

**Quels sont les défis rencontrés par les professionnels de santé en soins
primaires à la mise en place d'un projet de rééducation cardiaque en milieu
ambulatoire ?**

T H E S E A R T I C L E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 3 Juin 2025

Par Madame Sabine SAFER

Née le 9 novembre 1995 à Paris (75)

Et

Par Monsieur Téva SO

Né le 7 février 1997 à Aix-En-Provence (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Madame le MCU-MG JEGO-SABLIER Maeva

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCA) THERY Didier

Assesseur

Madame le Docteur BEAUVOIS Claire

Directeur

REMERCIEMENTS

De la part de Sabrina et Téva :

À Monsieur le **Professeur Gaëtan GENTILE**, merci de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse et de juger ce travail.

Au **Docteur Maëva JEGO-SABLIER** et au **Docteur Didier THERY**, merci de nous honorer de votre présence au sein de ce jury. Nous vous remercions pour l'attention que vous porterez à ce travail.

Au **Docteur Claire BEAUVOIS**, notre directrice de thèse sans qui ce projet n'aurait pas vu le jour. Merci pour ton soutien, ta bienveillance, ta disponibilité et tous les conseils que tu nous as fourni. Nous avons pu compter sur toi du début à la fin de ce projet de thèse, nous sommes infiniment reconnaissant de toute l'aide apportée. Nous sommes plus qu'honorés de s'associer à toi pour notre future MSP. Nous avons hâte de commencer cette nouvelle aventure à tes côtés.

À tous les participants de l'étude, merci de nous avoir accordé de votre temps.

Au **Docteur Bernard CORNEILLE**, merci d'avoir éveillé en nous l'idée d'installation en Corse, merci pour ta bienveillance et tous tes bons conseils.

À **Christelle**, merci pour ta bienveillance et ta douceur. Nous avons hâte de travailler à tes côtés, nous formerons une équipe de choc à nous 4.

De la part de Sabrina :

En ta mémoire ma **maman**, mon pilier, pour tout ce que tu m'as transmis : ton amour, ta force, ta douceur et ton courage. Tu continues de m'inspirer chaque jour et de m'accompagner et ce, malgré ton absence. Notre complicité me manque, j'espère te rendre fière. Saches que je t'aime et que tu me manques infiniment, ta Nanou.

A mon **papa**, à notre complicité. Merci de m'avoir donné tout l'amour et la bienveillance que tu pouvais m'apporter. Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir accordé ta confiance. De m'avoir transmis tes passions, et d'avoir éveillé en moi cette curiosité sur la vie et le monde.

A mon **frère**, merci pour ton soutien et ta présence à ta manière.

A **Téva**, mon co-thésard, futur associé, chérie, mon coéquipier de vie : beaucoup de casquettes pour une seule et même personne. Je t'aime, hâte de vivre de nouvelles aventures dans cette nouvelle vie à tes côtés.

Naïla, un pilier de ma vie qui a su m'épauler à chaque instant. De nombreux cours d'eau ont été traversés ensemble, non sans peine, mais notre complicité continuera de nous guider loin.

Yasmine, Sara, Hadjer : je vous aime fort, merci d'être là au quotidien, les débats politiques ça nous connaît. Tellement chanceuse de vous avoir à mes côtés. « mon bijooouuuux ». Mes piliers. Mes lumières.

A mes beaux-parents : **Alice** et **Sama**, merci de m'avoir accueilli si chaleureusement dans votre famille, merci pour votre bienveillance et votre gentillesse.

A **Nayan** et **Justine** : merci pour vos encouragements et votre soutien. J'ai hâte de partager d'autres moments avec vous.

A mes amis d'enfance qui sont devenus comme ma deuxième famille : ma **Rimou** et ma **Nono** : que dire à part que je vous aime à la folie. Des personnes incroyables, bienveillantes, des personnes en or, que j'ai la chance de connaître depuis plusieurs décennies maintenant. A toutes ces belles aventures, de Bagneux à Singapour, toutes ces beaux voyages faits ensemble, tous ces karaokés. Finalement sans vous, la vie n'aurait plus du tout la même saveur. Mes chéries : **Ayten** et **Sarah**, ce trio de choc, que j'aime à la folie aussi. Des personnes incroyables avec qui j'ai eu la chance de grandir. A nos fous rires et tous ces beaux moments partagés ensembles. Merci d'avoir toujours été présentes. Vous êtes les petites lumières de ma vie. Ma **Julie** : du lycée à la fac, finalement ça commence à faire longtemps. Une personne extraordinaire, douce, bienveillante, avec qui j'ai eu la chance de partager de nombreuses aventures. Merci pour tout, notre relation est très précieuse à mes yeux. Je t'aime fort mon petit chat.

A mon autre **Sarah**, merci pour ta douceur et tous nos beaux moments partagés ensemble. Une amitié de longue date, à laquelle je tiens beaucoup.

A cette merveilleuse équipe d'externat sans qui ces 3 années n'auraient pas eu la même saveur : **Céline**, **Mourad** et **Romain**.

A **Maïwenn**, mon petit rayon de soleil, merci pour tous ces moments partagés depuis l'externat. Tellement heureuse que nos chemins se soient de nouveau croisés au détour d'une auberge corse. Hâte de partager de nouveaux moments à tes côtés. Tu m'as beaucoup manqué.

A **Thomas** (petit punch coco), à ton humour et ta gentillesse.

A ces rencontres inoubliables faites durant cet internat *nustrale* :

A ma **Laura** d'amour une personne incroyablement forte que j'ai eu la chance de rencontrer, merci pour tous ces moments uniques partagés et merci d'avoir toujours été là pour moi, à notre belle complicité qui compte beaucoup à mes yeux. A **Raphaël** une force tranquille dont je suis admirative. Nous sommes plus qu'honorés de partager toutes ces belles aventures à vos côtés. A ma **Lisa**, ma superbe co-interne et co-équipière de vie, grâce à notre belle complicité, nos aventures brunchs et randos, nous avons pu surmonter ces 6 mois d'enfer. Hâte de me construire d'autres souvenirs à tes côtés. A **Laetitia**, une belle rencontre et une belle personne, merci pour toutes ces aventures partagées et tous ces fous rires A **Malou** et **Jérémy** : deux personnes pleines de joie de vivre, avec qui j'ai partagé de très beaux moments, on retient « malheuuuur », en espérant vous revoir à la Réunion très vite, vous nous manquez. **Carol** ce rayon de soleil marseillais en espérant te revoir très vite. **Thierry** mon frère parisien, merci pour ta bonne humeur et ta gentillesse. A ma **Sonia**, mon autre sœur parisienne merci pour ton smile et toute ta positivité. A **Léna** que de beaux souvenirs sous le soleil Corse. Et à **Margaux** petit chat plein de douceur. A **Kaïna** : merci pour ta douceur et tous ses bons moments partagés ensemble. Hâte de continuer à philosopher sur la vie et les relations humaines à tes côtés. A **Émilie** une si belle rencontre faite sous le soleil, au détour d'une plage et d'un monoprix, une addiction commune à dépenser ça réunit les grands esprits. A tous ces beaux moments partagés ensemble. A **Valentine** : merci pour ta gentillesse et ton enthousiasme, merci de m'avoir accompagné dans cette aventure à Arbellara, et on n'oublie pas « dans la vie il n'y a pas de problème, il n'y a que des solutions. S'il n'y a pas de solution, c'est que ce n'est pas un problème ». A ma chère **Mathilde** : mon petit rayon de soleil, pétillante comme une *Orezza* merci pour ta bonne humeur et ta gentillesse, hâte de te retrouver pour une journée bateau.

A ce semestre d'été inoubliable en Corse grâce à cette fine équipe: **Guillemette** l'artiste, merci pour ta gentillesse et ta jovialité, **Léonie** et **Simon** toujours de bonne humeur, **Morgane** merci pour ton enjouement, **Willy** et **Marceau** merci pour votre présence aussi chaleureuse et consistante qu'une entrecôte bien saignante. A

Béatrice, merci pour ce soutien durant 6 mois, on a réussi à tenir et créer de bons souvenirs. A **Clara**, ma co-interne de choc durant ces 3 années d'internat, à nos fous rires et cette entre-aide.

A ces belles et sincères amitiés faites sous le soleil Corse:

Camille mon petit, ou plutôt, grand rayon de soleil, une si belle rencontre faite dans les dédales de la pharmacie, j'ai beaucoup de chance de partager ton quotidien, hâte de continuer nos apéros, nos pauses café et nos voyages et plein d'autres belles aventures à tes côtés. Tu es une personne incroyable, ne change pas !

À **Sylvana** et **Dumé** : mes pépites en or 24k, à ce quatuor de choc : entre balltrap et padel, espérant encore plein d'autres aventures à vivre à vos côtés. Promis, je prendrai des cours de padel.

A **Mélanie** : hâte de continuer à partager ses pauses café et ses débriefings réguliers.

A **Sophie** : à nos randonnées, nos gourmandises, nos voyages, que de belles aventures à tes côtés

De la part de Téva :

À ma mère pour avoir toujours été là, de près ou de loin durant ces longues années, pour m'avoir apporté ces repas chauds durant ces soirées seul à réviser ma médecine, pour m'avoir encouragé au début et à la fin, pour ton soutien indéfectible, merci d'être la maman formidable que tu es

À mon père pour m'avoir appris à mener ce combat intérieur que chacun doit mener à sa façon, pour m'avoir transmis cette volonté à qui je dois ma réussite, merci pour avoir été ce modèle de valeurs si précieuses dans ce monde

À mon frère, merci Nayan pour avoir été le grand frère que tu es, pour avoir encaisser et déblayer le chemin de la vie devant moi, pour être cette présence rassurante dans ma vie, pour tous ces moments de complicités passé ensemble et à venir, merci pour avoir su me montrer la voie sur laquelle je t'accompagnerai quoi qu'il advienne. Merci à ta chérie, ma belle-sœur Justine pour ton cette envie de vivre, valise à la main

À Sabrina, à cette femme formidable que j'ai eu la chance de rencontrer sur cette belle île qu'est la Corse sur laquelle nous créons chaque jour des souvenirs aussi forts que le lien que nous unis, merci d'avoir accepté notre association qui nous a permis de travailler main dans la main pour réaliser ce travail ultime, merci de faire de moi un homme meilleur, merci pour ce que tu es

À ma grand-mère de cœur Marie-Christine, merci de m'apporter ce nouveau et ancien regard sur les choses, merci d'avoir été là depuis ma tendre enfance et jusqu'à ce jour

À **Ashraf** le débusqueur, merci de m'avoir accordé ton amitié depuis cette première année de médecine, merci pour ces belles années entre banquets et bulles, merci pour ta loyauté sans pareil

À **cette triloc mémorable, Marceau et Willy**, merci pour ces premiers 6 mois en Corse, j'entends encore le bruit de dés résonner entre les murs de l'internat d'Ajaccio, rien n'est plus pareil sans vous, la barre de traction de la place Miot commence à rouiller, les rougets des sanguinaires sont un peu trop tranquilles, les grilles du barbecue sont bien froides, merci pour ces moments précieux

Au **Dr Madani Gallèse** pour m'avoir accompagné avec bienveillance durant ce semestre d'urgence

À **cette fine équipe de l'internat d'Ajaccio, Mathilde et Théo** c'est quand vous voulez qu'on se remet ces virées en bateau, **Émilie** pour ces discussions hors cadre **Arthur, Guigui, Marlène, Morgane, Simon, Léonie Sacha, Martin, Léa, Xavier, Malou, Jérémie**, mais quel semestre !

À **Philippe et aux amis de Seynes les alpes, Aline, Françoise, Maryse, Cathy, Yasmine** qui m'ont permis de découvrir la belle montagne en semestre d'hivers, ah et merci **Arthur** pour cette bouteille de génépi parti trop vite...

À **mes amis de la sainte résidence**, à toi **Dany** pour cette collocation si mouvementée, à toi **Côme** pour ta vivacité et ton ouverture d'esprit, à toi **Yassine** pour cette première année à refaire le monde sur les bancs du CLM

À **mon ami Roman**, le créateur passionné et passionnant

À **mon ami Andreas**, pour ta simplicité parfois complexe toujours attachante

À **mes amis Adrien, Richard, Illyes, Elliot, Zach** merci pour tous ces moments à rire ensemble sur terre, en mer ou sous terre

À **mon ami Yohan**, mon bon vieux pote de Puylob, merci de te laisser porter

À mon ami Julien, pour ces souvenirs tennistiques à jamais gravés, los mentalos!

À mon ami François, toujours présent malgré la distance à qui je dois rappeler régulièrement la domination au bras de fer chinois

À mes amis Doben, Luka, Alex et Benji pour ces années à Joliot, la forge des légendes

À mes amis d'Ajaccio, Nico mon maître pêcheur, **Théo** mon partenaire de contrée

À mes amis de Propriano, merci **Doumé** le bucheron d'Altagène, merci **Sylvana** notre mentor de Ball trap, merci **Camille** pour ton incroyable sourire.

À mon ami Paul et cet amour vache réciproque, **merci Rebecca** pour ces moments d'esprits.

À Ariane, pour ta bienveillance

À nos marseillais à Dijon, Medhi, Claire, Raph, Jean Loup, Léna, Christo, Marie, tous ces voyages, ces moments, merci vous êtes tous géniaux.

Dédicace à la Bouille pour Lucas

Au tonton Tristan et à Sophie

A mon cousin Théo

Une pensée à mon grand père Patrick

A Uméo et Freya, adoucissants d'existence

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	1
ÉTAT DE L'ART	2
ARTICLE	9
Introduction	9
Matériel et méthode	10
Type d'étude et choix de la méthode	10
Recrutement et population étudiée	11
Résultats	12
Caractéristiques de la population étudiée	12
Résultats des entretiens	13
Éléments contextuels observés pendant les entretiens	49
Discussion	51
Conclusion	59
CONCLUSION GÉNÉRALE	60
BIBLIOGRAPHIE	62
LISTE DES ABREVIATIONS	71
ANNEXES	72

ÉTAT DE L'ART

Une prévalence préoccupante des maladies cardio-neuro-vasculaires

Les maladies cardio-neuro-vasculaires et leurs complications constituent la première cause de décès dans le monde. En France, elles représentent la deuxième

cause de mortalité après les cancers, environ 140 000 décès par an, soit plus d'un décès sur cinq (1). En 2022, elles ont entraîné 1,2 millions d'hospitalisations (1)(2). Au total, plus de 15 millions de personnes sont prises en charge en France pour une pathologie cardio-neuro-vasculaire, un risque cardiovasculaire élevé ou un diabète (3). Les cardiopathies ischémiques, l'insuffisance cardiaque et les accidents vasculaires cérébraux sont les pathologies associées à la mortalité la plus élevée (1). Les accidents vasculaires cérébraux représentent la première cause de mortalité cardio-neuro-vasculaire chez la femme, avec 18 000 décès par an (1). D'autres maladies, comme la maladie veineuse thromboembolique ou l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, contribuent également à cette charge sanitaire élevée (4).

Dans ce contexte, la prévention, la prise en charge aiguë, chronique et la réduction des récurrences constituent un enjeu majeur de santé publique. Malgré des traitements efficaces, la prise en charge reste insuffisante, en particulier en matière de réadaptation cardiaque et de prévention secondaire au long cours (5)(6).

Place de la réadaptation cardio-vasculaire dans la stratégie thérapeutique et la prévention

La réadaptation cardio-vasculaire (ReCV) est un élément central de la prise en charge des patients atteints de pathologies cardiovasculaires (7). L'organisation mondiale de la santé (OMS) la définit comme « *l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie et pour assurer aux patients cardiaques une condition physique, mentale et sociale optimale, leur permettant de préserver ou reprendre par leurs moyens propres, une place aussi normale que possible dans la société* » (6).

La ReCV s'organise classiquement en trois phases. La **phase 1** débute dès l'hospitalisation pour un événement aigu, avec une mobilisation précoce, un

accompagnement psychologique et social, et une première information sur les facteurs de risque. La **phase 2**, plus active, intervient après la phase aiguë et repose sur la surveillance médicale, l'activité physique adaptée et l'éducation thérapeutique. Elle se déroule classiquement en centre spécialisé, en hospitalisation complète ou le plus souvent en hôpital de jour. Enfin, la **phase 3** vise le maintien des acquis sur le long terme, via des structures de type clubs Cœur et Santé – structure locale de la Fédération Française de Cardiologie - ou professionnels formés au sport santé (5).

