



HAL
open science

Télésurveillance de l'insuffisance cardiaque : la perception des médecins généralistes des Hautes-Alpes

Mellie Faure

► **To cite this version:**

Mellie Faure. Télésurveillance de l'insuffisance cardiaque : la perception des médecins généralistes des Hautes-Alpes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03674369

HAL Id: dumas-03674369

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03674369v1>

Submitted on 20 May 2022

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

**Télesurveillance de l'insuffisance cardiaque : La perception des médecins
généralistes des Hautes-Alpes**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 18 Mai 2022

Par Madame Mellie FAURE

Née le 10 février 1992 à Aubenas (07)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur FRANCHESCHI Frédéric

Président

Madame le Docteur JANCZEWSKI Aurélie

Directeur

Monsieur le Docteur LEMIERE Paul

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ 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

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

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 DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} 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	DEVIN Robert
	ALDIGHERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		ENJALBERT Alain
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAUGERE Gérard
	AZORIN Jean-Michel		FAVRE Roger
	BAILLE Yves		FIECHI Marius
	BARDOT Jacques		FARNARIER Georges
	BARDOT André		FIGARELLA Jacques
	BERARD Pierre		FONTES Michel
	BERGOIN Maurice		FRANCES Yves
	BERLAND Yvon		FRANCOIS Georges
	BERNARD Dominique		FUENTES Pierre
	BERNARD Jean-Louis		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Paul		GALINIER Louis
	BERNARD Pierre-Marie		GALLAIS Hervé
	BERTRAND Edmond		GAMERRE Marc
	BISSET Jean-Pierre		GARCIN Michel
	BLANC Bernard		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Jean-Louis		GAUTHIER André
	BOLLINI Gérard		GERARD Raymond
	BONGRAND Pierre		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONNEAU Henri		GIUDICELLI Sébastien
	BONNOIT Jean		GOUDARD Alain
	BORY Michel		GOUIN François
	BOTTA Alain		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUBLI Léon		GRISOLI François
	BOURGADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		GUYS Jean-Michel
	BOUYALA Jean-Marie		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BREMOND Georges		HASSOUN Jacques
	BRICOT René		HEIM Marc
	BRUNET Christian		HOUEL Jean
	BUREAU Henri		HUGUET Jean-François
	CAMBOULIVES Jean		JAQUET Philippe
	CANNONI Maurice		JAMMES Yves
	CARTOUZOU Guy		JOUVE Paulette
	CAU Pierre		JUHAN Claude
	CHABOT Jean-Michel		JUIN Pierre
	CHAMLIAN Albert		KAPHAN Gérard
	CHARPIN Denis		KASBARIAN Michel
	CHARREL Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHAUVEL Patrick		LACHARD Jean
	CHOUX Maurice		LAFFARGUE Pierre
	CIANFARANI François		LAUGIER René
	CLAVERIE Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CLEMENT Robert		LEGRE Régis
	COMBALBERT André		LEVY Samuel
	CONTE-DEVOLX Bernard		LOUCHET Edmond
	CORRIOL Jacques		LOUIS René
	COULANGE Christian		LUCIANI Jean-Marie
	CURVALE Georges		MAGALON Guy
	DALMAS Henri		MAGNAN Jacques
	DE MICO Philippe		MALLAN- MANCINI Josette

PROFESSEURS HONORAIRES

DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain

MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	MATTEI Jean François	UNAL Daniel
	MERCIER Claude	VAGUE Philippe
	MICHOTEY Georges	VAGUE/JUHAN Irène
	MIRANDA François	VANUXEM Paul
	MONFORT Gérard	VERVLOET Daniel
	MONGES André	VIALETTES Bernard
	MONGIN Maurice	WEILLER Pierre-Jean
	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	
	RAOULT Didier	
	RICHAUD Christian	
	RIDINGS Bernard	
	ROCHAT Hervé	
	ROHNER Jean-Jacques	
	ROUX Hubert	
	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	
	TAMALET Jacques	
	TARANGER-CHARPIN Colette	
	THIRION Xavier	
	THOMASSIN Jean-Marc	

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	AUBANIAC 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	RUFO 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	VIALETTES 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

EMERITAT

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
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	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
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)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUY'S Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUBE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	VALERO René
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	VAROQUAUX Arthur Damien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VELLY Lionel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PESENTI Sébastien	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PETIT Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PHAM Thao	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SIELEZNEFF Igor	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIRRO Nicolas	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	STEIN Andréas	XERRI Luc
RACCAH Denis	SUISSA Laurent	ZIELEZKIEWICZ Laurent
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
REGIS Jean	THOMAS Pascal	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THUNY Franck	
REYNAUD Rachel	TOSELLO Barthélémy	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
RICHERI Raphaëlle	<i>TRIGLIA Jean-Michel Surnombre</i>	
ROCHE Pierre-Hugues	TROPIANO Patrick	
ROCH Antoine	TSIMARATOS Michel	
ROCHWERGER Richard	TURRINI Olivier	

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

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

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
FIERLING Thomas
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

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALI 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)

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

ALBANESE Jacques (PU-PH) *Surnombre*
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

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

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

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

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

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)

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)

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)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

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)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (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 Médicale
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)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

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)

CARDIOLOGIE 5102

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

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (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)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021
 FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

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

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (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)

GAUDRY Marine (MCU PH)
SOLER Raphael (MCU-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)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 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)

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

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-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)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BRETTELLE 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)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION

4601

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

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

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

IMMUNOLOGIE 4703I

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

FERON François (PR) (69ème section)

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

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

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

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

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) BENYAMINE Audrey (MCU-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)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

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)

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

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

(MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

(nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

Au Professeur FRANCESCHI Frédéric, Président du Jury : Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider cette thèse. Je suis ravie d'avoir eu la chance de vous rencontrer lors de vos visites dans le service de cardiologie de Gap, et je vous remercie pour votre confiance.

Au Docteur JANCZEWSKI Aurélie, Directrice de thèse : Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. J'ai été impressionnée par la rapidité avec laquelle tu peux mettre en lien des idées ; alors que j'étais personnellement noyée sous ces innombrables petits papiers. Tu as été d'une aide précieuse pour la mise en forme de ce travail.

Au Docteur LEMIERE Paul ; et à toute l'équipe de cardiologie de Gap : merci pour ce semestre génial passé dans le service, qui m'aurait presque donné goût à la médecine hospitalière. Merci tout particulièrement à Paul qui a accepté de faire le déplacement pour juger mon travail de thèse, et représenter le programme de télésurveillance.

À Émilie, IDE du programme de télésurveillance : merci pour ta réactivité sans pareille et ton aide précieuse pour mon travail.

Merci aux médecins généralistes qui ont investi de leur temps pour m'aider à concrétiser mes recherches.

À mes parents, merci pour votre amour et votre bienveillance à mon égard, pour votre soutien infailible, même dans mes idées les plus farfelues. Je vous dois une reconnaissance éternelle. Merci mille fois Mamounette pour la relecture de mon travail.

À Elvia ; Je remercie le ciel et les parents d'avoir créé une petite sœur comme toi !
A nos aventures presque toujours pluvieuses, qui n'en demeurent pas moins belles pour autant.
J'ai hâte de vivre les prochaines !

À Mamie, pour ta gentillesse et ton amour.

Aux copains de Bagnols : Camomille, Prisci, Barthe, Romain... que je vois bien trop peu souvent à mon goût. A ces souvenirs d'enfance et au reste... J'ai adoré grandir à vos côtés, pour le meilleur et pour le pire.

Marie, mi Trucha : Quelle chance j'ai eu d'avoir pu partager une clôture avec toi pendant près de dix ans. Il faudrait plus d'un tome et plusieurs mois d'écriture pour raconter tous nos souvenirs ensemble. Merci pour cette adolescence et ce début de vie adulte haut en couleur ! Je suis si fière d'être ton amie, et de Louve, le plus beau bébé au monde.

Maé, la petite dame qui ne tient pas en place, une vraie tornade ! Je suis fière de ton parcours, je suis fière d'être ton amie, et NYC n'a qu'à bien se tenir !

Sophie, le genre de rencontre que l'on ne fait pas tous les jours. Mes années montpelliéraines ont été délicieuses et c'est en grande partie grâce à toi ! Pour ces moments calmes et sérieux, mais aussi et surtout pour ces moments démoniaques à tes cotés !

Solène, loin des yeux près du cœur : j'ai hâte de te revoir à Lyon bientôt !

Charlotte : Partir explorer l'Océanie avec toi fut une des meilleures décisions de ma vie. Je ne compte plus les bons moments ensemble, gravés dans nos mémoires et dans tes cahiers pour quand on sera sénile. Tu es ma partenaire d'aventure pour la vie.

À Alice, la bienveillance incarnée, le mélange parfait entre le Dalailama et une star de cinéma.

Mathilde, même si tu es déséquilibrée je t'aime beaucoup. Un plaisir d'être ta colocataire et amie !

Même sous la torture, je n'aurais jamais lâché cette corde.

Marion, partenaire de fête et de montagne, aussi douée dans un domaine que dans l'autre.

Tu es pleine de surprises, et j'apprécie tout particulièrement la dernière en date, à savoir t'essayer à la vie briançonnaise.

Aux briançonnais de l'hiver 2020 : Antoine, Hugo, Jeanne, Victor, Camille, Charlely, Beber, JB, Amande, Aida... : merci pour ces sept mois, ces deux cent dix jours, ces 302 400 minutes horribles passés à vos côtés. Toute ma vie, j'aurai envie de remonter le temps pour revivre chaque instant. À Hugo et à Jeanne avec lesquels je partage encore le toit et les conneries.

À toutes les personnes qui ont fait de ces six mois corses un été haut en couleur : Pauline, Célie, Mathilde, Christophe, Florian, Carlito, Oriane, Alan, Laëtu et les autres ! À notre amour commun pour les piscines, la myrte, et les piscines de myrte !

À Célie plus particulièrement, car je suis ravie de t'avoir emmenée à Gap ; je sais que tu es secrètement amoureuse de cette ville et que tu rêves d'y faire ta vie. Merci pour être un humain aussi génial !

À GrAuguste, car tu es un colocataire tout à fait recommandable et que tu adores acheter des casseroles !

À Julie, car tu as vu le jour un 10 février. Merci pour ton accueil lors de nos virées « à la ville » !

À Patrick, ravie d'avoir été quelque temps ta co-interne, ta voisine de chambre, et partenaire de montagne ou de sieste au bord du lac. Mais n'oublie pas que j'ai plus de bouteille !

À Anouk ; pour les croisières en paddle, les levers de soleil au Piton des Neiges et les couchers de soleil sur le sable.

Merci à Stéphane, qui m'a fait découvrir et donné le goût de la médecine de montagne. Un vrai plaisir d'avoir pu travailler avec toi cette saison.

À toutes les personnes découvertes au cours de mon internat, à Aix, à Gap et ailleurs... merci pour les bons moments partagés !

Loïc, merci de m'avoir indiqué le chemin qui mène au piton d'Anchaing. Il faudrait que tu sois un peu plus clair la prochaine fois, car je me suis perdue...

Tu rends ma vie plus belle, j'ai hâte de vivre d'aventure avec toi, et d'écrire la suite.

À Madame Zozo, car tu es la plus belle et la plus douce ; même si tu nous réveilles la nuit.

