur 5 en moyenne sur une échelle de 1 à 5 allant de « pas du tout satisfait » à « parfaitement satisfait », avec une meilleure satisfaction chez les MG exerçant en milieu urbain. L'intérêt majoré des citadins peut venir de leur lien privilégié avec les structures hospitalières présentes sur leur territoire ou avec des spécialistes qu'ils peuvent côtoyer plus facilement que leurs confrères des zones rurales.

Le taux de satisfaction du protocole est dévalorisé chez les MG ayant de mauvaises connaissances de l'IC ( $p=0,20$ ), connaissant mal le protocole ( $p<0,001$ ), n'ayant pas été contactés pour la mise en place de l'HAD ( $p<0,001$ ), n'ayant pas reçu les documents informatifs ( $p=0,05$ ) ou les coordonnées des médecins référents ( $p=0,01$ ). Nos résultats rejoignent de nombreuses études montrant l'intérêt crucial d'une bonne communication ville-hôpital.

56% des MG interrogés souhaitent être davantage impliqués lors de la décision de prise en charge en HAD. Entre 70 et 72% des MG souhaitent l'être davantage pendant la prise en charge en HAD, lors des décisions prises à la consultation de clôture et lors du suivi. On remarque cette tendance particulièrement chez les MG exerçant en zone rurale et semi-rurale.

En conclusion, notre étude montre qu'une meilleure implication des MG dans le protocole Fil-EAS ic permettrait un meilleur taux de satisfaction.

Nous avons analysé nos résultats en fonction de l'âge des MG, se demandant si l'âge avait un impact dans l'adhésion des MG au protocole.

Les MG âgés de plus de 60 ans, expriment avoir de meilleures connaissances de l'IC ( $p=0,44$ ), une meilleure formation continue ( $p<0,05$ ), une meilleure connaissance du protocole Fil-EAS ic ( $p=0,40$ ) que leurs confrères plus jeunes, probablement dû au fait de leur ancienneté. Ils ont tendance à avoir été plus facilement contactés ( $p=0,19$ ) pour donner leur accord, et être majoritairement en possession des coordonnées des médecins référents ( $p=0,26$ ), orientant vers l'idée qu'ils seraient plus disponibles que leurs confrères avec un carnet d'adresse souvent complet. Ils souhaitent d'ailleurs majoritairement être contactés pour décider ou non de poursuivre les IDE déjà en place ou de les majorer à la fin de la prise en charge. Ils ont tendance à effectuer moins de visites au domicile que leurs confrères plus jeunes ( $p=0,75$ ), rejoignant le fait qu'un MG fait de moins en moins de visites en vieillissant (63).

Concernant la télésurveillance, les MG âgés de plus de 60 ans souhaitent en majorité être uniquement informés des décisions prises par l'équipe de cardiologie à la suite d'une alerte, tout comme leurs confrères plus jeunes même si de façon moindre. Les études montrent pourtant une faible utilisation de la télésurveillance de la part des MG notamment plus âgés (69).

Concernant l'HDJ, les MG âgés de plus de 60 ans souhaitent en majorité recevoir uniquement le compte rendu. Cependant, ils représentent la minorité souhaitant être plus impliqués dans cette démarche ( $p<0,05$ ) par le biais d'une décision commune entre MG et cardiologues, ou de s'en occuper seul en orientant vers les spécialistes de ville. Les données de la littérature nous montrent un taux de 71 à 82% de MG libéraux estimant leur rôle respecté dans la prise en charge de leur patient en HDJ, quelle que soit leur ancienneté d'installation (71) (73).

Les MG âgés de plus de 60 ans semblent plus facilement joignables et demandeurs d'une meilleure communication, chez qui l'on retrouve une meilleure qualité d'écoute avec une meilleure connaissance de leurs patients et une relation plus intime (74). Cependant, il n'y avait pas de différence significative sur l'âge des MG concernant leur taux de satisfaction et leur implication dans le protocole Fil-EAS ic.

Nous nous sommes demandé secondairement si les connaissances des MG en insuffisance cardiaque et la qualité de leur formation pouvaient avoir un impact sur leur adhésion au protocole Fil-EAS ic rejoignant le travail de thèse de Marion Cetre et Paul Semeraro où la limitation des connaissances théoriques limite l'implication (67).

Plusieurs études ont montré le défaut de familiarité des MG avec le diagnostic d'IC, les symptômes et les signes pouvant être non spécifiques et lents à se développer, chez des patients avec des comorbidités importantes de plus en plus âgés. Les MG expriment un manque de directives et un besoin de formation (23) devant faire partie intégrante de l'exercice, après reconnaissance des bénéfices apportés pour ceux qui ont pu y participer (72).

Rejoignant les données de la littérature, les MG de notre étude estiment avoir des connaissances et une formation en insuffisance cardiaque plutôt « moyenne » (côté entre 3,2 et 3,6 sur 5 sur une échelle allant de 1 « très mauvaise(s) connaissances ou formation » à 5 « très bonne(s) connaissances ou formation »). Nous remarquons que les MG exprimant avoir de bonnes connaissances de l'IC, expriment avoir une bonne formation, et inversement.

Notre étude montre que les MG exprimant avoir de bonnes connaissances de l'IC, auront tendance à se rendre plus facilement au domicile pour évaluer leur patient ( $p=0,91$ ). A l'inverse, ceux exprimant en avoir de mauvaises, souhaitent être uniquement informés des décisions prises par l'équipe de cardiologie à la suite d'une alerte en télésurveillance ( $p=0,29$ ) et sont moins satisfaits du protocole Fil-EAS ic que leur confrères ( $p=0,20$ ). Notre étude ne montre pas de différence significative entre le souhait d'implication des MG dans le protocole Fil-EAS ic et leur connaissance et formation en insuffisance cardiaque.

Les études montrent que 73% des MG considèrent la formation médicale continue comme un bon moyen d'améliorer les échanges avec les praticiens hospitaliers (65). La rencontre directe des confrères hospitaliers y est décrite comme une attente forte des MG, ces formations étant vues comme le moyen de faire connaissance, enrichir ses connaissances et mieux s'investir ensuite dans la prise en charge.

Nous nous sommes ensuite demandé si l'amélioration de la connaissance des MG du protocole Fil-EAS ic pouvait avoir un impact sur leur adhésion.

Le protocole Fil-EAS ic est plutôt mal connu dans notre étude, les MG le quantifiant par une moyenne de 2,38 sur 5 sur une échelle allant de 1 signifiant « pas du tout » le connaître à 5 « parfaitement ». 31% des MG présentent des difficultés à estimer leur nombre de patients déjà pris en charge par la filière (certains expriment n'avoir jamais eu de patients inclus, d'autres plus de 6). Cependant par étude du logiciel « AtHome » référençant les données des médecins et leur(s) patient(s) pris en charge en HAD, nous identifions une moyenne de 1,72 patients inclus dans la filière Fil-EAS ic par médecin généraliste. Chaque MG avait au moins 1 patient inclus dans la filière et un maximum de 5 patients.

Les MG contactés pour donner leur accord au début de la prise en charge, ont une meilleure connaissance du protocole que les autres avec une moyenne d'évaluation à 3,06 sur 5 contre 1,64 sur 5. Cependant le fait d'avoir été en contact avec l'HAD n'a pas permis une connaissance parfaite du protocole : 1 seul MG parmi les 34 contactés évalue le protocole comme « parfaitement connu » alors que 3 le juge comme « pas du tout connu ». Cela rejoint le travail de thèse de Marion Cetre et Paul Semeraro retrouvant des discordances entre une simple information ou alors un véritable échange autour du patient, lors des entretiens émanant des services hospitaliers pour la recherche de l'accord du MG (67).

Les MG exprimant mieux connaître le protocole Fil-EAS ic, ont davantage reçu les différents comptes rendus, se rendent plus facilement au domicile pour évaluer leur patient pendant l'HAD ( $p=0,20$ ) et sont plus satisfaits de la prise en charge ( $p<0,001$ ). On ne remarque cependant pas de différence significative sur le souhait d'implication dans le protocole Fil-EAS ic.

L'information du médecin généraliste est donc un point essentiel dans la prise en charge.



## II. Forces et faiblesses de l'étude

Il s'agit de la première étude évaluant l'adhésion des MG au protocole Fil-EAS ic.

Le questionnaire électronique est une méthode facile, la plus souvent utilisée et peu coûteuse permettant au MG de répondre quand il le souhaite et de renforcer le sentiment d'anonymat (75). Il engendre cependant un taux important de non-réponse, raison pour laquelle un courrier a fait suite. Dans notre travail, le taux de réponse était de 35%, un résultat correct pour ce type d'étude.

Les différents moyens de diffusion du questionnaire (email, courrier, fax, sms) ont permis de récolter plus de résultats et de cibler les médecins avec des caractéristiques sociodémographiques différentes. Les MG ont été recrutés avec des secteurs et des profils variés, permettant de recueillir des opinions diverses. Notre population semble représentative de la population Varoise.

Les questions fermées ont été privilégiées afin d'obtenir le plus de réponses possibles. Certains commentaires obtenus dans les questions ouvertes ont permis d'enrichir notre étude.

Afin d'inciter les MG à répondre au questionnaire, un cours résumé leur était adressé en amont sur les bases et l'organisation de la filière Fil-EAS ic. Ils ont donc pu réfléchir par avance aux réponses du questionnaire entraînant un biais d'information.

Devant tout auto-questionnaire, la subjectivité des répondants peut entraîner un biais d'évaluation.

On évalue d'une part, les non-répondants, susceptibles de modifier les résultats de l'enquête. L'absence de résultats peut être interprétée comme un avis défavorable ou un désintérêt vis à vis du protocole Fil-EAS ic. De plus, notre population a pu être surestimée, certains MG interrogés étaient probablement retraités ou avaient changé d'activité, sans que la base de données ait été mise à jour.

Tous les médecins interrogés ont eu au moins un patient pris en charge par la filière Fil-EAS ic depuis sa création, notification évoquée dans l'explication accompagnant l'envoi du questionnaire. Il est probable que certains MG n'aient pas répondu, n'ayant plus le souvenir d'un patient inclus dans la filière, sous estimant ainsi la part de MG dans notre étude ayant une mauvaise connaissance du protocole.

D'autre part, on peut supposer que les MG les plus impliqués par le sujet aient été plus enclins à répondre au travail.

Les réponses des MG ont été analysées selon le nombre réel de patient inclus dans la filière Fil-EAS ic par MG, d'après les données du logiciel « AtHome ».

Une sous-estimation du nombre de patient réel était possible, les MG correspondants ayant pu avoir un leur patient inclus dans la filière au moment de la période transitoire : entre la fin d'analyse du nombre de patients inclus via le logiciel « AtHome » et l'analyse des réponses des MG au questionnaire envoyé, équivalent à 3 mois et demi. A l'inverse, ces chiffres peuvent être faussés avec la probabilité qu'un médecin remplaçant ou le cardiologue lui-même ait orchestré la prise en charge du dit-patient pendant l'absence du médecin traitant référent ou dans l'impossibilité de le contacter. Un biais de sélection ne peut donc être éliminé.

Un biais de mémorisation a été identifié, parmi les MG semblant mal connaître le protocole Fil-EAS ic ou présentant des difficultés à estimer leur nombre de patients inclus ou estimant de pas avoir eu de contact avec l'HAD ou ne pas avoir reçu les différents comptes rendus. En effet, les MG pour lesquels le dernier patient pris en charge par le protocole, date d'il y a plus d'un an, semblent moins bien connaître le protocole, moins bien estimer leur nombre de patients inclus, avoir été moins contactés, avoir moins reçu les comptes rendus que les autres. De même, notre étude montre que les MG n'ayant eu qu'un seul patient inclus dans le protocole, le connaissent moins bien et de façon statistiquement significative.

A la question complexe de l'estimation de la réception des comptes rendus par les MG, on peut également se poser la question d'un épuisement à la fin du questionnaire pouvant amener à répondre la première modalité sans lire les autres propositions. En effet nos résultats sont assez contradictoires, il est rapporté par les professionnels de santé du protocole Fil-EAS ic que les comptes rendus sont toujours

envoyés au MG (sauf rare exception de manque de coordonnées) en plus d'une copie distribuée au patient, que le MG et l'IDEL peuvent consulter.

Notre étude a permis de pointer une faiblesse du protocole Fil-EAS ic concernant la distribution des 2 documents à l'attention de médecins généralistes.

L'analyse de la bonne réception des MG de ces documents est difficilement analysable étant donné qu'un défaut de distribution en amont a été signalé, une majorité de patients n'étant pas retourné au domicile en sa possession.

De plus les résultats sont contradictoires : 10 MG estiment avoir répondu à la fiche d'évaluation médicale de leur patient alors que l'équipe d'HAD ne peut justifier la réception de seules 3 fiches au total.

Les patients, lors du retour au domicile, peuvent également avoir égaré les documents.

Il aurait été intéressant de savoir si les MG avaient une activité particulière avec le CHITS ou de connaître leur proximité avec l'hôpital facilitant les échanges, les rendant plus susceptibles de travailler avec.

Dans un souci de faisabilité et de pertinence de l'analyse, nous n'avons décidé d'interroger que les MG au sujet de la filière Fil-EAS ic. Néanmoins, le point de vue des IDE libérales, des médecins coordonnateurs, des cardiologues, des patients, des aidants serait une perspective intéressante pour compléter ce travail.

### III. Perspectives et actions à mettre en place

#### A. Amélioration de la communication ville / hôpital

Au début de la prise en charge, il est proposé un contact direct avec le MG par le médecin coordonnateur de l'HAD. Nos résultats rejoignent les autres études et montrent l'intérêt crucial de la communication entre l'hôpital et la ville et notamment en amont de la prise en charge, dès l'hospitalisation du patient.

Il serait intéressant d'analyser le temps dédié à cet appel, la qualité de l'information donnée, les alternatives faites lors d'une difficulté à joindre le MG (réitérer l'appel, informations données par messagerie électronique ou courrier).

Nous proposons lors de cet appel de faire part des informations relatives à l'organisation de la filière Fil-EAS ic et d'autre part d'interroger le MG sur ses préférences en termes de mode de communication, de fréquence et de définir ensemble le rôle de chacun (fréquence des visites, prescriptions, relais avec les intervenants extérieurs). Il peut être proposé un appel ultérieur lors de la consultation de clôture afin de décider en collaboration, l'organisation du suivi (proposition d'une télésurveillance, d'une hospitalisation de jour, de la nécessité de programmer des IDE par la suite).