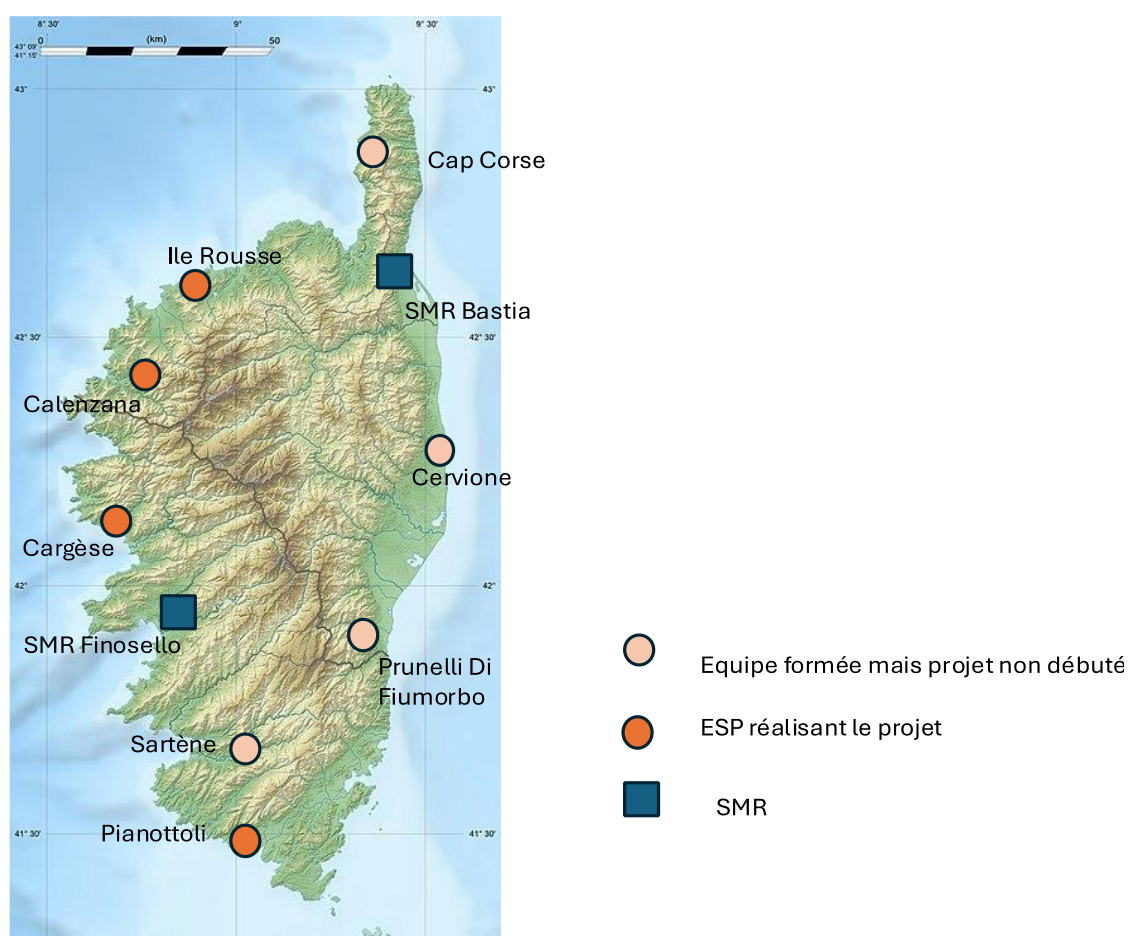
L'orientation en centre de soins médicaux et de réadaptation (SMR) peut être prescrite par le médecin traitant, par le cardiologue libéral référent, ou par le médecin en charge de l'hospitalisation du patient. Actuellement 18% des admissions en SMR toutes pathologies confondues sont faites par le secteur ambulatoire contre 82% par l'hôpital (5).

En pratique tout patient pour lequel un diagnostic de pathologie cardiovasculaire est posé, est éligible à la ReCV. Ne pas lui en proposer constitue une perte de chance (8)(9). Appuyée par des recommandations internationales de grade IA,(10) la ReCV permet une réduction de 20 à 30 % de la mortalité ainsi qu'une réduction des ré-hospitalisations – de 18% chez les patients avec coronaropathie et entre 20 à 30% chez les patients insuffisants cardiaques à FEVG réduite (5)(8)(11)(12). Elle devrait être systématiquement proposée en prévention secondaire après un événement cardio-neuro-vasculaire aigu, afin de limiter le déclin fonctionnel, corriger les facteurs de risque modifiables et réduire le risque de récurrence (9)(13).

Son accès demeure cependant limité. En 2021, seuls 22 % des patients hospitalisés pour cardiopathie ischémique ont intégré un programme de réadaptation dans les six mois suivant leur hospitalisation (14). Actuellement, seulement 15 à 30 % des patients éligibles en bénéficient (14). Les freins sont principalement liés à l'éloignement géographique des structures spécialisées, un manque de prescription médicale et de places dans les SMR (2)(15). En Corse, cette problématique est

accentuée par la configuration insulaire et la répartition dispersée de la population. On compte seulement 2 SMR à orientation cardiologique sur tout le territoire. Un quart de la population se trouve à plus d'une heure d'un de ces SMR. L'éloignement ainsi qu'un contexte socio-économique défavorable augmentent le renoncement aux soins (16).

Carte 1 : localisation des structures participant à EVA Corse



EVA Corse : une expérimentation de réadaptation cardiaque en ambulatoire

Pour répondre à cette problématique, le programme expérimental EVA Corse a été lancé dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (17). Autorisé le 2 mars 2021 pour une durée initiale de 40 mois, prolongée à 50 mois, ce programme vise à rapprocher la réadaptation cardiaque du domicile du patient en

s'appuyant sur une collaboration entre les SMR et les équipes de soins primaires (ESP), principalement organisées en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) (17). La population cible sont des patients à faible risque évolutif de réadaptation vivant à plus d'une heure d'un SMR cardiovasculaire.

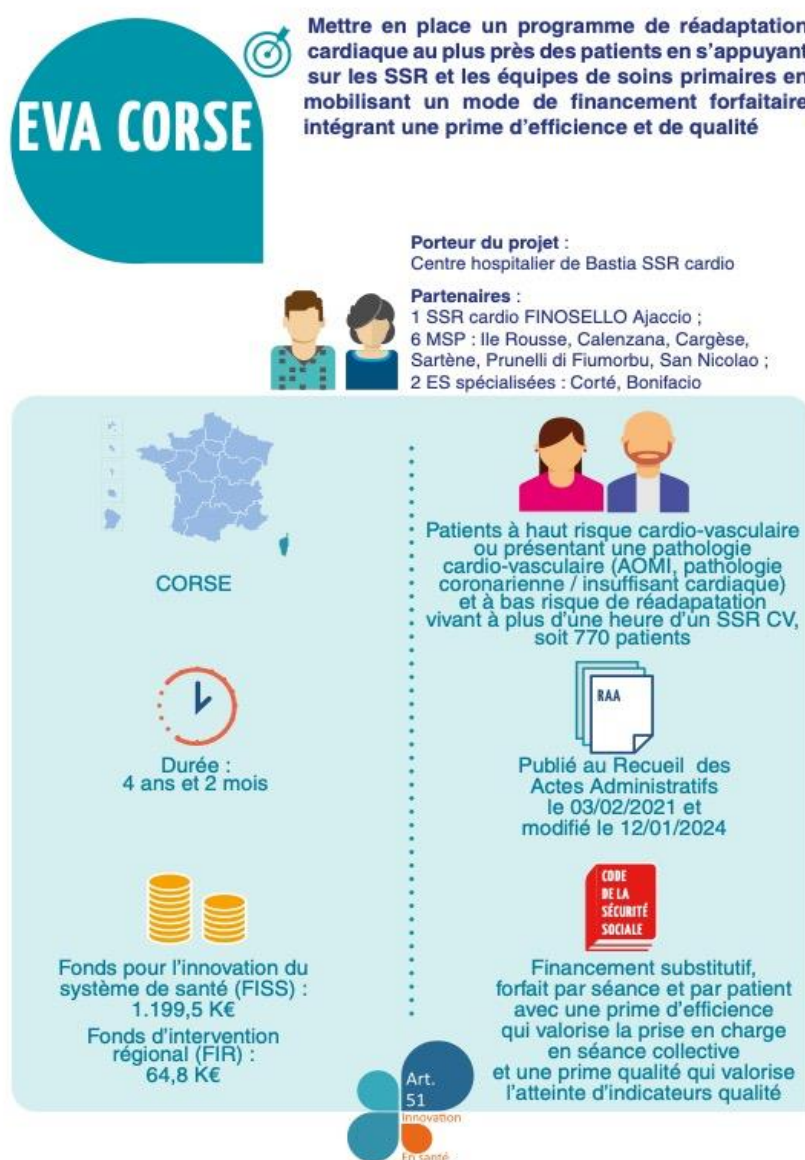


Figure 1 : encadrement du programme EVA Corse (17)

- Savoir réagir
- Le sucre, ami ou ennemi ?
- Sel et graisses
- Mon panier, mon caddie
- Les gestes d'urgence
- La respiration
- Les freins
- Rappel alimentation

Le tout est complété par 3 séances de synthèse, sous forme de table ronde avec questions / réponses. Ces thèmes se regroupent en 3 catégories : l'activité physique, la connaissance des pathologies et l'alimentation.

Si le retour des patients sur ce programme est positif (18), le ressenti des équipes ambulatoires reste à explorer. L'analyse des éléments facilitateurs et des difficultés rencontrées pourrait permettre la diffusion et la pérennisation de ce type d'action (17).

Ce travail de thèse vise à identifier et analyser les défis rencontrés par les équipes de soins primaires dans la mise en place d'un projet de rééducation cardiaque en milieu ambulatoire, en s'appuyant sur l'expérience du programme EVA Corse. L'objectif principal est d'identifier les processus facilitants, les difficultés rencontrées et de proposer des pistes d'amélioration pour optimiser la prise en charge des patients dans des contextes similaires.

ARTICLE

INTRODUCTION

La prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires représente un enjeu majeur de santé publique. Ces pathologies constituent la première cause de mortalité dans le monde et la deuxième en France, avec près de 140 000 décès chaque année.

La réadaptation cardio-vasculaire (ReCV) réduit significativement la mortalité et les ré-hospitalisations après un événement aigu - niveau de preuve IA (10)(19). Structurée en trois phases, la phase II, considérée comme la phase active du processus rééducatif, est réalisée en structure spécialisée - hospitalisation complète ou hôpital de jour - et constitue un élément central de la stratégie thérapeutique. Malgré son efficacité démontrée, la ReCV reste sous-utilisée : seuls 15 à 30% des patients éligibles y accèdent, principalement en raison d'un manque de prescription, de places et d'éloignement des structures.

Ce constat est particulièrement marqué en Corse, territoire insulaire à la géographie contraignante, sur lequel seulement 2 centres de soins médicaux et de réadaptation (SMR) sont implantés et dont un quart de la population vit à plus d'une heure.

Dans ce contexte, en 2021, le programme **EVA Corse**, subventionné dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale, propose une alternative innovante : une réadaptation de phase II partiellement délocalisée en soins primaires. Destiné aux patients à faible risque évolutif, il repose sur une collaboration entre SMR et équipes de soins primaires (ESP). Articulé autour de 20 séances, 6 en SMR et 14 en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), combinant activité physique adaptée (APA) et éducation thérapeutique (ETP).

Après 4 ans de réalisation et une évaluation par l'assurance maladie (20) le dispositif devrait être élargi à d'autres départements. Si l'adhésion des patients à ce programme semble favorable, le point de vue des ESP reste non documenté. Pourtant leur retour d'expérience semble utile avant diffusion et pérennisation de l'expérience.

Cette étude vise à explorer les défis rencontrés par ces équipes. Elle s'attache à identifier les leviers, les freins et les perspectives d'amélioration pour favoriser une organisation pérenne et transférable à d'autres territoires.

MATERIEL ET METHODE

TYPE D'ETUDE ET CHOIX DE LA METHODE

Une étude qualitative a été menée afin d'explorer le ressenti des ESP à la mise en place du projet expérimental Eva Corse (Article 51). Le choix de la méthode qualitative s'est fondé sur la volonté de partir des éléments du terrain pour construire un modèle explicatif. Les données ont été recueillies par des entretiens collectifs semi-dirigés de type focus groups, réalisés jusqu'à suffisance des données. L'analyse a été conduite selon une méthode inspirée de la théorisation ancrée, qui permet de produire une forme de modélisation ou de proposition synthétique susceptible d'être utile aux soins (21).

Avant le début de l'étude, un des investigateurs a assisté, en observateur, à plusieurs séances du programme pour s'en imprégner. Le guide d'entretien (annexe 2) a été élaboré à partir de la question de recherche et des interrogations qui ont pu émerger de la phase d'observation. Il comprenait des questions ouvertes, suivies de relances plus ciblées, afin de structurer les échanges autour de thématiques préétablies, tout en laissant place à l'émergence de nouveaux sujets. Il n'a pas été modifié au cours de l'étude.

Les entretiens ont été menés par les 2 investigateurs qui se répartissaient les rôles de modérateur et observateur. Le modérateur animait le focus groupe en s'appuyant sur le guide. L'observateur, plus en retrait, analysait les interactions et réactions non verbales, afin d'enrichir l'interprétation des données. Les entretiens se sont déroulés entre le 28 août 2024 et le 4 février 2025, en présentiel et visioconférence. Ils ont tous été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, puis intégralement retranscrits et anonymisés sur le logiciel Microsoft Word®. Les enregistrements ont été supprimés après transcription.

Le consentement éclairé écrit de chaque participant a été recueilli au préalable sur une feuille de consentement datée et signée (annexe 1). L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel Nvivo®. L'identification des thèmes et le codage ont été conduits individuellement par les deux investigateurs ainsi que la directrice de thèse. La triangulation a été effectuée par confrontation des analyses individuelles jusqu'à obtention d'un codage commun.

RECRUTEMENT ET POPULATION ETUDIEE

Nous avons sélectionnés les partenaires impliqués dans l'expérimentation du projet Eva Corse tels que définis par l'arrêté n°2024-20 du 8 janvier 2024 (22). Cinq ESP, regroupées ou non au sein de MSP, ont été contactées. La sélection des ESP s'est fondée dans un premier temps sur un critère de proximité géographique, puis sur la volonté d'assurer une représentation équilibrée des différents territoires de Corse. Par la suite, il a été jugé pertinent d'inclure dans l'étude les 2 structures de SMR, pour compléter les données recueillies auprès des MSP.

Au total, 6 entretiens collectifs semi-dirigés ont été réalisés : 4 en présentiel et 2 en visioconférence.

RESULTATS

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

Sur les 5 structures ambulatoires sollicitées, 4 ont accepté de participer. Deux entretiens ont eu lieu avec l'équipe d'une MSP, 2 entretiens avec une ESP et 2 entretiens avec les SMR. La durée moyenne des entretiens était de 1h29.

Lors des 2 premiers entretiens, étaient présentes, en plus des soignants, 2 représentantes de l'assurance maladie en charge des projets innovants. Leur mission était d'évaluer la possibilité d'une diffusion du dispositif au niveau national. Elles sont nommées « évaluatrices ». Leur rapport, publié en décembre 2024, nous a permis d'appuyer notre travail de recherche (20).

Les caractéristiques des personnes présentes lors des entretiens sont rapportées dans le tableau ci-dessous.

Note : Notre intervention lorsqu'elle sera citée est précédée du terme « Invest »

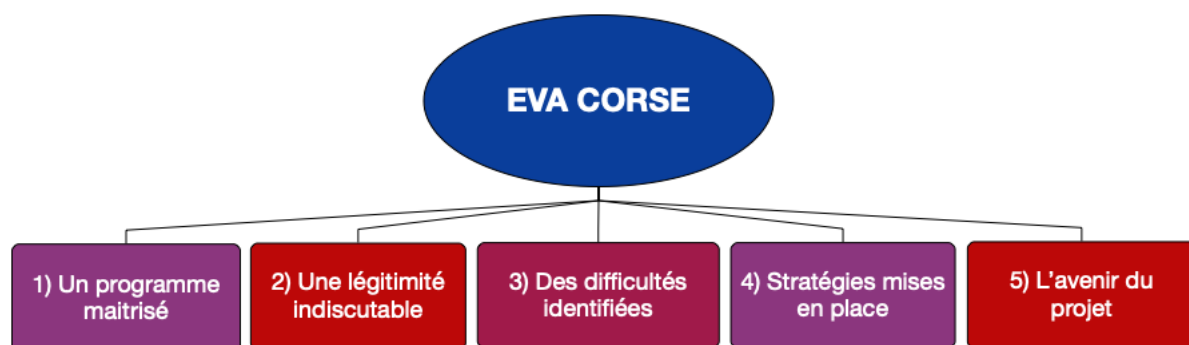
Entretien n°	Code participant	Profession	Âge	Sexe	Structure	Réalisation	Durée
1	IC1	IDE	54	Femme	MSP	Présentiel	2H32
	K1	MKDE	35	Femme			
	E1	Évaluatrice	32	Femme			
	E2	Évaluatrice	57	Femme			
2	IC2	IDE	49	Femme	ESP	Présentiel	3H10
	AM1	Assist.med	47	Femme			
	M1	MG	38	Femme			
	E1	Évaluatrice	32	Femme			
	E2	Évaluatrice	57	Femme			
3	IC3	IDE	52	Femme	ESP	Présentiel	43 min
	M2	MG	67	Homme			
4	IC4	IDE	45	Femme	MSP	Visio	42 min
5	A1	APA	34	Homme	SMR	Présentiel	1h05
	A2	APA	24	Homme			
6	IC5	IDE	35	Homme	SMR	Visio	47 min

Tableau 1 – Caractéristiques des participants par focus group

RESULTATS DES ENTRETIENS

L'analyse a permis d'identifier 5 axes principaux, synthétisés dans une carte mentale.

Carte mentale – Organisation des résultats



Un programme maîtrisé par ses acteurs

L'organisation du programme EVA Corse paraissait maîtrisée par les équipes. Les différentes étapes, de l'inclusion à l'évaluation finale en passant par la réalisation des séances, étaient connues.

La constitution des groupes

Le repérage des patients était le fruit d'un travail commun entre le médecin généraliste (MG), les infirmières coordinatrices (IC) ou les infirmières en pratique avancée (IPA), présentes dans certaines MSP : « IC1 : *Après pour recruter les patients on a la chance d'avoir des médecins généralistes au top* », « IC4 : *j'essaye d'inclure les patients, de les repérer puisque je suis infirmière en pratique avancée au sein de la maison de santé* ». Une fois les patients repérés, les critères d'éligibilité sont vérifiés. Si l'éligibilité est confirmée, ils sont ensuite intégrés dans un groupe de 5, puis adressés au SMR pour le bilan initial. Une fois ce bilan réalisé, il sera disponible sur la plateforme d'échange commune,

accessible à tous les acteurs du projet, qui permet l'échanges indispensable des informations : « *A1 : sur la plateforme on rentre le dossier médical mais aussi s'il y'a un commentaire à faire, s'il désature, s'il y'a eu un souci, s'il est hypertendu, si y'a un problème au niveau télémétrie/ECG, s'il est à risque* ».