Table des matières

I. INTRODUCTION	4
A. CONTEXTE	4
B. LA TELESURVEILLANCE ET LE PROJET ETAPES	6
C. LE PROGRAMME DE TELESURVEILLANCE DU CENTRE HOSPITALIER DE GAP	8
D. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIF DE L'ETUDE	9
II. MATERIEL ET METHODE	11
A. CHOIX D'UNE APPROCHE QUALITATIVE	11
B. POPULATION	11
C. RECUEIL DES DONNEES	12
D. ANALYSE DES DONNEES	13
E. ASPECT ETHIQUE	13
III. RESULTATS	14
A. TS ET IC DANS LE PAYSAGE DU SOIN EN FRANCE	16
1. PEU D'ALTERNATIVE A L'HOSPITALISATION	16
2. DES SOLUTIONS A LA PENURIE DE SPECIALISTE	16
3. LE DEVELOPPEMENT DE NOUVEAUX PROJETS FREINE PAR LE DEFICIT BUDGETAIRE	16
4. UNE MEDECINE PLUS CURATIVE QUE PREVENTIVE	17
5. LES DIFFICULTES D'EXERCER EN MILIEU RURAL	17
B. TS ET SOIN PREMIERS : POUR QUOI FAIRE ?	18
1. L'AVENEMENT PRECIPITE DE LA TS	18
2. RETOUR POSITIF DES AUTRES SYSTEMES DE TS	18
3. LA TS NE DISPENSE PAS DU RESTE	19
4. LA TS RESERVEE AUX JEUNES	19
5. LES LIMITES DE LA SURVEILLANCE DU POIDS	20
6. LA CARDIOLOGIE : SPECIALITE QUI FAIT PEUR	20
7. UN APPAREIL ELECTRONIQUE DE PLUS DANS NOTRE QUOTIDIEN !	20

8.	LA TS N'EST PAS UNE BARRIERE ENTRE LES SOIGNANTS ET LES PATIENTS	21
C.	LA TS POUR LE PATIENT VU AU TRAVERS DU PRISME DU MG	21
1.	LE MEDECIN DANS LE ROLE DU PATIENT	21
2.	RAPPEL DE LA MALADIE	21
3.	INFORMATION DU PATIENT CLAIRE ET APPROPRIEE	22
4.	EGALITE D'ACCES AU PROGRAMME	22
5.	LA TS POUR LES PLUS FRAGILES	22
6.	LA TS POUR LES ANXIEUX	23
7.	UN OUTIL OBJECTIF POUR LES MOINS RIGOUREUX.....	23
8.	RESPONSABILISER LES PATIENTS.....	23
9.	ABANDON DE LA RELATION MEDECIN-MALADE	24
D.	LES QUESTIONS TECHNIQUES EN TOILE DE FOND	24
1.	LES DIFFICULTES DE LA MISE EN ROUTE	24
2.	CRAINTE DES DIFFICULTES TECHNIQUES	24
3.	SIMPLICITE DU SUIVI DU POIDS	25
4.	PATIENTS NON MOBILISABLES	25
5.	LE TELEPHONE EST SUFFISANT	26
6.	FIABILITE DU SUIVI ET DU PARTAGE D'INFORMATION EN RESEAU	26
7.	RETOURS POSITIFS	26
E.	L'ORGANISATION DU SOIN AU QUOTIDIEN.....	27
1.	DEPLACEMENTS DES SOIGNANTS	27
2.	DEPLACEMENTS DES PATIENTS	27
3.	MAINTIEN AU DOMICILE	28
4.	VERITABLE MOYEN DE TRAITEMENT.....	28
5.	SE PASSER DU CARDIOLOGUE.....	29
6.	AIDE A LA FIN DE VIE.....	29
7.	LE MT NE FAIT PLUS L'INTERMEDIAIRE	29
8.	LIEN ENTRE LES ACTEURS LIBERAUX ET HOSPITALIERS.....	30
F.	L'ORGANISATION DU SOIN EN EQUIPE	30
1.	TRAVAIL D'EQUIPE.....	30
2.	AMELIORER LA QUALITE DES RELATIONS ENTRE LA VILLE ET L'HOPITAL.....	30
3.	DISPONIBILITE DES CARDIOLOGUES.....	31
4.	LA PLACE DU MT.....	31
5.	ROLE CENTRAL DE L'IDE DU PROGRAMME.....	32

6. PRESERVER LES ACTEURS « SUR LE TERRAIN »	32
G. LES AIDANTS AU CENTRE DE LA PRISE EN CHARGE	33
1. SOULAGER LES AIDANTS.....	33
2. L'IMPLICATION DES AIDANTS POUR LA REUSSITE	33
<u>III. DISCUSSION</u>	<u>35</u>
A. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	35
1. POINTS FORTS	35
2. POINTS FAIBLES	36
B. LA TS AU SEIN DE LA RESTRUCTURATION DU SCHEMA DU SOIN	37
1. AMELIORER L'ORGANISATION DES SOINS DE PROXIMITE	37
2. MUTATION DU ROLE DE L'IDE	38
3. REpondre AUX BESOINS DES AIDANTS	39
C. LES FREINS LIES AU CHANGEMENT	41
1. CHOC GENERATIONNEL	41
3. SOCIETE DE L'HYPER-SURVEILLANCE	42
4. UN BESOIN D'INFORMATION	43
D. ALLER PLUS LOIN DANS LA TS.....	44
E. PERSPECTIVES	45
<u>IV. CONCLUSION</u>	<u>46</u>
<u>V. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :</u>	<u>47</u>
<u>VI. ANNEXES :</u>	<u>52</u>
1. ANNEXE 1 : DEPLIANT <i>MON CŒUR A LA MAISON</i> , REMIS AU PATIENT LORS DE LA PROPOSITION D'INCLUSION.....	52
2. ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN VERSION FINALE (3/3) :	53
<u>VII. ABREVIATIONS/ACRONYMES :</u>	<u>56</u>

I. Introduction

A. Contexte

L'insuffisance cardiaque est une maladie grave et fréquente. D'après l'ESC, elle touche 2% de la population adulte dans les pays développés, et plus de 10% des personnes de plus de 70 ans (1).

Chaque année, l'insuffisance cardiaque est à l'origine de 165 000 hospitalisations. Le risque de ré-hospitalisation après une hospitalisation pour décompensation aiguë d'insuffisance cardiaque est majeur : 25% de ré-hospitalisation à trois mois et 45% dans l'année (2).

L'insuffisance cardiaque est une pathologie dont le pronostic reste sombre malgré les progrès thérapeutiques, surtout chez les sujets âgés, et sa prise en charge est compliquée par la poly-pathologie souvent associée (3).

Chez des sujets âgés de 89 ans en moyenne, hospitalisés pour insuffisance cardiaque, la mortalité est de 87 % au terme d'un suivi de 1,1 an, avec une moyenne de survie de 4 ± 4 mois (4).

Ces chiffres sont en augmentation constante, à cause du vieillissement de la population mais aussi par l'amélioration de son dépistage.

La pathologie est définie comme l'association de symptômes (dyspnée, œdème des membres inférieurs, asthénie...) et de signes physiques (crépitations, turgescence jugulaire...) à un dysfonctionnement cardiaque objectivé par l'imagerie (échographie cardiaque) (5).

Toutes les pathologies cardiologiques évoluées peuvent entraîner le développement de l'insuffisance cardiaque (3).

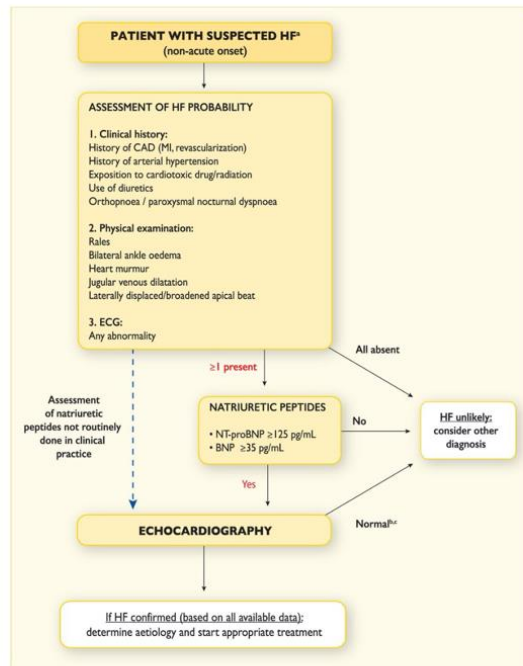


Figure 1 : Algorithme diagnostique de l'IC en dehors d'une phase de décompensation

Se manifestant par des symptômes évolutifs, l'IC nécessite une adaptation régulière de sa prise en charge. Mal contrôlée, elle conduit à des hospitalisations en urgence et au décès (6).

S'agissant d'une maladie chronique, l'objectif du traitement est multiple (3) :

- Améliorer la qualité de vie : soulager les symptômes, et permettre les activités de la vie quotidienne ;
- Prévenir les épisodes de décompensation et réduire le nombre et la durée des hospitalisations ;
- Ralentir la progression de la maladie et réduire sa mortalité.

Le traitement de l'IC comprend toujours (3) :

- Un traitement non pharmacologique, avec prescription de nouvelles habitudes alimentaires (régime pauvre en sel), d'activité physique régulière et de surveillance du poids et des symptômes ;

- Un traitement pharmacologique, bien codifié et efficace pour l'insuffisance cardiaque stable.

Ces patients souvent sévères requièrent une coordination importante, cohérente et permanente des acteurs présents autour d'eux entre le domicile, la ville et l'hôpital.

B. La télésurveillance et le projet ETAPES

Pour répondre à ce besoin de coordination ; et tenter de pallier les problématiques actuelles de santé publique que sont le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et la difficulté d'accès au soin ; le système de soin évolue et crée la télémédecine et la télésurveillance (7).

La télémédecine est définie par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : il s'agit d'un acte qui permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi d'un patient, et, le cas échéant, de prendre les décisions relatives à la prise en charge de ce patient (8).

C'est le dispositif ETAPES (Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours en Santé), reconduit et généralisé en France grâce à la loi de financement de la sécurité sociale de 2018, qui concerne plus particulièrement les patients insuffisants cardiaques (9).

L'objectif de ce projet est de développer les actes de télémédecine sur tout le territoire, de leur donner un cadre juridique et une tarification.

Sur prescription médicale, les patients inclus bénéficient de l'association d'une télésurveillance médicale et d'une prestation d'accompagnement thérapeutique, toutes deux indissociables (10).

Les patients IC sont inclus sur l'association de deux critères (5) :

- Dyspnée classe II ou plus de la NYHA
- Et un taux de BNP > 100 pg/ml ou de NT-proBNP > 1000 pg/mL.

Les critères d'exclusion sont peu nombreux et évidents :

- Impossibilité physique ou psychique à utiliser les composants du système de télésurveillance ;
- Autre pathologie extra cardiaque entraînant des variations significatives du poids : insuffisance hépatique sévère, dialyse chronique ;
- Espérance de vie inférieure à 12 mois ;
- Compliance estimée faible ;
- Refus du patient d'avoir un accompagnement thérapeutique ;
- Absence de lieu de vie fixe.

Les données telles que les symptômes, le poids, la fréquence cardiaque (FC), le pouls, la pression artérielle, sont collectées via un système automatisé ou non, remis au patient à l'inclusion. La fréquence de surveillance est déterminée par le prescripteur (une fois par jour à une fois par semaine) (11).

Les données sont ensuite transmises à un centre de télésurveillance, puis analysées. Cette analyse de données crée des alarmes en fonction d'algorithmes prédéfinis.

Les alarmes sont analysées et traitées par un professionnel de santé, puis conduisent à une prise en charge adaptée.

Le suivi quotidien des paramètres cliniques du patient permet de détecter les signes précoces de dégradation clinique.

D'après les recommandations ESC 2021, la télésurveillance du patient insuffisant cardiaque pourrait réduire les hospitalisations pour décompensation cardiaque ou événement cardiovasculaire. Elle est recommandée avec un grade IIb, B (12).

Outre ces premiers objectifs, elle pourrait permettre un lien privilégié avec le praticien libéral ou avec l'équipe médicale d'insuffisance cardiaque hospitalière, et faciliter l'accès aux programmes d'éducation thérapeutique (12).

C. Le programme de télésurveillance du centre hospitalier de Gap

S'inscrivant dans cette expérimentation, un programme de télésurveillance de l'insuffisance cardiaque a vu le jour en 2021 au Centre Hospitalier Inter Communal des Alpes du Sud (CHICAS) au sein de l'unité de cardiologie : « Mon Cœur à la Maison » (13) (cf. **annexe 1**).