Cela permet de s'adapter au mieux au souhait du médecin traitant quant à l'implication dans sa prise en charge. L'intérêt d'informer sur le fonctionnement du protocole a largement été montré dans notre étude.

Concernant les 2 documents à l'attention du MG (la fiche d'information générale et la fiche d'évaluation médicale), il serait intéressant d'y ajouter une section sur l'évaluation psychologique du patient, que le MG est à même de répondre, comme préconisé au cours de notre étude.

Concernant le mode de réception des 2 documents, l'envoi par messagerie électronique semble le plus approprié, en plus de les inclure dans le dossier papier avec lequel le patient retourne à son domicile. Il serait également judicieux d'encourager le MG à y répondre lors de l'appel initial de l'HAD et de les intégrer au compte-rendu de sortie d'hospitalisation du CHITS avant le transfert du patient en HAD.

Les coordonnées des médecins référents (médecins coordonnateurs de l'HAD et cardiologues de la structure Fil-EAS ic) sont d'une grande utilité.

Il est nécessaire d'inciter à communiquer par ce biais, lors de l'appel initial du MG, et d'améliorer l'accessibilité des coordonnées en les inscrivant clairement sur les différents courriers et documents.

Toujours dans un souci de meilleure communication entre les différents intervenants, notre étude rappelle la nécessité d'un envoi rapide des différents comptes rendus d'hospitalisation et de consultation, par courrier et messagerie électronique.

Dans son rapport de 2013, la HAS identifie les principaux problèmes dans les documents de sortie tels que les délais de communication, l'inclusion d'informations imprécises et l'omission d'informations importantes (76). Elle recommande avec le développement de l'informatisation, l'utilisation de documents électroniques dont au moins une partie, si ce n'est le document complet, puisse être envoyée le jour de la sortie avec la remise d'une copie au patient. Actuellement, en plus de l'envoi par courrier des différents comptes rendus aux MG, une copie est déjà adressée au patient.

Les conseils de suivi de l'insuffisance cardiaque, l'adaptation des traitements par diurétiques sont également à mettre en évidence dans le compte-rendu après avoir montré largement leur utilité.

Notre étude montre tout l'intérêt de l'amélioration de la formation médicale des MG en insuffisance cardiaque, nous amenant à réfléchir à d'autres modes de communication. Par l'accessibilité des nouvelles technologies, la mise en place de tutoriels sur internet ou de visioconférence, a notamment pris un essor important permettant une rencontre-formation entre différents médecins.

## B. Harmonisation des pratiques interprofessionnelles

Des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) (82) ont été créés dans le but de regrouper des professionnels d'un même territoire souhaitant s'organiser, à leur initiative, autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes. Leur développement vise à répondre à l'aspiration des jeunes médecins, à travailler en équipe. Leurs objectifs sont d'améliorer l'organisation des soins non programmés, la coordination ville-hôpital, l'attractivité médicale du territoire, la coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien au domicile... Le principal bénéfice attendu est une plus grande fluidité des parcours de santé pour le patient.

Les professionnels de santé de la filière Fil-EAS ic sont actuellement en lien avec la CPTS de Toulon, dans le but d'harmoniser des pratiques interprofessionnelles sur leur propre territoire de santé.

## C. Déploiement de l'e-santé

Les MG souhaitent être davantage acteurs dans la prise en charge de leur patient en HAD et pouvoir en rester le pivot s'ils le souhaitent. Cependant ces différentes propositions d'amélioration de la communication « ville-hôpital » par l'informatisation soulèvent des problèmes. Nous sommes face à une nécessité de sécurisation des données médicales impliquant d'en limiter l'accès, alors que le bon fonctionnement et l'amélioration de la communication « ville-hôpital » nécessite au contraire d'en faciliter l'accès.

Le partage des données implique de suivre une législation qui n'est actuellement pas clairement définie. Le dossier patient hospitalier utilisé au CHITS intitulé « ORBIS », le dossier patient HAD « AtHome », le dossier médical partagé « DMP » (carnet de santé numérique comprenant les informations de santé des patients accessible aux professionnels de santé), les données des bilans biologiques réalisés pendant l'HAD du laboratoire « Cerballiance » et les données tracées de télésurveillance ne sont pas en lien les unes avec les autres.

Les acteurs de santé gravitant autour du patient de la filière Fil-EAS ic (cardiologues, médecins coordonnateurs, IDEL, MG) n'ont pas le pouvoir d'homogénéiser ces dossiers et de respecter une législation pour un partage sécurisé.

L'utilisation du téléphone comme moyen de communication reste peu adaptée par la difficulté d'avoir le bon correspondant, au bon moment, pour la bonne durée. De même, l'utilisation de la messagerie électronique habituelle ou du fax pour l'envoi de comptes rendus et documents ne sont pas autorisés, nécessitant une plate-forme sécurisée.

Il est également à noter que les professionnels de santé prenant en charge les patients de la filière Fil-EAS ic sont en nombre restreints par rapport au nombre exponentiel de patients intégrant la filière. Le développement de l'e-santé et de la communication, la multiplication des rapports nécessiteraient des effectifs et des rémunérations adaptées.

Nous sommes face à un phénomène d'informatisation croissante des dossiers médicaux et de facilitation de numérisation et d'intégration des données (78). Même si certains outils sécurisés existent depuis de nombreuses années, tel que le logiciel Apicrypt (première messagerie sécurisée dédiée aux professionnels de santé créée en 1996) (79), le gouvernement a lancé le domaine MSSanté (Messageries Sécurisées en Santé) en 2013 (80). Il s'agit d'un regroupement de systèmes labélisés de messageries interopérables entre elles, nécessitant une authentification professionnelle, par carte de professionnel de santé (CPS) ou système « fort » équivalent, pour accéder aux données, garantissant ainsi la confidentialité des échanges. Parmi les principaux systèmes, on retrouve la messagerie « Mailiz », développée par les Conseils Nationaux des Ordres.

Parallèlement, chaque Agence Régionale de Santé (ARS) a développé sa propre solution de messagerie sécurisée intitulé GRADeS (Groupement Régionale d'Appui au Développement de la e-Santé) qui a multiplié l'offre d'outils interopérables. Ce groupement vise à élaborer et mettre en œuvre la stratégie régionale d'e-santé, conduire les projets et fédérer les acteurs.

En région PACA, le GRADeS Innovation e-Santé Sud (ieSS) est un groupement d'intérêt public (GIP) comprenant plus de cent structures membres. L'ieSS a développé une messagerie instantanée sécurisée commune pour tous les professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social en région Sud, nommée

Azurezo (81). Elle permet à tous les professionnels d'échanger des informations de façon sécurisée, afin d'optimiser la coordination de prise en charge des patients et usagers. Elle permet depuis son mobile ou son ordinateur, de retrouver les professionnels sur un annuaire, créer des conversations individuelles ou de groupe entre professionnels inscrits, échanger de l'information autour d'une thématique ou autour d'un patient, partager des documents et des photos.

Actuellement, une collaboration des professionnels de santé du protocole Fil-EAS ic est actuellement en cours avec l'ieSS, ayant pour axes de travail :

- La communication
  - o Communication rapide entre professionnels avec une messagerie type « WhatsApp ».
  - o Échange de document (ordonnance, biologie, courrier, photographie).
  - o Télésurveillance et suivi paramédical structuré au domicile.
- Une interopérabilité des logiciels : dossier patient hospitalier, dossier patient HAD « AtHome », biologie sur serveur de ville, télésurveillance, dossiers des médecins de ville, DMP...
- Modulation des outils de télésurveillance :
  - o Verticale : chez les patients en situation de gravité, possibilité de multiplier les paramètres de télésurveillance (température, tension artérielle, saturation en oxygène, ECG...) comme en milieu hospitalier, plusieurs fois par jour, à la demande et à distance.
  - o Horizontale : chez les patients polyopathologiques (HTA, IC, Diabète, BPCO, matériel médical implanté), possibilité de multiplier les paramètres de suivi.
- Développement de la télécardiologie :
  - o Transfert des données médicales avec notamment l'interprétation déportée d'imageries (type téléradiologie) pour les activités privées et publiques.
  - o Téléexpertise, permettant notamment la demande d'avis spécialisés.

Il reste cependant des MG non équipés en messageries sécurisées ou utilisant des moyens de communication non sécurisés.

Ces évolutions sont également à envisager en mettant en garde du risque d'intrusion, d'identito-vigilance et de défaut de durabilité.



Le développement de l'informatisation, nécessite donc une législation claire, un accompagnement des équipes lors du changement, l'implication de tous les acteurs autant du milieu hospitalier que de la ville et la formation à l'utilisation de l'outil.

De plus, les propositions d'amélioration de l'implication du médecin généraliste au sein de la filière nécessitent d'en étudier la faisabilité étant donné qu'une multiplication des décideurs pourrait entraîner un alourdissement et rendre moins efficace la prise en charge.

## Conclusion

---

En amont de la prise en charge en HAD, seuls 48% des MG interrogés ont été contactés pour donner leur accord, avec une probable disparité sur la qualité des échanges menés lors de ce premier contact.

Lors de la prise en charge en HAD, les documents d'information et d'évaluation médicale n'ont quasiment jamais été réceptionnés par les MG. Ils souhaitent les recevoir préférentiellement par messagerie électronique, en plus de l'instaurer dans le dossier papier avec lequel le patient retourne à son domicile. Les coordonnées des médecins référents sont très appréciées des MG, mais moins de 50% en avaient possession. Une grande majorité effectue des visites au domicile pendant l'HAD. Ils souhaitent un partage avec les médecins référents du suivi biologique et en moindre mesure du système informatique répertoriant l'évolution clinique quotidienne notifié par les IDE et les ECG.

A la clôture de l'HAD, les comptes rendus finaux n'ont pas été reçus pour 15 à 30% des MG. Les conseils de suivi de l'insuffisance cardiaque, l'adaptation des traitements par diurétiques ont largement montré leur utilité.

La mise en place d'une télésurveillance et d'une hospitalisation de jour sont très appréciées avec le souhait des MG d'être informés des décisions prises, sans nécessairement y être plus impliqués. Concernant la poursuite ou majoration du passage d'IDE à la fin de la prise en charge, les MG souhaitent être contactés pour décider ou non de mettre en place cette mesure.

Au final, les MG évaluent le protocole Fil-EAS ic par une moyenne de 3,4/5 avec un désir en majorité de vouloir être plus impliqués, particulièrement lors de la prise en charge en HAD, lors des décisions prises à la consultation de clôture et dans le suivi à posteriori. Une meilleure implication des MG permettrait un meilleur taux de satisfaction au protocole Fil-EAS ic.

Notre étude montre qu'une amélioration de la communication ville-hôpital, dès l'instauration de l'HAD, est essentielle : informer le MG de l'organisation de la prise en charge et partager les coordonnées des médecins référents, obtenir son accord pour la suite, discuter du moyen de communication adéquat et de son implication

souhaitée. Notre travail montre la nécessité d'une meilleure accessibilité au MG du suivi clinique et paraclinique mis en place ainsi qu'aux documents et comptes rendus de sortie.

Le protocole Fil-EAS ic travaille actuellement avec les communautés professionnelles territoriales de santé, dont l'enjeu est l'harmonisation des pratiques interprofessionnelles, et le déploiement de l'e-santé permettant le partage d'informations médicales sécurisées.

L'évolution de la prise en charge, en impliquant davantage les médecins généralistes comme ils le souhaitent, nécessite d'évaluer la faisabilité des mesures à mettre en place avec les professionnels de santé du protocole Fil-EAS ic étant donné le risque d'alourdir et de rendre moins efficace la prise en charge en multipliant les décideurs.

Une étude ultérieure permettrait de juger de l'efficacité des mesures prises et rechercher une amélioration du taux de satisfaction des MG et de la prise en charge des patients.

# Bibliographie

---

1. De Peretti C, Danchin N, Danet S, Olie V, Gabet A, Juilliere Y, et al. Prévalences et statut fonctionnel des cardiopathies ischémiques et de l'insuffisance cardiaque dans la population adulte en France : apports des enquêtes déclaratives Handicap-Santé. Bull Epidémiologique Hebd Paris Fr. 2014;(9-10):172-81.
2. Fourcade N., Von Lennep F. (DREES), Grémy I., Bourdillon F. (Santé publique France). L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. 2017;250-3.
3. CNAM. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2020 (loi du 13 août 2004). 2019.
4. CNAM. Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque (IC) aiguë / chronique en 2018. Fiche pathologie. Cnam/DSES/DEPP. 2020.
5. OCDE. Panorama de la santé 2019: Les indicateurs de l'OCDE. Paris: OCDE; 2019. (Panorama de la santé).
6. Sundmacher L, Fischbach D, Schuettig W, Naumann C, Augustin U, Faisst C. Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. Health Policy. 1 nov 2015;119(11):1415-23.
7. Voudris KV, Silver MA. Home Hospitalization for Acute Decompensated Heart Failure: Opportunities and Strategies for Improved Health Outcomes. Healthc Basel Switz. 28 mars 2018;6(2):31.
8. C. Martinat. Fil-EAS, suivi à domicile de l'insuffisant cardiaque. Var Matin. Pressreader. 24 janv 2021;
9. Ministère de la santé. Circulaire N° DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile (HAD). 2006.
10. Percin ND. Collaboration entre la ville et l'hôpital : expérience de l'unité d'hospitalisation à domicile du centre hospitalier de Montauban [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2013.