Les modalités de réalisation des séances

Que ce soit en SMR ou en ambulatoire, les patients sont pris en charge dans un parcours structuré. L'évaluation initiale au SMR est consacrée à un bilan complet, réalisé par un cardiologue, un professionnel de l'activité physique adaptée (APA) ou un kinésithérapeute (MKDE) : « *IC1 : il y a durant ces 6 premières séances un entretien avec le cardiologue, puis un bilan initial effectué par les kinés* ». Les patients poursuivent ensuite leur réadaptation en MSP, avec 14 séances organisées à raison de 3 séances par semaine, d'une durée moyenne de 3 heures, selon le cahier des charges défini par le porteur du projet.

Certains aspects organisationnels sont laissés à l'appréciation des équipes. Les intervenants ont, par exemple, la possibilité d'intervenir en binôme ou individuellement, avec répartition des rôles : « *IC2 : pendant que le kiné démarre la séance je saisi toutes les tensions et après je suis dispo si jamais il faut aider les gens qui ont du mal à se lever du sol* ». Les données des séances sont saisies sur la plateforme d'échange, avec une remontée exhaustive des informations : « *IC2 : Chaque membre qui fait l'ETP saisi les données du jour. On saisit les constantes de début de séance, les problèmes s'il y en a, quelle activité a été faite, quel intervenant pour ETP et activité physique. Quel élastique a été utilisé, si on a fait du vélo* ».

Les groupes sont constitués par 5 patients et s'enchainent les uns à la suite des autres. Il n'y a pas de chevauchements de groupes : « *K1 : on fait groupe par groupe, on a pas plusieurs groupes en parallèles* ». Afin de favoriser l'adhésion, le transport entre le SMR, le domicile et la MSP est fait sans reste à charge pour le patient : « *M1 : le trajet est pris en charge* ». La moitié des patients demandent une prise en charge du transport

par l'assurance maladie pour réaliser leurs séances : « IC2 : oui on est à 50% des patients qui utilisent le taxi ». La charge administrative de la rédaction des bons de transport est partagée entre SMR et MSP : « IC5 : Oui bien sûr, la réalisation des bons de transport est faite à Bastia pour le bilan initial et par les médecins des maisons de santé pour le reste des séances ».

Autonomie financière

Les équipes se sont approprié la gestion du budget. L'enveloppe budgétaire allouée par la Société interprofessionnelle des soins ambulatoires (SISA) offrait une autonomie financière aux MSP. Cette somme permettait une adaptation aux réalités locales et une allocation des ressources en fonction des besoins spécifiques de chaque structure : « IC1 : Forfait reçu par la SISA et on dispache en fonction du temps passé pour chaque animateur ».

La rémunération des intervenants était laissée à la discrétion de chaque MSP, valorisant l'expertise des professionnels et une certaine autonomie : « K1 : La question était de savoir si on voulait être payé au nombre de participants ou à la séance. Nous on a préféré à la séance, c'est sûr que si on était payé au nombre de participants, sachant qu'on est toujours 5 on gagnerait plus mais ça nous convient comme ça ».

Le matériel nécessaire est simple et peu coûteux. Certaines MSP étaient déjà équipées avant de participer au programme : « K1 : on n'a pas besoin de beaucoup de matériel, les élastiques nous suffisent, ce qui compte c'est la progression ».

Fluidité du projet

Les professionnels rapportent une coordination fluide, une organisation claire et peu de difficultés de recrutement. La prise en charge des patients est facilitée, le programme est jugé satisfaisant par les équipes salariées et les outils sont adaptés à l'activité : « IC5 : Y'a une vraie facilité de prise en charge des patients. En tout cas nous c'est la façon dont on le perçoit. », « M1 : Oui c'est perfectible après le programme est bien, c'est intelligent, ça été bien mis en place ».

Légitimité indiscutable du projet

Il ressortait des entretiens un sentiment d'œuvrer dans un programme de qualité, à la légitimité indiscutable.

Un programme de qualité

Une formation commune

Pour assurer la qualité et la reproductibilité du programme, les acteurs expliquaient avoir tous reçu de la part du SMR porteur de projet, une formation spécifique, standardisée, préalable et obligatoire. Ils devaient également avoir suivi un programme de formation à l'ETP : « IC4 : *on avait des infirmiers qui avaient le diplôme en éducation thérapeutique qui se sont aussi formés au programme Eva Corse* », « IC5 : *Par contre les 40h sont nécessaire, la formation EVA Corse ne remplace pas les 40h d'ETP* ». Cette formation spécifique était dispensée majoritairement en présentiel sur 2 jours, au sein des MSP ou directement au SMR. Elle comprenait la présentation des modules d'ETP, le déroulé d'une séance type d'APA, la coordination, ainsi que sur les outils informatiques : « AM1 : *ils étaient venus du SSR. Ils venaient faire la formation ici. On s'était regroupés* ». Elle permettrait d'uniformiser les pratiques entre intervenants et constitue un prérequis pour intégrer le projet.

Un protocole standardisé avec des outils partagés

Le programme s'appuie sur des outils validés, comme les questionnaires sur la qualité de vie et sur des protocoles harmonisés.

Plusieurs diaporamas mis à disposition pour les séances (Type Microsoft PowerPoint®) comme support de la partie ETP : « IC2 : *il faut que tous les patients aient le même programme* », « IC2 : *Le SSR nous envoie toujours un questionnaire avant et après Eva Corse. Un questionnaire médical avec des scores sur la qualité de vie.* », « IC2 : *On a un*

programme à suivre, formation très précise, on a vu les 12 points à aborder, tout est très détaillé. On a des supports power point ».

Les données des patients sont centralisées dans un logiciel informatique unique, décrit comme simple d'utilisation et peu chronophage : « *A1 : C'est une plateforme internet commune pour rentrer tout le dossier du patient, les antécédents* ». La plateforme permet l'inclusion des patients grâce à un questionnaire d'éligibilité informatisé : « *A1 : Je rempli le questionnaire d'éligibilité qui part informatiquement au SSR* ».

Un encadrement garant de la sécurité

Le dispositif assure un encadrement médical adapté et sécuritaire, notamment pour les patients à risque, grâce à la réalisation des six premières séances en SMR, sous supervision d'un cardiologue : « *A2 : on communique de manière globale en envoyant le dossier mais quand il y'a des soucis spécifiques on pointe de doigt en plus de ce qu'on a mis sur la plateforme* ». Ce bilan initial permet de trier et d'orienter vers une hospitalisation si nécessaire : « *IC4 : c'est les 6 premières séances qui commencent et qui doivent être absolument avec un cardiologue.* », « *A2 : ceux qui étaient entre deux notamment pour les aigues ceux qui auraient peut-être plus besoin d'une prise en charge hospitalière qu'en libéral* ».

Lors des séances, le médecin de la MSP doit être présent dans les locaux ou joignable à tout moment : « *K1 : en cas de besoin il reste joignable, il n'est pas sur place mais dans la maison médicale qui est à 300m. Après chaque équipe fonctionne différemment* », « *IC2 : Dr C. leader, est présente à chaque activité, ou ses remplaçants* ».

La plateforme partagée permet d'échanger des informations sur les patients qui nécessitent une attention particulière : « *A1 : le patient qui désature ou qui a des troubles orthopédiques aigues bon ça c'est plus à transmettre au kiné mais quand c'est comme ça ce sont des choses que je mets sur la plateforme en remarque ou en observations* ».

Les équipes remarquent que peu d'événements indésirables ont nécessités l'intervention du médecin, et que leur gestion n'a pas posé problème : « *K1 : le médecin n'a jamais été sollicité pour l'instant* », « *IC2 : Les pompiers sont venus 3 fois sur des sessions* ».

différentes. On a eu des dyspnées, une gêne thoracique. Vus par le médecin et hop aux urgences pour faire un bilan. »

Une initiative alignée avec les priorités de santé publique

La légitimité du projet EVA Corse est assurée par sa pertinence au regard des objectifs de santé publique : « IC5 : on a quand même derrière un retour assez intéressant avec des patients qui sont assurés de façon régulière et c'est quand même une dynamique, une logique de prise en charge de santé publique qui est quand même intéressante. ». Il contribue à la réduction du nombre d'hospitalisations, la quantité de médicaments prescrits, et participe à la prévention des récidives : « A1 : Mais ça va éviter un certain nombre d'hospitalisations. Ça va éviter un certain nombre de complications. », « M1 : Ça nous aide à déprescrire des médicaments. Ça nous aide à prévenir des actions cardiovasculaires. Que ce soit pour un premier événement ou la récidive. ».

Son efficacité est également mentionnée en termes d'économie de santé : « A2 : Dans l'intérêt de la CPAM pour ne pas payer un second séjour à l'hôpital ou en réanimation ».

Un projet qui répond aux besoins du territoire

Une réduction des inégalités d'accès aux soins

Le projet répond aux besoins du territoire. Il permet une réduction des inégalités d'accès aux soins liées à une offre de soins insuffisante. En ambulatoire, les MKDE libéraux sont décrits comme isolés ou mal équipés : « A1 : pour les déserts paramédicaux c'est bien de l'avoir fait ici, moi qui ai travaillé dans pas mal de régions », « A1 : Y'a toujours le kiné libéral, après je ne tape pas sur les libéraux parce qu'ils font ce qu'ils peuvent et dans des conditions pas toujours évidentes ». EVA Corse permet d'offrir une rééducation de proximité à des patients ne souhaitant pas être hospitalisés ou dont le domicile est éloigné des centres spécialisés : « A2 : pour l'adhésion si tu leur dis qu'ils vont passer 4 semaines loin de chez eux pour la rééducation ce n'est pas la même chose que si tu leur dis qu'ils vont commencer au SSR et finir chez eux le gros de la rééducation ».

La proximité géographique permet une égalité des chances pour l'accès à la rééducation : « IC5 : *c'est quelque chose qui nous a permis de prendre en charge des patients qui n'étaient pas du tout pris en charge avant, pas parce que le patient ne voulait pas mais parce que l'éloignement géographique faisait qu'il n'y avait pas accès* ». Elle permet également un accompagnement personnalisé et favorise l'adhésion du patient à la rééducation, perçue comme indispensable : « IC2 : *Y'a des gens qui sont super contents on a des retours positifs des patients qui ne veulent plus remonter au SSR qui veulent rester faire le suivi avec nous* », « E1 : *Oui, il faut qu'ils soient acteurs*, IC2 : *Je me refuse de dire aux gens : vous devez arrêter de fumer vous devez perdre 10 kilos, vous devez venir à toutes les séances* ». Pour preuve, les abandons sont rares et le bouche-à-oreille participe à la notoriété du programme : « IC2 : *après ça commence à se savoir qu'on fait de la réadaptation cardiaque, le bouche à oreille fait du bien* ».

Le lien ville-hôpital renforcé

En plus des bienfaits pour le patient, le projet renforce le lien ville-hôpital. Les professionnels saluent la disponibilité des porteurs du projet et la qualité de la communication entre SMR et MSP, facilitée par les coordonnateurs et les contacts téléphoniques directs : « K1 : *ils sont très disponibles... on peut les contacter si le besoin est* », « A2 : *Après l'avantage c'est que la cardiologue elle connaît les généralistes donc quand c'est comme ça elle les contacte directement* ». Cette articulation contribue à une meilleure continuité des soins : « IC5 : *Ça permet aussi une belle interaction entre ville et hôpital, avec des patients qui sont réorientés vers l'hôpital par les professionnels libéraux quand il y a un souci, ça permet des fois de fluidifier des prises en charge en urgence* ».

Des effets bénéfiques directement observables

Les soignants observent des changements palpables et bénéfiques chez les patients. Le programme favorise les interactions sociales, renforce les liens et l'entraide. Le travail en groupe agit comme levier contre l'isolement, notamment chez les personnes âgées. Le covoiturage illustre cette dynamique collective positive « K1

: Oui ça crée un lien social, ils font des activités ensemble », « A2 : Oui y'a un effet de groupe très motivant. », « K1 : Car entre eux ils créent des liens, ils sont soucieux les uns des autres ; au niveau relation humaine le côté groupal est vraiment sympa. Y'a pas beaucoup de personnes qui ne se sont pas intégrés », « K1 : Oui et on les voit dans le groupe, au début les personnes seules isolées, se mettent dans leur coin, ne communiquent pas trop avec le reste du groupe. Puis elles s'ouvrent au fur et à mesure. Ça crée un vrai lien social, ils font du covoiturage entre eux. »

De nombreux patients ont rapporté une amélioration de leur condition physique, de leur confiance en eux, ainsi qu'un changement durable de leur mode de vie « K1 : *Jamais imaginé un impact aussi positif sur les patients. J'ai vu des patients ressortir de chez eux. Plus belle récompense de l'investissement. Des gens qui retrouvent confiance en eux, qui font des projets. », « IC1 : Les gens disent qu'il se sentent mieux. Avant je pouvais plus jardiner, j'étais essoufflée au jardin. Et là depuis je reprends goût à l'effort ».*

Certains ont repris une activité physique ou se sont engagés dans d'autres programmes d'APA « IC1 : *J'en ai pas mal qui ont commencé le projet Eva corse puis je les retrouve tous dans d'autres programmes car je suis infirmière Asalée aussi c'est un circuit vertueux pour les personnes diabétiques ou les personnes qui veulent perdre du poids. »*

Un programme mobilisateur

Forte implication des professionnels

Le dispositif suscite un engagement collectif, favorise la cohésion des équipes, qui se sentent valorisées. Les soignants se disent motivés par cette action : « IC1 : *on a été emballé par ce nouveau projet ça fait bougé un peu les choses (grand sourire fier en regardant sa collègue) », « IC2 : Et les retours sont bons, une des raisons qui me poussent à continuer même si je râle et que je suis fatiguée de porter le projet, c'est que ça me sort de mon quotidien, ça me sort de ma tournée, on fait autre chose ».* EVA Corse fait résonnance à la vocation des soignants. Le programme est jugé formateur, stimulant, et génère une fierté professionnelle : « A1 : *En tant que professionnel de santé faut le faire, on ne le fait ni pour l'argent ni pour la gloire mais parce qu'on a signé pour ça. », « A2 : Voilà, et comme je dis c'est*

très bien il faut qu'on participe en tant que professionnels de santé localement à l'accès au soin pour tous. », « IC4 : On s'est aguerri sur l'insuffisance cardiaque. Parce que l'équipe est montée en connaissance. »

Une adhésion durable des patients

Les patients adhèrent majoritairement au programme « *Y'a des gens qui sont super contents on a des retours positifs des patients qui ne veulent plus remonter au SSR qui veulent rester faire le suivi avec nous (IC2)* », notamment grâce à la proximité et à l'accompagnement personnalisé « *oui ils ont été très contents d'après le Dr A. on de superbes retours (IC2)* ». Les abandons sont rares « *On a eu des patients décrocheurs mais pas beaucoup, même très peu. (IC4)* », et le bouche-à-oreille participe à la notoriété du dispositif « *sur ma patientèle à moi je ne vois pas, après ça commence à se savoir qu'on fait de la réadaptation cardiaque, le bouche à oreille fait du bien (IC2)* ». L'implication active du patient dans sa rééducation est considérée comme essentielle « *Oui, il faut qu'ils soient acteurs. Je me refuse de dire aux gens : vous devez arrêter de fumer vous devez perdre 10 kilos. vous devez venir à toutes les séances. (IC2)* ».

Vers un dépassement des objectifs et une pérennisation du dispositif

Ce circuit vertueux et satisfaisant pour les soignés comme pour les soignants, renforce le lien entre patients et professionnels de la MSP. Une relation de confiance s'installe, facilitant le suivi et la continuité de la prise en charge : « *IC4 : Prendre en charge les mêmes patients collectivement et qui passent entre les mains du kiné, qui voient les infirmiers, les médecins ça fait un petit lien, un petit liant ça dynamise la maison. », « A1 : Qu'ils connaissent les équipes, ils reviennent voir les kinés, ça permet de créer un lien entre soignants et soignés assez facilement ».*

Le succès du programme, le plaisir des soignants à y participer, le recul de plusieurs années de réalisation permet d'envisager sa pérennisation. L'objectif d'augmenter le nombre de groupes est partagé par les équipes. La prime d'efficience, versée à la complétion du parcours, participe à la dynamique de maintien du projet

en récompensant financièrement les équipes : « M1 : *En fait, il y a deux choses. Il y a le forfait, la rémunération de base et la prime d'efficience. Pour avoir la prime d'efficience, il faut que le patient ait fait ses 14 séances et soit retourné au SSR. Et en gros, il faut qu'il ait progressé* ».

Des difficultés identifiées à l'échelle régionale qui se retrouvent localement

Les équipes interrogées rapportent des difficultés semblables, qui sont le reflet de problématiques rencontrées au niveau régional voir national.