Le CHICAS a élaboré le programme de TS en lien avec l'unité du CHU La Timone, et du CHU de Grenoble.

Au moyen d'une balance connectée au réseau téléphonique fournie au patient lors de l'inclusion, le poids est enregistré quotidiennement.

Les données sont transmises puis collectées sur la plateforme en ligne OPTIFIED-SELF. Des alertes sont créées lors de variation significative du poids.

La gestion initiale des alertes est réalisée par deux IDE, dont le rôle est central au sein du programme.

En fonction des alertes, et des informations transmises par le patient par téléphone, l'IDE adapte le parcours de soin du patient : orientation, conseils, adaptation thérapeutique, prescription de biologie, invitation à consulter le MT, voire organisation d'une hospitalisation directe dans le service.

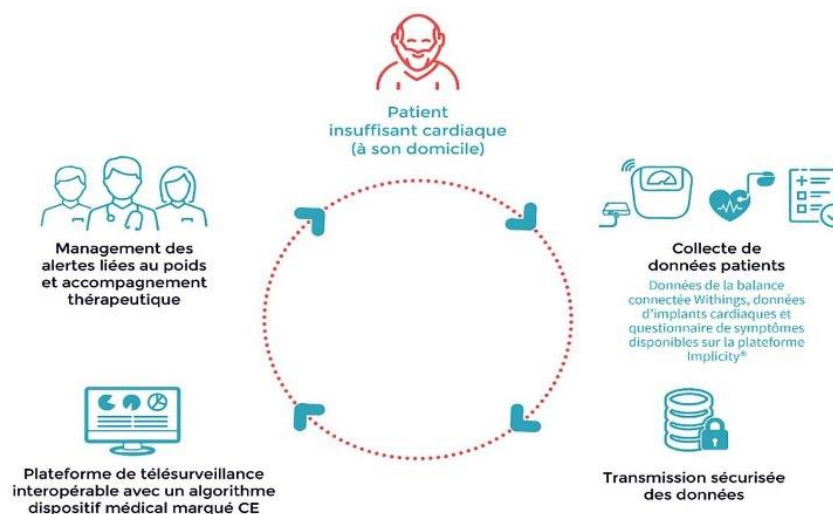


Figure 2 : Organisation et fonctionnement du programme de TS

Depuis mi-mai 2021, et au 14 avril 2022, 85 patients sont suivis quotidiennement, en majorité dans le département des Hautes Alpes (05), mais aussi dans les Alpes de Haute Provence (04) (correspondant à 15% des inclusions). 136 patients ont été inclus, et plus de 200 dossiers ont été étudiés.

Le programme déclenche environ 50 alertes par semaine avec au décours une dizaine d'interventions téléphoniques en moyenne (14).

Les patients sont initialement inclus pour six mois, puis renouvelés ou non.

Seul l'accord du patient est requis pour l'inclusion. Le MT reçoit un courrier à la suite de l'inclusion de son patient. Il contient entre autres un identifiant personnel permettant au MT d'avoir accès à la plateforme optified-self.

D. Problématique et objectif de l'étude

La télésurveillance a donc acquis une place importante dans la prise en charge globale des maladies chroniques et, en particulier, dans l'IC.

Dans la littérature, les résultats sont contrastés en termes d'efficacité, probablement à cause de l'hétérogénéité des programmes.

On peut citer pour exemple la méta analyse Cochrane conduite en 2017 identifiant 39 essais concernant la télésurveillance. Elle montrait que la télésurveillance était associée à une réduction de mortalité toute cause de 20% et de réduction des hospitalisations de 37% (15).

Au contraire, l'étude française OSICAT menée par le Professeur Galinier qui comparait la télésurveillance à la prise en charge conventionnelle chez 937 patients ne montrait pas de différence significative sur le risque de décès toute cause ou hospitalisation non prévue à 18 mois (16).

Au cours de notre revue de la littérature concernant la TS, un constat est fait : il existe très peu d'études s'intéressant à la perception et aux représentations de la TS de ses

utilisateurs. Les MG, par leur place centrale dans la prise en charge de la maladie chronique, sont amenés à adapter leur pratique depuis l'avènement de la télésurveillance.

Dans ce contexte, l'objectif de cette étude était de recueillir les perceptions et les représentations du médecin généraliste quant à l'avènement de la TS. Le but était de mieux cerner ses nécessités et de suggérer des trajectoires de développement pour consolider son intégration pérenne en soins primaires.

II. Matériel et méthode

A. Choix d'une approche qualitative

Pour répondre à notre question de recherche, notre choix s'est porté sur une approche qualitative.

Le but était de trouver un modèle explicatif d'un phénomène social : ici la mise en place de la télésurveillance ; dans une population donnée, c'est à dire les MG, en mettant l'accent sur leurs représentations et leur vécu.

L'analyse était inspirée de la méthode de théorisation ancrée. Elle relève d'une démarche inductive : le chercheur part du terrain, des faits pour aboutir à un modèle explicatif.

Cette démarche va à l'inverse de la démarche déductive de la recherche quantitative qui cherche à confirmer une hypothèse ou une théorie élaborée à l'avance.

B. Population

En recherche qualitative, l'objectif est de prélever un échantillon utile à l'étude du phénomène étudié, dit échantillon raisonné théorique.

La population étudiée était les médecins généralistes installés dans le département des Hautes Alpes. La participation des acteurs était basée sur le principe du volontariat.

Les participants étaient recrutés par différents moyens : par demande directe orale, par téléphone, ou par email.

Les praticiens inclus dans l'étude ont pu suggérer, s'ils le souhaitaient, de contacter un confrère ou une consœur, afin d'obtenir un échantillonnage dit par « effet boule de neige ».

Un questionnaire quantitatif en début d'entretien permettait de décrire l'échantillon de population étudiée, en fonction du :

- Sexe
- Âge
- Durée depuis l'installation
- Distance cabinet-CH (CHICAS)
- Milieu d'exercice
- Réalisation de visites à domicile
- Place des créneaux de consultation d'urgence dans l'organisation du cabinet.

C. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé au moyen d'entretiens semi-dirigés, répondant à un guide d'entretien.

Le guide d'entretien était amené à être modifié au fil des entretiens, lorsque cela fut jugé nécessaire par le chercheur. Nous avons utilisé trois versions du guide d'entretien. Il comprenait huit questions ouvertes. Il était précédé d'une courte présentation du programme de TS. Les médecins interrogés n'avaient pas nécessairement de patient inclus dans le programme (**cf. annexe 2**).

Les entretiens ont pour la plupart été réalisés au cabinet du médecin généraliste interrogé. Le choix du lieu d'entretien était sa praticité pour le médecin interrogé. Un entretien a été réalisé au domicile du MG.

Chaque participant a donné son consentement oral avant le début de l'entretien.

Les données ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone. Elles ont ensuite été retranscrites intégralement et rendues anonymes en utilisant le logiciel Word.

Les retranscriptions n'ont pas été soumises aux participants concernés pour être corrigées.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données, signifiant qu'aucune nouvelle idée n'émergeait au cours de deux entretiens successifs. La saturation des données a été obtenue au bout de 11 entretiens.

Le recueil des données s'est déroulé du 30 septembre 2021 au 26 janvier 2022.

D. Analyse des données

Un premier niveau d'encodage ouvert, mot à-mot, était réalisé. Cet exercice consistait en l'attribution de codes correspondants aux significations retrouvées dans le verbatim. Les codes étaient consignés dans le logiciel Excel.

Plus de cinquante pourcent (6/11 entretiens) des entretiens ont bénéficié d'une triangulation des données par la confrontation des résultats de deux chercheurs.

Les codes étaient ensuite organisés en catégories conceptuelles, permettant l'encodage axial.

L'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif, obtenu par l'articulation des catégories entre elles ont été réalisés par le Dr JANCZEWSKI Aurélie ma directrice de thèse et moi-même.

E. Aspect éthique

Les participants à cette étude ont consenti librement à leur participation en toute connaissance de cause. Le consentement était donné oralement par le participant au tout début de l'entretien et était susceptible d'être retiré à n'importe quel moment de l'étude.

La confidentialité des données était maintenue tout au long de l'étude : suppression des noms propres, et du lieu d'entretien.

III. Résultats

Parmi les médecins contactés, deux ont refusé de participer, par manque de temps ou d'intérêt pour le sujet de recherche. Deux praticiens n'ont pas répondu à notre email.

Au total, onze entretiens semi dirigés ont été réalisés entre le 30 septembre 2021 et le 26 janvier 2022. La durée des entretiens variait de 15 minutes à 28 minutes.

236 codes ont été générés, regroupés en 70 catégories conceptuelles.

Les caractéristiques de la population d'inclusion sont illustrées dans le tableau suivant :

	Genre	Âge	Année d'installation	Milieu d'exercice	Distance cabinet-CH (km)	VAD ?	Créneaux Consultations urgentes
Médecin 1	Homme	35	2017	Semi-rural	40	VAD	Oui
Médecin 2	Homme	50	2017	Rural	47	VAD	Oui
Médecin 3	Homme	64	1986	Semi-rural	40	VAD	Oui
Médecin 4	Homme	65	1994	Semi-rural	42	VAD	Oui
Médecin 5	Homme	31	2019	Urbain	0,4	VAD	Oui
Médecin 6	Femme	33	2016	Semi-rural	35	VAD	Oui
Médecin 7	Homme	32	2017	Semi-rural	30	VAD	Oui
Médecin 8	Femme	55	1993	Semi-rural	30	VAD	Oui
Médecin 9	Femme	36	2017	Semi-rural	30	VAD	Oui
Médecin 10	Femme	36	2017	Urbain	1	VAD	Oui
Médecin 11	Homme	63	2003	Semi-rural	26	VAD	Oui

Figure 3 : Caractéristiques des MG interrogés. Une unité urbaine est une commune (ou un ensemble de communes) d'au moins 2000 habitants et présentant une zone de bâti continu. Toute commune n'appartenant pas à une unité urbaine est considérée comme rurale.

LA TELESURVEILLANCE

REFLEXION SUR :

AGIT SUR :

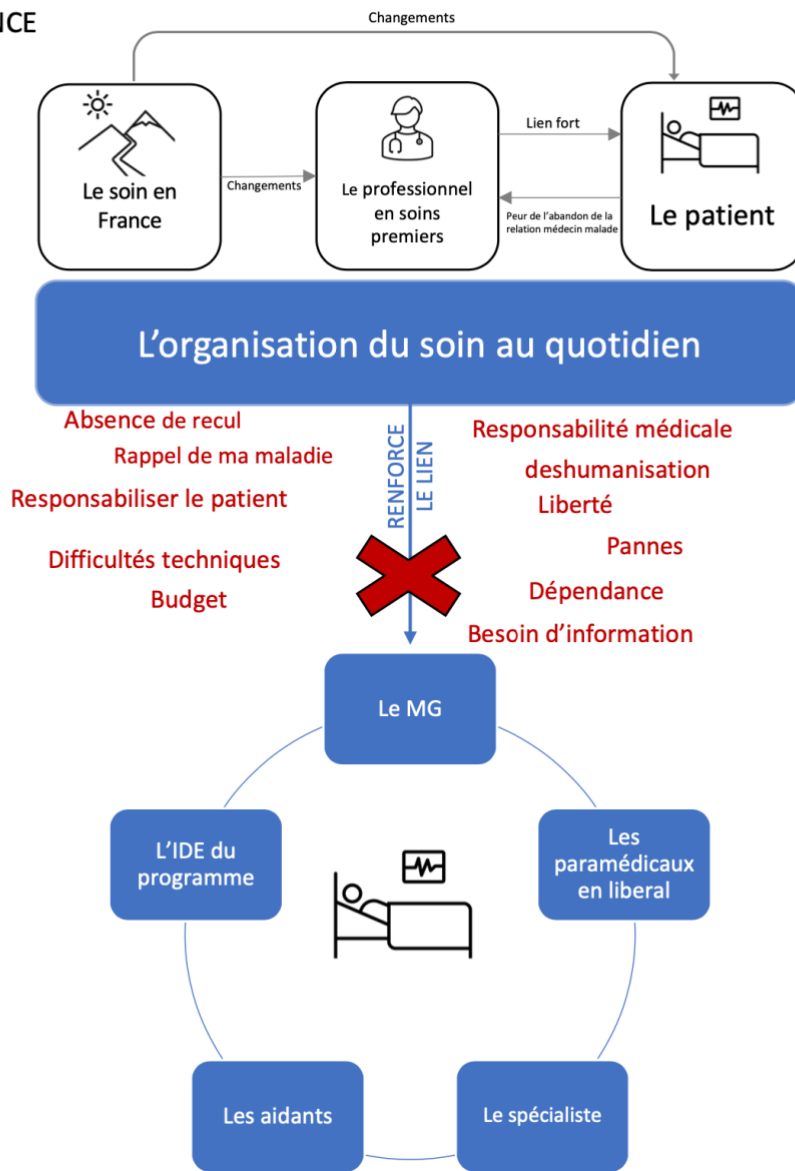


Figure 4 : schéma de modélisation : La télésurveillance de l'insuffisance cardiaque vue par les médecins généralistes

A. TS et IC dans le paysage du soin en France

1. Peu d'alternative à l'hospitalisation

Les médecins interrogés opposaient la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique stable à celle de la décompensation aiguë.