11. Kessler C, Williams MC, Moustoukas JN, Pappas C. Transitions of care for the geriatric patient in the emergency department. *Clin Geriatr Med.* févr 2013;29(1):49-69.
12. Raat W, Smeets M, Janssens S, Vaes B. Impact of primary care involvement and setting on multidisciplinary heart failure management: a systematic review and meta-analysis. *ESC Heart Fail.* 6 janv 2021;8(2):802-18.
13. Trochu J-N, Mercadier J-J, Toquet C, Lamirault G, Le Tourneau T. Insuffisance cardiaque. In: *Les fondamentaux de la pathologie cardiovasculaire.* 2021. p. 177-214. (Collège National des enseignants de cardiologie).
14. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J.* 14 juill 2016;37(27):2129-200.
15. Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart Br Card Soc.* sept 2007;93(9):1137-46.
16. Ponikowski P, Anker SD, AlHabib KF, Cowie MR, Force TL, Hu S, et al. Heart failure: preventing disease and death worldwide. *ESC Heart Fail.* sept 2014;1(1):4-25.
17. Maggioni A.P., Dahlström U., Filippatos G., Chioncel O., Leiro M.C., Drozd J., et al. EURObservational Research Programme: regional differences and 1-year follow-up results of the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). *Eur J Heart J Fail.* 2013;(15):808-17.
18. Solomon SD, Dobson J, Pocock S, Skali H, McMurray JJV, Granger CB, et al. Influence of Nonfatal Hospitalization for Heart Failure on Subsequent Mortality in Patients With Chronic Heart Failure. *Circulation.* 25 sept 2007;116(13):1482-7.
19. Cook C, Cole G, Asaria P, Jabbour R, Francis DP. The annual global economic burden of heart failure. *Int J Cardiol.* 15 févr 2014;171(3):368-76.
20. ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur. L'accès aux soins de proximité dans le Var. Portrait du territoire du Var. 2019;

21. HAS. Guide parcours de soins insuffisance cardiaque. 2014.
22. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Colvin MM, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. *J Am Coll Cardiol*. 8 août 2017;70(6):776-803.
23. Hobbs FDR, Doust J, Mant J, Cowie MR. Diagnosis of heart failure in primary care. *Heart*. 1 nov 2010;96(21):1773-7.
24. Smeets M, Zervas S, Leben H, Vermandere M, Janssens S, Mullens W, et al. General practitioners' perceptions about their role in current and future heart failure care: an exploratory qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 28 juin 2019;19(1):432.
25. Smeets M, Van Roy S, Aertgeerts B, Vermandere M, Vaes B. Improving care for heart failure patients in primary care, GPs' perceptions: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Open*. 1 nov 2016;6(11):e013459.
26. Vedel I, Khanassov V. Transitional Care for Patients With Congestive Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Fam Med*. nov 2015;13(6):562-71.
27. Van Spall HGC, Rahman T, Mytton O, Ramasundarahettige C, Ibrahim Q, Kabali C, et al. Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. *Eur J Heart Fail*. 2017;19(11):1427-43.
28. Mai Ba H, Son Y-J, Lee K, Kim B-H. Transitional Care Interventions for Patients with Heart Failure: An Integrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. avr 2020;17(8):2925.
29. Feltner C. Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 3 juin 2014;160(11):774-84.
30. Roccaforte R, Demers C, Baldassarre F, Teo KK, Yusuf S. Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. *Eur J Heart Fail*. 2005;7(7):1133-44.

31. Bradley EH, Curry L, Horwitz LI, Sipsma H, Thompson JW, Elma M, et al. Contemporary Evidence About Hospital Strategies for Reducing 30-Day Readmissions: A National Study. *J Am Coll Cardiol*. 14 août 2012;60(7):607-14.
32. Li Y, Fu MR, Luo B, Li M, Zheng H, Fang J. The Effectiveness of Transitional Care Interventions on Health Care Utilization in Patients Discharged From the Hospital With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc*. mars 2021;22(3):621-9.
33. CNAM. Prado, le service de retour à domicile. Prado, insuffisance cardiaque. [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/bouches-du-rhone/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>
34. CNAM. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021. 2020 juill.
35. Puel C. La télésurveillance clinique dans l'insuffisance cardiaque: intérêt d'un système de télésurveillance mis en place au centre hospitalo-universitaire de Bordeaux [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2020.
36. Galinier M, Roubille F, Berdague P, Brierre G, Cantie P, Dary P, et al. Telemonitoring versus standard care in heart failure: a randomised multicentre trial. *Eur J Heart Fail*. 2020;22(6):985-94.
37. DGOS, Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport au parlement : Evaluation des expérimentations de télésurveillance du programme nationale ETAPES. 2020.
38. Philippe J. Concept, pertinence et faisabilité d'une unité mobile pour l'insuffisance cardiaque: Enquête auprès des médecins généralistes libéraux du territoire de santé Sud-Alsace [Thèse d'exercice]. Université de Strasbourg; 2019.
39. FNEHAD. L'hôpital de demain : et si c'était aussi chez moi ? Ce que pensent les Français et leurs médecins généralistes de l'hospitalisation à domicile. Enquête Viavoice pour la FNEHAD sur un échantillon représentatif de 1 000 Français et de 300 médecins généralistes. 2017;
40. FNEHAD. Rapport d'activité 2019-2020. L'HAD, un partenaire présent, réactif et adaptable. 2020.

41. Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, Ricauda NA, Wilson AD, Barclay L. A meta-analysis of "hospital in the home". *Med J Aust.* 2012;197(9):512-9.
42. LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (1). 91-748 juill 31, 1991.
43. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
44. Mauro L. Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016) Un essor important, en deux temps. *DRESS. Les dossiers de la DRESS.*; 2017.
45. FNEHAD. Le baromètre. Journées réalisées en hospitalisation à domicile. Données à M12 2019. Trimestriel de l'Observatoire de l'hospitalisation à domicile.; 2020.
46. Hernandez AF, Greiner MA, Fonarow GC, Hammill BG, Heidenreich PA, Yancy CW, et al. Relationship between early physician follow-up and 30-day readmission among Medicare beneficiaries hospitalized for heart failure. *JAMA.* 5 mai 2010;303(17):1716-22.
47. Qaddoura A, Yazdan-Ashoori P, Kabali C, Thabane L, Haynes RB, Connolly SJ, et al. Efficacy of Hospital at Home in Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS One.* 8 juin 2015;10(6):e0129282.
48. Comín-Colet J, Verdú-Rotellar JM, Vela E, Clèries M, Bustins M, Mendoza L, et al. Efficacy of an integrated hospital-primary care program for heart failure: a population-based analysis of 56,742 patients. *Rev Espanola Cardiol Engl Ed.* avr 2014;67(4):283-93.
49. Liljeroos M, Strömberg A. Introducing nurse-led heart failure clinics in Swedish primary care settings. *Eur J Heart Fail.* janv 2019;21(1):103-9.
50. Agrinier N, Altieri C, Alla F, Jay N, Dobre D, Thilly N, et al. Effectiveness of a multidimensional home nurse led heart failure disease management program : A French nationwide time-series comparison. *Int J Cardiol.* 9 oct 2013;168(4):3652-8.
51. Tartière J-M, Birgy C, Candel J, Le Caignec M. FIL-EAS ic : Changement de paradigme dans le parcours de soins du patient insuffisant cardiaque. *Cardio H Rev Expr Collège Natl Cardiol Hôp.* mai 2020;54:20-5.



52. Le Caignec M, Birgy C, Candel J, Djibo A, Tartiere J-M. Évaluation gériatrique et sociale par l'infirmière des patients insuffisants cardiaques dans la filière FIL-EAS ic. Soins Gérontologie. août 2021;S1268603421001420.
53. ORS. SIRSéPACA Système d'information régional en santé de l'observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. Disponible sur: <http://www.sirsepaca.org/>
54. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Etudes et Résultats : Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. Etudes et Résultats. DRESS / ORS / URPS; 2019.
55. ARS, Provence Alpes Côte d'Azur. Conférence de presse. L'accès aux soins de proximité dans le Var. Portrait du territoire du Var. 4 avr 2019; Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/media/36541/download>
56. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA. 28 févr 2007;297(8):831-41.
57. URML Ile de France D C,& Clavero, J. La continuité des soins en ville après une hospitalisation. Commission d'évaluation. Enquête Sortie Etablissement de Santé. 2006;
58. Arora VM, Prochaska ML, Farnan JM, D'Arcy MJ, Schwanz KJ, Vinci LM, et al. Problems after discharge and understanding of communication with their primary care physicians among hospitalized seniors: a mixed methods study. J Hosp Med. sept 2010;5(7):385-91.
59. Isaac DR, Gijsbers AJ, Wyman KT, Martyres RF, Garrow BA. The GP-hospital interface: attitudes of general practitioners to tertiary teaching hospitals. Med J Aust. 6 janv 1997;166(1):9-12.
60. Union régionale des médecins libéraux (URML) d'Ile-de-France. La visite à domicile chez les médecins franciliens. 2005;
61. Crotet R, Jehenne B. Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile : étude descriptive et comparative auprès de deux groupes de médecins généralistes du secteur de l'HAD de Grenoble [Thèse d'exercice]. Université Grenoble - Joseph Fourier; 2011.

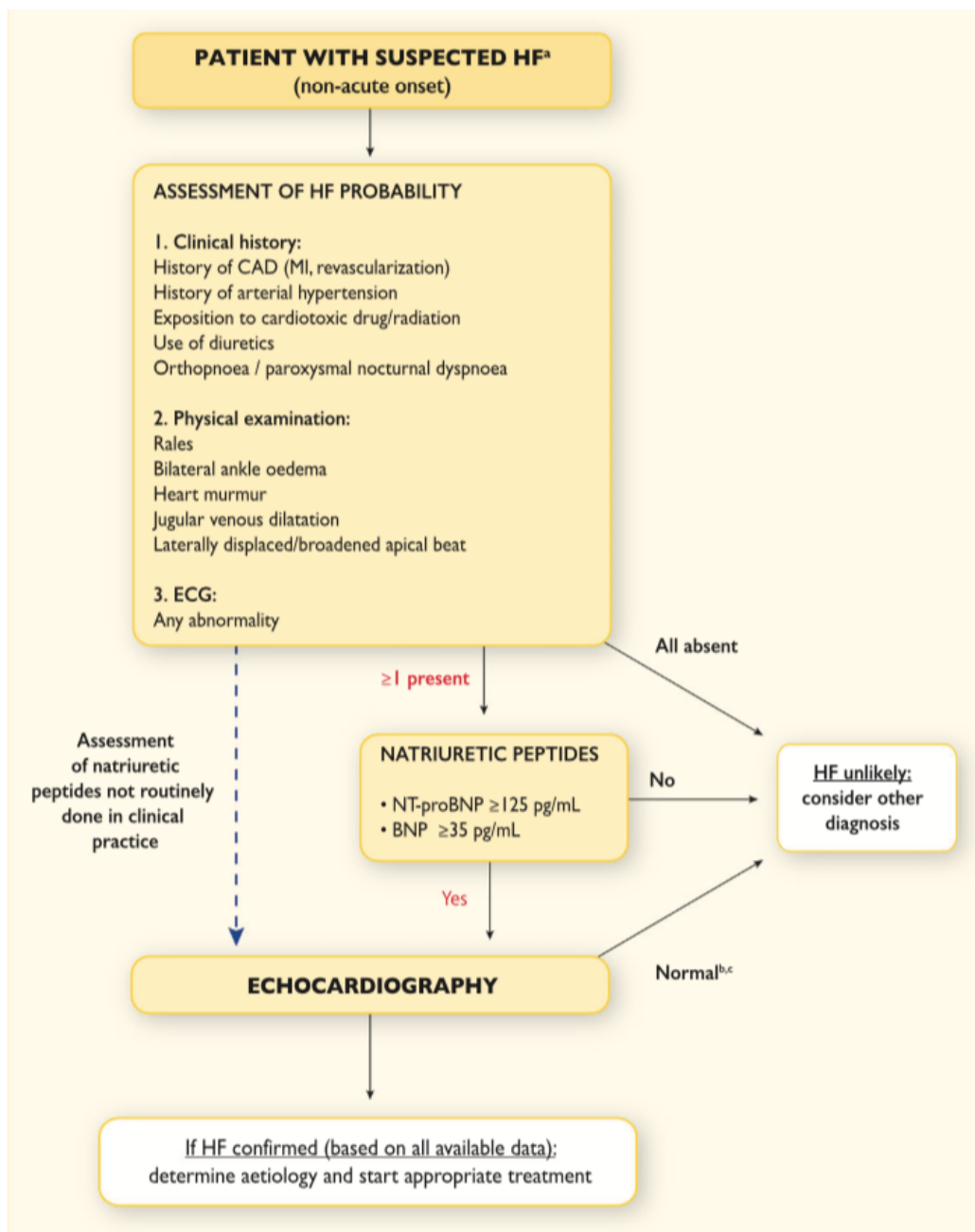
62. Birague-Cavallie E, Bonenfant F. Utilisation de l'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes du Tarn-et-Garonne. Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2015.
63. Lucas-Gabrielli V. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Bull Inf En Économie Santé. 2004;(81):8.
64. Hubert G. La circulation de l'information médicale: évaluation du lien complexe ville-hôpital [Thèse d'exercice]. Université Paris 13; 2006.
65. Fabre L. Communication ville-hôpital: qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2014.
66. Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes: données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication [Thèse d'exercice]. Université Paris Descartes; 2016.
67. Cetre M, Semeraro P. Regards croisés sur la place du médecin généraliste lors de la prise en charge d'un de ses patients en hospitalisation à domicile (HAD): étude qualitative sur les secteurs de l'HAD de Chambéry et de Grenoble [Thèse d'exercice]. Université Grenoble Alpes; 2020.
68. Inglis SC, Clark RA, Dierckx R, Prieto-Merino D, Cleland JG. Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. Cochrane Heart Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev. 31 oct 2015;(10).
69. El Amrani L, Carbonnel F. Objets connectés en Santé: état des lieux des pratiques actuelles, perspectives et limites en Médecine Générale [Thèse d'exercice]. Université de Montpellier; 2015.
70. Obratsova A, Paillaud E. Hôpital de jour diagnostique gériatrique de l'hôpital Albert Chenevier: Bilan, après un an de fonctionnement, de son apport pour les médecins généralistes dans le diagnostic et le suivi des troubles des fonctions supérieures. Université Paris-Est Créteil; 2011.
71. Peltier A. Évaluation de la satisfaction des médecins généralistes lozériens concernant l'accessibilité et les apports de l'hôpital de jour gériatrique diagnostique de l'hôpital Lozère dans leur pratique quotidienne (1er bilan après 2 ans de fonctionnement) [Thèse d'exercice]. Université de Montpellier; 2020.