Inégalité de l'offre de soin libérale

Le dynamisme des équipes de soins est variable. La composition des équipes de soins est inégale selon les MSP « IC2 : *Oui, après, nous, l'organisation de l'équipe, c'est hors EVA Corse.* », « M2 : *Il y a la possibilité de faire ça chez le kiné mais il s'est rétracté, donc on fait appel à des APA.* ». Pour les équipes peu nombreuses, la fatigue accumulée se révèle être un obstacle majeur « IC2 : *Après de notre côté sur la fatigue accumulée, on court partout, on a peur d'être en retard, on ne mange pas. C'est plutôt stressant.* »

Le manque d'effectifs au sein de l'équipe Eva Corse engendre un manque de fluidité dans le déroulement du programme : « IC2 : *C'est-à-dire un ou deux de plus. On ne peut pas être à 50. Parce qu'après, la gestion est trop compliquée aussi. Mais une tête ou deux de plus, ... Même un kiné ou deux de plus.* » Dans ces équipes réduites, la surcharge de travail complique la mise en œuvre du projet, son organisation, le recrutement et la formation des intervenants « IC3 : *Oui... des contraintes d'assurance, et de formation, et par rapport à ses patients. Puis des contraintes par rapport à la formation qui durait 2 jours, et lui c'était hors de question qu'il débloque 2 jours de son planning.* » « IC2 : *Parce que sur l'équipe y a des gens qui veulent faire qu'une séance sur les 14. Donc on se retrouve à partager à 3 ou 2 les 12 autres séances.* »

La présence obligatoire d'un médecin rajoute une difficulté supplémentaire aux équipes qui n'exercent pas dans des locaux communs « M2 : *Dans les MSP le médecin est dans les locaux. Moi je ne serais pas loin mais pas directement dans les locaux.* »

À l'inverse, les MSP plus développées, avec des équipes dynamiques, ont une mise en place fluide du projet, bien que la gestion du recrutement et de la formation des intervenants reste une problématique partagée : « K1 : *après on a une maison dynamique avec bcp de projets. On a une ostéopathe qui fait des ateliers de prévention « chute et équilibre », « mémoire », et ça même avant le projet Eva corse.* »

Inégalités liées aux équipements

Du matériel coûteux nécessaire

Certaines équipes doivent acheter du matériel contrairement à d'autres, qui étaient déjà équipés. L'investissement initial est parfois coûteux et l'enveloppe budgétaire allouée insuffisante « M1 : *Ça coûte cher. Le défibrillateur qui va dedans. Il faut les médicaments d'urgence, qu'il faut renouveler régulièrement parce qu'ils se périment. Tous les produits d'entretien, il faut nettoyer et renouveler. Un ordinateur pour communiquer avec eux. Pour la séance. Les élastiques qui sont des élastiques de kiné. On ne peut pas prendre trop les trucs bas de gamme parce que sinon, ça ne tient pas longtemps. Tous les ballons. Après, nous, on avait pris des bicyclettes ergonomiques. Ça, ce n'est pas obligatoire, mais c'est vrai que ça fait bien pour les séances. Les bâtons. Le projecteur, l'imprimante, c'est vrai qu'on a mis du matos.* », « M1 : *ils prévoient une rémunération par séance, mais la rémunération pour l'achat du matériel, c'est pas prévu* ».

Le matériel nécessaire à la rééducation, non prévu dans la rémunération, représente un investissement difficile pour les MSP : « K1 : *A C. ils ont dû, avec leur forfait, acheter le vidéo projecteur, le matériel etc....* », « M1 : *On est déficitaire sur EVA Corse, après, on a demandé à la région.* ».

Des locaux inadaptés

Le manque de place au sein de ces structures et l'absence de salles de rééducation adaptées complique la mise en œuvre du projet. Il est parfois difficile d'accueillir les groupes de patients supérieurs à 5 personnes « IC1 : oui car notre problème c'est la place. », « M2 : le problème ça reste toujours le même, à savoir qu'on n'a pas la maison médicale » , « IC4 : c'est ça on fait des groupes de 5-6 voilà maximum car de toute façon dans la salle ils ne tiennent pas donc ça reste des petits groupes. »

Les ESP, non regroupés au sein d'une MSP, sont particulièrement affectées par ces manques de locaux : « IC3 : soit il nous prêtait la salle où on a fait la formation c'est à dire à l'ancien couvent, mais le problème c'est qu'il y a des escaliers très raides donc compliqué pour les patients. Et pour l'avoir vécu les 2 jours c'est pas chauffé, il n'y a pas de radiateurs, ils faisaient très froid, on ne peut pas infliger ça aux patients. »

Inégalités liées aux caractéristiques des patients

L'intérêt des patients pour le programme est variable. Des abandons, bien que rares, sont parfois observés. Les causes rapportées sont des facteurs personnels, tels que des problèmes de santé ou un manque d'intérêt pour le projet « IC2 : abandons en cours c'est souvent que les gens ont eu des imprévus familiaux. M1 : Chaque fois, c'est pour des motifs valables. (...) y'a eu des arrêts fait par les cardiologues. »

Le manque d'investissement des patients et leur désintérêt pour la rééducation compliquent la réalisation du programme « IC4 : Donc en fait il faut faire un petit travail de fond. Instaurer une relation de confiance, d'accompagnement. Moi j'ai une patiente j'ai mis un an ! Au bout d'un an j'ai rempli la mission. »

Le refus des patients d'intégrer le projet dans certaines zones constitue un obstacle supplémentaire. La distance au SSR est un facteur majeur d'influence « IC2 : Ils disent que non ils n'ont pas besoin de nous, ils savent maintenant (...) pas besoin de nous car le SSR leur a suffi », « IC2 : c'est le transport entre le SSR et l'hôtel, ils doivent y aller à pied, en bus et taxi à leurs frais. ».

Inégalités territoriales

Un territoire étendu qui allonge le temps de transport

La configuration du territoire est un facteur limitant. Les secteurs plus éloignés des SMR rencontrent des difficultés organisationnelles liées aux transports « *K1 : Ils doivent surtout se lever tôt le matin et la distance est longue, surtout pour les patients de P. P.-SSR on est à plus de 70 km !* », « *IC1 : On n'envoie jamais une personne à la fois, on constitue le groupe de 5, ils vont ensemble au SSR* ». Bien que le nombre de séances à réaliser en SMR soit réduit, l'éloignement des patients complique la réalisation du bilan initial et final « *A1 : c'est 5 séances donc plus d'une journée donc c'est problématique parce qu'il faut rappeler chaque patient pour leur dire c'est pas une journée c'est cinq* », « *A2 : mais finalement pour le bilan final, il n'y a personne qui a répondu à l'appel pour revenir donc pour l'instant ils font le bilan final là-bas avec l'infirmière.* », « *IC1 : Beaucoup de refus, ils sont intéressés, puis lorsqu'on leur explique qu'ils doivent partir au SSR le matin, ça leur fait trop et ils refusent.* », « *IC1 : déjà qu'on a du mal à les envoyer au début, ça serait trop compliquer de faire à la fin aussi (rire)* ».

La répartition de l'offre de soins et du réseau routier allonge les temps de trajets. Ces durées représentent un obstacle supplémentaire, en particulier pour les patients âgés « *A2 : voilà il y'a quand même des patients âgés donc le travail c'est pas le même et faire les trajets tous les jours il est arrivé quand même qu'il y en ai un ou deux qui ai décroché durant la semaine car ils sont trop fatigués.* », « *IC2 : Après le principal problème rencontré ce sont les transports* ».

Des variations saisonnières à prendre en compte

La saisonnalité joue un rôle important dans la gestion du programme. Le projet Eva Corse connaît des interruptions pendant les mois d'été. En raison des fortes chaleurs, les SMR peuvent fermer « *IC5 : Oui nous fermons seulement 3 semaines au mois d'août parce que les chaleurs sont trop importantes ce qui nous empêche de faire de l'activité en sécurité.* »

L'activité libérale est accrue dans les MSP pendant la période touristique. Toutes les professions sont concernées par cette surcharge de travail occasionnée par l'augmentation de la population « K1 : *L'autre chose ici c'est qu'on est dans un village balnéaire, donc début juin on arrête tout. Les mois de juillet/aout on est à 5-7 mille personnes. Notre travaille d'IDE libérale double l'été on est obligé de prendre des remplaçants en plus.* », « IC2 : *Il y a beaucoup de patients où on se confronte à la saison, les gens travaillent en saisonnier.* »

Les effectifs diminuent en raison des congés et les remplaçants, n'étant pas formés au programme, ne peuvent pas prendre le relai : « IC4 : *Car y a des congés et les remplaçants ne sont pas formés et d'autres part il fait trop chaud pour les patients donc c'est pas agréable, même s'il y a la clim ça reste des patients fragiles ou alors bon quand il y a la canicule on leur dit pas de ne pas sortir, donc voilà faut être cohérent. On est un peu embolisé par les soins d'urgence et les congés.* »

Les véhicules sanitaires légers (VSL), sont moins disponibles l'été, ce qui complique le transport des patients « IC5 : *Oui il y'a une vraie pause l'été mais qui est plus liée à l'exercice libérale des maisons de santé et aux problématiques de transport qu'autre chose.* ». Le temps de trajet s'allonge en fonction de la densité de population et du réseau routier inadapté. Ces variations saisonnières ralentissent l'inclusion de nouveaux patients et limitent la continuité des soins « IC1 : *ce sont des patients âgés qui ont des difficultés, donc avec la chaleur prendre la route, se lever tôt, partir faire 3 h de route dans la journée pour descendre en ville, aller au SSR pour faire de l'activité physique ils ne sont pas ultra motivés juillet aout, donc nous on en prend compte.* »

Inégalités d'accès aux transports sanitaires

Le transport des patients en VSL représente une contrainte importante. La gestion du temps d'attente pour les taxis est un frein au bon déroulement du programme « IC1 : *Là par contre on est embêté pour le taxi. Des fois on prend du retard et le taxi appelle 50 fois les patients.* »,

Certains patients se voient refuser la prise en charge en VSL, en particulier pour les trajets courts entre villages proches, et doivent renoncer à la rééducation « *K1 : les taxis refusent de faire des transports entre les villages. »*, « *IC2 : On a eu du mal à les trouver, quand même. Il y a eu des gens qui n'ont pas pu participer. »*

Les soignants supposent que le motif de refus est financier « *IC2 : On a eu un problème de taxi, car les taxis ne voulaient pas faire les prises en charges ils disaient être mal payés. »*. Ils perçoivent également le coût pour l'assurance maladie engendré par ces transports « *IC2 : Je pense que ça entraîne un surcoût à la sécu, ils facturent du coup 2 transports : un pour l'aller un pour le retour. »*

Un programme chronophage

Surcharge d'activité des professionnels libéraux

Les professionnels libéraux font face à un manque de temps pour gérer les différentes tâches associées à la mise en œuvre du projet. Les médecins se plaignent de ne pas avoir le temps nécessaire pour repérer et recruter les patients « *IC4 : si vous voulez ça fait un grand écueil car on a beau mettre tous les petits clignotants rouges, même si le patient clignote, le médecin n'a que 15 min et le patient il est venu aujourd'hui pour un problème aigu. Et le médecin il traite le problème aigu. »*. Toutes les professions sont concernées, les MKDE sont limités par le temps qu'ils peuvent consacrer aux séances Eva Corse « *K1 : pour nous je dirais qu'une des difficultés majeures, le facteur limitant, si je dois en citer qu'un, c'est celui-là, et le temps »*, « *K1 : après nous on est un facteur limitant Eva corse, surtout nous kiné car c'est sur notre temps de travail et on n'a pas le temps d'en faire plus »*.

Les professionnels libéraux répartissent la charge de travail supplémentaire engendrée par les séances soit en diminuant leur activité de soin habituelle, soit en prenant sur leur temps de repos « *IC2 : nous IDE c'est sur notre temps de repos, voir la pause déjeuner. (...) Moi j'essaye de venir sur les jours ou je ne travaille pas, donc autant vous dire que c'est pas beaucoup de jours et c'est difficile. »*, « *M1 : Ça a été lourd à un moment parce que ça prenait beaucoup de temps. Et d'énergie. »*

Le programme rajoute aux professionnels libéraux des actes administratifs « IC2 : *Dr B. qui se retrouve donc à faire des bons de transports pour les patients d'Eva corse. »*

Un travail de coordination complexe à quantifier

La coordination du projet Eva Corse est un travail chronophage qui inclut plusieurs tâches administratives et logistiques. Le coordinateur est chargé de la programmation des patients, de la communication avec les MSP, de la création des groupes ainsi que de la gestion des données dans le logiciel « A1 : *le problème c'est qu'ils doivent constituer leur groupe de patient puisque les libéraux ils ne démarrent pas les prise en charge tant qu'ils n'ont pas un groupe de 5 »*,

L'intégration du bilan initial sur la plateforme et le suivi des patients avant et après chaque séance demandent un investissement important. La coordination est vécue comme une tâche complexe et chronophage, d'autant plus si le coordinateur doit gérer d'autres projets au sein de la MSP « IC1 : *ça prend du temps car on rentre toutes les données : tension, fréquence cardiaque et saturation. »*.

Le recrutement des patients et la gestion administrative demandent une quantité de travail, estimée à une journée entière pour un groupe « IC2 : *Ça prend beaucoup de temps. Le temps de coordination consiste à repérer, créer le groupe, contacter les patients, le SSR, et les taxis. Et organiser, rappeler les gens. Le questionnaire téléphonique d'entrée après les 6 premières séances au SSR et à la fin. Et la gestion du fichier Excel pour assurer le suivi pour la rémunération. »*, « IC5 : *La coordination est chronophage oui effectivement »*, « M1 : *Oui, c'est vrai, c'est quand même un sacré travail, la coordination, c'est tout le temps, c'est toutes les semaines, ce n'est pas une seule fois, c'est tout le temps, c'est tous les jours. »*.

Ce travail, bien qu'indispensable, est souvent sous-estimé et la rémunération de la coordination reste faible « M1 : *le financement de la coordo n'est pas bien évalué c'est 10 euros par coordo par séance...* ». Dans les MSP où l'IC doit partager son temps de coordination avec son activité libérale, la charge est particulièrement lourde : « IC1 : *Les axes de travail pour nous c'est d'arriver à jongler avec cette quantité de travail, ça demande*

énormément de temps de travail. Le travail de recrutement se fait seul par l'IDE coordinatrice, ainsi que de contacter les patients de réussir dès qu'un groupe fini de ré enchaîner sur un autre groupe », « IC1 : mon temps de coordination est estimé... je sais pas j'ai jamais compté... mais je pense 1 journée entière pour un groupe ».

Difficultés récurrentes du secteur hospitalier

Manque de reconnaissance financière

Le manque de reconnaissance financière pour les équipes salariées du SMR est une problématique importante. Bien que le programme soit perçu comme bénéfique, les exécutants ne perçoivent pas de rémunération spécifique. Le programme est supposé moins attractif par rapport aux professionnels libéraux dont la rémunération semble plus avantageuse « *A1 : donc nous on le fait à titre professionnel parce que ça fait partie de notre travail mais clairement en tant que salarié à part une surcharge de travail. (...) Je sais pas si c'est le projet Eva Corse ou le centre mais un peu valoriser le travail qui est fait par les salariés en Corse sachant qu'ils valorisent bien les libéraux ».*

Surcharge de travail des équipes des SMR

Tout comme leurs homologues libéraux, les équipes des SMR font face à une surcharge de travail. Elles rencontrent des difficultés à accueillir davantage de patients dans le cadre du projet Eva Corse, en raison d'une capacité d'accueil déjà contrainte « *A1 : nous les places sont les places c'est-à-dire que si y'a plus de place on peut plus les prendre voilà. ».*

Le projet est identifié comme une charge de travail supplémentaire pour les équipes salariales du SMR « *A2 : Mais avant j'avais du boulot pour 2 déjà sur place il fallait que j'intègre en plus des patients d'Eva Corse ça faisait beaucoup. ».*

Il semble difficilement concevable d'augmenter encore le nombre de patient accueilli dans ces conditions. De fait, les équipes du SMR préfèrent entretenir des relations privilégiées avec une seule MSP « *A1 : Oui après si on tourne sur les 3 MSP on*

pourrait être régulier mais niveau charge de travail va falloir discuter, pour l'instant c'est principalement la MSP de C. (...) si on fait les 3 MSP ça 15 patients qui sont à intégrer dans nos groupes qui sont déjà bien rempli ».

L'exhaustivité attendue du bilan initial, le temps nécessaire à sa rédaction, sont jugés chronophages : *« A1 : il faut qu'on ait le temps de faire les dossiers avec la cardiologue et que moi je leur fasse leur bilan, leur test de marche, on fait le point sur leurs facteurs de risque, donc déjà un bilan éducatif de base et après ils attaquent les séances. Séances de renforcement musculaire, séances de réentraînement à l'effort avec télémétrie ECG qui permet de dépister un peu les problèmes en prévention primaire et secondaire et aussi faire le dossier sur la plateforme, et ça ça prend beaucoup de temps »*

L'organisation interne des SMR est évoquée comme un point nécessitant des ajustements pour absorber la charge liée à la participation au projet *« A1 : Et puis, ce n'est pas tout à fait le même. Je pense qu'il va falloir homogénéiser un petit peu les SSR. Enfin, le fonctionnement du parcours dans les SSR entre le SSR B. et le SSR A. Après, ça, c'est pas forcément...Par rapport à vous, c'est leur organisation interne. »*

Manque de personnel dans les structures

Le manque de personnel disponible empêche parfois de proposer des créneaux supplémentaires, voire d'intégrer certains patients. L'absence de renforcement dédié pour le projet aggrave cette situation *« A1 : On ne peut pas se rajouter 1/3 de temps en plus, sauf si le centre nous disait quand vous recevez ces patients là on renforce les équipes et on divise mais là c'est pas le cas donc on doit les intégrer à nos effectifs déjà existants ».*

Concurrence avec des projets à buts lucratifs

Le projet se heurte à une concurrence croissante avec des solutions privées de télé-réadaptation, qui peuvent offrir une alternative plus souple et moins contraignante pour les patients *« A1 : sachant qu'ils sont en concurrence direct avec la télé réadaptation qui se met en place. D'ailleurs moi j'ai été contacté par une entreprise qui m'a proposé*

de venir me montrer leur logiciel pour la télé réadaptation pour ce type de patients qui sont un peu éloignés, pour savoir s'ils pouvaient venir faire leur bilan en centre et qu'on puisse ensuite leur faire faire la réadaptation au domicile. », « A2 : Oui et donc moi j'ai prévenu le SSR et ils m'ont dit « oui ils nous ont contacté aussi », mais comme le projet Eva corse c'est pas une démarche seulement financière mais aussi une démarche de santé ça serait quand même dommage que vous vous fassiez passer par-dessus par un truc commercial. »

Certains SMR proposent déjà la télé réadaptation. Elle offre un avantage financier, avec une possibilité de prendre en charge plus de patients, ce qui accroît la rentabilité « A1 : comme je dis si tu mets ça en place dans un centre tu peux prendre encore plus de patients que tu fais du télé suivi ça peut séduire certains centres », « A1 : je pense que vous vous orienté vers les mauvaises personnes je pense que c'est aux médecins libéraux qu'il faudrait vendre ça pour que le patient puisse le faire chez lui et que ce soit coordonnée avec un professionnel de santé pour le patient qui est réfractaire au programme et qui voudrait le faire chez lui tranquillement. »

L'importance de la rééducation cardiaque sous-estimée

L'intérêt de la réadaptation cardiaque est sous-estimé par certains médecins. Cette méconnaissance se traduit par un défaut de prescription de la réadaptation cardiaque, aussi bien par les cardiologues que par les médecins généralistes (MG) « IC4 : je suis frappée de voir qu'il n'y a personne dans leur parcours qui leur a proposé la réadaptation cardiaque (...) Il y a un cardiologue en ville qui a dit à un patient, que la rééducation cardiovasculaire servait à rien », « IC4 : je me souviens qu'A. lui-même disait que ses confrères cardiologues ne prescrivaient pas de réadaptation cardiaque... alors que c'est quand même recommandation grade 1A dans l'insuffisance cardiaque donc ils mettent un gros coup de pied aux recommandations car elles datent ESC 2024 », « IC4 : bin moi je pense que oui plus d'adressage après cela dit même nos médecins je pense y aura encore plus de leviers aussi (...) il faudrait que les cardiologues se bougent pour les prescrire les réadaptations cardiaques », « K1 : Non c'est vrai que nos médecins n'en prescrivent pas beaucoup mais nous si on leur dit j'ai pensé à tel patient, et ils en discutent avec nous ils ont très ouverts là-dessus. »

L'absence de rééducation cardiaque est identifiée comme un facteur favorisant les récides d'événements cardio-vasculaires : « A1 : Oui et ce sont des patients que tu revois 1 ou 2 ans après avec des nouvelles pathologies cardiaques, en insuffisance cardiaque ou des trucs comme ça et qui perdent en capacité de récupération »

Les patients reçoivent peu d'informations sur les bénéfices de cette prise en charge : « A1 : et en plus ce sont des patients qui te disent qui si on leur avait dit dès la première fois que c'était important ils l'auraient fait du premier coup, quitte à rester 4 semaines »

La diffusion du projet reste limitée, avec une portée essentiellement locale et un manque d'extension à l'échelle régionale « IC2 : oui dans tous dans le pôle. Et aux alentours peut être. Pour l'instant on n'a jamais eu de prescription ou de demandes d'autres médecins généralistes (...) peut être sur le fait que les territoires de santé sont finalement assez partagés. Donc on fait du très local au niveau des patients. », « AM1 : il faudrait que les médecins généralistes des patients s'impliquent aussi. ».