Le rôle du MT était de suivre les patients stables, en dehors de toute décompensation. Lors des épisodes d'insuffisance cardiaque aiguë, les MT pouvaient se sentir impuissants. Il n'y avait pas d'autre alternative que d'adresser le patient au SAU ou en hospitalisation.

« Quand j'ai vu l'état clinique et bien j'ai appelé les urgences, le patient n'avait pas envie mais je n'avais pas le choix. » E2

2. Des solutions à la pénurie de spécialiste

Le vieillissement de la population associé aux nombreux départs à la retraite des spécialistes était une source d'inquiétude des MT. Les médecins interrogés réfléchissaient à des solutions pour contrer la pénurie des soignants. Certains voyaient la télémédecine comme une solution palliative à cette pénurie. Elle était la cause de son avènement et son développement.

« L'inquiétude c'est pour les prochains, ceux qui vont avancer dans l'âge et qui vont avancer dans leur insuffisance cardiaque, les nouveaux patients quoi. Pour eux c'est peut-être une solution. » E2

3. Le développement de nouveaux projets freiné par le déficit budgétaire

Les médecins interrogés considéraient que l'absence de ressources financières dans le domaine de la santé gelait l'amélioration du système de soin et le développement de nouveaux projets en santé.

De cette dette budgétaire découlait aussi le fait que les « meneurs de projets » devaient sans cesse se justifier lors de la demande et l'utilisation du budget alloué. Les médecins interrogés décrivaient cette étape comme étant contraignante.

« Nous on connaît pas mal le principe de fonctionnement sur projet et expérimentation, c'est long c'est beaucoup de dossiers, et puis d'une année sur l'autre on peut avoir les financements qui baissent. C'est toujours un problème d'absence de budget. » E7

4. Une médecine plus curative que préventive

De ces entretiens, il en ressortait que les politiques de santé publiques étaient d'avantage axées sur la médecine curative que sur la médecine préventive, « // manque peut-être la base » E7.

Certains médecins interrogés décrivaient ce point comme typiquement français, laissant peu de place à l'éducation thérapeutique.

« Le fait qu'on rappelle les règles diététiques, les choses qui parfois sont oubliées et qu'on force bien souvent sur les thérapeutiques » E6

« On se rend compte que le patient se mange une baguette de pain blanc par jour et que finalement s'il en mangeait un peu moins il aurait peut-être moins besoin de se gaver de diurétiques. » E6

5. Les difficultés d'exercer en milieu rural

Parmi les médecins interrogés, plusieurs insistaient sur les difficultés d'accès au soin du fait de la zone géographique. En effet, on confère aux Hautes Alpes plusieurs spécificités, telles que l'absence de CHU sur son territoire, un nombre restreint de CH (a *fortiori* de SAU et de service de cardiologie), ainsi qu'une démographie majoritairement semi-rurale et rurale. La circulation peut y être difficile, notamment en hiver.

« *Nous on en a pas mal des comme ça, des vieux agriculteurs, des vieux paysans, qui sont perdus dans leur montagne.* » **E3**

De plus, Les patients en population rurale étaient perçus comme ayant une mauvaise santé, et un suivi médical plus aléatoire. Leur représentation de la santé paraissait aussi différente.

« *Le problème c'est tous les patients qui sont peu compliants ou peu observants.* » **E4**

« *La médecine pour eux c'est loin, ils ont toujours été habitués à tout encaisser, alors pour qu'ils appellent alors qu'ils sont essoufflés, c'est qu'ils sont vraiment au stade terminal.* » **E3**

B. TS et soin premiers : pour quoi faire ?

1. L'avènement précipité de la TS

Pour certains médecins interrogés, l'avènement de la TS était perçu comme un essai, « *une expérience* » **E4** ; en réponse notamment aux exigences de distanciation sociale imposée par la pandémie.

Ainsi, la mise en place de la TS était vue comme précipitée, sans raisonnement préalable : « *La télémédecine n'est pas prête.* » **E3**

2. Retour positif des autres systèmes de TS

Parallèlement, certains interlocuteurs comparaient la télésurveillance de l'IC à d'autres systèmes de télésurveillance déjà en vigueur. Le système REVEAL (holter implantable) ou encore la télésurveillance des constantes en gérontologie ont été cités comme exemple : « *Elle a l'air bien suivie elle est en pleine forme.* » **E1**

Les MT semblaient satisfaits du service rendu. Ainsi, ils accueillaien favorablement la mise en place du programme de TS de l'IC.

« Il y a des appareils connectés et des infirmières qui prennent la tension et la température ; alors si c'est pareil, on signe où ? » E1

3. La TS ne dispense pas du reste

Les médecins interrogés rappelaient que la TS ne devait en aucun cas se substituer aux différents acteurs du soin. Elle ne devait pas être proposée en réponse à un pénurie de moyen humain, mais bien comme « un plus » dans la prise en charge du patient.

« Si on ne gère que par télésurveillance, on aura perdu quelque chose. » E4

« On a un progrès mais il faut que le progrès s'accompagne d'une dimension humaine toujours. » E4

4. La TS réservée aux jeunes

Plusieurs médecins affirmaient que seuls les MG les plus jeunes étaient susceptibles d'intégrer les outils de TS dans leur pratique, les habitudes professionnelles étant difficiles à modifier.

« Il y a toujours des petits réglages à faire et ça on n'arrive jamais à les faire, nous les vieux ! » E4

Quant au patient, il fallait prendre en compte son âge ainsi que sa capacité à adapter son quotidien. Les MG interrogés rappelaient que l'IC touchant une population majoritairement âgée, cela pouvait engendrer des difficultés de fonctionnement du programme.

« Quelque chose qui reste difficile à concevoir pour les personnes âgées, donc délicat à utiliser et à mettre en place. » E4

5. Les limites de la surveillance du poids

Bien que la méthode employée fut décrite comme technique, le paramètre surveillé au contraire était parfois présenté comme rustique, tardif et aspécifique.

« Quand il y a une prise de poids qui est significative, on sait qu'on est déjà dans des phases généralement symptomatiques. » E5

« Est-ce que c'est un marqueur précoce qui pourrait empêcher des hospitalisations ? je n'en suis pas sûr. » E5

6. La cardiologie : spécialité qui fait peur

Parmi les médecins interrogés, plusieurs avouaient rencontrer des difficultés avec leurs patients lorsqu'il s'agissait de cardiologie.

« La cardiologie ce n'est pas ma tasse de thé ! » E6

Ils décrivaient des ajustements thérapeutiques délicats : *« C'est surtout de la cuisine thérapeutique. » E2*

« C'est eux les plus difficiles à équilibrer, entre l'insuffisance rénale et tout le reste, quelle dose mettre ? » E2

7. Un appareil électronique de plus dans notre quotidien !

Un des médecins interrogés décrivait la balance connectée comme un outil connecté « de trop » dans un quotidien déjà saturé d'objets électroniques.

« C'est les amputer avec des machines de tous les côtés, en plus ça se développe de tous les côtés, ça plus déjà le diabète... » E3

Il en était de même pour l'évolution de l'exercice médical : « *On va devenir des spécialistes derrière nos ordinateurs.* » **E3**

8. La TS n'est pas une barrière entre les soignants et les patients

Un des médecins interrogés expliquait que l'intégration dans le programme de TS n'était pas perçue comme étant une barrière entre lui et son patient.

« *C'est une sécurité supplémentaire. Je ne crains pas de perdre le lien avec mes patients.* » **E2**

C. La TS pour le patient vu au travers du prisme du MG

1. Le médecin dans le rôle du patient

Parmi les MG interrogés, un d'entre eux racontait que son regard sur le parcours de soin avait changé quand il était devenu lui-même patient : « *J'ai commencé à m'en rendre compte en prenant un peu de l'âge et qu'il m'est arrivé deux trois trucs (rires), même passer une radio c'est l'enfer quoi.* » **E3**

Il décrivait la vision du soignant comme erronée, loin des difficultés quotidiennes rencontrées par les patients.

« *On ne se rend pas compte nous en tant que médecin de tout ce que ça représente.* » **E3**

2. Rappel de la maladie

Une autre idée mise en avant était la dimension intrusive de la surveillance quotidienne du poids. Un des médecins décrivait la balance connectée comme étant « *un mouchard dans la salle de bain* » **E3**. La TS avait tendance à contenir le patient dans le rôle de malade.

« Ça mange du temps sur leur vie quotidienne et cet objet leur rappelle leur maladie. »

E6

« C'est tous les jours : comme un diabétique qui doit se piquer l'insuffisant cardiaque doit se peser. » **E6**

3. Information du patient claire et appropriée

Un des principes pour que la TS fut éthique et acceptable par le patient était de s'assurer qu'il eut reçu une information claire et appropriée sur le programme.

Ainsi, la TS devait s'adresser à des patients volontaires qui avaient parfaitement compris le fonctionnement et le but du programme.

La question éthique se posait pour le cas des patients présentant des troubles cognitifs.

« Si c'est un patient âgé, il faut quand même qu'il ait envie d'être dans cette démarche-là de prévention, qu'il comprenne déjà ce qui se passe ; qu'il en comprenne l'intérêt. »

E9

4. Egalité d'accès au programme

Un des médecins interrogés expliquait que pour demeurer éthique, les patients devaient pouvoir bénéficier d'un égal accès au programme : « Pourquoi un patient serait inclus et pas un autre ? » **E3**

« Tous les gens qui sont éligibles doivent pouvoir en bénéficier. » **E3**

5. La TS pour les plus fragiles

A l'inverse, Certains médecins considéraient la TS comme une méthode de « dernier recours », n'étant utile que pour les patients les plus instables et fragiles.

« Je ne veux pas que tout le monde ait une surveillance à la maison, avec des rapports de tout ce qui se passe... » E4

« Pour un patient qui décompense facilement. Quand on ne s'en sort pas avec la prise en charge classique. » E7

6. La TS pour les anxieux

Une autre façon de penser était d'utiliser la TS à des fins de réassurance des patients anxieux. En effet, certains médecins expliquaient que certains de leurs patients, souvent autonomes, se sentiraient rassurés de savoir qu'une tierce personne suivait l'évolution de leur poids à distance.

« Pour les obsessionnels anxieux, d'avoir la balance connectée va être super bien. » E3

7. Un outil objectif pour les moins rigoureux

Certains médecins décrivaient la TS comme un outil objectif, permettant de pallier le manque de rigueur des équipes médicales, paramédicales et du patient lui-même.