72. Sicardy M, Strzalkowski N. État des lieux et propositions d'amélioration de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques : étude qualitative auprès des médecins généralistes du bassin grenoblois [Thèse d'exercice]. Université Grenoble Alpes; 2019.
73. Bieber A, Chicoulaa B. Identification des difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour faire adhérer leurs patients au suivi proposé par l'hôpital de jour des fragilités et de prévention de la dépendance. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017.
74. Dareths-Fabier S. Evaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation [Thèse d'exercice]. Université Bordeaux-II; 2011.
75. Maisonneuve H, Fournier J-P. Construire une enquête et un questionnaire. E-Respect. 2012;1(2):15.
76. HAS. Evaluation et amélioration des pratiques. Document de sortie d'hospitalisation Vers un format électronique. Analyse bibliographique réalisée entre juin et septembre 2013. 2013.
77. Groupe Up. Logiciel d'activité HAD. [Internet]. Disponible sur: <https://up.coop/logiciel-activite-had/>
78. Buchonnet G. Usages et connaissances des médecins généralistes de la région Auvergne Rhône-Alpes sur les outils numériques d'échanges sécurisés : étude quantitative descriptive transversale par questionnaire numérique [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard - Lyon; 2021.
79. APICRYPT - Messagerie Sécurisée en Santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.apicrypt.org/>
80. MSSanté, opérateurs de messageries sécurisées en santé [Internet]. Disponible sur: <https://mailiz.mssante.fr/comprendre-mssante>
81. IESS. AZUREZO, communiquez en toute sérénité! Messagerie instantanée fiable et sécurisée, première brique du programme E-Parcours [Internet]. Disponible sur: <https://ies-sud.fr/azurezo/>
82. MSS Ministère des solidarités et de la santé. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. 2021. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-communaut-es-professionnelles-territoriales-de-sante>

# Annexes

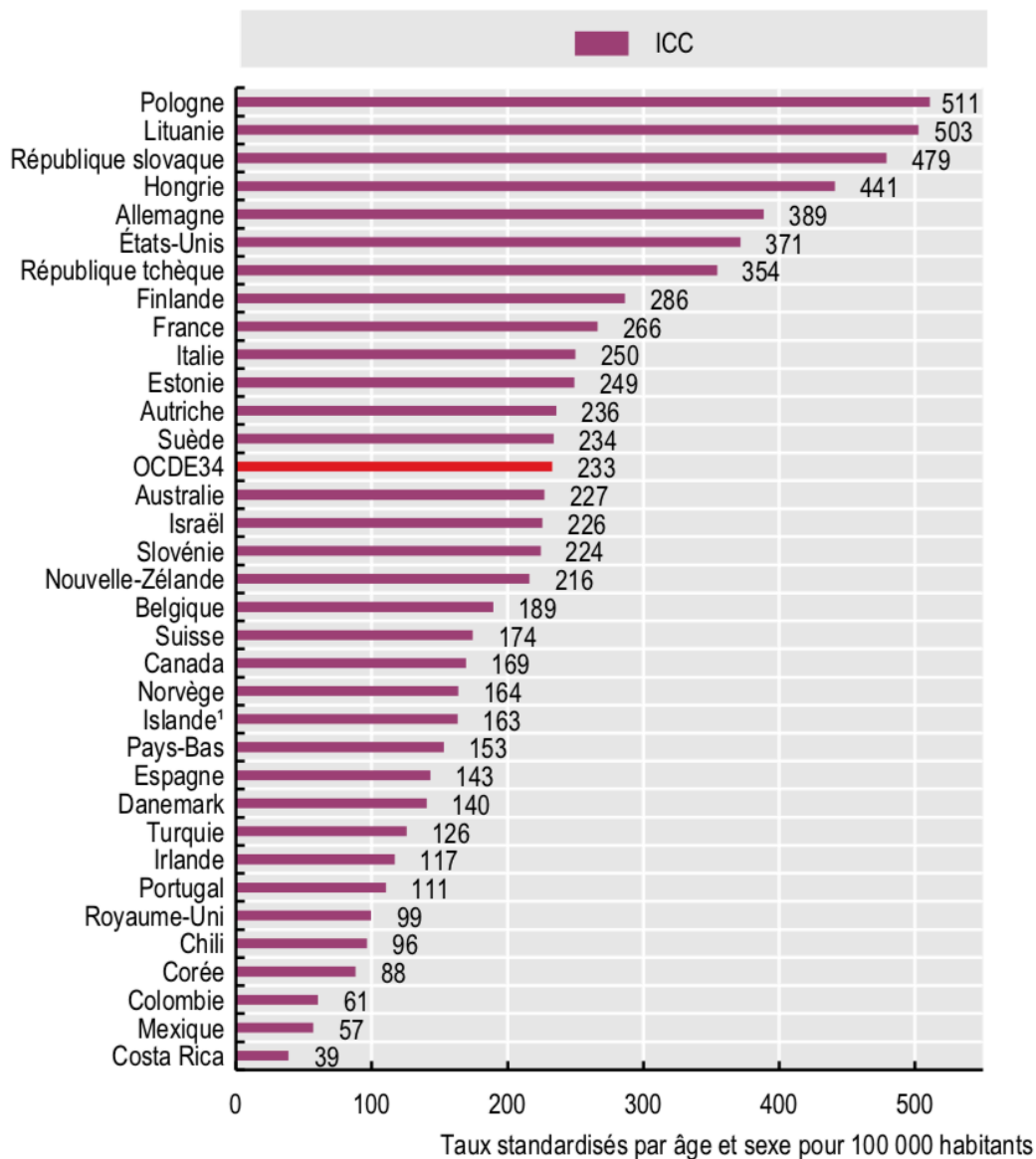
## Annexe 1

### Diagramme diagnostique de l'insuffisance cardiaque par l'ESC 2016 (14).



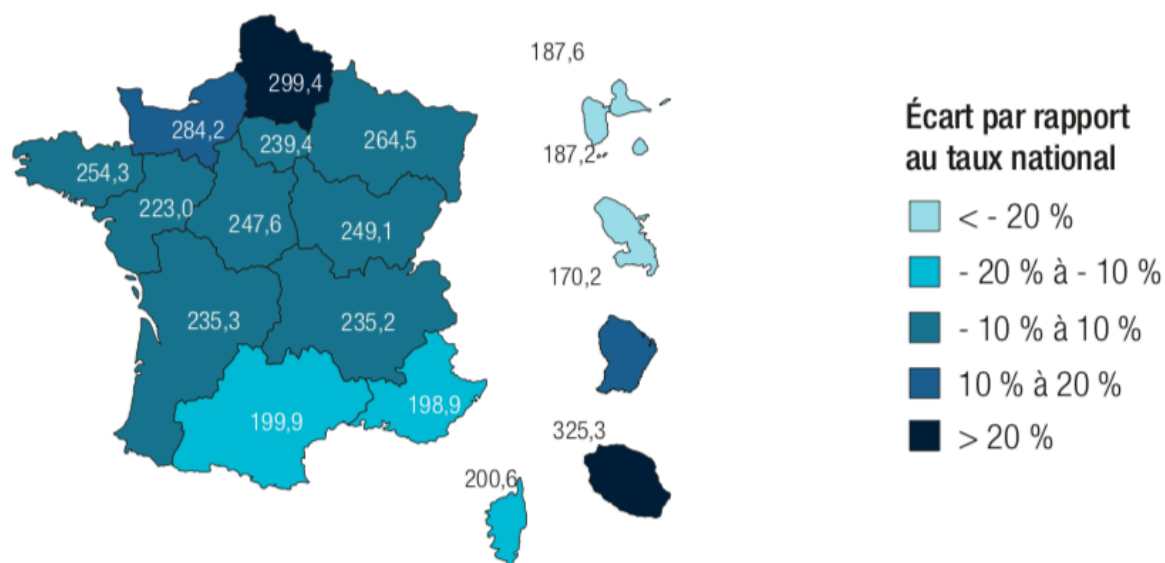
## Annexe 2

Taux d'admission à l'hôpital annuel pour insuffisance cardiaque congestive dans la population adulte, DRESS 2017, statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 (5).



### Annexe 3

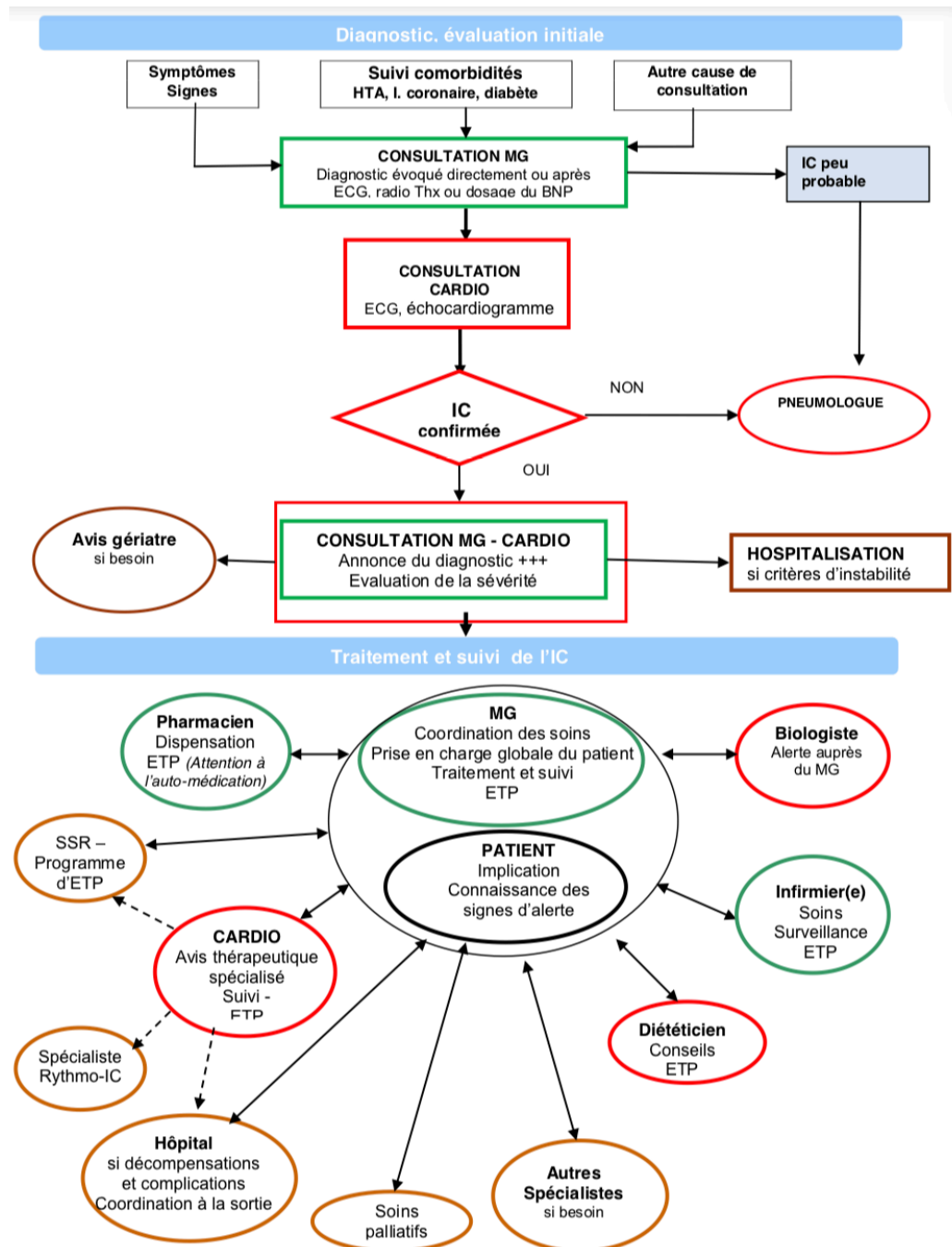
Taux standardisés\* régionaux de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque en 2014. Statistiques démographiques (INSEE), exploitation Santé publique France (2).



\* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

## Annexe 4

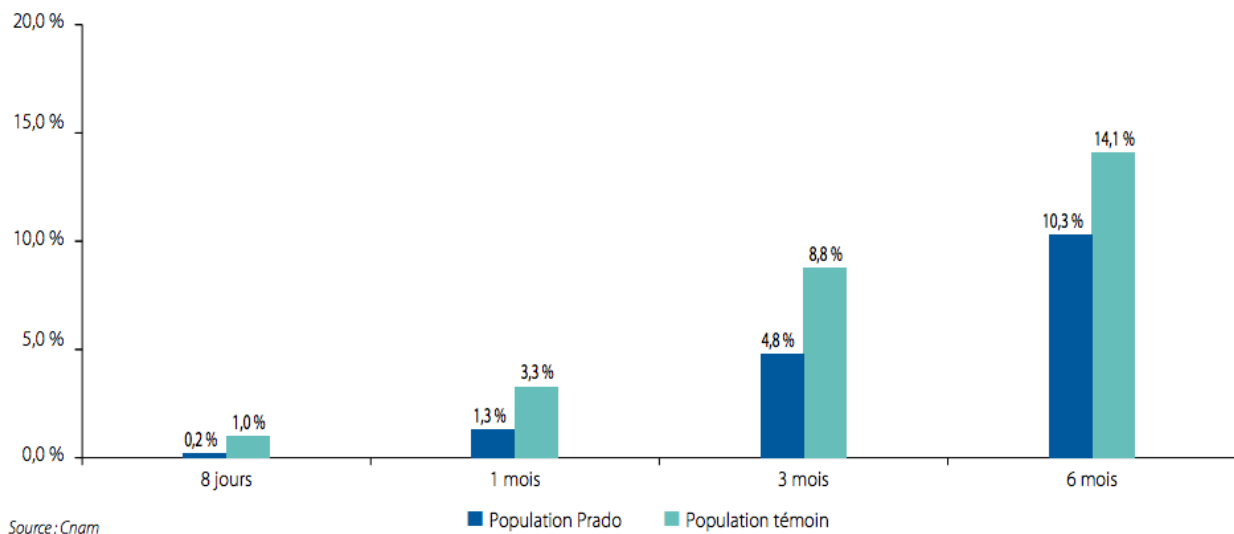
### Parcours de soins de l'insuffisant cardiaque, HAS 2014 (21).