Limites de la coopération SMR-MSP (Ville-Hôpital)

Des difficultés de coopération entre les SMR et les MSP ont été identifiées.

Un manque de fluidité dans la coordination des séances

Les acteurs observent un défaut de fluidité, marqué par plusieurs irrégularités dans son organisation. L'accueil des patients n'est pas continu et les capacités d'accueil des MSP sont limitées « A1 : Non c'est par période, par exemple là cette semaine on n'en a pas. », « K1 : oui on a pris le maximum de patients qu'on pouvait gérer ». Par conséquent l'inclusion des patients est irrégulière, avec un rythme d'adressage variable au SMR « IC4 : Alors on envoie les patients au fil de l'eau parce que de toute façon y a toujours un peu de latence entre le moment où ils sont convoqués par le SSR, entre le moment où ils vont faire le bilan initial et enfin le moment où il démarre la réadaptation là-bas, enfin y a un peu de temps quoi... donc on les envoie clairement au fil de l'eau (...) Dans les freins c'est l'irrégularité

des patients inclus, ça fait accordéon » « IC2 : De temps en temps Il y a plein d'inclusions. Il y a plein de patients qui font l'inclusion au SSR. Et puis, de temps en temps, il ne se passe plus rien. »

La programmation peut être compliquée par l'absence de certains patients, qui entraîne la nécessité pour eux d'un rattrapage. L'organisation de ces séances supplémentaires est peu claire et retarde la fin de programme et le retour au SMR pour le bilan final : *« IC2 : C'est ça. S'ils loupent le sucre, par exemple, il faudra qu'ils refassent le sucre. Mais du coup ça les empêche de retourner au SSR, de finaliser le projet. (...) Donc du coup, on l'a fait nous. Mais en fait, ils ne ratent pas tous la même séance, du coup, si on doit rattraper des séances pour tout le monde, on ne s'en sort pas. Donc, on a convenu avec le SSR, enfin l'IDE coordo m'a dit c'est bon, les rattrapages, on les fera nous au SSR. (...) Après déjà, ils n'ont pas envie d'aller au SSR. Donc les gens qui sont ici, ils n'ont pas envie de retourner au SSR pour faire un rattrapage... »*

Un temps de latence prolongé avant la réévaluation finale est généralement observé. Celui-ci est expliqué par des différences de temporalité entre les secteurs hospitalier et ambulatoire. *« IC4 : « je n'ai toujours pas été appelé » alors qu'ils avaient fini leurs séances avec nous y' a eu une répétition de fin d'années voilà c'est pas fluide si vous interrogeait quelques patients ils vont dire « ils ont mis du temps à nous rappeler », que ce soit nous de notre côté ou du côté de l'hôpital, y a pas un tempo mais bon c'est comme ça. », « IC1 : là ça qui m'inquiète peu c'est que le SSR ferme et que s'ils sont évalués dans 4 mois je ne suis pas sûre que les effets continuent à se voir dans 4 mois »*

Du côté des SMR, la réalisation tardive des séances en ambulatoire après le bilan initial pourrait accroître le risque de perte de suivi des patients.

Difficulté de communication

La communication entre SMR et ESP est jugée insuffisante, tant en quantité qu'en qualité *« A1 : Sur le programme c'est vraiment la communication entre les maisons de santé et les centres, qu'on puisse coordonner », « A2 : Je sais pas, oui ou une boîte mail, mais non par la*

force des choses on s'est mis à communiquer, s'il y'a des patients à faire rentrer il faut coordonner les secrétaires, non vraiment un axe à améliorer c'est vraiment la communication après voilà ... »

Certaines interrogations des équipes restent sans réponse. Les modalités de mise en relation entre SMR et MSP ne sont pas clairement définies : « A2 : Oui, donc moi j'ai écrit au Dr A. pour lui parler de la problématique, il m'a renvoyé au coordinateur Mr N. que j'ai eu au téléphone, il m'a dit qu'il allait voir ça on en est resté là. », « A1 : par exemple C. on est rentré en contact par la force des choses ».

Les équipes des SMR aimeraient de leur côté plus de retours de la part des MSP : « A1 : Non et c'est ce que je disais l'année dernière lors de l'évaluation on n'a pas de retour, est-ce que ça se passe bien ? ». Ils déplorent l'incertitude quant au maintien de l'activité physique après la fin des séances : « A1 : Ah, parce que le réentraînement à l'effort c'est un peu le socle de base, même marchait en extérieur, et s'il fait trop chaud des tapis et des vélos en intérieur oui, c'est éducatif pour le patient qu'il sache ce qu'il doit faire après parce que le circuit training à mettre en place tout seul à la maison j'suis pas sûr du retour du maintien de l'activité physique au domicile »

Ces problèmes de communication ont des conséquences sur la prise en charge des patients et engendrent des absences, retards de prise en charge ou délivrance de mauvaises informations : « A1 : Voilà et donc j'ai reçu des demandes pour S., P. et c'est tout mais du coup la coordination ne se fait pas. », « A2 : Oui, mais nous ça ne s'est pas fait parce que S. ils n'ont pas donné les bonnes informations au patients », « M1 : De même que, des fois, dans la communication, c'est difficile. Des fois, ça se passe très bien Et puis ensuite, plus de sons, plus d'images pendant trois semaines. C'est un peu en dent de scie », « M1 : Il faut que ce soit plus... Je pense qu'en effet, la communication avec le SSR mériterait d'être améliorée. Peut-être que tout passe par un outil unique. Parce que là, on parle avec eux via un outil Slack. Par mail, la plateforme. Il y a peut-être trop d'outils différents. »

Les équipes ambulatoires ont parfois été confrontées à une incompréhension du secteur hospitalier. Ils révélaient que certains hôpitaux de secteurs pouvaient avoir cherché à récupérer l'organisation des séances ambulatoires, pour en tirer profit « IC3 : le futur directeur par intérim et la cadre : ils nous ont reçu et ils n'ont pas compris que c'était un projet.... M2 : nan c'est pas ça, ils ont voulu l'attirer vers eux parce qu'ils n'ont pas compris que c'était un projet MSP, ils voulaient que ce soit un projet hospitalier. IC3 : ils ne comprenaient pas que nous extérieurs à l'hôpital intervenant sur un projet hospitalier. Et qu'ils récupèrent le projet. Ils n'ont pas compris qu'on voulait juste une salle... »

Le budget reste une limite

Des contraintes budgétaires ont été identifiées comme un frein à la mise en place du projet. La rémunération est considérée comme insuffisante : « M1 : J'ai eu l'IDE coordo de St P.V, elle m'a demandé si c'était rentable, je lui ai dit que pas du tout mais qu'on ne le fait ni pour l'argent, ni pour se faciliter la vie, mais par contre intellectuellement c'est super sympa, ça fédère le groupe et les patients sont hyper contents »

Le manque de rémunération semble particulièrement affecter les MKDE. Une revalorisation des tarifs semblait être une nécessité : « IC2 : clairement sur les kinés pas mal disent que financièrement c'est pas rentable, ils n'y gagnent pas ».

Un manque de transparence et de lisibilité des versements a été soulevé « M1 : Le retour pour la rémunération. Je vous le dis, c'est assez obscur. On fait confiance, mais je pense qu'il y a des trucs qui sautent. Et du coup, nous, on peut être en difficulté par rapport à ça. Parfois, c'est un petit peu... Enfin, on est obligé de demander des subventions à droite à gauche »

Des stratégies déjà mises en œuvre par les acteurs du projet pour pallier aux difficultés

Un SMR qui s'adapte

Un bilan initial condensé

Pour les patients les moins disponibles ou les plus éloignés du SMR, le bilan initial est organisé de manière condensée en une seule journée « *IC4 : non en fait ils partent une première fois, ils font l'évaluation, la consultation cardio, l'écho les tests etc... ça c'est un aller-retour dans la journée.* ». Pour ces mêmes patients, les 6 premiers ateliers sont réalisés en sur 2 jours (au lieu de 3 ou 5) : « *IC4 : Ensuite ils vont être appelés pour démarrer leur 6 ateliers qui doivent être absolument encadrés sous la surveillance d'un cardiologue ça en général quand ils viennent de Balagne ils s'arrangent pour les faire sur deux jours consécutifs* », « *K1 : De ce que j'ai entendu, à C. les 6 séances sont regroupées sur 2 jours et ils passent une nuit à l'hôtel. IC1 : Nous aussi ils nous ont proposé de faire l'hôtel ou bien que le SSR héberge les patients selon leur dispo mais les patients ne veulent pas. Autant s'ils mettent sur 2 jours consécutifs les patients accepteraient... On va peut-être essayer de proposer ça sur 2 jours...* »

Cette souplesse dans l'organisation permet de favoriser l'adhésion des patients au programme « *IC5 : éviter de faire trop d'aller/retours pour les patients parce que c'est quand même relativement fatiguant pour eux de faire les trajets sur Bastia* »

Un bilan final délocalisé

Pour éviter un ultime trajet jusqu'au SMR, le bilan final peut être réalisé au sein des MSP. Dans ce cas il est réduit au test de marche de 6 minutes, qui remplace alors l'épreuve d'effort : « *A1 : Donc au final moi je voulais les faire revenir comme ça je les voyais en ACE tout ça mais ça ne s'est pas fait donc à on a convenu qu'ils feraient le bilan final sur place au sein de la MSP avec un test de marche.* », « *IC1 : et après on fait l'évaluation finale. Dans certaines équipes, les patients retournent au SSR, nous on les fait nous directement.* »

Des logements mis à disposition

Des solutions d'hébergement sont proposées pour faciliter les déplacements des patients sur les SMR. Lors du bilan initial, il leur est proposé d'être logés au sein de la structure, ou dans un hôtel à proximité « *A1 : Oui et y'en a qu'on a pris en interne soit pour la semaine soit pour un peu plus* », « *IC4 Et ils avaient proposés aux patients qui le souhaitent d'avoir accès à un hôtel. On a donc quelques patients qui n'ont pas fait l'aller-retour, ils ont dormi à l'hôtel.* », « *IC5 : on a possibilité de loger dans des hôtels thérapeutiques, un hébergement en centre-ville avec une association qui sont pris en charge par l'hôpital, coûte quand même beaucoup moins cher que les transports.* »

Une formation initiale facilitée

La formation initiale des ESP a été allégée et condensée afin de faciliter l'intégration de nouveaux membres « *IC2 : Ils ont donc prévu d'organiser des formations de rattrapage sur un format allégé d'une journée et non pas de deux jours. Peut-être que ça pourrait aider aussi pour impliquer de nouveaux professionnels.* ».

Alors qu'elle était à l'origine organisée dans les locaux du SMR porteur de projet, elle s'est ensuite exportée directement dans les MSP « *IC2 : C'est vrai que les premières équipes, l'I.R et C. , il a fallu que ce soit l'équipe qui allait au SSR. Et depuis, ils ont fait une formation directement au sein des MSP. C'est le binôme Dr F et Mr C, qui viennent ici. C'est mieux parce qu'ils voient un peu les locaux. Tout le monde etc.* ».

Évolution des outils

Le logiciel informatique utilisé dans le cadre du projet fait l'objet d'ajustements par l'équipe porteuse afin d'optimiser son utilisation « *IC5 : Alors y'a des choses qui sont améliorables, là justement on va déployer la nouvelle version vers le mois de février avec le soutien de la CCIS et le Dr A. qui ont développé ensemble le logiciel. Plus pratique, plus fluide pour Eva Corse et pour le fonctionnement du SSR.* »

La coordination s'ajuste

La coordination du projet a été ajustée pour s'adapter aux contraintes des équipes. Les outils de communication peuvent être revus en fonction des préférences de chacun « IC2 : *Je reçois un message sur Slack, au début que sur Slack mais ça ne m'allait pas du tout, parce que je préférais par mail, du coup ils ont arrangé ils font par Slack et par mail, et après je vérifie leur statut sur le listing puis je contacte les patients après.* »

Le rôle de coordination peut être réparti entre plusieurs professionnels, ce qui permet d'équilibrer la charge de travail « IC4 : *alors après moi mon rôle à un petit peu évolué parce que je faisais de la coordo et y'a eu besoin dans la maison de santé d'avoir l'appui de l'assistante médicale dans la maison de santé qui a aussi un rôle sur la coordination mais un rôle plus administratif sur la coordination, moi c'est plus un parcours de soin, regard infirmier. . Donc la gestion financière, la gestion des plannings... les choses administratives, c'est elle qui les gère. (...)* Je me suis un petit peu détaché de la coordination parce que l'assistante de coordination a pris plus de rôle et aujourd'hui je m'occupe plus vraiment de la coordination. »

Cette répartition favorise une meilleure organisation, une gestion plus fluide des différentes tâches et limite les erreurs « IC4 : *Ça fait du cafoutch on n'a pas fait tous les patients, on n'a pas relancé les patients. Ah oui mais monsieur n'est pas venu, bin oui c'est normal on ne l'a pas appelé* ».

Évolution de la gestion du budget

La gestion du budget a connu des ajustements au sein des équipes. Des réallocations ont été mises en place entre professionnels des MSP. La rémunération des MKDE a fait l'objet d'une revalorisation, dans un souci d'équité, en comparaison avec la rémunération des IDE, perçue comme plus avantageuse « IC4 : *Il y a une petite enveloppe qui est dédiée à la coordination, on a considéré que moi mon poste était financé par d'autres enveloppes que le poste de la collègue assistante de coordination pareil son poste était financé par d'autres enveloppes. (...)* Donc voilà ce bonus qu'il y a pour la coordination on le ré injecte de façon

à ce que les kinés ne viennent plus car ils ne sont pas bien payés. Il a fallu qu'on ré ajuste là-dessus. , « IC4 : Au début on était sur un modèle rémunéré au patient. Donc plus le groupe était important, plus les intervenants percevaient de l'argent ; mais on s'est rendu compte qu'il ne fallait pas faire comme ça pour plusieurs raisons : les kinés eux quand ils faisaient leurs séances ils poussaient leur rendez-vous donc ils annulaient des rendez-vous pour pouvoir faire ses séances de 2 heures hors les infirmières quand ils animaient les ateliers ils le faisaient en plus de leur activité libérale de la journée donc ils annulaient rien du tout ... Donc on a arrêté ce fonctionnement, et on a dit au kiné même si vous n'avez que deux patients vous serez rémunéré pareil, ne vous tracassez pas, on vous demande de libérer du temps, donc vous serez rémunéré coûte que coûte », « IC2 : Donc c'est presque un plus pour nous sur le plan financier. »

Dans certaines MSP, le médecin renonce à percevoir une rémunération, permettant ainsi la redistribution de son forfait d'astreinte vers la coordination « IC4 : non D. est comme les nombreux médecins qui sont convaincus que l'exercice coordonné c'est l'avenir, elle fait beaucoup de bénévolat et elle est payée quand elle anime les ateliers », « M1 : oui y a un forfait coordo et j'ai décidé un peu à la dictatoriale que je renonçais à la rémunération du médecin et que je le redistribuais sur le forfait coordo. »

Les équipes ont également demandé des subventions aux collectivités pour pérenniser le dispositif « M1 : Et puis, comme on n'est pas sûr d'avoir les subventions, on n'est pas sûr non plus de pouvoir forcément continuer. » « M1 : On est déficitaire sur EVA Corse, après, on a demandé à la région. »

Le transport évolue

Des solutions ont été trouvées pour faciliter l'accès au programme. Une alliance avec les compagnies permet d'assurer les trajets en VSL, avec une prise en charge effective du transport. Un engagement est pris avec certains chauffeurs, ceux-ci sont assurés d'être choisis préférentiellement en contre partie de leur disponibilité « M1 : On a fini par passer un accord avec ceux qui étaient...Qui se rendaient les plus disponibles pour aussi ne pas les planter. », « IC1 : le taxi est payé par le bon de transport fait au SSR ».