« Le poids était théoriquement suivi par les infirmières, mais il n'avait pas été signalé qu'il y avait trois kilos d'écart. Le patient n'avait rien remarqué. Et en menant l'enquête, en fait il y avait un problème d'observance thérapeutique. » E2

8. Responsabiliser les patients

Parmi les médecins interrogés, certains décrivaient la TS comme un frein à la responsabilisation des patients sur leur état de santé. La TS était perçue comme une méthode infantilisante, à l'inverse d'une démarche préventive et éducative : *« Ne pas attendre qu'il y ait une infirmière qui nous contacte si sur la balance il y a un truc qui ne va pas. » E5*

« Le problème c'est que : est-ce que quelqu'un est responsabilisé quand on lui dit qu'il y a une assistance s'il y a une décompensation ? » **E5**

« A la base c'est quand même : je me surveille moi aussi, ça veut dire que je connais mes problèmes de santé. » **E5**

9. Abandon de la relation médecin-malade

Certains MG craignaient que la TS fût perçue par le patient comme un abandon de la relation médecin-malade. Ils décrivaient la peur des patients d'être confrontés à une médecine « moins humaine », de la perte du lien social pourtant précieux liant patient et médecin.

« Qu'ils pensent que c'est parce qu'il n'y a pas un vrai médecin de dispo, et que c'est moins bien forcément. » **E6**

D. Les questions techniques en toile de fond

1. Les difficultés de la mise en route

Les médecins interrogés considéraient que la mise en place du programme était la partie la plus délicate. Il fallait communiquer sur le projet, expliquer aux différents utilisateurs (patient et MG) ses fonctionnements et ses fins.

L'esprit humain n'aimant pas la nouveauté et se faisant rapidement une idée sur les choses, il fallut que la mise en place eue été rapide et efficace.

« Après il faut sauter le pas technique d'avoir... enfin se lancer quoi. Se lancer ça fait toujours un petit peu peur, on se rajoute des choses, c'est rien du tout OK mais un petit truc en plus un autre, il y a beaucoup de petits trucs en plus. » **E7**

2. Crainte des difficultés techniques

La crainte des difficultés techniques était un frein majeur à la mise en place de la TS. D'une part, les MT craignaient que l'utilisation de la TS ne fut trop complexe à utiliser au quotidien pour eux et leurs patients.

« Un frein lié à la méconnaissance du programme et à sa simplicité, car dès qu'on parle TS on a peur de la technologie, du fait qu'on soit plus ou moins dans des zones qui ne captent pas forcément. » E4

D'autre part, les MT redoutaient « les pannes », considérées comme inhérentes à la technologie : *« La technologie ça ne marche jamais quand on veut s'en servir... » E4*

3. Simplicité du suivi du poids

Au contraire, certains médecins interrogés expliquaient que le choix de contrôler un paramètre simple tel que le poids limitait le risque de mauvaise utilisation et d'incompréhension. Les patients étaient déjà habitués à utiliser une balance. Le poids, comme la température corporelle par exemple, était une constante dont l'interprétation était facilement visualisable pour les patients.

« Je ne vois pas comment ça ne pourrait pas marcher car le poids c'est plutôt quelque chose que tout le monde sait faire. » E10

4. Patients non mobilisables

Les médecins interrogés expliquaient que certains de leurs patients étaient incapables de rester debout en équilibre sur une balance. Ils rappelaient que l'IC était souvent accompagnée de comorbidités. Ainsi, la TS ne pouvait fonctionner sans aide humaine (famille ou personnel paramédical).

« Oui donc oui le contrôle du poids est très intéressant, après les gens qui peuvent monter sur une balance c'est pas tous, c'est plus facile que ceux qui sont en fauteuil. Et j'en ai pas mal des comme ça. » E4

5. Le téléphone est suffisant

Certains MG doutaient de l'utilité réelle de l'outil connecté. Ils considéraient l'emploi du téléphone plus simple et suffisant en cas de prise de poids. Le risque d'oubli de se peser n'était selon eux pas diminué par la présence d'une balance connectée.

« Est-ce que si ces gens-là avaient des consignes de prendre le poids chez eux et d'appeler en cas de prise de tant de poids ça ne marcherait pas aussi bien ? » E3

6. Fiabilité du suivi et du partage d'information en réseau

L'aspect juridictionnel était au centre des questionnements de nombreux MG interrogés. En effet, la question de la responsabilité professionnelle se posait en cas d'alerte non vue ou non traitée par exemple :

*« La médecine est un art ou il faut voir le patient, je suis désolé.
Moi la télémédecine je trouve qu'il n'y a rien de plus casse gueule. » E11*

De plus, ils doutaient de la sécurisation des données partagées en réseau :

« Le problème, c'est l'aspect médico-légal avec la responsabilité parce que un jour il y a une panne, il y a un patient qui fait une décompensation on ne le voit pas et il décède, voilà voilà... » E5

7. Retours positifs

Parmi les MG interrogés, certains avaient des patients inclus dans le programme, donc un retour d'expérience qu'ils ont souhaité nous faire partager.

Les MT en question étaient globalement satisfaits du service rendu par la TS. Les alertes correspondaient à des décompensations en phase précoce.

« Effectivement il y avait sur les quinze jours une prise de deux kg, on avait ajusté le traitement. » E6

La qualité des informations données dans les courriers ainsi que celles transmises par l'IDE du programme était satisfaisante : « *Et récemment il y a un patient qui a été inclus et pour lequel j'ai effectivement reçu un courrier et tout était tout bien expliqué.* » **E6**

E. L'organisation du soin au quotidien

1. Déplacements des soignants

Les MG interrogés percevaient la TS comme un moyen de limiter les déplacements des soignants, qu'il s'agisse du MG ou des équipes paramédicales. Ainsi, dans des cas bien précis, la TS pourrait être une alternative à la VAD, ou au passage IDE :

« *Quand on n'a pas besoin de mettre des infirmières à domicile mais que quand même ce soient des cardiaques qui nécessiteraient une surveillance.* » **E3**

Elle permettrait de libérer du temps médical aux équipes soignantes :

« *On a une vue, on a accès au patient sans aller jusqu'à chez lui. C'est toujours très intéressant car les jeunes maintenant font beaucoup moins de visites.* » **E4**

2. Déplacements des patients

De la même façon, la TS était perçue comme un moyen de limiter les déplacements du patient ; ce dernier étant souvent peu autonome, isolé socialement et géographiquement.

La TS pourrait réduire les déplacements chez le MG mais aussi chez le spécialiste.

« *Faciliter les déplacements pour les patients qui sont difficiles à transporter ou qui habitent de manière un peu isolée, éviter les transports qui peuvent être un peu compliqués et puis ça permet quand même aussi un suivi renforcé.* » **E7**

3. Maintien au domicile

Les médecins interrogés percevaient la TS comme une aide au maintien à domicile. D'une part, elle permettait un diagnostic précoce des décompensations, donc un tableau clinique moins grave sans obligation d'hospitaliser. D'autre part, elle permettait de suivre la décroissance du poids lors des décompensations.

L'intérêt semblait majoré en population rurale, avec des patients souvent opposés à l'hospitalisation.

« On avait ajusté le traitement, et je l'avais revu en visite la semaine d'après. Donc ça s'était bien dépatouillé, on n'avait pas eu besoin d'hospit' ni d'avis cardio, parce que ça avait été pris à temps. » E6

4. Véritable moyen de traitement

Au-delà d'être un moyen de prévention, certains MG interrogés voyaient la TS comme un véritable traitement de l'ICC.

« On pourrait peut-être diminuer les traitements ou ne pas en introduire, ou alléger des traitements si les patients perdaient du poids ou faisaient juste attention. » E9

Le poids chez l'insuffisant cardiaque était parfois comparé à la glycémie capillaire chez le diabétique, impliquant des adaptations quotidiennes alimentaires et thérapeutiques. Elle impliquait le patient dans sa propre surveillance :

« La prévention ça passe sûrement par la responsabilisation des patients. » E9

5. Se passer du cardiologue

Au cours des entretiens, les MG racontaient qu'avec l'aide la TS, ils pouvaient imaginer prendre en charge une décompensation non grave sans passer obligatoirement par la « case spécialiste ».

Ils expliquaient qu'ils voyaient la TS comme le « verrou à distance » **E8** de leur PEC.

« Je lui augmente les diurétiques, je lui passe son ordonnance pour vérifier le iono, la creat' et les BNP, sans voir le patient et en gérant à distance. C'est possible avec une bonne infirmière et la TS. Et puis ça évite d'embêter les cardio toutes les cinq minutes. » **E9**

6. Aide à la fin de vie

A l'extrême, les questions de la limitation thérapeutique et de la fin de vie en ambulatoire étaient abordées. Les MG expliquaient que la TS devait obligatoirement s'accompagner d'une aide à la fin de vie, ces derniers se sentant isolés dans ces situations fréquemment rencontrées à l'issue de l'IC terminale.

« Oui, ou en EHPAD. Parce que la problématique se retrouve de la même façon. Des fois on dit : on n'hospitalise plus, et on se retrouve tout seul. » **E8**

7. Le MT ne fait plus l'intermédiaire

Grace à la TS, certains patients (ceux du programme) pouvaient bénéficier d'un lien direct avec le spécialiste sans passer par le filtre du médecin généraliste. L'avantage était double : d'une part simplifier la prise en charge pour le patient, de l'autre dégager du temps si précieux au MG qui n'aurait plus besoin de faire l'intermédiaire.

« Je suis très content qu'ils alertent directement le cardiologue et pas moi (rires). » **E4**

8. Lien entre les acteurs libéraux et hospitaliers

Dans la pratique quotidienne, les MG voyaient la TS comme une voie d'amélioration du lien ville-Hôpital.

Ils exprimaient un grand intérêt pour la ligne directe de la TS, à la recherche de « *quelque chose d'officiel, sans passer par le sous-bois.* » **E1**

« La problématique c'est d'avoir quelqu'un rapidement au téléphone, qui puisse répondre à une demande. Donc si d'avoir la balance connectée ça permet cet outil-là, alors oui c'est intéressant. » E4

Un médecin interrogé illustre son propos en comparant la ligne directe de la TS avec l'envoi des CRH par messagerie électronique sécurisée, à l'origine d'un gain de temps immense pour le MG.

F. L'organisation du soin en équipe

1. Travail d'équipe

Ce qui ressortait des entretiens était qu'il existait une interdépendance entre chaque membre gravitant autour du patient. Ainsi, il était capital d'harmoniser les PEC et le discours fait au patient par chaque membre de l'équipe de soin.

« Ça fait du bien parfois au patient d'entendre deux fois le même son de cloche et que ça aille dans le même sens. » E6

2. Améliorer la qualité des relations entre la ville et l'Hôpital

Parmi les MG interrogés, certains mettaient en avant les relations conflictuelles entre les acteurs libéraux et hospitaliers du soin. Ce conflit était considéré comme un dogme

qu'il était temps de changer, dans l'intérêt du patient et des équipes de soin. Les MG considéraient parfois les spécialistes comme trop à distance des patients.

« Ce genre de programme fait prendre conscience à tout le monde à quel point personne n'est là pour embêter l'autre. Quand on est dans le tunnel de sa prise en charge, c'est parfois dur de voir toute la filière. » E6

3. Disponibilité des cardiologues

Au contraire, certains médecins interrogés expliquaient être pleinement satisfaits de l'offre de soin en cardiologie dans le département, et surtout de la qualité des échanges et de la disponibilité de ces derniers.

« Et puis moi qui suis installé depuis très longtemps, j'ai des correspondants que je connais depuis très longtemps donc les avis téléphoniques ça se passe très bien quoi. » E3

Ils considéraient l'organisation du soin du patient IC déjà très efficiente, et venaient à douter de la réelle « plus-value » que pourrait apporter la TS : *« Pourquoi changer une organisation qui marche ? » E3*

4. La place du MT

Plusieurs des médecins interrogés considéraient qu'il fallait que leur place au sein du programme de TS fût clairement définie en amont.