## Annexe 5

Taux de décès pour toutes causes après une hospitalisation pour insuffisance cardiaque, Caisse nationale d'Assurance maladie, 2020 (34).

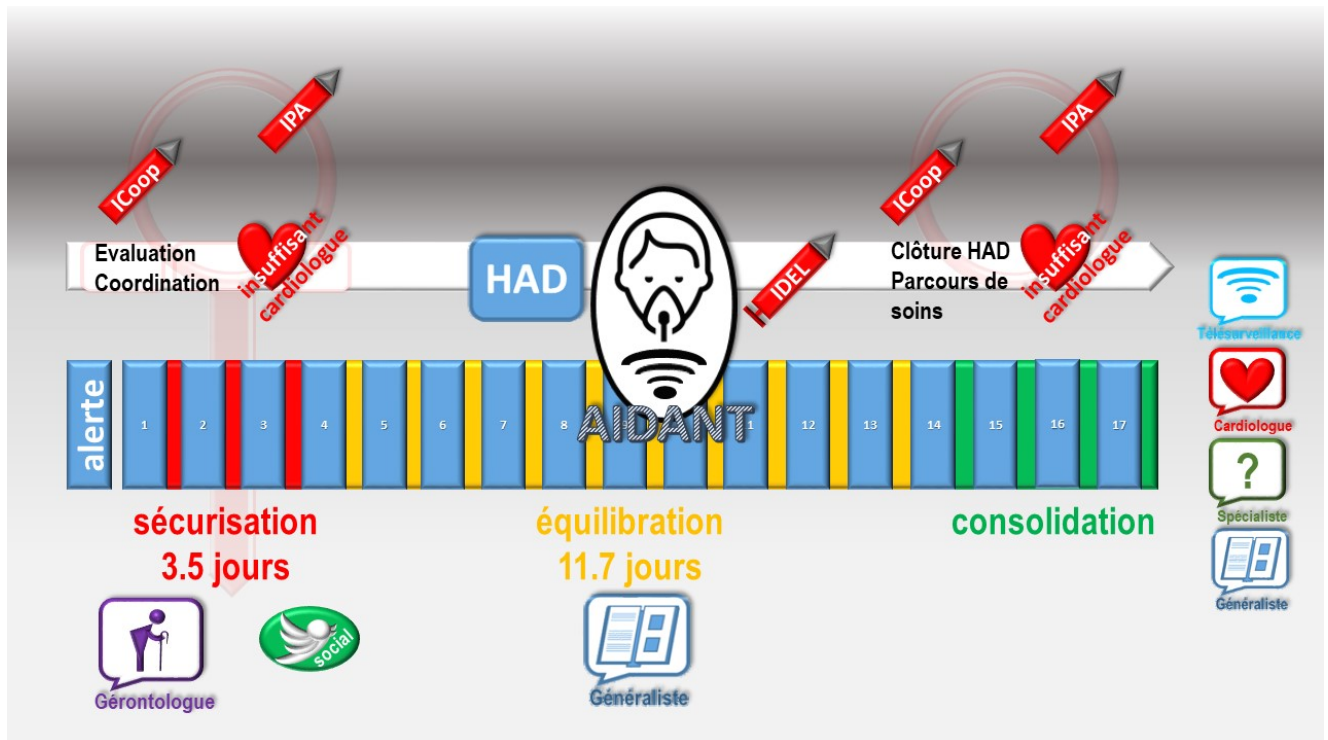
---





## Annexe 6

### Organisation et durées de prise en charge dans Fil-EAS ic lors de l'HAD.



## Annexe 7

### Protocole de suivi dans le cadre de la prise en charge Fil-EAS ic.

---

	Fréquence	Recueil	Lieu	Contrôle qualité	Interprétation
<b>Evaluation paramédicale*</b>	3 / jour	IDEL	Domicile	IDEL/HAD/ FIL-EAS	FIL-EAS
<b>ECG*</b>	2 / semaine	HAD	Domicile	HAD/FIL-EAS	FIL-EAS
<b>Biologie** (Na, K, créatinine)</b>	Diurétique PO 3 / semaine Diurétique IV 1 / jour sauf dimanche	Labo	Domicile	Labo/HAD/ FIL-EAS	FIL-EAS
<b>Biologie autre**</b>	Sur prescription	Labo	Domicile	Labo/HAD/ FIL-EAS	FIL-EAS
<b>Evaluation clinique</b>	Sur prescription	TLCS*** Présentiel	Domicile ou Hôpital	FIL-EAS	FIL-EAS
<b>Astreintes - HAD - FIL-EAS ic</b>	7 jours/7, 24h/24, déplacement au domicile possible 7 jours/7, 9h-18h, pas de déplacement au domicile				


\* Données transmises à l'HAD et intégrées au dossier patient (AtHome)

\*\* Données consultable sur le serveur du laboratoire

\*\*\* TLCS : téléconsultation. Effectuée à partir du système PARSYS permettant le recueil des données paramédicales en directe, l'auscultation, l'ECG, la visioconférence avec une caméra fixe et une caméra portable pour l'aide à l'examen clinique. L'infirmière de l'HAD manipule le matériel sous les indications du médecin FIL-EAS.

# Annexe 8

## Fiche de repérage social et gériatrique

 <p>CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL TOULON - LA SEYNE SUR MER</p>	<p><b>FICHE DE REPERAGE SOCIAL ET GERIATRIQUE</b></p> <p><b>Fil-EAS ic</b></p> <p>CHITS</p>	<p>Etiquette patient</p>																																																			
<p><b>SITUATION DU PATIENT</b></p> <p style="text-align: right;">Réponse OUI NON</p> <p><b>PATIENT VIVANT EN FAM</b> (foyer d'Accueil Médicalisé), <b>MAS</b> (Maison D'accueil Spécialisé) ou <b>EHPAD</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Si oui les aides sont maximales donc pas d'aide sociale à demander</b></p> <p>1. <b>ISOLEMENT SOCIAL</b> (vit seul) <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>- LE PATIENT OU UN AIDANT PEUT-IL FAIRE LES COURSES (pour les repas) <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>- LE PATIENT OU UN AIDANT PEUT-IL FAIRE SES REPAS (cuisiner, réchauffer) <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>2. <b>AUTONOMIE DE LA PERSONNE</b></p> <p>- AUTONOMIE D'INTERIEUR <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>- SCORE SPPB ..... - COHERENCE <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>3. <b>AIDANT FAMILIAL</b> (famille ou relais amicaux) <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>- EN CAS D'AGGRAVATION LE PATIENT OU L'AIDANT PEUT-IL DONNER L'ALERTE <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>- EXISTE-T-IL UN TELEPHONE FIXE OU PORTABLE A DISPOSITION AU DOMICILE <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>4. <b>AIDES A DOMICILE</b> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> (aide-ménagère, télé alarme, portage de repas ...)</p> <p>5. <b>AIDES PARA MEDICALES</b> (IDE, kiné, autres) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>PROJET DE SORTIE</b></p> <p><b>LE PATIENT SOUHAITE-T-IL AVOIR UNE AIDE A DOMICILE A SA SORTIE D'HÔPITAL ?</b> (aide-ménagère, télé alarme, portage de repas ...) (il est probable qu'il y ait une participation financière de l'usager)</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> si oui appel du service social</p> <p><b>LE PATIENT VOUS SEMBLE-T-IL RELEVER D'UNE AIDE A DOMICILE A SA SORTIE D'HOPITAL ?</b></p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> si oui appel du service social</p> <p style="text-align: center;"><b>Report de l'évaluation sociale sur la grille gériatrique</b> 0 Réponse oui = 0 point 1 Réponse oui = 1 point 2 Réponses oui = 2 points</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Une aide sociale est probablement nécessaire <input checked="" type="checkbox"/> Une aide sociale est nécessaire. <u>Ce facteur peut contre indiquer l'HAD</u></p> <p><b>COORDONNEES DE LA PERSONNE DE CONFIANCE</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>DATE DE L'EVALUATION et DE LA SAISIE DU SERVICE SOCIAL :</b> Le _____</p>																																																				
<p><b>SCORE POUR DECLENCHER L'APPEL DE L'UMG</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Age</b></td> <td>&lt; 74 ans</td> <td>75 à 84 ans</td> <td>≥ 85 ans</td> </tr> <tr> <td><b>Lieu de vie</b></td> <td>Domicile</td> <td>Dom + aides/FL</td> <td>EHPAD</td> </tr> <tr> <td><b>Médicaments</b></td> <td>3 max</td> <td>4 à 5</td> <td>≥ 6</td> </tr> <tr> <td><b>Path. Chron. Invalid.</b></td> <td>aucune</td> <td>1</td> <td>≥ 2</td> </tr> <tr> <td><b>Perception de la santé</b></td> <td>meilleure</td> <td>stable</td> <td>moins bonne</td> </tr> <tr> <td><b>Nutrition</b></td> <td>Apparence normale</td> <td>A risque de dénutrition</td> <td>Dénutrition</td> </tr> <tr> <td><b>Mobilité (se lever, marcher)</b></td> <td>indépendant</td> <td>Aides mais sort à l'extérieur</td> <td>Incapacité, déambulateur</td> </tr> <tr> <td><b>AVQ</b></td> <td>indépendant</td> <td>Aide ponctuelle</td> <td>Assistance complète</td> </tr> <tr> <td><b>Escarres</b></td> <td>non</td> <td>à risque</td> <td>oui</td> </tr> <tr> <td><b>Cognition habituelle</b></td> <td>normale</td> <td>Petite perte de mémoire</td> <td>Altérée, tt comportement 6 points</td> </tr> <tr> <td><b>Evaluation sociale</b></td> <td>0 oui</td> <td>1 oui</td> <td>2 oui</td> </tr> <tr> <td><b>Total</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">SCORE ≥ 8 APPEL DE L'UMG</p> <p>Ce patient présente une fragilité et nécessite une évaluation gériatrique</p>		0	1	2	<b>Age</b>	< 74 ans	75 à 84 ans	≥ 85 ans	<b>Lieu de vie</b>	Domicile	Dom + aides/FL	EHPAD	<b>Médicaments</b>	3 max	4 à 5	≥ 6	<b>Path. Chron. Invalid.</b>	aucune	1	≥ 2	<b>Perception de la santé</b>	meilleure	stable	moins bonne	<b>Nutrition</b>	Apparence normale	A risque de dénutrition	Dénutrition	<b>Mobilité (se lever, marcher)</b>	indépendant	Aides mais sort à l'extérieur	Incapacité, déambulateur	<b>AVQ</b>	indépendant	Aide ponctuelle	Assistance complète	<b>Escarres</b>	non	à risque	oui	<b>Cognition habituelle</b>	normale	Petite perte de mémoire	Altérée, tt comportement 6 points	<b>Evaluation sociale</b>	0 oui	1 oui	2 oui	<b>Total</b>				<p>FL : Foyer Logement</p> <p>AVQ : Activité de la Vie Quotidienne</p> <p>Pathologies Chroniques Invalidantes : Insuffisance cardiaque, insuffisance rénale (DFG &lt; 30 ml/min/1.73m<sup>2</sup>), Insuffisance respiratoire (oxygénothérapie ou ventilation à domicile sauf SAS), Maladie de Parkinson</p> <p><b>INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES MEDICALES :</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>DATE PREVISIONNELLE DE SORTIE :</b> Le _____</p>
	0	1	2																																																		
<b>Age</b>	< 74 ans	75 à 84 ans	≥ 85 ans																																																		
<b>Lieu de vie</b>	Domicile	Dom + aides/FL	EHPAD																																																		
<b>Médicaments</b>	3 max	4 à 5	≥ 6																																																		
<b>Path. Chron. Invalid.</b>	aucune	1	≥ 2																																																		
<b>Perception de la santé</b>	meilleure	stable	moins bonne																																																		
<b>Nutrition</b>	Apparence normale	A risque de dénutrition	Dénutrition																																																		
<b>Mobilité (se lever, marcher)</b>	indépendant	Aides mais sort à l'extérieur	Incapacité, déambulateur																																																		
<b>AVQ</b>	indépendant	Aide ponctuelle	Assistance complète																																																		
<b>Escarres</b>	non	à risque	oui																																																		
<b>Cognition habituelle</b>	normale	Petite perte de mémoire	Altérée, tt comportement 6 points																																																		
<b>Evaluation sociale</b>	0 oui	1 oui	2 oui																																																		
<b>Total</b>																																																					

# Annexe 9

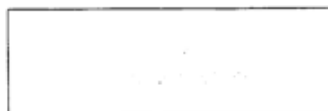
## Checklist de sortie d'hospitalisation