L'assurance maladie ne finance pas le temps d'attente du VSL pendant les séances, ce qui entraîne des refus de prise en charge. Pour compenser le manque à gagner, les compagnies de transport demandent la réalisation de 2 prescriptions pour une même séance « *M1 : Maintenant, reste cette question. Qu'est-ce qui coûte le moins cher de rembourser deux trajets ou de rembourser un trajet HDJ ? Je n'ai pas la réponse. Il faut la poser aux taxis. »*

Les transports partagés en VSL se sont développés afin d'optimiser les déplacements et leur rentabilité pour les transporteurs : « *K1 : on fait des taxis partagés entre les patients »*, « *IC1 : Non parce qu'ils groupaient y'a les minibus qui venaient et qui embarquait les 5 »*, « *IC2 : du co-taxi. Remboursé. »*, « *IC1 : On n'envoie jamais une personne à la fois, on constitue le groupe de 5, ils vont ensemble au SSR »*, « *IC1 : On a eu un problème de taxi, car les taxis ne voulaient pas faire les prises en charges ils disaient être mal payés, ils ont essayé de faire des co taxis, ils font 2-3 patients en même temps. »*

Par ailleurs, des initiatives de covoiturage ont été prises spontanément par les patients, contribuant à améliorer l'organisation logistique autour des séances : « *K1 : certains patients on fait du covoiturage, ils s'arrangeaient entre eux. »*

Ouverture à des acteurs externes

Le projet bénéficie de l'implication de plusieurs acteurs extérieurs aux équipes de soins habituelles. Des vacataires sont sollicités pour renforcer les équipes lorsqu'elles sont en sous effectifs : « *IC2 : On a sollicité des gens de l'extérieur, qui ne font pas parti de l'ESP mais qui ont leurs 42 heures d'ETP pour nous aider sur les séances ETP en tant que vacataires. »*

La municipalité ou autres figures locales peuvent soutenir logiquement le projet, par exemple par la mise à disposition de salles : « *M1 : on a une mise à disposition gracieuse des locaux pour les séances par la municipalité. »*, « *M2 : l'église qui va nous prêter une salle, on va commencer les séances dans le presbytère »*

Une meilleure communication autour du projet

Des actions ont été mises en place pour améliorer la visibilité de l'action. La création de cartes de visite et la diffusion d'affiches contribuent à faire connaître le programme auprès des professionnels de santé et des patients « M1 : Et sur les petites cartes qu'on a faites, il y a le numéro de téléphone de la coordination. Nous, ça, c'est un travail qu'on essaie de faire, nous, dans l'ESP c'est de diffuser un peu l'information qu'Eva Corse existe auprès des autres professionnels de santé, et de leur donner les cartes avec les numéros. », « M1 : On a fait des affiches pour mettre dans les mairies, à la pharmacie »

EVA Corse face à l'avenir

Les perspectives d'amélioration du programme existant

Le support numérique

Des évolutions sont envisagées concernant l'outil numérique. Les équipes ambulatoires souhaitent avoir un accès facilité aux bilans initiaux et finaux réalisés en SMR. Ceux-ci pourraient être accessible sur la plateforme ou envoyé par messagerie sécurisée : « Invest : Est-ce que vous recevez le fichier ? Le bilan final ? M1 : Quand je suis médecin traitant. IC2 : C'est le médecin traitant qui le reçoit. Nous, on n'a rien, même pas le bilan initial. Il serait intéressant que sur le site il y ait les bilans initiaux et finaux accessibles pour suivre l'évolution de notre côté » Ils souhaitent plus de clarté dans le parcours des patients : « IC2 : Là on voit nos 17 patients mais on sait pas si c'est en cours ou pas c'est à améliorer. Si je veux voir que le gens que je dois convoquer je ne les vois pas faut que je regarde sur toute la liste. (...) Alors, si le tableau fonctionne était à jour, le tableau qu'on a vu tout à l'heure, ça irait. Mais si on pouvait rechercher par nom ou par situation. Est-ce qu'ils ont été appelés ? Mais en fait, pour aller voir le statut, il faut que je me fasse toute la file. Ce n'est pas très ... », « M1: Il y a un autre truc pour la remontée d'informations qui devrait peut-être être dans le système d'information. C'est les événements indésirables... »

Ils suggèrent la mise en place d'une interface de communication unique afin de faciliter les échanges : « IC2: *Peut-être que tout passe par un outil unique. Parce que là, on parle avec eux via un outil Slack. Par mail, la plateforme. Il y a peut-être trop d'outils différents.* »

Augmentation du budget

Le modèle économique du projet doit évoluer. Le personnel salarié déplore l'absence de valorisation de la charge de travail supplémentaire engendrée par le programme. Ils souhaitent une rémunération spécifique, dans un souci d'équité vis à vis de leurs confrères libéraux « A1: *Je dis pas qu'on ferait mieux notre travail ou moins bien mais bon je pense que ce serait juste ou peut être rémunéré le centre et reverser une partie aux salariés qui participent au projet* », « IC2: *donc oui si ça continue après, une petite revalorisation serait souhaitable* »

La rémunération du personnel libéral, en particulier les MKDE doit également être revue à la hausse. Le financement actuel ne permet pas l'achat de matériel pour les MSP qui ne sont pas pré-équipées : « IC1 : *donc faut que ça continue après une petite revalorisation* », « M1 : *Et puis, comme on n'est pas sûr d'avoir les subventions, on n'est pas sûr non plus de pouvoir forcément continuer.* » « M1 : *On est déficitaire sur EVA Corse, après, on a demandé à la région.* »

Mieux appréhender la problématique du transport

Malgré les solutions de covoiturage ou accords trouvés avec les compagnies de transport sanitaire, de nombreux patients abandonnent en raison des difficultés liées au trajet « IC1 : *Le problème est le transport. Ils doivent y être à 8h, donc départ de chez eux à 6h30. Et ils reviennent vers 11H30. Ça nous entraîne beaucoup de refus* », « K1 : *dès qu'arrive au moment du trajet pour aller au SSR pour le bilan initial, ils refusent, ils ne veulent pas faire de réadaptation cardiaque à cause de la route (...)* Donc même si on délocalise il reste encore des problèmes de transport. ».

Les compagnies de transports sanitaires suggèrent que la requalification des séances de rééducation en hôpital de jour (HDJ), permettrait une meilleure

valorisation des trajets en VSL. Ainsi il serait plus facile d'organiser les transports des patients ne pouvant venir par leurs propres moyens « IC2 : *Le fait qu'on ne puisse pas considérer ça comme un HDJ, les taxis, enfin les VSL, ont beaucoup de mal en fait. Souvent, refuse. Parce qu'eux, ils ne veulent pas attendre trois heures sur place. Donc, en fait, ils font deux factures de trajet, et ils partent pendant la séance* » Invest: *Pourquoi en HDJ ?* M1: *parce qu'en HDJ les VSL sont payés pour attendre, c'est plus rentable pour eux* », « M1 : *Maintenant, reste cette question. Qu'est-ce qui coûte le moins cher de rembourser deux trajets ou de rembourser un trajet HDJ ? Je n'ai pas la réponse. Il faut la poser aux taxis.* ».

Des groupes repensés

La composition des groupes pourrait être ajustée. La mixité des profils au sein du groupe est perçue comme bénéfique. Les variables à prendre en compte sont l'âge, le sexe et les antécédents des patients. Les équipes aimeraient avoir la possibilité de prioriser certains profils. L'augmentation de la taille des groupes fait également partie des perspectives de développement « AM1 : *Il y a aussi la confrontation des âges, parce que là, par exemple, il y a des gens âgés et des plus jeunes. Et c'est qu'on se voit dans la même session et c'est très constructif de mélanger tous les âges : ça crée une bonne dynamique* ».

Un projet plus englobant

Les équipes déplorent une sous-représentation des patients en prévention primaire. Ils aimeraient un recrutement élargi à cette population « IC4 : *40% de notre patientèle en maison de santé qui serait éligible à de la réadaptation étant donné qu'on peut faire un programme en prévention primaire ou secondaire. Alors les secondaires y'en a pas beaucoup mais en prévention primaire je peux vous dire que le nombre de patients cardio métaboliques on en a beaucoup, beaucoup, beaucoup !* », « M1: *Nous, malheureusement, on n'a pas encore l'occasion de faire de la prévention vraiment primaire. On en a eu qu'un c'est-à-dire quelqu'un qui n'a pas fait de prévention cardiovasculaire. Jusque-là, on a surtout eu des gros dossiers, bien lourd d'infarctus, multi récidivant, AVC etc... (...) On aimerait en mettre plus de la prévention primaire. Mais en fait, le temps de vider la liste de tous ceux qui ont besoin, qui viennent de faire infarctus (...). Mais*

oui, on aimerait faire plus de prévention primaire. Jusque-là, on en a qu'un c'est un de mes patients. Il est hyper motivé, surtout. Quand j'en ai parlé, il était très content. »

Il est envisagé d'intégrer d'autres formes de rééducation, comme la réadaptation respiratoire ou le réentraînement à l'effort directement dans les MSP : « M2 C'est dommage qu'on ne puisse pas intégrer de la réadaptation respiratoire », « A2: qu'ils faisaient ils dans une salle avec un peu de matériel, ce que je trouve dommage c'est qu'ils ne fassent pas de réentraînement à l'effort. », « IC2 : on a un kiné qui fait beaucoup d'exercices respiratoires. À un moment, ça nous posait question. Il a eu le docteur F. en direct, qui a dit, ah oui, ça, c'est super. Mais ça, c'est fait qu'ici. »

Repenser les relations SMR-MSP

Le projet a démarré avec un nombre restreint de MSP « IC5 : on a commencé par l'I.R et C. », « A1 : on a commencé avec C. Invest : Que C. au début ? A1 : Que C. oui. ». Cette limitation permettait des relations de proximités privilégiées. Cependant, forcer le parcours entre un SMR et une MSP se heurte au libre choix du patient « IC5 : en Corse du Sud qui est celle de P. parce que les patients de P. et P.V viennent préférentiellement sur le SSR pour les soins d'urgence. », « IC2 : Ici- A. c'est moins de 2 heures avec un bon de transport normal. B. c'est une entente préalable. Pas toujours accepté, en plus. »

La qualité de communication et des interactions entre le SMR et les MSP est fondamentale : « IC5 : la clé c'est quand même l'interaction entre maison de santé et hôpital pour qu'on essaye de prendre en charge tous les patients qui sont éloignés et demandeur de rééducation cardiaque. ». Favoriser les échanges et la connaissance mutuelle permettrait d'améliorer ces relations. Les équipes suggèrent la mise en place de réunions entre SMR et MSP « A2 : je dis pas de faire des réunions toutes les semaines mais qu'il y est une meilleure coordination, qu'on nous présente les nouvelles équipes qui vont être sur place » ou encore expriment le souhait de participer à des formations, dans les locaux du SMR « K1: Par contre, on aurait bien aimé aller au SSR 1 ou 2 jours, aller dans le service du Dr F. »

L'idée d'un coordinateur dédié spécifiquement aux projets Article 51 au sein du SMR est également évoquée : *« IC5 : Alors pour le fonctionnement global du SSR non mais pour la coordination de l'article 51 je suis seul à m'en occuper, après quand je ne suis pas là mes collègues prennent le relais mais c'est plutôt moi qui s'occupe de ça oui, chacun a sa mission et moi c'est celle-là et ça reste fluide de cette façon et car c'est assez chronophage. »*

Une continuité des soins à la suite d'EVA Corse

Plusieurs initiatives visent à assurer une continuité de la prise en charge après la fin du programme EVA Corse. Le projet est un levier de dynamisation des MSP impliquées. Des projets d'APA, subventionnés par l'ARS, sont en cours ou à l'étude *« M1: il faut répondre à un autre appel à projet prévention de la santé. On a déjà répondu à cet appel à projet qui a été validé et c'est notre APA qui fait activité physique adaptée dans le rural sous l'enseigne ESP avec le soutien de l'ARS.», « IC1: nous on est bénéficiaire de 900 euros, on en a discuté avec l'accord de D. à redistribuer l'argent dans un autre projet le projet éducation physique et santé, projet que les patients d'Eva corse pourront bénéficier après. »*

La poursuite de la rééducation en libéral est également suggérée *« Invest : Et vous proposez des choses après ? IC2 : Il y'a O. qui poursuit avec des patients d'EVA Corse, il a une société à lui mais pas dans le cadre d'EVA Corse »*

La télé réadaptation, une alternative à Eva Corse

La télé réadaptation : un projet expérimental

La télé réadaptation est en cours d'expérimentation. Certaines équipes participent à un nouveau projet relevant de l'article 51 dédié à cette modalité *« IC5 : Alors nous on est aussi sur un 2ème article 51 qui se nomme « READ'HY » qui est porté par le CH de B., donc c'est de la télé réadaptation avec un boîtier de suivi, un cardiofréquence mètre relié à une application donc sur celui-ci on est juste centre expérimentateur et pas porteur. »*

Des logiciels développés par des entreprises privées proposent des programmes similaires à celui d'Eva Corse *« A1: ils m'ont dit voilà vous prenez en charge 5 patients et vous*

les suivez à distance pour compléter leur réadaptation ou pour le suivi au long terme et le patient paye ce logiciel mais c'est le centre qui doit acheter 5 licences par pack de 5 licences. » La qualité de la rééducation à distance peut-être comparable à la rééducation en présentiel « A1: Donc toi tu fais le programme, tu l'as en bilan tu le renvoi chez lui il fait le programme, il faut qu'il fasse tant de séances de réentraînement de truc en fonction du matériel qu'il a à disposition, lui il fait sa séance, il peut même mettre un saturomètre avec un capteur, il peut même prendre sa tension, toutes les données sont envoyées. Il évalue la difficulté, son ressenti, sa dyspnée pendant la séance et tout via un auto-questionnaire, toi tu peux le voir en décalé et réévaluer les séances au fur à mesure, là il faut augmenter les charges, ou diminuer, la faut adapter, la faut faire une pause, la faut renvoyer au médecin traitant, là on peut réajuster, la faut revoir le patient comme on fait nous ici mais à distance. »

Une solution alternative

La télé réadaptation est envisagée comme une solution complémentaire à Eva Corse. Certains SMR souhaitent proposer la télé réadaptation comme alternative pour les patients les plus éloignés des structures ou pour ceux qui ne souhaitent pas intégrer un groupe « A1 : D'ailleurs moi j'ai été contacté par une entreprise qui m'a proposé de venir me montrer leur logiciel pour la télé réadaptation pour ce type de patients qui sont un peu éloignés, pour savoir s'ils pouvaient venir faire leur bilan en centre et qu'on puisse ensuite leur faire faire la réadaptation au domicile. », « A1 : Alors c'est ce que j'ai dit, j'ai dit je pense que vous vous orienté vers les mauvaises personnes je pense que c'est aux médecins libéraux qu'il faudrait vendre ça pour que le patient puisse le faire chez lui et que ce soit coordonnée avec un professionnel de santé pour le patient qui est réfractaire au programme et qui voudrait le faire chez lui tranquillement. »

Ces solutions contribueraient à élargir le nombre de patients bénéficiaires. La télé réadaptation est vue comme un axe à étudier pour améliorer le dispositif actuel « A1 : si tu mets ça en place dans un centre tu peux prendre encore plus de patients que tu fais du télé suivi ça peut séduire certains centres (rictus) »

Les limites d'application à Eva Corse

Plusieurs freins à l'application de la télé réadaptation dans le contexte d'Eva Corse ont été soulignés. Ces outils semblent plus adaptés à une population jeune et active : « IC5 : *C'est différent, c'est pas les mêmes populations, c'est plutôt des actifs, c'est d'autre logiques et d'autre problématiques, notamment matériel auprès des patients, parce qu'on est quand même sur une région avec plusieurs particularités que ce soit géographiques ou économiques.* », « IC5 : *En complément ça peut être pas mal, mais après encore une fois la population d'EVA Corse, est quand même plus âgée que la population qu'on a en télé rééducation, c'est pas les mêmes pathologies, c'est pas les mêmes patients.* »

En Corse, des contraintes économiques et structurelles limiteraient sa mise en œuvre : « IC5 : *c'est d'autre logiques et d'autre problématiques, notamment matériel auprès des patients, parce qu'on est quand même sur une région avec plusieurs particularités que ce soit géographiques ou économiques.* ». Paradoxalement, ces solutions sont plus pertinentes dans des contextes urbains ou dans des grandes villes, où les moyens logistiques sont plus développés : « IC5 : *Ça peut éventuellement répondre à certains besoins, en Corse dans une région comme celle-là je pense que c'est un peu moins pertinent qu'EVA Corse, ça serait plus pertinent dans les grandes agglomérations avec beaucoup d'actifs, des gens qui ne peuvent pas forcément se déplacer, qui peuvent faire ça à distance, peut-être des populations plus jeunes.* »

ÉLÉMENTS CONTEXTUELS OBSERVÉS PENDANT LES ENTRETIENS

Au cours des entretiens, plusieurs éléments contextuels ont été observés :

- Observation 1 : Nous avons réalisé les 2 premiers entretiens conjointement avec 2 représentantes de l'assurance maladie en charge des projets innovants. Cela a entraîné des entretiens dynamiques avec des questions variées.
- Observation 2 : une infirmière coordinatrice était présente à chaque entretien, excepté pour un SMR qui n'avait pas de personnel dédié à la coordination du projet. Elle prenait à chaque fois une place centrale, avec un temps de parole plus important par rapports aux autres intervenants.
- Observation 3 : Lors des déplacements pour réaliser les entretiens dans les différentes maisons de santé, nous avons nous-mêmes constaté la complexité et la pénibilité du transport, avec des routes sinueuses et des temps de trajet considérables. D'autant plus lorsque l'on se met à la place de patients âgés ou fragiles, pour qui ces contraintes peuvent représenter un frein majeur à l'adhésion à la ReCV en SMR.