Les MG proposaient qu'on les contacte avant d'inclure un patient dans le programme. Ils se sentaient capables de savoir pour lesquels d'entre eux la TS était adaptée.

De plus, l'adhésion du patient n'en serait que meilleure si c'était le MT qui encourageait à suivre le programme : *« Ici dans le milieu semi-rural : on connaît toute la famille, il y a beaucoup de confiance. » E6*

En plus du courrier à l'inclusion, les MG souhaitaient avoir un document de suivi des patients en TS, ainsi qu'un bilan à la fin des six mois.

« Si on le propose et que si nous on a la main sur le protocole et la façon d'y être inclus, avec des compte-rendu des choses de ce genre-là, les gens seront en confiance. » E6

Certains MG craignaient d'être exclus de la PEC des patients IC : *« Avoir toutes les informations et puis ne pas être entre guillemet un pion du système que l'on va utiliser si besoin mais qu'on n'intègre pas dans la boucle. » E6*

5. Rôle central de l'IDE du programme

Les MG interrogés considéraient les IDE du programme comme le pivot central de son organisation. Elles permettaient de mettre en lien les différents acteurs du soin (MG, IDE libéraux, et spécialistes), de pouvoir faire le point avec les patients et ainsi filtrer les « fausses alertes » à l'origine de perte de temps pour le MG.

« C'est super si après il y a quelqu'un qui s'en occupe, si l'infirmière appelle et invite le patient à prendre RDV avec le médecin traitant. Il faut qu'elle mène son enquête avant. » E9

Certains MG proposaient de donner davantage d'autonomie à l'IDE, notamment par exemple lors d'adaptation de posologie ou de prescription de biologie.

« C'est l'avenir mais il va falloir vraiment développer l'intervention de type infirmiers qui puissent se rendre au domicile dans un premier temps, vérifier les constantes, qu'ils aient des protocoles précis pour agir puis que ça nous soit retransmis. » E9

6. Préserver les acteurs « sur le terrain »

A l'inverse, certains médecins considéraient l'IDE du programme comme « trop à distance » des patients.

La grande majorité des MG interrogés expliquaient que l'avènement de la TS ne pouvait se passer du développement conjoint des acteurs de soin sur le terrain : « *L'outil en lui seul sans implication humaine ne sert à rien.* » **E9**

Certains imaginaient un système intermédiaire, sorte d'hybride entre la TS et le soin au chevet du patient : « *Si on arrive à développer des réseaux de para-méd à côté, style infirmiers, on peut avoir aussi ce regard intermédiaire.* » **E9**

G. Les aidants au centre de la prise en charge

1. Soulager les aidants

Parmi les individus gravitant autour du patient, les aidants (famille, amis) étaient souvent décrits par les MT comme étant la clé de voûte de la prise en charge, mais aussi comme les grands oubliés de l'équipe de soin.

Leur rôle paraissait tant important qu'ils méritaient dans ce manuscrit un chapitre qu'il leur fut exclusivement dédié.

Les MG insistaient sur la charge mentale immense qui incombait aux aidants. Ils étaient les sentinelles du patient, devant être toujours disponibles et à l'écoute.

La TS était perçue comme un soutien aux aidants, une solution pour les alléger de leur responsabilité.

« *Ça soulageait son épouse qui était l'aidante principale, lui un petit peu avec des troubles cognitifs... Elle se sentait rassurée de se dire qu'il y avait quelqu'un qui surveillait de loin, que tout va bien.* » **E8**

2. L'implication des aidants pour la réussite

Malheureusement, la prise en charge de la maladie chronique au domicile ne peut se passer des aidants.

Parmi les MG interrogés, certains considéraient leur implication comme étant la clé de la réussite du programme de TS, rappelant que les patients IC étaient souvent âgés et comorbides.

« Encore une fois la sphère familiale fait qu'il y a toujours quelqu'un qui pousse à... même si la personne en elle-même n'est pas convaincue et que c'est important, il y a toujours quelqu'un qui lui dit, « tu devrais y aller ». S'il y a un aidant ça peut marcher. »

E4

III. Discussion

A. Forces et limites de l'étude

1. Points forts

Tout au long de cette étude, nous nous sommes astreints à suivre les items des grilles de qualité en recherche quantitative COREQ (*consolidated criteria for reporting qualitative research*) et RATS (17).

L'objectif de l'étude était de recueillir la représentation des médecins généralistes de la mise en place du programme de TS dans le département des Hautes Alpes. La question de recherche était explicite et compréhensible.

Cette étude semblait pertinente car il était important de recueillir l'avis des MT face à un phénomène nouveau susceptible d'affecter directement leur pratique quotidienne. Il n'existait pas d'étude antérieure s'intéressant au vécu des MT sur la télésurveillance.

Du fait de sa méthode de recrutement des participants et par l'utilisation de questions ouvertes, la méthode qualitative par théorisation ancrée semblait être la plus adaptée pour répondre à la question de recherche.

Les participants choisis semblaient être les plus appropriés pour fournir les connaissances recherchées par l'étude. Il était important de pouvoir faire varier les caractéristiques individuelles telles que le milieu d'exercice, l'éloignement de l'hôpital, l'âge des participants, etc...

Le but était d'obtenir une grande variabilité des profils.

Le choix du recueil de données paraissait cohérent avec l'approche. En effet, les entretiens individuels permettaient aux participants de s'exprimer de façon anonyme avec la plus grande liberté possible.

La collecte des données, au moyen d'un enregistreur vocal et d'une retranscription « mot par mot » constituait une méthode systématique et exhaustive.

L'arrêt des entretiens était justifié car la saturation des données a été obtenue au bout de dix entretiens, confirmé par un onzième.

L'anonymat et la confidentialité des participants ont été assurés et maintenus tout au long de l'étude, en supprimant notamment les caractéristiques personnelles des participants (nom, ville d'exercice...).

Au cours de la rédaction, chaque élément d'analyse était illustré par des verbatim.

2. Points faibles

Une des limites de l'étude était le manque d'expérience du chercheur en recherche qualitative.

Pour pallier cet effet, nous nous sommes aidés à chaque étape de l'ouvrage de Jean-Pierre LEBEAU : *Initiation à la recherche qualitative en santé*.

De plus, nous avons fait le choix d'une directrice de thèse habituée et formée à la méthode qualitative. Le double codage en vue de la triangulation des données a été réalisé par une lectrice ayant déjà fait l'expérience de la recherche qualitative.

Une autre limite de l'étude était la possible influence du chercheur sur les formulations des questions, la collecte et l'analyse des données.

En effet, l'autrice était interne dans le service de cardiologie au moment de prémices de la mise en place du programme et donc témoin de l'investissement des équipes hospitalières. Le risque était que les MG interrogés perçoivent l'enquêtrice comme une « promotrice » du programme.

Il manquait dans cette étude le recueil écrit du consentement des participants, ce dernier ayant été donné par oral uniquement.

Seuls les MG installés dans le département des Hautes Alpes ont été interrogés, alors que 15% des inclusions étaient des patients vivant dans le département des Alpes de Haute Provence.

Enfin, la participation étant basée sur le volontariat, il manquait dans cette étude la perception des MG ayant refusé de participer par manque de temps ou d'intérêt pour le programme. Il s'agissait d'un biais de sélection de l'étude.

B. La TS au sein de la restructuration du schéma du soin

1. Améliorer l'organisation des soins de proximité

Un des points majeurs mis en évidence dans notre étude était que la TS s'intégrait dans la mutation du parcours et de la réorganisation du soin ; notamment en ambulatoire.

Les MT insistaient sur l'importance de créer une équipe de soin cohérente et coordonnée.

Pour répondre à ce besoin de coordination en soin primaire, les professionnels de santé se réorganisent.

Le code de santé publique intègre la création de nouvelles entités en soin primaire.

Ainsi, Une équipe de soins primaires (ESP) est un ensemble de professionnels dont la coordination est au cœur de leurs pratiques, pour assurer une accessibilité et une continuité des soins.

Elle est constituée autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soin premier sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent.

L'équipe de soins primaires peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé (MSP) ou d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). (8)

Grâce à une meilleure coordination des acteurs, l'ESP promeut la prévention, améliore et protège l'état de santé de la population. Enfin, elle a vocation à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Au-delà de ses avantages pour le patient, les équipes de soins ambulatoires peuvent percevoir un réel bénéfice pour leur pratique.

L'étude de Mickan SM, Rodger SA : *Effective health care teams : a model of six characteristics developed from shared perceptions* est une étude qualitative qui s'est intéressée à la perception et aux présentations des soignants d'un travail en équipe médicale en soin primaire (18).

Les résultats mesurables étaient des bénéfices organisationnels d'une part (la diminution de la durée et des coûts d'hospitalisation, la diminution des admissions imprévues), mais aussi des bénéfices pour l'équipe tels qu'une meilleure coordination de soins et une plus grande diversité professionnelle.

Enfin, les bénéfices étaient individuels : meilleure satisfaction des patients à l'égard des traitements et acceptation du traitement ; et pour membres de l'équipe une meilleure satisfaction au travail, un rôle plus clair et l'amélioration du bien-être.

2. Mutation du rôle de l'IDE

Certains médecins interrogés se posaient la question de l'évolution du rôle et des pratiques des IDE, acteur omniprésent du soin primaire et hospitalier.

Depuis 2017, le gouvernement français a annoncé sa volonté de créer des nouveaux métiers de la santé et a placé les infirmiers en pratique avancée (IPA) au centre du plan d'action « Ma santé 2022 » (19).

Un(e) IPA est un(e) infirmier(e) diplômé(e) en capacité de réaliser : des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique.

Il-elle peut réaliser des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

L'IPA est une personne ressource, et suit donc des patients qui lui ont été confiés par un médecin.

Ainsi, on pourrait imaginer que l'IPA puisse aussi bien s'intégrer dans le programme de TS à distance des patients au sein du CH ; que dans le milieu libéral au sein d'une CPTS, MSP ou en ESP.

La vision des médecins généralistes sur la collaboration entre MG et IPA en soins primaires a été étudiée dans la thèse du Dr Le Cann Alexis (20).

De ce travail il ressortait que l'intégration des IPA dans le paysage sanitaire était accueilli positivement par une majorité de médecins ; mais induisait un certain nombre de craintes.

Les craintes reposaient essentiellement sur les répercussions ; sur le positionnement et le rôle du médecin généraliste au sein de cette collaboration. Elle conduisait à un abandon de la prise en charge « médecin centré ».

La jeune génération de médecin semblait plus encline à accepter et adopter ce genre de pratique.

3. Répondre aux besoins des aidants

Au cours des entretiens, les MG interrogés décrivaient les aidants comme étant les maillons incontournables de la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, et du maintien au domicile.

La TS était perçue par certains comme une solution pour alléger les aidants de leur responsabilité, permettant le partage de la surveillance quotidienne.

En France, 11 millions de personnes accompagnent au quotidien un proche en situation de handicap ou de dépendance (21).

Longtemps ignorés, la reconnaissance de leur statut est apparue grâce notamment au milieu associatif qui les a mis en avant. Juridiquement le statut de « proche aidant »

ou « aidant familial » n'est défini que depuis 2015. Il est stipulé qu'un aidant « *apporte l'aide humaine et qui n'est pas salarié pour cette aide* » (22). Les aidants ont des besoins et des droits spécifiques.

Depuis janvier 2022, de nouvelles évolutions en faveur des aidants sont à retenir (23) :

- Le congé de proche aidant pourra être ouvert aux aidants de personnes en perte d'autonomie moins avancée (GIR4) ;
- L'allocation journalière proche aidant (AJPA) est désormais ouverte aux conjoints collaborateurs ;
- Le montant de l'allocation journalière de proche aidant (AJPA) est revalorisé au niveau du SMIC net. L'AJPA atteindra désormais 58 € par jour pour tous les bénéficiaires.