<b>CHEKLIST ICFE-P</b> Checklist de sortie d'hospitalisation : Insuffisance cardiaque à FEVG > 40%		ETIQUETTE
Régime en sel = ..... g par jour - Poids sortie = ..... kgs - Poids sec estimé = ..... kgs Tour de mollet D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> = ..... cm - Tour de cheville D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> = ..... cm		
<b>HOSPI</b> Albumine = ..... g/l - Hb = ..... g/dl - Ferritine = ..... µg/l - Coefficient de saturation de la transferrine = ..... % - TSH = ..... mUI/L		
<b>SORTIE</b> NT pro BNP = ..... ng/ml - Créatinine = ..... µmol/l - Natrémie = ..... mmol/l - Kaliémie = ..... mmol/l		
Dose habituelle de diurétique : ..... mg		Discussion <b>Facteur déclenchant</b> oui <input type="checkbox"/> dose stable non <input type="checkbox"/> dose stable ou majorée
PAS et ou PAD > 140/90 mm Hg :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui : Majorer Traitement anti HTA
Données échocardiographiques PP ou SIV ≥ 13 mm		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> si oui <b>BILAN CMH</b>
Patient est-il ambulatoire ? si oui		<b>Réadaptation</b> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Diabète : risque d'hypoglycémie (sulfamide, insuline)		si oui <b>AVIS DIABETOLOGUE</b>
Ferritine < 100 µg/l ou < 300 µg/l et non fait <input type="checkbox"/> Coeff. saturation de la transferrine < 20 %		A faire si oui suppl. ferrique
Vaccination anti grippale (octobre novembre, annuelle) Vaccination anti pneumococcique		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> si non <input type="checkbox"/> <b>Ordonnances</b> oui <input type="checkbox"/> non(> 5ans) <input type="checkbox"/> si non ou > 5 ans <input type="checkbox"/> <b>VACCIN</b>
<b>CHEKLIST ICFE-R</b> Checklist de sortie d'hospitalisation : Insuffisance cardiaque à FEVG ≤ 40%		ETIQUETTE
PA sortie = ..... / ..... mm Hg - FC sortie = ..... cpm - Poids sortie = ..... kgs - Poids sec estimé = ..... kgs Tour de mollet D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> = ..... cm Tour de cheville D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> = ..... cm Régime en sel = ..... g par jour Albumine = ..... g/l - Hb = ..... g/dl - Ferritine = ..... µg/l - Coefficient de saturation de la transferrine = ..... % - TSH = ..... mUI/L SORTIE NT pro BNP = ..... ng/ml - Créatinine = ..... µmol/l - Natrémie = ..... mmol/l - Kaliémie = ..... mmol/l		
Dose habituelle de diurétique : ..... mg		Discussion <b>Facteur déclenchant</b> oui <input type="checkbox"/> dose stable non <input type="checkbox"/> dose stable ou majorée
Cause de la cardiopathie : non ischémique <input type="checkbox"/>		délai 3 mois <b>DAI</b> oui <input type="checkbox"/> <b>STAFF</b>
ischémique <input type="checkbox"/> Electrocardiogramme : largeur des QRS = ..... ms		délai 40 jours <b>DAI</b> non <input type="checkbox"/>
< 130 ms <input type="checkbox"/> ≥ 130 ms <input type="checkbox"/>		<b>PMMS</b> NON <b>STAFF</b> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Le patient est-il ambulatoire : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> si oui		<b>Réadaptation</b> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Traitements : IEC / ARA2 / ARNi BBloquant Spironolactone / Eplerenone Ivabradine		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> SI NON POURQUOI ? ..... ..... .....
Diabète : risque ou constatation d'hypoglycémie (sulfamide, insuline)		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> si oui <b>AVIS DIABETOLOGUE</b>
Ferritine < 300 µg/l et Coeff. saturation de la transferrine < 20 % ou Ferritine < 100 µg/l Non fait		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> si oui : Suppl. ferrique <input type="checkbox"/> A faire <input type="checkbox"/>
Vaccination anti grippale (octobre à janvier, annuelle) Vaccination anti pneumococcique		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> si non : <input type="checkbox"/> <b>Ordonnances</b> oui <input type="checkbox"/> non ou > 5ans <input type="checkbox"/> si non ou > 5 ans <input type="checkbox"/> <b>Vaccins</b>

## Accord du médecin traitant



**SANTÉ ET SOLIDARITÉ DU VAR**  
DTQ-DPA-004-03



### ACCORD DU MEDECIN TRAITANT

Je soussigné(e), Docteur : .....

**Coordonnées téléphoniques :**

Cabinet : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/      Portable : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Médecin traitant de Mr, Mme : .....

donne mon accord pour sa prise en charge en Hospitalisation à Domicile (HAD).

Fait à ..... Le ...../...../.....

**SIGNATURE :**

Je désigne comme mon remplaçant éventuel le Docteur :

**Coordonnées téléphoniques :**

Cabinet : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/      Portable : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Etant entendu que s'il n'était pas joignable, l'HAD fera appel aux services d'urgences habituels.

**AVEC NOS REMERCIEMENTS**

**Document à transmettre au secrétariat HAD SSV de l'antenne concernée  
(Par les soignants : courrier et/ou fax)**

**Siège :** Hospita à Domicile (HAD)  
Espace France Europe 1328 Chemin de la Planquette BP 60025  
83951 LA GARDE CEDEX  
☎ 04 94 27 50 50 ☎ 04 94 23 72 53 ✉ had-toulon@wanadoo.fr


**Antenne HAD BRIGNOLES**  
Quartier St Jean - RN 7 - 83170 BRIGNOLES  
☎ 04 94 72 40 00 - ☎ 04 94 72 17 06  
✉ had-brignoles@orange.fr

**Antenne HAD HYERES-LA LONDE**  
N°4 ZA du Bas Jasson - 83250 LA-LONDE LES MAURES  
☎ 04 22 90 13 81 - ☎ 04 22 90 13 82  
✉ had-hyereslalande@sante-solidarite.fr

**Antenne HAD LA-SEYNE-SUR-MER**  
176 Avenue Espérance d'Orvas - 83500 LA-SEYNE  
☎ 04-94-57-78-09 - ☎ 04-94-59-19-56  
✉ had-laseyme@orange.fr

## Annexe 11

### Projet personnalisé de soins

	<b>PROJET PERSONNALISE DE SOINS</b>	DTQ-OPC-E/011-09
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- INITIAL DU .....</li> <li>- REEVALUE DU .....</li> <li>- READMISSION DU .....</li> </ul>	

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Né le :

Prise en charge le :

Lieu de provenance :

A l'attention :  MEDECIN TRAITANT  MEDECIN HOSPITALIER

#### DIAGNOSTIC GENERAL

**Motif médical de suivi** :

Diagnostic connu du patient :  Oui  Non      Diagnostic connu de la famille :  Oui  Non

Pronostic connu du patient :  Oui  Non      Pronostic connu de la famille :  Oui  Non

Évaluation de l'indice de Karnofsky à l'admission : %

Protocoles :

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Assistance Respiratoire  | <input type="checkbox"/> Prise en charge douleur  | <input type="checkbox"/> Surveillance post chimiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Nutrition entérale       | <input type="checkbox"/> Nutrition entérale       | <input type="checkbox"/> Traitement intraveineux          |
| <input type="checkbox"/> Autres traitements       | <input type="checkbox"/> Pansements complexes     | <input type="checkbox"/> Soins Nursing lourd              |
| <input type="checkbox"/> Soins palliatifs         | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie           | <input type="checkbox"/> Post traitement chirurgical      |
| <input type="checkbox"/> Rééducation orthopédique | <input type="checkbox"/> Rééducation neurologique | <input type="checkbox"/> Sortie précoce de chirurgie      |
| <input type="checkbox"/> Autres protocoles :      | <input type="checkbox"/> Suivi psycho-social      |   |

Protocole(s) associé(s) :

Type de soins :  Continus  Ponctuels  Réadaptation

Restriction de liberté nécessaire :  Oui  Non

Commentaires :

#### INTERVENANTS

Soins **IDE**

Partenariat libéral :  Oui  Non

Soins **A.S** :  Oui  Non

Fréquence des passages : / jour

<u>Fréquence des passages</u> : / jour <u>Type de soins</u> : <input type="checkbox"/> Constantes <input type="checkbox"/> Pansements <input type="checkbox"/> Traitements <input type="checkbox"/> Vac Thérapie <input type="checkbox"/> Protocole médical <input type="checkbox"/> NENT <input type="checkbox"/> Protocole chirurgical <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Stomies <input type="checkbox"/> PEC douleur <input type="checkbox"/> Aérosols <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie <input type="checkbox"/> Trachéotomie	<u>Type de soins</u> : <input type="checkbox"/> Nursing <input type="checkbox"/> Aide Nursing
<b>Rééducation kinésithérapeute</b> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Fréquence des séances : / semaine <u>Type de soins</u> :	<b>Rééducation Orthophoniste</b> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nombre de séances : <u>Type de soins</u> :

<b>Nom/Prénom du patient</b> : Mr
-----------------------------------

<b>INTERVENANTS (suite)</b>	
<b>Bilan social</b> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> A envisager selon évolution	<b>Bilan psychologique</b> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre(s) intervenant(s) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, à préciser :	

Rythme souhaité de visite au domicile par le médecin traitant : A la demande

Objectifs de prise en charge :

<input type="checkbox"/> Cicatrisation	<input type="checkbox"/> Cicatrisation dirigée
<input type="checkbox"/> Désinfection	<input type="checkbox"/> Stabilisation de l'état général
<input type="checkbox"/> Réalimentation	<input type="checkbox"/> Stabilisation cardio-vasculaire
<input type="checkbox"/> Réhydratation	<input type="checkbox"/> Réhabilitation post-opératoire
<input type="checkbox"/> Soins de confort et accompagnement	<input type="checkbox"/> AUTRES

Type de relais prévu à la fin de la prise en charge :

**A noter : En cas d'absence du médecin traitant et pour assurer la continuité des soins, le médecin coordonnateur peut être amené à prescrire.**

Commentaires du médecin traitant :

Etabli le : Par le médecin coordonnateur référent du patient.  Dr	Signature :
--	-------------

Soumis pour validation au médecin traitant  Dr	<b>A nous retourner, signé, par le médecin traitant</b> :
--	---

## Fiche d'information générale

---



Fiche d'information générale

MEDECIN TRAITANT

Votre patient entre dans le parcours de soins mis en place entre le Service de Cardiologie de Sainte Musse et l'Hospitalisation à Domicile SSV pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque.

Ce parcours de soins s'articule en 3 temps :

- A l'hôpital : Prise en charge en phase aiguë, jusqu'à stabilisation de l'état clinique du patient
- Au domicile via l'HAD : Suivi coordonné selon un protocole encadré durant une dizaine de jours (cf en annexe Protocole de surveillance IDE)
- A l'hôpital : Nouveaux bilans, puis inclusion dans le programme paramédical et éducatif du Prado afin d'accompagner le patient dans la gestion de sa pathologie.

### LE SUIVI PAR LE MEDECIN TRAITANT

Le suivi au domicile du patient dans les jours suivants son retour d'hospitalisation est primordial. Le médecin traitant est le pivot de la prise en charge HAD : en coopération avec le médecin coordonnateur de l'HAD et le cardiologue hospitalier, il participe activement à l'optimisation du traitement, tout en réduisant les risques iatrogènes.

Par la suite, le médecin traitant est en mesure de sensibiliser le patient à l'importance de l'observance de son traitement et à son auto-surveillance. Le lien ville-hôpital, ainsi que le suivi ambulatoire renforcé représentent un gage de sécurité dans la bonne prise en charge de l'IC.

Une fiche d'évaluation médicale, à compléter par le médecin traitant lors des visites au domicile, est incluse dans le dossier de soin. Cette fiche une fois renseignée, sera récupérée au domicile du patient par l'IDE de l'HAD. Grâce à ce document, le médecin hospitalier pourra affiner les objectifs et points de vigilance pour la suite de la prise en charge et l'éducation du patient.



#### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Toute automédication est à proscrire en raison des risques d'interactions majeurs avec le traitement pour IC, notamment les spécialités suivantes :

- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les corticoïdes
- Les laxatifs hypokaliémiant
- Les antibiotiques et antivitamines K
- Les alpha-bloquants à visée prostatique
- Les comprimés effervescents

#### DOSSIER D'AFFECTION DE LONGUE DUREE ALD

Les patients souffrant d'insuffisance cardiaque bénéficient d'une couverture à 100%. La demande d'ALD initiale sera conduite par le médecin hospitalier spécialiste.

Le médecin traitant au cours de la prise en charge peut être sollicité pour le renouvellement de l'ALD.

#### CONTACT

Pour un lien médical, vous pouvez joindre :

Le médecin coordonnateur de l'HAD :

Toulon : Tél. 04 94 27 50 50 - Fax : 04 94 23 72 53 - Email : [coordination-toulon@sante-solidarite-var.fr](mailto:coordination-toulon@sante-solidarite-var.fr)

La Seyne : Tél. 04 94 87 78 09 – Fax 04 94 89 19 56 - Email : [coordination-laseyne@sante-solidarite-var.fr](mailto:coordination-laseyne@sante-solidarite-var.fr)

Le Service Cardiologie du CHITS

Tél. 04 94 14 51 01

Annexes :            Protocole de surveillance IDE  
                          Fiche d'évaluation médicale au domicile

## Annexe 13

# Fiche d'évaluation médicale au domicile

---



Fiche d'évaluation médicale au domicile

MEDECIN TRAITANT

Date de la visite : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Cedème : présence d'œdème persistant

très marqué       modéré       absent

Etat respiratoire : retour à un état respiratoire correspondant à l'état habituel du patient

oui       partiellement       non

Situation vaccinale : le patient a – il été vacciné

- Contre la grippe cette saison ?       oui    non
- Contre les infections à pneumocoques, sur les 5 dernières années ?       oui    non

Automédication : tendance à la prise d'un médicament, en dehors de tout avis médical

risque fort    risque faible

Suivi diététique : Pensez-vous que le patient devrait bénéficier d'un suivi par une diététicienne ?

oui       non

Cognitif : Pensez-vous que le patient devrait bénéficier d'une Consultation mémoire ?

oui       non



Perte d'autonomie : Notez-vous une diminution récente de la capacité du patient à gérer les activités de la4<sup>e</sup> vie quotidienne ?

oui  partiellement  non

Observance : capacité à suivre strictement et sur la durée le traitement médical prescrit

oui  partiellement  non

Poly-médication : considérerez-vous que l'ordonnance de sortie d'hospitalisation est susceptible d'être simplifiée afin d'améliorer l'observance par le patient ?

oui  partiellement  non

Remarques particulières :

---

---

---

---

---

---

---

---

Cette fiche renseignée sera transmise par l'IDE à l'HAD

## Questionnaire

---

# **Les critères d'adhésion des médecins généralistes au protocole Fil-EAS ic (Filière d'Évaluation et d'Accompagnement dans le parcours de Soins de l'insuffisant cardiaque) du Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon et La Seyne sur mer.**

Chères consœurs, chers confrères,

Le protocole Fil-EAS ic a été mis en place en juin 2018 par le service de cardiologie de l'hôpital Sainte Musse au CHITS (Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon, la Seyne sur mer) et l'HAD du service SSV (Hospitalisation à Domicile du service Santé Solidarité du Var).

Il consiste en une surveillance rapprochée au domicile des patients, en sortie précoce d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque. Il comprend le passage 3 fois par jour d'un IDEL (Infirmier Diplômé d'État Libéral) pour prise des constantes y compris poids et diurèse, la réalisation de 2 électrocardiogrammes par semaine et le suivi biologique 3 à 5 fois par semaine. Cette surveillance en moyenne de 10 jours permet aux cardiologues de Sainte Musse d'ajuster le traitement quotidiennement.

A la clôture de l'HAD, un programme médical, paramédical et d'éducation thérapeutique est mis en place permettant d'accompagner le patient dans la gestion de sa pathologie.