L'ambiance générale était globalement collaborative, marquée par l'envie de partager l'expérience du terrain. Dans certains groupes, une dynamique d'entraide s'est installée spontanément, illustrant la cohésion des équipes :

- Observation 4 : dans une des MSP, le médecin responsable du projet a voulu nous rencontrer avant ses visites à domicile pour discuter brièvement du projet. Il s'est montré très intéressé par notre intervention en s'excusant de ne pas pouvoir participer à l'entretien par manque de disponibilité.
- Observation 5 : Le relevé de communication non verbal nous a permis de constater une implication collective des intervenants :

« IC1 : après on est une MSP dynamique donc on a été emballé par ce nouveau projet ça fait bougé un peu les choses (**grand sourire fière en regardant sa collègue**) »

« IC1 : C'est vrai que des gens qui ne se connaissent pas alors qu'ils étaient voisins maintenant ils viennent ensemble (**Acquiescement conjoint des interlocuteurs**) »

À l'inverse, nous avons relevés des éléments traduisant des difficultés sur certains aspects :

- Observation 6 : Dans certaine équipe, les intervenants ont dû être contacté séparément pour participer à l'entretien, contrairement à la plupart des MSP ou un seul contact était suffisant. Cela pouvait révéler des difficultés de communication.
- Observation 7 : A plusieurs reprises un entretien a dû être recentrer sur le sujet d'EVA Corse. Les discussions dérivait vers la place du médecin au sein de la société, sur l'intérêt pour le patient du regroupement des jeunes médecins en MSP, sur des cas cliniques de patients.
- Observation 8 : Des questions ont pu provoquer des interrogations chez les personnes interrogées : « Invest : Oui sachant qu'il y'a une enveloppe disponible pour les libéraux, A1 : (**Fais mine d'un air interloqué**) Je dis pas qu'on ferait mieux notre travail ou moins bien mais bon je pense que ce serait juste ou peut être rémunéré le centre et reverser une partie aux salariés qui participent au projet bon ça je sais pas comment ça se passe à B. »
- Observation 9 : Des discussions ont montrées des désaccords entre intervenants « IC3 : je ne crois pas tant qu'il ne croyait pas au projet, ce qu'il a ... (**se fait couper la parole**) M2 : Nan il ne voulait pas, il ne voulait pas (**en secouant la tête et en regardant vers le bas**) IC3 : oui il ne voulait pas... mais il y avait des contraintes »

DISCUSSION

Synthèse des résultats de l'étude

Notre étude a permis de constater que les équipes impliquées se sont véritablement approprié le programme EVA Corse. Le repérage et l'inclusion des patients reposent sur une collaboration étroite entre les médecins généralistes et les infirmiers coordinateurs. Une fois le patient intégré dans le dispositif, un parcours structuré se met en place : il débute par une évaluation initiale réalisée au sein du SMR référent, puis se poursuit avec 14 séances en ambulatoire organisées dans les MSP. L'ensemble est facilité par une logistique bien pensée, notamment la gestion des transports et l'usage d'outils numériques partagés, qui contribuent à rendre le parcours plus fluide.

Les professionnels de santé engagés dans le programme expriment un réel investissement, soutenu par un cadre de travail qu'ils jugent à la fois stimulant, structurant et porteur de sens. L'accompagnement proposé s'appuie sur des outils harmonisés, des protocoles bien établis, et une formation spécifique qui précède l'intégration dans l'équipe en charge du suivi des patients. Le sentiment de sécurité est assuré par la présence d'un encadrement médical, une surveillance continue des patients, et à des procédures efficaces pour la gestion des événements indésirables.

Le programme répond à des objectifs de santé publique en favorisant l'accès à une réadaptation cardiaque de proximité pour des populations éloignées des centres hospitaliers, en particulier dans un territoire insulaire comme la Corse. Ce modèle de rééducation décentralisé faciliterait l'adhésion des patients. Il réduit les abandons et donne satisfaction exprimée aux usagers comme aux professionnels. Les effets bénéfiques sont observés sur le plan physique, psychologique, mais aussi social, avec la création de liens entre patients et l'amélioration de la relation soignant-soigné. La proximité établie avec les professionnels de santé au cours du programme favorise le

maintien de l'activité physique à la sortie du centre de SMR comparé au parcours de soins classique.

Néanmoins, plusieurs freins ont été identifiés à la mise en place du programme. À l'échelle régionale, des disparités entre les structures et les équipes persistent, qu'il s'agisse d'inégalités de dynamisme, de ressources humaines, de locaux ou d'équipements. La surcharge de travail, le manque de reconnaissance financière pour certaines équipes, et la complexité de la coordination en ville, constituent des limites majeures à la pérennisation du dispositif. La logistique du transport, dans les zones rurales et en période estivale, représente également un frein important. Enfin, le manque de prescription de la réadaptation cardiaque par les médecins, ainsi que la faible diffusion du projet au-delà des territoires pilotes, témoignent d'un manque de visibilité et de sensibilisation.

Malgré ces obstacles, les équipes ont su déployer des stratégies d'adaptation pour améliorer le fonctionnement du programme (condensation des bilans, délocalisation des formations, évolution des outils numériques, ajustements budgétaires, etc.), témoignant de leur engagement à inscrire durablement ce modèle innovant dans l'offre de soins en réadaptation cardiaque.

Forces et limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs forces méthodologiques. Tout d'abord, elle repose sur une approche qualitative permettant une compréhension fine et nuancée de l'expérience des professionnels impliqués dans le déploiement du programme EVA Corse. La richesse des verbatims recueillis, issus de professionnels aux profils variés (médecins généralistes, infirmiers coordinateurs, assistante médicale, kinésithérapeutes, éducateurs APA), offre une vision globale et contextualisée du dispositif, tant dans ses aspects organisationnels que dans ses enjeux cliniques et humains. L'ancrage local de l'étude, au plus près des terrains d'expérimentation, constitue également une force : il permet de faire émerger des éléments concrets

d'appropriation, de collaboration, mais aussi de tensions ou de limites du dispositif. Enfin, l'inclusion de plusieurs territoires distincts, à savoir les 2 SMR cardiovasculaires de la région ainsi que 5 ESP dont une seule a refusé de participer favorise une diversité des points de vue et enrichit l'analyse. Le motif du refus de participation était connu. Cette dernière n'avait pas encore commencé les inclusions de patients dans le programme. Une autre force de cette étude repose sur le fait qu'elle a été réalisé en parallèle d'une évaluation par l'assurance maladie (20) confirmant la faisabilité et l'efficacité de ce modèle de réadaptation cardiaque de proximité combinant SMR et ESP. Ce rapport abouti aux mêmes conclusions que ce projet de thèse, concernant les freins, les leviers, les problèmes rencontrés et les perspectives d'amélioration.

Cette étude comporte également plusieurs limites. Tout d'abord, la nature qualitative de la démarche ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des projets similaires ou à d'autres contextes territoriaux. De plus, le recueil repose exclusivement sur le point de vue des professionnels, sans intégration directe du vécu des patients. Dans notre étude, leur perception du programme, n'est rapportée qu'indirectement par les professionnels de santé. Le rapport final d'évaluation, qui inclus une enquête de satisfaction des patients, permet de confirmer ce ressenti. Ainsi, comme en témoigne les notes que les patients attribuent au programme :

- satisfaction d'avoir été pris en charge dans le programme : 9,1/10
- relations avec les professionnels au SMR : 9,3/10
- Relations avec les professionnels dans les ESP et les MSP : 9,5/10
- souhait que le dispositif soit pérennisé : 10/10

Cent pour cent des patients recommanderaient le programme à un ami.

Les professionnels interrogés étaient souvent fortement impliqués dans le programme EVA Corse, ce qui peut induire un biais d'information, en survalorisant

ses effets et en minimisant les difficultés rencontrées. Enfin, le caractère évolutif du programme et les ajustements organisationnels en cours peuvent limiter la portée temporelle des données recueillies, certaines pratiques ou modalités ayant évoluées au moment de la rédaction.

Malgré ces limites, cette étude permet de dégager des pistes de réflexion concrètes pour accompagner le déploiement de dispositifs de réadaptation cardiaque en soins primaires, en tenant compte des réalités locales, des ressources disponibles et des leviers d'adhésion des professionnels.

Perspectives de l'étude

La communication ville-hôpital : un maillon encore perfectible du parcours

La communication entre les MSP et les structures hospitalières est un élément clé de la réussite du programme. Lorsque celle-ci fonctionne, elle facilite la continuité des soins, une meilleure réactivité en cas de complications, et un parcours patient plus personnalisé. Cependant, de nombreuses équipes soulignent des irrégularités dans les échanges, une multiplicité des outils utilisés (plateforme, Slack, mails), et une absence de retour régulier entre les niveaux de soins.

Ce constat illustre la nécessité d'un lien ville-hôpital plus structuré, avec un outil numérique unique et partagé, des réunions inter structures régulières, et une clarification des rôles de chaque acteur (MSP, SMR, coordinateurs).

Concernant le support, de multiples outils numériques existent déjà et pourraient être ré utilisés. Par exemple :

- ViaTrajectoire (23), une plateforme sécurisée permettant d'organiser et de suivre les demandes d'admission en structures de soins : SMR, HAD et

EHPAD (24) . Elle facilite le dépôt, le traitement de suivi et la traçabilité des informations.

- En Ile de France la plateforme Terre eSanté (25) est un portail régional de coordination (26). Il a récemment été intégrée dans le système Santélien (27) qui permet un partage d'informations en temps réel via un dossier patient partagé (28), facilitant la coordination et la continuité des soins conformément aux objectifs du Projet Régional de Santé 2023-2028 (29).
- La plateforme RITHME, qui vise à faciliter les échanges d'informations entre professionnels de santé dans une zone géographique donnée et non pas juste une messagerie (30).
- Le Réseau Santé Social (RSS) (31), bien que principalement utilisé pour la télétransmission des feuilles de soins électronique, il pourrait être envisagé comme une structure fiable pour faciliter le partage et échanges de données médicales entre les structures hospitalières et les MSP (32).

Concernant le contenu de l'information partagée, l'outil SAED (« Situation, Antécédents, Évaluation, Demande »), validé par la HAS en 2014 (33) et inspiré du modèle anglo-saxon SBAR « *Situation Background Assessment recommendation* » (34) (35), a été conçu pour structurer et sécuriser la communication entre professionnels de santé . Il permet d'organiser les échanges oraux de manière claire et concise (36) (37), en évitant les erreurs de compréhension. Préparé en amont, il favorise la qualité des transmissions et le travail en équipe tout le long du parcours

du patient. Son utilisation a démontré des effets bénéfiques sur la qualité des échanges et la clarté des informations transmises (38)(39)(40).

S	Je décris la <u>Situation</u> actuelle concernant le patient : Je suis : prénom, nom, fonction, service/unité Je vous appelle au sujet de : M, Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité Car actuellement il présente : motif de l'appel Ses constantes vitales/signes cliniques sont : fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.	_____
A	J'indique les <u>antécédents</u> utiles, liés au contexte actuel : Le patient a été admis : date et motif de l'admission Ses antécédents médicaux sont : ... Ses allergies sont : ... Il a eu pendant le séjour : opérations, investigations, etc. Les traitements en cours sont : ... Ses résultats d'examen sont : labo, radio, etc. La situation habituelle du patient est : confus, douloureux, etc. La situation actuelle a évolué depuis : minutes, heures, jours	_____
E	Je donne mon <u>évaluation</u> de l'état actuel du patient : Je pense que le problème est : ... J'ai fait : donné de l'oxygène, passé une perfusion, etc. Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet	_____
D	Je formule ma <u>demande</u> (d'avis, de décision, etc.) : Je souhaiterais que : ... par exemple : Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : quand ? ET Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : quoi et quand ?	_____
RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit <u>reformuler</u> brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis <u>conclure</u> par sa <u>prise de décision</u>.		

La coordination en soins primaires : une force motrice encore peu (re)connue

L'étude a mis en évidence le rôle central du coordinateur de chaque structure dans le repérage des patients, l'organisation logistique, la saisie des données et la continuité des séances. Ce travail, souvent réalisé en plus de l'activité habituelle, parfois sur la base du volontariat, témoigne d'un engagement fort, mais également d'un risque d'épuisement professionnel (41). Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales met en évidence le rôle crucial des coordinateurs dans les MSP (42).

La coordination est perçue comme chronophage, et insuffisamment valorisée. Pour garantir la pérennité du programme, il semble indispensable que chaque équipe ait un coordinateur désigné, dont l'activité et la rémunération soient bien définies (41)(43). Cette fonction peut aussi être répartie entre plusieurs membres de l'équipe, pour partager la charge de travail dans les MSP les plus actives. L'HAS souligne l'importance de cette coordination des soins dans le parcours de santé, notamment pour les patients atteints de maladies chroniques : elle recommande la désignation

d'un coordinateur de parcours pour assurer la continuité des soins et la mise en place d'outils partagés pour faciliter la communication entre professionnels (44).

Une réadaptation encore insuffisamment prescrite : un enjeu de culture médicale

Un frein majeur à la montée en charge du programme réside dans le manque de prescription de la réadaptation cardiaque, aussi bien par les généralistes que par les cardiologues. Certains soignants interrogés étaient surpris par le manque d'information des patients à ce sujet. Un spécialiste du secteur semblait même sous-estimer l'intérêt de la rééducation, en contradiction avec les recommandations scientifiques.

Ce manque de prescription (15) reflète une méconnaissance persistante des bénéfices de la réadaptation (45), tant en prévention des récives qu'en amélioration de la qualité de vie (25). Il souligne aussi l'importance de diffuser la culture de la prévention secondaire au sein de la communauté médicale. Des actions ciblées pourraient être envisagées, formations médicales continues à la réadaptation cardiaque, sensibilisation des réseaux de soins (cardiologues, généralistes, urgentistes), documents pédagogiques à destination des patients.

Le succès d'EVA Corse montre que lorsqu'un programme structuré est proposé localement, les patients y adhèrent, et les résultats cliniques sont visibles. L'évaluation finale (20) montre une augmentation d'activité de 20% sur le SMR porteur de projet. Les patients EVA Corse étaient adressés à 73% par leur médecin traitant ou cardiologue référent, contre 21% seulement pour les patients en rééducation conventionnelle. Cela semble montrer que le dispositif en lui-même améliore la connaissance du secteur ambulatoire autour de la réadaptation cardio-vasculaire.

La télé réadaptation : une alternative ou un complément à EVA Corse

La télé-réadaptation cardiaque représente une réponse pertinente à plusieurs limites rencontrées dans le cadre du programme EVA Corse, comme les contraintes liées au transport ou l'éloignement géographique qui entraîne la fatigabilité des patients âgés. Effectuée depuis le domicile, elle constitue une alternative souple et accessible (46), plus facilement conciliable avec le quotidien de certains patients plus âgés (47). La crise sanitaire liée au COVID-19 a fortement accéléré son déploiement (48), en transformant ce qui était jusque-là expérimental en une solution de continuité des soins (49)(50). Plusieurs études, dont une méta analyse (50) ont montré que la télé-réadaptation pouvait être aussi efficace que la rééducation conventionnelle (51)(52), tout en générant des économies pour le système de santé (53)(54)(55).

En France, plusieurs expérimentations ont été lancées dans le cadre de l'article 51, comme Walk Hop, qui propose un modèle hybride pour les patients coronariens à faible risque (56)(57), ou encore Read'Hy, qui s'adresse à des patients à très haut risque cardiovasculaire, avec un suivi combinant séances à distance et évaluations régulières en présentiel (58). Ces dispositifs reposent sur la solution Ensweet Cardio (59), qui permet un accompagnement personnalisé grâce à une application mobile pour les patients et une interface dédiée pour les soignants (60). Ces initiatives témoignent d'un réel effort d'innovation pour adapter l'organisation des soins aux besoins actuels (61)(31). La transposition de la télé-réadaptation dans le projet EVA Corse reste limitée par le profil des patients (âgés, polypathologiques), la fracture numérique et l'importance des interactions humaines au sein du programme. Elle pourrait toutefois constituer un outil complémentaire, intégré à un modèle hybride ciblé, conciliant accompagnement numérique et présence soignante.

CONCLUSION

En contribuant à éviter le renoncement aux soins dû aux contraintes géographiques particulièrement importantes en Corse, EVA Corse apporte une solution pertinente à un enjeu de santé publique.

Le programme est maîtrisé par les professionnels des secteurs ambulatoires et hospitalier. En être acteur est porteur de sens car il permet de réduire les inégalités d'accès aux soins, de renforcer le lien ville - hôpital et d'améliorer la qualité de vie des patients. Les équipes se sont approprié la part ajustable du dispositif pour trouver des solutions à certaines difficultés rencontrées.

Son déploiement reste contraint par des enjeux structurels, logistiques et humains. Des évolutions sont nécessaires : renforcement du lien ville-hôpital, valorisation du travail de coordination et diffusion d'une culture partagée de la prévention.

À travers ces ajustements, EVA Corse pourrait devenir un modèle transférable à d'autres territoires confrontés aux mêmes défis.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Face à l'enjeu de santé publique que constitue la prise en charge des maladies cardio-vasculaires, la réadaptation cardiaque reste trop peu proposée et insuffisamment accessible. Le programme EVA Corse permet de délocaliser en proximité la réadaptation cardiaque, par un transfert de compétences entre SMR et ESP / MSP. Il représente une innovation organisationnelle prometteuse, particulièrement adaptée aux contraintes géographiques et sanitaires d'un territoire rural et insulaire comme la Corse.