La thèse du Dr Rialle Vincent évaluait l'appréciation et la faisabilité de la mise en place de technologies innovantes pour assister les aidants et pallier des pathologies type Alzheimer. Il s'est appuyé sur les réponses d'un questionnaire très complet adressé aux aidants (24).

Dans sa conclusion, le Dr Rialle imageait la perception de la technologie au service des aidants par le Dieu romain Janus aux deux visages :

- D'un côté, il y a un visage qui regarde le passé et voit dans l'histoire de la technologie un chemin vers des problèmes d'une ampleur sans précédent (écologie, sociétaux...) ; dont nous ne sommes semble-t-il pas prêts de sortir ;
- De l'autre côté, il y a le visage qui regarde le présent (ou le proche avenir) qui voit le fardeau de l'aidant allégé, et une accélération très nette de la réorganisation sanitaire et sociale en faveur des malades.

Cette ambivalence à l'égard des technologies en santé se retrouve dans les résultats de notre étude. Il existe une adéquation entre la perception des MT et des aidants, qu'il s'agisse de maladie cardio vasculaire ou neuro dégénérative.

C. Les freins liés au changement

1. Choc générationnel

On retient de nos résultats que les MG se posaient la question de l'acceptabilité à adopter une pratique « connectée » ; et de modifier ses habitudes professionnelles.

Certains MG voyaient la TS comme une source de difficultés techniques ; à l'origine de la « deshumanisation » de la médecine. Tous ces questionnements semblaient particulièrement liés à l'âge des participants.

Nos résultats vont dans le même sens que ceux de la thèse du Dr Kempa Alexandra qui s'intéressait au vécu des changements du métier de médecin généraliste (25).

Les MG des Alpes Maritimes exprimaient le sentiment d'avoir été contraints de s'adapter aux nouveaux outils connectés dans leur pratique. La transition semblait avoir été une véritable épreuve pour les plus anciennes générations de MG.

Ces derniers racontaient avec émotion et nostalgie ce sentiment que la véritable médecine générale disparaissait petit à petit, faisant place à toujours plus de technicité et de rentabilité, oubliant le cœur même du métier de généraliste.

La DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) a publié un communiqué de presse en 2020 sur les pratiques et conditions d'exercice en médecine générale (26).

L'utilisation des outils numériques de la e-santé décroissait avec l'âge des médecins généralistes : près de 80 % des MG de moins de 50 ans utilisaient quotidiennement des outils connectés contre 48 % parmi les médecins âgés de 60 ans ou plus. Outre l'âge, l'utilisation de ces outils allait de pair avec une organisation collective : 75 % des médecins exerçant avec d'autres médecins généralistes utilisaient les outils contre 58 % parmi ceux qui exerçaient seuls.

3. Société de l'hyper-surveillance

Un autre point mis en avant dans notre étude était la crainte d'évoluer vers une société d'hyper-surveillance médicale. Les MG insistaient sur le fait qu'ils ne souhaitaient pas recevoir d'informations cliniques quotidiennes de leurs patients, « *trop d'information tue l'information* » **E4**.

L'e-santé pouvait être perçue comme une atteinte à la liberté individuelle, à l'image d'une dictature numérique ; fléau actuel de nos sociétés modernes.

Une grande enquête de nos voisins belges du média indépendant MEDOR, dont les résultats datent de mars 2022, concernait l'hyper-surveillance. (27)

Un des volets de l'enquête interrogeait les médecins sur l'encodage et la circulation des données de santé : 207 médecins dont 167 généralistes ont répondu au questionnaire en ligne.

Trois constats étaient mis en avant (28):

- 71 % des médecins interrogés estimaient qu'il y avait un risque important au niveau du partage de données de santé en Belgique ;
- 15 % des médecins se disaient pas informés ; et 38 % peu informés sur la circulation des données de santé ;
- 22 % des généralistes n'avaient pas ou peu confiance aux plateformes de santé en ligne.

De plus, l'article expliquait qu'en 2021 en Belgique, on avait observé sur la plateforme eHealth (service de partage d'information entre professionnels de santé) 19,6 milliards de transactions numériques, soit une augmentation de 9 % depuis 2020, mais surtout +380 % depuis 2015.

La conclusion de l'article, un peu catastrophiste, exprimait la crainte d'évoluer vers un monde régi par les algorithmes, nommé ici Datacratie.

4. Un besoin d'information

Dans notre étude, les MG expliquaient manquer d'information sur le programme. De plus, les questions d'ordre juridique et de responsabilité constituaient un frein à l'acceptabilité de la TS par les MG.

Dans l'étude normande menée en 2018 évaluant la satisfaction des MG du réseau de télésurveillance de l'IC SCAD (Suivi Clinique à Domicile), les freins étaient surtout liés au manque d'information des MT sur le programme : 62% des MG ressentaient le besoin d'être mieux informés sur la télésurveillance par le SCAD. (6)

Des résultats comparables étaient retrouvés dans l'étude lorraine *La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes* (29).

Les MG souhaitaient une information claire sur le cadre légal en termes de responsabilité médicale et de sécurisation des données.

A l'instar de notre étude, les MG lorrains interrogés se posaient aussi la question de « *la sécurité, de la confidentialité* » (C4) des données afin d'éviter le risque « *d'être piraté* » (C1), et la nécessité de préserver le « *secret médical* » (T1).

La **CNIL** (Commission nationale Informatique et Liberté) régit et rappelle les règles fondamentales de la protection des données du patient (30) :

- Les traitements de données de santé à caractère personnel constitués pour la mise en œuvre d'un dispositif de télémédecine ne font désormais plus l'objet de formalité (sauf pour ceux qui seraient utilisés dans le cadre d'une recherche) ; à condition de respecter les règles européennes du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données) (31) ;
- La sécurité des données est essentielle. Des mesures, en particulier d'authentification, de gestion des habilitations, des traces et des incidents, doivent être prises par le responsable de traitement ;
- Les personnes concernées par les données collectées au moyen d'un dispositif de télémédecine doivent pouvoir exercer de manière effective leurs droits, notamment d'accès, de rectification et d'opposition.

D. Aller plus loin dans la TS

Alors que les résultats d'étude portant sur la TS de données cliniques sont mitigés, d'autres auteurs s'intéressent à la surveillance des données hémodynamiques des patients IC, dont les modifications sont plus précoces.

Le dispositif CardioMEMS™ est un système de gestion à distance des patients IC (NYHA III) grâce au monitoring de la pression artérielle pulmonaire (PAP).

Il comporte un capteur de PAP implanté dans l'artère pulmonaire distale par cathétérisme fémoral, un transmetteur externe et une plateforme en ligne de télécardiologie. CardioMEMS™ est disponible en France depuis 2018 mais non remboursé, encore réservé au domaine de la recherche clinique (32)(33).

L'augmentation de la pression artérielle pulmonaire diastolique étant un des premiers signes de congestion, le monitoring de la PAP pourrait permettre le diagnostic précoce de la décompensation, avant l'apparition des symptômes. (34)

L'étude CHAMPION; étude multicentrique randomisée menée entre Septembre 2007 et Octobre 2009 sur 550 patients démontrait une réduction de 30% des hospitalisations liées à l'insuffisance cardiaque après 15 mois chez les patients IC en classe NYHA III porteurs du dispositif CardioMEMS™. (35)

Une étude de plus grande ampleur GUIDE-HF, randomisée en deux groupes, n'a pas démontré de diminution significative des hospitalisations pour IC ou mortalité toute cause, mais cette étude a été réalisée en contexte de pandémie Covid 19. Les résultats intermédiaires avant Covid-19 étaient cependant en faveur d'une réduction des hospitalisations pour IC (36).

Le dispositif CardioMEMS™ trouve sa place dans les nouvelles recommandations européennes de l'ESC, au même rang que la télésurveillance clinique, chez les patients restant symptomatiques malgré traitement (grade IIb, B) (12).

On pourrait penser que la TS par monitoring de la PAP pourrait être accueillie favorablement par les MG, considérée comme élément prometteur de prévention. Mais elle reste pour les patients un acte invasif et ne les libère pas d'un acte de contrôle quotidien (transmission quotidienne des mesures de PAP à domicile assurée par le patient lui-même).

E. Perspectives

Notre étude s'intéressait à la perception des MT sur l'avènement de la TS, les MG étant à la fois acteurs et victimes de la modification du schéma de soin.

Lors d'études ultérieures, il serait intéressant de s'intéresser à la perception des patients eux-mêmes, et pourquoi pas de leurs aidants, de leur prise en charge de leur pathologie assistée par la TS. La perception et le vécu des IDE libéraux serait aussi intéressant à rechercher.

Le manque d'information sur le programme étant clairement exprimé par les MG, on pourrait imaginer la mise en place de formations/discussions sur la télémédecine et la télésurveillance ; puis de rechercher les modifications de perception des MG induites par l'apport l'information.

Enfin, comme souvent, les études qualitatives sont une amorce à la réalisation d'études quantitatives. Il faudrait rechercher l'efficacité du programme de TS des Hautes Alpes, que ce soit en termes de réduction d'hospitalisation, de mortalité, de qualité de vie...

IV. Conclusion

Au-delà de l'intérêt direct de surveiller quotidiennement et faciliter la PEC des patients fragiles, la TS soulève des questions sur la place du MT dans la prise en charge spécialisée de la maladie cardiovasculaire. Le schéma de PEC de la maladie chronique est en pleine mutation, en réponse aux besoins engendrés par les modifications de nos sociétés modernes.

La prise en charge de l'ICC exige un travail d'équipe. L'équipe de soin est une entité qui ; au-delà du fait qu'elle soit hiérarchisée, fonctionne par collaboration et coordination entre chacun de ses membres (MG, spécialiste, paramédicaux, et familles). Les rôles de chacun sont amenés à évoluer.

La TS constitue une voie de communication privilégiée. Elle fait le lien entre les membres de l'équipe de soin ; et crée un « pont » entre la médecine traditionnelle et les pratiques innovantes.

Comme à chaque changement, l'acceptabilité et la modification des habitudes prennent du temps, à des vitesses variables. Elles exigent que l'information soit claire et répétée.

La TS doit inclure toutes les générations qui le souhaitent. Elle amène à penser l'harmonisation des pratiques, pour que chacun y trouve un intérêt.

Tout l'enjeu de cette harmonisation est de concilier liberté et sécurité ; efficacité et humanité ; afin de préserver la société sanitaire d'évoluer vers une dystopie où la santé ne serait qu'une suite de paramètres régis par des algorithmes.

« La liberté c'est la sécurité, la sécurité c'est la surveillance, donc la liberté c'est la surveillance. »

Globalia, Jean-Christophe Rufin, éd. Folio, 2005

V. Références bibliographiques :

1. Authors/Task Force Members, McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 1 juill 2012;33(14):1787-847.
2. Newsletter “Télésurveillance de l’insuffisant cardiaque et protocole de coopération” | Société Française de Cardiologie [Internet]. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.sfcardio.fr/actualite/newsletter-telesurveillance-de-linsuffisant-cardiaque-et-protocole-de-cooperation>
3. [guide_parcours_de_soins_ic_web.pdf](#) [Internet]. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_ic_web.pdf
4. Diagnostic et prise en charge de l’insuffisance cardiaque du sujet âgé - 2004 | Société Française de Cardiologie [Internet]. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.sfcardio.fr/publication/diagnostic-et-prise-en-charge-de-linsuffisance-cardiaque-du-sujet-age-2004>
5. 2e édition du référentiel de cardiologie pour la préparation des ECN | Société Française de Cardiologie [Internet]. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: <https://sfcardio.fr/page/2e-edition-du-referentiel-de-cardiologie-pour-la-preparation-des-ecn>
6. Sabatier R, Legallois D, Hauchard K, Tonani G, Gudanis F, Donio V, et al. TÉLÉSURVEILLANCE A DOMICILE DES PATIENTS ATTEINTS D’INSUFFISANCE CARDIAQUE : POINT DE VUE DES MEDECINS GENERALISTES EN NORMANDIE. :1.
7. Puel C. La télésurveillance clinique dans l’insuffisance cardiaque : intérêt d’un système de télésurveillance mis en place au centre hospitalo-universitaire de

Bordeaux. 17 sept 2020;100.