L'objectif, par une prise en charge optimisée au domicile, est d'améliorer la qualité de vie des patients, en raccourcissant la durée du séjour hospitalier, tout en diminuant son coût.

Nous constatons que vous, médecins généralistes, êtes simplement contactés au début de la prise en charge afin de donner votre accord puis peu sollicités pendant la durée du suivi.

Plusieurs travaux montrent que nombre de médecins généralistes éprouvent des difficultés à travailler avec l'HAD (sentiment de dépossession, manque de communication).

Concernant l'insuffisance cardiaque, une majorité souhaite une approche protocolisée, restant flexible, multidisciplinaire et sans tâches administratives supplémentaires.

Ce travail consiste à définir vos critères d'adhésion au protocole Fil-EAS ic selon vos attentes, afin d'améliorer le lien ville-hôpital et la prise en charge globale des patients.

Un grand merci pour votre temps accordé, qui m'est précieux dans l'avancée de mon travail.

Marie-Lilka Deramecourt  
(interne en médecine générale de l'université Aix-Marseille)

*Pour toute question, vous pouvez contacter l'équipe de recherche clinique du CHITS :*  
[RECHERCHE.PROMOTION@ch-toulon.fr](mailto:RECHERCHE.PROMOTION@ch-toulon.fr).

*Vos droits quant aux données personnelles :*

*Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) 2016/679), vous disposez des droits suivants:*

- *le droit de demander l'accès aux données recueillies dans le cadre de l'enquête,*
- *le droit à la rectification, l'effacement ou la limitation des données recueillies dans le cadre de l'enquête,*
- *le droit de vous opposer à la collecte et à la transmission de vos données couvertes par le secret médical. Vous pouvez ainsi retirer, à tout moment, votre consentement à la collecte de vos données. Si besoin, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données désignée par le CHITS en le contactant par mail ([DPO@ch-toulon.fr](mailto:DPO@ch-toulon.fr)).*

*Il vous est également possible d'obtenir des informations complémentaires sur la gestion de vos données personnelles ou d'introduire une éventuelle réclamation auprès de l'autorité compétente pour la protection des données personnelles en France: la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés – CNIL : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).*

*NOTE D'INFORMATION – ETUDE MedGen Version n°1.0 du 17/03/2021*

\*Obligatoire

**Quel est le numéro qui vous a été attribué ? \***

Cf le mail ou sms reçu.

---

## **A. PRESENTATION.**

**1. Vous êtes ? \***

- Un homme.
- Une femme.

**2. Quel âge avez-vous ? \***

- < 40 ans.
- Entre 40 et 50 ans.
- Entre 51 et 60 ans.
- 60 ans.

**3. Depuis combien de temps exercez-vous ? \***

- < 10 ans.
- Entre 10 et 20 ans.
- Entre 21 et 30 ans.
- 30 ans.

**4. Quel est votre mode d'exercice ? \***

- Seul.
- En groupe.
- Autre

**5. Où exercez-vous ? \***

- Rural.
- Semi-rural.
- Urbain.

## B. CONNAISSANCE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE.

1. Comment évaluez-vous vos connaissances sur l'insuffisance cardiaque ? \*

Très mauvaises      1      2      3      4      5      Très bonnes  
               

2. Comment évaluez-vous votre formation initiale sur la prise en charge d'une décompensation cardiaque (externat / internat) ? \*

Très mauvaises      1      2      3      4      5      Très bonnes  
               

3. Comment évaluez-vous votre formation continue sur la prise en charge d'une décompensation cardiaque (formations externes / congrès / recherches personnelles) ? \*

Très mauvaises      1      2      3      4      5      Très bonnes  
               

## C. CONNAISSANCE DU PROTOCOLE Fil-EAS ic.

1. Connaissez-vous le protocole Fil-EAS ic ? \*

Pas du tout.      1      2      3      4      5      Parfaitement.  
               

2. Approximativement, combien de vos patients ont été pris en charge par le protocole Fil-EAS ic depuis sa création en juin 2018 ? \*

- 0
- 1-5
- 6
- Je ne sais pas.

## D. PRISE EN CHARGE AU DOMICILE VIA L'HAD.

1. Pour que votre patient hospitalisé soit pris en charge en HAD par le protocole Fil-EAS ic, il est nécessaire d'avoir l'accord du médecin traitant. Avez-vous été contacté ? \*

- Oui.
- Non.
- Je ne sais pas.

2. Au cours de cette prise en charge en HAD, j'effectue en moyenne : \*

- Une visite à domicile pour évaluer mon patient.
- Plusieurs visites à domicile pour suivre l'évolution de mon patient.
- Je n'effectue pas de visites à domicile, mon patient étant déjà pris en charge par les médecins de l'HAD et le service de cardiologie du CHITS.
- Autre :

3. Vos patients pris en charge par le protocole Fil-EAS ic, retournent à domicile avec une fiche d'information générale (organisation du suivi, conseils sur la prise en charge et les interactions médicamenteuses, coordonnées des médecins référents) ainsi que cette fiche d'évaluation médicale à l'attention du médecin généraliste. Ces documents vous ont-ils été communiqués ? \*

Fiche d'évaluation médicale au domicile MEDECIN TRAITANT

**Date de la visite :**

**Nom du patient :**

**Cœdème :** présence d'œdème persistant

très marqué     modéré     absent

**Etat respiratoire :** retour à un état respiratoire correspondant à l'état habituel du patient

oui     partiellement     non

**Situation vaccinale :** le patient a – il été vacciné

Contre la grippe cette saison ?     oui     non

Contre les infections à pneumocoques, sur les 5 dernières années ?     oui     non

**Automédication :** tendance à la prise d'un médicament, en dehors de tout avis médical

risque fort     risque faible

**Suivi diététique :** Pensez-vous que le patient devrait bénéficier d'un suivi par une diététicienne ?

oui     non

**Cognitif :** Pensez-vous que le patient devrait bénéficier d'une Consultation mémoire ?

oui     non

**Perte d'autonomie :** Notez-vous une diminution récente de la capacité du patient à gérer les activités de la vie quotidienne ?

oui     partiellement     non

**Observance :** capacité à suivre strictement et sur la durée le traitement médical prescrit

oui     partiellement     non

**Poly-médication :** considérerez-vous que l'ordonnance de sortie d'hospitalisation est susceptible d'être simplifiée afin d'améliorer l'observance par le patient ?

oui     partiellement     non



- Non, jamais.
- Oui, pour quelques patients.
- Oui, pour tous les patients.
- Je ne sais pas.

**4. Si oui, avez-vous répondu aux questions ?**

- Oui.
- Non.

**5. Avez-vous des suggestions afin de compléter ce questionnaire ?**

---

---

**6. Comment souhaitez-vous recevoir ces informations ? \***

Ces fiches dont le questionnaire ci-dessus sont actuellement déposées au domicile du patient.

- Par courrier.
- Par email.
- Au domicile du patient.
- Par contact téléphonique.
- Autre :

**7. Avez-vous les coordonnées (téléphone/mail) du médecin coordonnateur de l'HAD et/ou du service de cardiologie du CHITS ? \***

- Oui.
- Non.
- Je ne sais pas.

**8. Si oui, avez-vous déjà utilisé ces coordonnées ?**

- Oui.
- Non.
- Je ne sais pas.

**9. En voyez-vous l'utilité ? \***

- Oui.
- Non.

**10. Actuellement, le médecin généraliste ne reçoit que les comptes rendus finaux sans les bilans biologiques ni les ECG réalisés lors de l'HAD. Que souhaitez-vous ? \***

- Avoir accès au système informatique répertoriant l'ensemble de l'évolution clinique notifiée par les IDE quotidiennement.
- Avoir accès aux résultats des bilans biologiques réalisés pendant l'HAD.
- Avoir accès aux ECG réalisés pendant l'HAD.
- Aucun des 3, les comptes rendus me suffisent.
- Autre :

## E. A LA CLOTURE DE LA PRISE EN CHARGE EN HAD.

### 1. Trois comptes rendus vous sont envoyés. Les avez-vous reçus ? \*

	Jamais.	Parfois.	Toujours.	Je ne sais pas.
Le compte-rendu de fin d'hospitalisation du CHITS avant le transfert du patient en HAD.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le compte rendu de clôture de l'HAD par les cardiologues du CHITS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le compte rendu de clôture de l'HAD par les médecins coordinateurs de l'HAD.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 2. Le compte rendu de clôture de l'HAD par les cardiologues propose des conseils de suivi de l'insuffisance cardiaque (adaptation du traitement, gestion des boissons et de la consommation de sel). Si vous l'avez reçu, avez-vous utilisés ces conseils ?

- Oui.
- Non.
- Je ne sais pas.

### 3. A la clôture de l'HAD, les cardiologues peuvent décider d'ajouter une télésurveillance par balance connectée ou une application smartphone. En voyez-vous l'utilité ? \*

La télésurveillance a pour but de surveiller les signes cliniques d'aggravation, dont les alertes sont envoyées à l'équipe de cardiologie du CHITS. Ils peuvent alors agir directement auprès du patient et/ou l'adresser à son médecin généraliste.

- Oui.
- Non.

**4. A propos de cette télésurveillance, que souhaitez-vous ? \***

- Être contacté pour décider ou non de mettre en place cette mesure lors de la consultation de clôture.
- Que les alertes adressées à l'équipe de cardiologie, me soient adressées également afin que la décision médicale soit partagée.
- Être uniquement informé des décisions prises par l'équipe de cardiologie, à la suite de l'alerte qui leur est envoyée.
- Autre :

**5. A la clôture de l'HAD, une hospitalisation en hôpital de jour est proposée avec plusieurs consultations sur la journée au CHITS. En voyez-vous l'utilité ? \***

Consultation en cardiologie pour évaluation du suivi. Supplémentation en fer si carence martiale fonctionnelle. Selon les antécédents, consultation en pneumologie, néphrologie, gastroentérologie, diabétologie, gériatrie, mémoire, diététique...

- Oui.
- Non.

**6. A propos de l'hospitalisation de jour, que souhaitez-vous ? \***

- Être contacté pour décider ou non de mettre en place cette mesure lors de la consultation de clôture.
- M'en occuper seul et décider ou non d'orienter mes patients vers les spécialistes avec qui je travaille habituellement.
- Recevoir le compte-rendu de cette hospitalisation de jour.
- Autre :

**7. A la clôture de l'HAD, il peut être décidé de poursuivre les IDE déjà en place ou de les majorer. Souhaitez-vous être contacté pour décider ou non de les mettre en place ? \***

- Oui.
- Non.

**8. Un protocole d'adaptation des diurétiques en fonction du poids est mis à disposition du patient et de l'IDEL. En avez-vous connaissance ? \***

- Oui.
- Non.
- Je ne sais pas.

**9. Si oui, vous a-t-il déjà été utile dans la prise en charge d'un patient ?**

- Oui.
- Non.

**10. Souhaitez-vous que ce protocole d'adaptation des diurétiques vous soit également envoyé ? \***

- Oui.
- Non.

## F. EN CONCLUSION.

**1. Avez-vous été satisfait de la prise en charge de vos patients inclus dans le protocole Fil-EAS ic ? \***

Pas du tout      1      2      3      4      5      Parfaitement  
                       

**2. Aimeriez-vous être plus impliqué dans le suivi de vos patients lors de leur prise en charge par le protocole Fil-EAS ic ? \***

	Non.	Oui.	Je ne sais pas.
Lors de la décision de prise en charge en HAD.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pendant la prise en charge en HAD.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lors des décisions prises à la clôture de l'HAD.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lors du suivi (télésurveillance, hôpital de jour, adaptation du traitement).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**3. Avez-vous d'autres suggestions afin d'améliorer la prise en charge de vos patients inclus dans le protocole Fil-EAS ic ?**

---

---

**Merci pour votre participation ! Je vous informerai avec plaisir des résultats de l'étude, notifiez-le-moi par retour mail si vous le souhaitez.**

## Annexe 15

### Exemple de protocole d'adaptation des diurétiques

---

#### **POIDS DE REFERENCE 47 kgs au domicile**

- En cas de prise de poids de 2 kgs ou plus sur 48h : doubler la dose de Furosémide pendant 48h puis revenir à la dose initiale.
- En cas de prise de poids de 3 kgs ou plus sur 7 jours : doubler la dose de Furosémide pendant 72h puis revenir à la dose initiale.

En cas de repas plus salé qu'à l'habitude, prendre : 1 comprimé de 40 mg de Furosémide en plus le jour même ou le lendemain, une seule fois puis revenir à la dose initiale.

Faire appliquer le protocole par l'IDEL.

***Protocole FIL-EAS Ic***

## Liste des figures

---

Figure 1 : Calendrier de l'étude du 18 mars 2021 au 18 mai 2021 (suivi par participant)

Figure 2 : Diagramme de flux de notre étude.

Figure 3 : Mode de réception souhaité par les médecins généralistes, des deux documents à leur attention.

Figure 4 : Partage des données médicales, souhaité par le médecin généraliste.

Figure 5 : Réception des comptes rendus de fin d'hospitalisation et de clôture de l'HAD par les médecins généralistes.

Figure 6 : Souhait(s) d'implication des médecins généralistes, dans l'utilisation de la télésurveillance.

Figure 7 : Souhait(s) d'implication des médecins généralistes, dans la décision de mise en place d'une hospitalisation de jour.

## Liste des tableaux

---

Tableau 1 : Dispositifs existants de prise en charge de l'insuffisance cardiaque au domicile. Dr Philippe John. 2019 (38).

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes interrogés (n=71).

Tableau 3 : Nombre de patients réellement suivis par médecin généraliste et inclus dans Fil-EAS ic, d'après les données du logiciel « AtHome », en fonction de la date de prise en charge du dernier patient inclus dans Fil-EAS ic.

Tableau 4 : Estimation des médecins généralistes de leur connaissance et formation initiale et continue en insuffisance cardiaque.

Tableau 5 : Analyse croisée de l'estimation par les médecins généralistes de leur connaissance de l'insuffisance cardiaque, en fonction de leur estimation de leur formation initiale et continue en insuffisance cardiaque.

Tableau 6 : Estimation par les médecins généralistes de leur connaissance et leur formation initiale et continue en insuffisance cardiaque, en fonction de leur âge.