8. Article L1411-11-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 29 mars 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886353/

9. Télémédecine et Insuffisance Cardiaque [Fiche pratique] | Société Française de Cardiologie [Internet]. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.sfcardio.fr/node/495>

10. le Douarin Y, Traversino Y, Graciet A, Josseran A, Bili AB, Blaise L, et al. Télésurveillance et expérimentations ETAPES. Quelle pérennité après 2021 : quel modèle organisationnel et financement ? Therapies. 1 janv 2020;75(1):29-42.

11.

[elaboration_de_cahiers_des_charges_fonctions_et_organisation_des_soins_pour_certains_dispositifs_med_2021-09-08_16-40-57_998.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/elaboration_de_cahiers_des_charges_fonctions_et_organisation_des_soins_pour_certains_dispositifs_med_2021-09-08_16-40-57_998.pdf) [Internet]. [cité 5 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/elaboration_de_cahiers_des_charges_fonctions_et_organisation_des_soins_pour_certains_dispositifs_med_2021-09-08_16-40-57_998.pdf

12. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 21 sept 2021;42(36):3599-726.

13. Chicas Gap: la télésurveillance s'invite en cardiologie ! [Internet]. PTA Hautes Alpes. 2021 [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: <https://pta-hautesalpes.sante-paca.fr/chicas-gap-la-telesurveillance-sinvite-en-cardiologie/>

14. RAPPORT D'ACTIVITE.docx.

15. Lin M-H, Yuan W-L, Huang T-C, Zhang H-F, Mai J-T, Wang J-F. Clinical effectiveness of telemedicine for chronic heart failure: a systematic review and meta-analysis. *J Investig Med Off Publ Am Fed Clin Res.* juin 2017;65(5):899-911.
16. 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.* juin 2020;22(6):985-94.
17. document_-_grilles_d_ecriture_et_de_lecture_de_recherche_qualitative.pdf [Internet]. [cité 12 avr 2022]. Disponible sur: https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/document_-_grilles_d_ecriture_et_de_lecture_de_recherche_qualitative.pdf
18. Mickan SM, Rodger SA. Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions. *J Interprof Care.* août 2005;19(4):358-70.
19. Newsletter "L'infirmière en pratique avancée" | Société Française de Cardiologie [Internet]. [cité 29 mars 2022]. Disponible sur: <https://sfcardio.fr/actualite/newsletter-linfirmiere-en-pratique-avancee>
20. Cann AL. Collaboration médecin généraliste et infirmier en pratique avancée : les enjeux et les attentes d'une nouvelle forme de coopération interprofessionnelle en soins primaires. *La vision des médecins.* 24 nov 2021;153.
21. Reconnaissance [Internet]. Association Française des aidants. [cité 14 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.aidants.fr/fonds-documentaire/dossiers-thematiques/reconnaissance/>
22. Reconnaître le statut d'aidant familial - Dépendance infos [Internet]. [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.dependance-infos.com/actualites/9602-reconnaissance-des-aidants-familiaux>
23. PCH, aidants, AAH... ce qui change au 1er janvier 2022 | Handicap [Internet].

[cité 29 mars 2022]. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/pch-aidants-aah-ce-qui-change-au-1er-janvier-2022>

24. Rialle - Technologie et Alzheimer appréciation de la faisabilité.pdf [Internet]. [cité 29 mars 2022]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00201143/document>

25. Kempa A. Vécu du métier de médecin généraliste en 2017: enquête qualitative auprès des généralistes des Alpes-Maritimes. 2016;63.

26. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Fressard L, Verger P, et al. Télécharger les publications : :2.

27. Vie privée : il est urgent de s'inquiéter — L'hypersurveillance sous le regard de Franck Dumortier et Willem Debeuckelaere [Internet]. Médor magazine. [cité 8 avr 2022]. Disponible sur: <https://medor.coop/magazines/medor-n26-printemps-2022/la-vie-privee-des-belges-est-elle-en-danger-hypersurveillance-donnees-apd-covid-cst-plf-anpr-antiterrorisme-robben-smartphone-rgpd-datacratie/>

28. La liste des inquiétudes relatives à la gestion publique des données de santé — Voici la conclusion de l'enquête Hypersurveillance sanitaire [Internet]. Médor magazine. [cité 11 avr 2022]. Disponible sur: <https://medor.coop/hypersurveillance-belgique-surveillance-privacy/sante-vaccin-covid-niss-donn%C3%A9es-data-inami-pandemie/la-conclusion-consentement-croisement-discriminations/la-liste-des-inquietudes-relatives-a-la-gestion-publique-des-donnees-de-sante-ehealth-dmg-csi-rgpd-mutuelles-inami-bcss-robben-datacratie/>

29. Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin J-M. La télémédecine en zones rurales: représentations et expériences de médecins généralistes. Sante Publique (Bucur). 27 oct 2016;28(4):487-97.

30. Télémédecine : comment protéger les données des patients ? | CNIL [Internet]. [cité 11 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/en/node/24033>

31. Le règlement général sur la protection des données - RGPD | CNIL [Internet].

[cité 11 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees>

32. CNEDIMTS-6376_CARDIOMEMS_27_avril_2021_(6376)_avis.pdf [Internet]. [cité 11 avr 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CNEDIMTS-6376_CARDIOMEMS_27_avril_2021_\(6376\)_avis.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CNEDIMTS-6376_CARDIOMEMS_27_avril_2021_(6376)_avis.pdf)

33. Télésurveillance du patient insuffisant cardiaque dans les nouvelles recommandations de l'ESC 2021 [Internet]. [cité 6 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.cardio-online.fr/Actualites/A-la-une/Telesurveillance-patient-insuffisant-cardiaque-dans-nouvelles-recommandations-ESC-2021>

34. Using the CardioMEMS HF System for medication management of HF [Internet]. [cité 11 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.healio.com/news/cardiology/20210812/using-the-cardiomems-hf-system-for-medication-management-of-hf>

35. Adamson PB, Abraham WT, Aaron M, Aranda JM, Bourge RC, Smith A, et al. CHAMPION trial rationale and design: the long-term safety and clinical efficacy of a wireless pulmonary artery pressure monitoring system. *J Card Fail.* janv 2011;17(1):3-10.

36. Lindenfeld J, Zile MR, Desai AS, Bhatt K, Ducharme A, Horstmanshof D, et al. Haemodynamic-guided management of heart failure (GUIDE-HF): a randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl.* 11 sept 2021;398(10304):991-1001.

VI. Annexes :

1. Annexe 1 : Dépliant *Mon cœur à la maison*, remis au patient lors de la proposition d'inclusion

Il s'agit d'un dispositif prescrit par votre médecin, pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale, comprenant au minimum un pèse personne connecté, transmettant quotidiennement, de façon sécurisée et automatisée des informations sur votre état cardiovasculaire aux professionnels de santé de l'Unité de Télésurveillance de cardiologie du CHICAS.

NOUS CONTACTER
04 92 40 79 54
telemedecine.cardiologie
@chicas-gap.fr

**MON COEUR
À LA MAISON**

Un service de suivi de l'insuffisance cardiaque à domicile

QUI NOUS SOMMES

Nous sommes une équipe dédiée composée de médecins et d'infirmières travaillant au sein du service de cardiologie du CHICAS

CHICAS / PCP_3_0207 / V1 / Date de diffusion le : 07/05/2021

MON COEUR À LA MAISON

CENTRE HOSPITALIER
Hôpital de Gap Alpes du Sud
11000 - 05100

Groupe Hospitalier Alpes du Sud
Hôpital de Grenoble Alpes du Sud
38000 - 38100

2. Annexe 2 : Guide d'entretien version finale (3/3) :

GUIDE d'ENTRETIEN DE THESE :

Question de recherche : Comment les MT perçoivent la mise en place d'outils de télésurveillance des patients insuffisants cardiaques ?

Le projet ETAPES (expérimentation de Télémédecine pour l'Amélioration du Parcours en Santé) en vigueur nationalement depuis 2018 est mis en place depuis mai 2021 dans le département des Hautes Alpes.

Il s'agit d'inclure des patients insuffisants cardiaques en sortie d'hospitalisation pour décompensation ou directement adressé par leur cardiologue dans un programme qui permettrait de les suivre à distance depuis leur domicile.

Les critères d'inclusion sont :

Nt Pro BNP >1000 et/ou

NYHA > 2.

Grâce à une balance connectée remise au patient le jour de l'entretien d'inclusion (réalisé par une IDE), le service de télésurveillance suit l'évolution du poids à distance (une prise de poids/jour). Une PEC spécifique et adaptée est mise en place lors d'une prise significative du poids. Les patients sont initialement inclus pour une période de six mois, renouvelable six mois.

La télémédecine, et plus particulièrement la mise en place d'outils de surveillance à distance tel que la télésurveillance est de plus en plus fréquent.

Tout laisse à penser que l'utilisation de ces nouveaux outils ne va faire que s'accroître.

J'aimerais m'intéresser à la façon dont les MT perçoivent l'avènement de ces nouveaux outils de suivi à distance.

Vous m'avez donc remis votre consentement pour réaliser un entretien et exploiter les données pour mon travail de recherche, et je vous en suis très reconnaissante.

Je rappelle que les données seront exploitées de façon anonyme, vous pouvez retirer votre consentement à tout moment.

1. Questionnaire quantitatif pour caractériser l'échantillon

- Homme/femme ? âge ?
- êtes-vous installé/remplaçant ?
- si oui, depuis quand ?
- Dans quel milieu exercez-vous ? rural ? urbain ?
- distance CH – cabinet ?
- Réalisez-vous des visites à domicile ? Avez-vous des créneaux d'urgence rapide ?

2. Guide d'entretien :

- Pourriez-vous me raconter SVP une expérience personnelle qui vous a marqué lors du diagnostic et de la PEC d'une décompensation cardiaque aigue ?
- Comment vous sentez vous pour réaliser le suivi de vos patients insuffisants cardiaques ?
- Quelle est votre expérience personnelle concernant le suivi de patients à distance (au travers de téléconsultation, télésurveillance Exp diabète...) Par vous-même ou par un spécialiste ?

- Quelles sont les circonstances / raisons pour lesquelles vous trouveriez intéressant qu'un patient ait un suivi spécialisé à distance ?

Autre formulation : Dans quelles mesures pensez-vous qu'un programme de télésurveillance pourrait aider votre pratique et à la PEC de vos patients ?

- Que pensez-vous de la mesure du poids comme paramètre pour surveiller l'IC à distance ?
- Quels sont les freins ou les doutes que vous percevez quant au développement et à l'intégration de vos patients dans un tel programme ?
- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le suivi de patient ICC ?
- Autre chose à ajouter ?

VII. Abréviations/Acronymes :

IC : insuffisance cardiaque

ICC : insuffisance cardiaque chronique

TS : télésurveillance

ETAPES : Expérimentation de Télémédecine pour l'Amélioration du Parcours en Santé

CHU : centre hospitalo-universitaire

CH : centre hospitalier

CRH : compte-rendu d'hospitalisation

PEC : prise en charge

IDE : infirmière diplômée d'état

IPA : infirmière en pratique avancée

MG : médecin généraliste

MT : médecin traitant

ESP : équipe de soins primaires

MSP : maison de santé pluri professionnelle

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

AJPA : allocation journalière du proche aidant

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

PAP : pression artérielle pulmonaire

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ESC : European Society of Cardiology

NYHA : New York Heart Association

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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