Tableau 7 : Estimation par les médecins généralistes de leur connaissance du protocole Fil-EAS ic et du nombre de patients pris en charge par le protocole.

Tableau 8 : Estimation des médecins généralistes de leur connaissance du protocole Fil-EAS ic et du nombre de patients pris en charge par le protocole, en fonction du nombre de patients réellement suivis par médecins généralistes et inclus dans Fil-EAS ic, d'après les données du logiciel « At Home ».

Tableau 9 : Estimation des médecins généralistes de leur connaissance du protocole Fil-EAS ic et du nombre de patients pris en charge par le protocole, en fonction de la date de prise en charge du dernier patient inclus dedans.

Tableau 10 : Estimation des médecins généralistes de leur connaissance du protocole Fil-EAS ic et du nombre de patients pris en charge par le protocole, en fonction de leur âge.

Tableau 11 : Contact des médecins généralistes, pour débiter la prise en charge en HAD.

Tableau 12 : Contact des médecins généralistes pour débiter la prise en charge en HAD, en fonction de leur âge.

Tableau 13 : Contact des médecins généralistes pour débiter la prise en charge en HAD, en fonction du nombre de patients réellement suivis par médecin généraliste et inclus dans Fil-EAS ic, d'après les données du logiciel « At Home ».

Tableau 14 : Contact des médecins généralistes pour débiter la prise en charge en HAD, en fonction de la date de prise en charge du dernier patient inclus dans Fil-EAS ic.

Tableau 15 : Contact des médecins généralistes pour débiter la prise en charge en HAD, en fonction de leur connaissance du protocole Fil-EAS ic.

Tableau 16 : Prises en charge effectuées par les médecins généralistes au cours de l'HAD.

Tableau 17 : Prises en charge effectuées par les médecins généralistes au cours de l'HAD, en fonction de leur âge.

Tableau 18 : Prises en charge effectuées par les médecins généralistes au cours de l'HAD, en fonction de leur lieu d'exercice.

Tableau 19 : Prises en charge effectuées par les médecins généralistes au cours de l'HAD, en fonction de leur connaissance du protocole Fil-EAS ic.

Tableau 20 : Prises en charge effectuées par les médecins généralistes au cours de l'HAD, en fonction de leurs connaissance et formation en insuffisance cardiaque.

Tableau 21 : Réception par les médecins généralistes, des deux documents à leur attention.

Tableau 22 : Réponses des médecins généralistes, aux documents réceptionnés.

Tableau 23 : Réception par les médecins généralistes, des deux documents à leur attention, en fonction de leurs prises en charge effectuées au cours de l'HAD.



Tableau 24 : Mode de réception souhaité par les médecins généralistes, des deux documents à leur attention, en fonction de leur prise en charge au domicile effectuée au cours de l'HAD.

Tableau 25 : Accessibilité des médecins généralistes, aux coordonnées des médecins référents.

Tableau 26 : Accessibilité des médecins généralistes, aux coordonnées des médecins référents, en fonction de leur âge.

Tableau 27 : Accessibilité des médecins généralistes, aux coordonnées des médecins référents, en fonction de leur réception des deux documents à leur attention.

Tableau 28 : Utilisation des coordonnées des médecins référents, par les médecins généralistes.

Tableau 29 : Évaluation par les médecins généralistes, de l'utilité de disposer des coordonnées des médecins référents.

Tableau 30 : Partage des données médicales, souhaité par le médecin généraliste, en fonction de leur âge.

Tableau 31 : Réception des comptes rendus de fin d'hospitalisation et de clôture de l'HAD par les médecins généralistes, en fonction de leur connaissance du protocole Fil-EAS ic.

Tableau 32 : Réception des comptes rendus de fin d'hospitalisation et de clôture de l'HAD par les médecins généralistes, en fonction de la date de prise en charge du dernier patient inclus dans Fil-EAS ic.

Tableau 33 : Utilisation des conseils de suivi de l'insuffisance cardiaque par les médecins généralistes, en fonction de leur réception du compte-rendu de clôture de l'HAD des cardiologues.

Tableau 34 : Évaluation par les médecins généralistes, de l'utilité de la mise en place d'une télésurveillance.

Tableau 35 : Souhait(s) d'implication des médecins généralistes, dans l'utilisation de la télésurveillance, en fonction de leur âge.

Tableau 36 : Souhait(s) d'implication des médecins généralistes, dans l'utilisation de la télésurveillance, en fonction de leur lieu d'exercice.

Tableau 37 : Souhait(s) d'implication des médecins généralistes dans l'utilisation de la télésurveillance, en fonction de leur connaissance et formation en insuffisance cardiaque.

Tableau 38 : Évaluation par les médecins généralistes, de l'utilité de la mise en place d'une hospitalisation de jour.

Tableau 39 : Souhait(s) d'implication des médecins généralistes dans la décision de mise en place d'une hospitalisation de jour, en fonction de leur âge.

Tableau 40 : Souhait(s) d'implication des médecins généralistes, dans la décision de mise en place d'IDE au domicile.

Tableau 41 : Souhait(s) d'implication des médecins généralistes dans la décision de mise en place d'IDE au domicile, en fonction de leur âge.

Tableau 42 : Connaissance des médecins généralistes, du protocole d'adaptation des diurétiques, mis à disposition du patient et de l'IDEL.

Tableau 43 : Évaluation par les médecins généralistes, de l'utilité d'accéder au protocole d'adaptation des diurétiques, mis à disposition du patient et de l'IDEL.

Tableau 44 : Partage du protocole d'adaptation des diurétiques, mis à disposition du patient et de l'IDEL, aux médecins généralistes.

Tableau 45 : Taux de satisfaction des médecins généralistes du protocole Fil-EAS ic.

Tableau 46 : Taux de satisfaction des médecins généralistes du protocole Fil-EAS ic, en fonction de leur âge.

Tableau 47 : Taux de satisfaction des médecins généralistes du protocole Fil-EAS ic, en fonction de leur lieu d'exercice.

Tableau 48 : Taux de satisfaction des médecins généralistes du protocole Fil-EAS ic, en fonction de leur connaissance et formation à l'insuffisance cardiaque.

Tableau 49 : Taux de satisfaction des médecins généralistes du protocole Fil-EAS ic, en fonction de leur connaissance du protocole.

Tableau 50 : Taux de satisfaction des médecins généralistes du protocole Fil-EAS ic, en fonction de leur contact pour débiter la prise en charge en HAD.

Tableau 51 : Taux de satisfaction des médecins généralistes du protocole Fil-EAS ic, en fonction de la réception des deux documents à leur attention.

Tableau 52 : Taux de satisfaction des médecins généralistes du protocole Fil-EAS ic, en fonction de leur disposition des coordonnées des médecins référents.

Tableau 53 : Implication des médecins généralistes dans le protocole Fil-EAS ic.

Tableau 54 : Implication des médecins généralistes dans le protocole Fil-EAS ic, en fonction de leur lieu d'exercice.

Tableau 55 : Implication des médecins généralistes dans le protocole Fil-EAS ic, en fonction de leur âge.

Tableau 56 : Implication des médecins généralistes dans le protocole Fil-EAS ic, en fonction de leur connaissance et formation à l'insuffisance cardiaque.

Tableau 57 : Implication des médecins généralistes dans le protocole Fil-EAS ic, en fonction de leur satisfaction du protocole.

Tableau 58 : Implication des médecins généralistes dans le protocole Fil-EAS ic, en fonction de leur connaissance du protocole.

## Liste des abréviations

---

- AHA : American Heart Association
- ALD : Affection de Longue Durée
- ARS : Agence Régionale de Santé
- BNP : Brain Natriuretic Peptid
- CHITS : Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - la Seyne-sur-mer
- CPS : Carte de Professionnel de Santé
- CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
- DMP : Disease Management Programme
- DMP : Dossier Médical Partagé
- DMS : Durée Moyenne de Séjour
- DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
- ECG : Électrocardiogramme
- ESC: European Society of Cardiology
- ESP : Équipe de Eoins Primaires
- ETAPES : Expérimentation de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé
- ETP : Education Thérapeutique du Patient
- FE: Fraction d'Ejection
- FEVG : Fraction d'Ejection Ventriculaire Gauche
- Fil-EAS ic : Filière d'Évaluation et d'Accompagnement dans le parcours de Soins de l'insuffisant cardiaque
- FNEHAD : Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation A Domicile
- GIP : Groupement d'Intérêt Public
- GRADeS : Groupement Régionale d'Appui au Développement de la e-Santé
- HAD : Hospitalisation A Domicile
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HDJ : Hôpital De Jour
- HTA : Hypertension Artérielle
- IC : Insuffisance Cardiaque

- IC : Intervalle de Confiance
- ICoop : Infirmière de Coopération
- IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
- ieSS : Innovation E-Santé Sud
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- IPA : Infirmière en Pratique Avancée
- MG : Médecin Généraliste
- MSSanté : Messageries Sécurisées en Santé
- MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelles
- NT-proBNP : N-Terminal Pro-Brain Natriuretic Peptide
- NYHA : New York Heart Association
- OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
- ORS : Observatoire Régional de la Santé
- OSICAT : Optimisation de la Surveillance Ambulatoire des Insuffisants Cardiaques par Télécardiologie
- PACA : Provence-Alpes-Côte-d'Azur
- PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique
- PPS : Plan Personnalisé de Santé
- PRADO : Programme d'Accompagnement du retour A Domicile
- SSV : Santé et Solidarité du Var
- UMG : Unité Mobile de Gériatrie
- UMIC : Unité Mobile de prise en charge de l'IC

# Serment d'Hippocrate

---

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

## **Titre : Les critères d'adhésion des médecins généralistes au protocole Fil-EAS ic (Filière d'Évaluation et d'Accompagnement dans le parcours de Soins de l'insuffisant cardiaque) du Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon et La Seyne sur mer.**

### **Résumé :**

**Introduction :** L'insuffisance cardiaque est un enjeu majeur de santé publique. Différentes initiatives ont été proposées pour améliorer et développer la prise en charge en ambulatoire. C'est dans ce contexte qu'a été imaginé le protocole Fil-EAS ic (Filière d'Évaluation et d'Accompagnement dans le parcours de soins de l'Insuffisant Cardiaque) du Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon et La Seyne sur mer. Une surveillance rapprochée des patients en hospitalisation à domicile (HAD) est organisée en sortie précoce d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque. Cependant, la place des médecins généralistes (MG) comme véritables acteurs de la prise en charge, semble poser question. La communication avec les MG repose sur un contact téléphonique avant l'initiation de l'HAD et un questionnaire d'évaluation médicale du patient, au début de la prise en charge en HAD, dont la pertinence mérite d'être évaluée. Cette hypothèse nous invite à interroger les MG sur leurs critères d'adhésion souhaités au protocole Fil-EAS ic. **Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, transversale où nous avons analysé les critères d'adhésion des MG au protocole Fil-EAS ic. La population d'étude correspond à l'ensemble des MG dont au moins un de leurs patients a été inclus et pris en charge par le protocole (n=71). Les données d'analyses sont recueillies via un questionnaire. Le critère d'évaluation principal s'attache à préciser l'adhésion des médecins généralistes au protocole Fil-EAS ic avant, pendant et après la prise en charge en HAD. **Résultats :** En amont de la prise en charge en HAD, seuls 48% des MG interrogés ont été contactés pour donner leur accord, avec une probable disparité sur la qualité des échanges menés lors de ce premier contact. Lors de la prise en charge en HAD, les documents d'information et d'évaluation médicale n'ont quasiment jamais été réceptionnés par les MG. Ils souhaitent les recevoir préférentiellement par messagerie électronique, en plus de l'instaurer dans le dossier papier avec lequel le patient retourne à son domicile. Les coordonnées des médecins référents sont très appréciées des MG, mais moins de 50% en avaient possession. Une grande majorité effectue des visites au domicile pendant l'HAD. Ils souhaitent un partage avec les médecins référents du suivi biologique et en moindre mesure du système informatique répertoriant l'évolution clinique quotidienne notifié par les IDE et les ECG. A la clôture de l'HAD, les comptes rendus finaux n'ont pas été reçus pour 15 à 30% des MG. Les conseils de suivi de l'insuffisance cardiaque, l'adaptation des traitements par diurétiques ont largement montré leur utilité. La mise en place d'une télésurveillance et d'une hospitalisation de jour sont très appréciées avec le souhait des MG d'être informés des décisions prises, sans nécessairement y être plus impliqués. Concernant la poursuite ou majoration du passage d'IDE à la fin de la prise en charge, les MG souhaitent être contactés pour décider ou non de mettre en place cette mesure. Au final, les MG évaluent le protocole Fil-EAS ic par une moyenne de 3,4/5 avec un désir en majorité de vouloir être plus impliqués, particulièrement lors de la prise en charge en HAD, lors des décisions prises à la consultation de clôture et dans le suivi à posteriori. Une meilleure implication des MG permettrait un meilleur taux de satisfaction au protocole Fil-EAS ic. **Conclusion :** Notre étude montre qu'une amélioration de la communication ville-hôpital, dès l'instauration de l'HAD, est essentielle : informer le MG de l'organisation de la prise en charge et partager les coordonnées des médecins référents, obtenir son accord pour la suite, discuter du moyen de communication adéquat et de son implication souhaitée. Notre travail montre la nécessité d'une meilleure accessibilité au MG du suivi clinique et paraclinique mis en place ainsi qu'aux documents et comptes rendus de sortie. Le protocole Fil-EAS ic travaille actuellement avec les communautés professionnelles territoriales de santé, dont l'enjeu est l'harmonisation des pratiques interprofessionnelles, et le déploiement de l'e-santé permettant le partage d'informations médicales sécurisées. L'évolution de la prise en charge, en impliquant davantage les médecins généralistes comme ils le souhaitent, nécessite d'évaluer la faisabilité des mesures à mettre en place avec les professionnels de santé du protocole Fil-EAS ic étant donné le risque d'alourdir et de rendre moins efficace la prise en charge en multipliant les décideurs. Une étude ultérieure permettrait de juger de l'efficacité des mesures prises et rechercher une amélioration du taux de satisfaction des MG et de la prise en charge des patients.

**Mots clés :** insuffisance cardiaque, médecine générale, hospitalisation au domicile, post hospitalisation, parcours de soins