Notre étude qualitative, centrée sur le vécu des professionnels de santé impliqués dans la mise en œuvre d'EVA Corse, met en lumière les freins et les leviers à sa mise en place effective. Les professionnels ont salué la dimension humaine du projet, l'amélioration de l'adhésion des patients à la réadaptation, et le renforcement des liens entre patients, soignants et structures de soins. Ce projet repose sur une organisation fluide et une collaboration étroite entre les acteurs de proximité.

Cependant, des obstacles persistants nuisent à la mise en œuvre et à la pérennité du programme : lourdeur de la coordination, inégalités de ressources entre les MSP, contraintes liées au transport, manque de reconnaissance financière des équipes hospitalières et difficultés de communication entre les secteurs hospitaliers et ambulatoires. Ces limites soulignent la nécessité d'un soutien organisationnel renforcé, d'une meilleure valorisation des temps de coordination, et d'une simplification des outils numériques et logistiques.

Cette expérimentation apporte des pistes concrètes pour améliorer l'accessibilité de la réadaptation cardiaque en milieu rural et semi-rural. Elle illustre les conditions nécessaires à la réussite d'un tel projet : implication des équipes, financement adapté, communication fluide entre acteurs, et adaptation aux réalités locales. À l'heure où d'autres modèles émergent, notamment en télé-réadaptation, EVA Corse constitue

une référence solide pour penser la réadaptation cardiaque de demain, en l'inscrivant pleinement dans une logique de soins de proximité, coordonnés et équitables.

BIBLIOGRAPHIE

1. Les maladies cardiovasculaires en France : un impact majeur et des inégalités persistantes [Internet]. [cité 22 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2025/les-maladies-cardiovasculaires-en-france-un-impact-majeur-et-des-inegalites-persistantes>
2. Semaille C. Éditorial. Santé cardiovasculaire, de nombreux défis à relever ! / Editorial. Cardiovascular health: Multiple challenges to address!
3. Travail M du, Santé de la, Familles des S et des, Travail M du, Santé de la, Familles des S et des. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 10 mars 2025]. Maladies cardiovasculaires. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires-et-avc/article/maladies-cardiovasculaires>
4. Emmanuel C. Critères d'orientation en réadaptation cardiaque et vasculaire.
5. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 5 avr 2025]. Critères d'orientation en réadaptation cardiaque et vasculaire. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3551950/fr/criteres-d-orientation-en-readaptation-cardiaque-et-vasculaire
6. Newsletter “La réadaptation cardiaque : Un accompagnement pluriprofessionnel” | Société Française de Cardiologie [Internet]. [cité 23 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.sfcardio.fr/actualite/newsletter-la-readaptation-cardiaque-un-accompagnement-pluriprofessionnel>
7. André P, Six M, Grison C, Metron D. Intérêt d'une activité physique adaptée pour la correction des facteurs de risque cardiovasculaire chez le sujet coronarien.

- Kinésithérapie Rev [Internet]. 17 mars 2013 [cité 22 mars 2025];13(135):23-8. Disponible sur: https://www.lissa.fr/fr/rep/articles/EL_S1779012312004263
8. Kabboul NN, Tomlinson G, Francis TA, Grace SL, Chaves G, Rac V, et al. Comparative Effectiveness of the Core Components of Cardiac Rehabilitation on Mortality and Morbidity: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. J Clin Med [Internet]. déc 2018 [cité 23 mars 2025];7(12):514. Disponible sur: <https://www.mdpi.com/2077-0383/7/12/514>
 9. Pavy B, Iliou MC, Vergès-Patois B, Brion R, Monpère C, Carré F, et al. French Society of Cardiology guidelines for cardiac rehabilitation in adults. Arch Cardiovasc Dis [Internet]. mai 2012 [cité 5 avr 2025];105(5):309-28. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1875213612000824>
 10. Masson E. EM-Consulte. [cité 9 avr 2025]. Réadaptation cardiovasculaire de l'adulte. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1535272/readaptation-cardiovasculaire-de-l-adulte>
 11. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler AD, Rees K, Martin N, et al. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Coll Cardiol. 5 janv 2016;67(1):1-12.
 12. Ghannem M, Ghannem L, Ghannem L. La réadaptation cardiaque en postinfarctus du myocarde. Ann Cardiol Angéiologie [Internet]. 1 déc 2015 [cité 20 mars 2025];64(6):517-26. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003392815001808>
 13. Adam CA, Erskine J, Akinci B, Kambic T, Conte E, Manno G, et al. Exercise Training and Cardiac Rehabilitation in Patients After Percutaneous Coronary Intervention: Comprehensive Assessment and Prescription. J Clin Med [Internet]. janv 2025 [cité 22 mars 2025];14(5):1607. Disponible sur: <https://www.mdpi.com/2077-0383/14/5/1607>

14. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 22 mars 2025]. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/HS/2025_HS_2.html
15. Minvielle C, Corré J, Douard H. Barriers to prescription of cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction in France. Arch Cardiovasc Dis Suppl [Internet]. janv 2017 [cité 5 avr 2025];9(1):100. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1878648017302987>
16. Boltanski L. Les usages sociaux du corps. Ann Hist Sci Soc [Internet]. févr 1971 [cité 5 avr 2025];26(1):205-33. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/journals/annales-histoire-sciences-sociales/article/abs/les-usages-sociaux-du-corps/E248D2E2C85C8E48D31D744BADDBC3C3>
17. Art 51 - innovation en santé [Internet]. 2024 [cité 12 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.corse.ars.sante.fr/art-51-innovation-en-sante>
18. GCLM. Corse Net Infos - Pure player corse. [cité 12 avr 2025]. EVA Corse, le projet pour mieux prévenir les maladies cardio-vasculaires, fait l'unanimité. Disponible sur: https://www.corsenetinfos.corsica/EVA-Corse-le-projet-pour-mieux-prevenir-les-maladies-cardio-vasculaires-fait-l-unanimite_a71387.html
19. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler AD, Rees K, Martin N, et al. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Coll Cardiol [Internet]. 5 janv 2016 [cité 23 mars 2025];67(1):1-12. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109715071193>
20. Evaluation du projet Art 51 EVA Corse. 2025 janv.

21. Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles De La Londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A. Initiation à la recherche qualitative en santé. Global Médiz Santé et CNGE.
22. Arrêté n°2024-20 EVA CORSE [Internet]. [cité 2 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.corse.ars.sante.fr/media/119302/download?inline>
23. ViaTrajectoire | Site officiel | Orientation sanitaire et médico-sociale [Internet]. [cité 7 avr 2025]. Disponible sur: <https://trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/>
24. Tout savoir sur ViaTrajectoire | Portail Industriels [Internet]. [cité 7 avr 2025]. Disponible sur: <https://industriels.esante.gouv.fr/actualites/toutes-les-actualites/tout-savoir-sur-viatrajectoire>
25. download.pdf [Internet]. [cité 7 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/90637/download?inline>
26. Terr-eSanté [Internet]. [cité 7 avr 2025]. Disponible sur: <https://cpts-centre-essonne.sante-idf.fr/terr-esante>
27. Santélien [Internet]. [cité 7 avr 2025]. Accueil. Disponible sur: <https://www.santelien.fr/>
28. Santélien : comment ça marche ? [Internet]. 2025 [cité 7 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/santelien>
29. Le Projet régional de santé 2023-2028 [Internet]. 2025 [cité 7 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/publication-du-prs-2023-2028>
30. Renardl JM, Beuscartl R, Deleruely D, Geib JM. Le réseau vile hopital : une nouvelle forme de communication entre professionnels de Sante.

31. 014000742.pdf [Internet]. [cité 7 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/014000742.pdf>
32. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? Presse Médicale [Internet]. oct 2009 [cité 7 avr 2025];38(10):1404-9. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498209001961>
33. saed_guide_complet_2014-11-21_15-41-2_64.pdf [Internet]. [cité 7 avr 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/saed_guide_complet_2014-11-21_15-41-2_64.pdf
34. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. BMJ Open [Internet]. 23 août 2018 [cité 7 avr 2025];8(8):e022202. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6112409/>
35. Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians. Jt Comm J Qual Patient Saf [Internet]. 1 mars 2006 [cité 7 avr 2025];32(3):167-75. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1553725006320223>
36. Beckett CD, Kipnis G. Collaborative communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. J Healthc Qual Off Publ Natl Assoc Healthc Qual. 2009;31(5):19-28.
37. Cunningham NJ, Weiland TJ, van Dijk J, Paddle P, Shilkofski N, Cunningham NY. Telephone referrals by junior doctors: a randomised controlled trial assessing the impact of SBAR in a simulated setting. Postgrad Med J. nov 2012;88(1045):619-26.

38. Compton J, Copeland K, Flanders S, Cassity C, Spetman M, Xiao Y, et al. Implementing SBAR Across a Large Multihospital Health System. *Jt Comm J Qual Patient Saf* [Internet]. 1 juin 2012 [cité 7 avr 2025];38(6):261-8. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1553725012380331>
39. Joffe E, Turley JP, Hwang KO, Johnson TR, Johnson CW, Bernstam EV. Evaluation of a Problem-Specific SBAR Tool to Improve After-Hours Nurse-Physician Phone Communication: A Randomized Trial. *Jt Comm J Qual Patient Saf* [Internet]. 1 nov 2013 [cité 7 avr 2025];39(11):495-AP6. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1553725013390655>
40. Vardaman JM, Cornell P, Gondo MB, Amis JM, Townsend-Gervis M, Thetford C. Beyond communication: the role of standardized protocols in a changing health care environment. *Health Care Manage Rev*. 2012;37(1):88-97.
41. 2_-Guide-du-Coordo-MSP_AVECsante-2021.pdf [Internet]. [cité 5 mai 2025]. Disponible sur: https://avecsante.fr/wp-content/uploads/2024/07/2_-Guide-du-Coordo-MSP_AVECsante-2021.pdf
42. Rapport de l'IGAS sur les MSP [Internet]. Disponible sur: <file:///Users/sabrinesafer/Desktop/Simplification%20des%20relations%20entre%20les%20professionnels%20de%20sante%CC%81%20de%20ville%20et%20les%20administrations.pdf>
43. Tour de France des CPTS.
44. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 5 mai 2025]. Coordination des soins. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3029265/fr/coordination-des-soins
45. Pavy B, Darchis J, Merle E, Caillon M. La réadaptation cardiaque après infarctus du myocarde en France : un taux d'abstention trop élevé. *Ann Cardiol*

Angéiologie [Internet]. nov 2014 [cité 5 mai 2025];63(5):369-75. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003392814001292>

46. Suso-Martí L, La Touche R, Herranz-Gómez A, Angulo-Díaz-Parreño S, Paris-Aleman A, Cuenca-Martínez F. Effectiveness of Telerehabilitation in Physical Therapist Practice: An Umbrella and Mapping Review With Meta-Meta-Analysis. *Phys Ther*. 4 mai 2021;101(5):pzab075.
47. Choi YH, Paik NJ. Mobile Game-based Virtual Reality Program for Upper Extremity Stroke Rehabilitation. *J Vis Exp JoVE*. 8 mars 2018;(133):56241.
48. Maddison R, Rawstorn JC, Stewart RAH, Benatar J, Whittaker R, Rolleston A, et al. Effects and costs of real-time cardiac telerehabilitation: randomised controlled non-inferiority trial. *Heart* [Internet]. janv 2019 [cité 5 avr 2025];105(2):122-9. Disponible sur: <https://heart.bmj.com/lookup/doi/10.1136/heartjnl-2018-313189>
49. Seron P, Oliveros MJ, Gutierrez-Arias R, Fuentes-Aspe R, Torres-Castro RC, Merino-Osorio C, et al. Effectiveness of Telerehabilitation in Physical Therapy: A Rapid Overview. *Phys Ther*. 1 juin 2021;101(6):pzab053.
50. Rawstorn JC, Gant N, Direito A, Beckmann C, Maddison R. Telehealth exercise-based cardiac rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. *Heart Br Card Soc*. 1 août 2016;102(15):1183-92.
51. Dalal HM, Zawada A, Jolly K, Moxham T, Taylor RS. Home based versus centre based cardiac rehabilitation: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 19 janv 2010;340:b5631.
52. Avila A, Claes J, Goetschalckx K, Buys R, Azzawi M, Vanhees L, et al. Home-Based Rehabilitation With Telemonitoring Guidance for Patients With Coronary Artery Disease (Short-Term Results of the TRiCH Study): Randomized

- Controlled Trial. J Med Internet Res [Internet]. 22 juin 2018 [cité 5 avr 2025];20(6):e9943. Disponible sur: <https://www.jmir.org/2018/6/e225>
53. Tchero H, Tabue Teguo M, Lannuzel A, Rusch E. Telerehabilitation for Stroke Survivors: Systematic Review and Meta-Analysis. J Med Internet Res. 26 oct 2018;20(10):e10867.
54. Scherrenberg M, Falter M, Dendale P. Cost-effectiveness of cardiac telerehabilitation in coronary artery disease and heart failure patients: systematic review of randomized controlled trials. Eur Heart J Digit Health. nov 2020;1(1):20-9.
55. Shambushankar AK, Jose J, Gnanasekaran S, Kaur G. Cost-Effectiveness of Telerehabilitation Compared to Traditional In-Person Rehabilitation: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cureus [Internet]. [cité 5 avr 2025];17(2):e79028. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11911901/>
56. walk_hop_avis_ctis_030323.pdf [Internet]. [cité 5 avr 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/walk_hop_avis_ctis_030323.pdf?utm_source=chatgpt.com
57. ARSIDF_Atlas_des_experimentations_article_51_en_IDF_2023.pdf [Internet]. [cité 5 avr 2025]. Disponible sur: https://www.fncs.org/sites/default/files/ARSIDF_Atlas_des_experimentations_article_51_en_IDF_2023.pdf?utm_source=chatgpt.com
58. READ'HY [Internet]. [cité 5 avr 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/W0aXpjQ_WXbPi8jiCJ_yLGzkSs0uPNs9BC9diJyZ1o=/JOE_TEXTE
59. Ensweet [Internet]. [cité 29 avr 2025]. Ensweet - Page d'accueil. Disponible sur: <https://www.ensweet.fr/>

60. Ensweet [Internet]. [cité 5 avr 2025]. Expérimentations. Disponible sur: <https://www.ensweet.fr/experimentations/>
61. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 11 avr 2025]. Parcours de santé, de soins et de vie. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

LISTE DES ABREVIATIONS

- CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
- EAPA : Enseignant en activité physique adapté
- EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- ESP : Équipe de soins primaires
- ETP : Éducation thérapeutique du patient
- FEVG : Fraction d'éjection ventriculaire gauche
- HAD : Hospitalisation à domicile
- IPA : Infirmière en pratique avancée
- IC : Infirmière coordinatrice
- MG : Médecin généraliste
- MKDE : Masseur kinésithérapeute
- MSP : Maison de santé pluriprofessionnels
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ReCV : Réadaptation cardio-vasculaire
- SISA : Société interprofessionnelle des soins ambulatoires
- SMR : Service de soins médicaux et de réadaptation
- VSL : Véhicule sanitaire léger

ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire d'information et de consentement (page1)

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Question de recherche :

Quels sont les défis rencontrés par les professionnels de santé en soins primaires à la mise en place du projet Eva Corse

RECHERCHE QUALITATIVE auprès des professionnels de santé intervenant dans le projet Eva Corse en milieu ambulatoire

L'**objectif** de ce projet est d'explorer les ressentis des professionnels de santé à la mise en place d'une expérimentation innovante de réadaptation cardiaque en ambulatoire en maison de santé de proximité.

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par *Téva SO* et *Sabrine SAFER* et enregistré.

Il sera demandé aux participants, si possible, de donner leur nom avant de prendre la parole, afin de faciliter la retranscription.

Qu'est ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien collectif où l'on vous posera des questions concernant votre vécu et expérience du projet Eva Corse.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot. Les noms seront remplacés par des numéros de façon à anonymiser les données recueillies.

Une fois retranscrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

Les résultats seront utilisés dans le cadre d'une thèse de médecine générale et peuvent éventuellement être publiés.

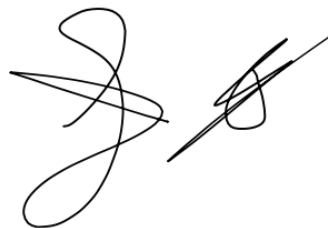
Annexe 1 : Formulaire d'information et de consentement (page 2)

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions. ☐
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison. ☐
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien. ☐
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication. ☐
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude. ☐
6. Je souhaite recevoir le manuscrit de la thèse une fois l'analyse terminée. Préciser votre adresse mail :

Signature (participant)

Signature Téva So et Sabrina Safer

The image shows two handwritten signatures in black ink. The signature on the left is a large, stylized 'S' with a loop at the bottom. The signature on the right is a smaller, more compact signature with a diagonal stroke across it.

Annexe 2 : Guide d'entretien

Questionnaire de thèse

Introduction :

Merci pour votre présence à ce focus group.

Nous sommes 2 internes en médecine générale réalisant notre thèse sur l'expérimentation Art 51 Eva Corse. Nous souhaitons explorer le ressenti des équipes de santé en soins primaires à la mise en place de la rééducation cardiaque en milieu ambulatoire.

Votre participation est essentielle pour comprendre les différentes perspectives et recueillir vos expériences. Vos réponses seront anonymisées et utilisées uniquement dans le cadre de cette recherche.

1) Introduction personnelle

Q : Pouvez-vous vous présenter et décrire votre rôle dans le cadre du projet Eva Corse ?

QR : âge, sexe, profession, mode d'exercice

2) Expérience initiale

Q : Comment avez-vous été informé de l'expérimentation art 51 Eva Corse ? Quels ont été les soutiens et les formations mises en place pour participer au projet Eva Corse ?

QR : Quelles ont été vos premières impressions ? Quelles ont été vos attentes ?

3) Accélérateurs/motivations

Q : Que ressentez-vous en participant à ce projet ?

QR : qu'est-ce qui vous plaît ou vous motive dans ce projet ?

4) Freins rencontrés

Q : quels ont été les principaux défis rencontrés dans cette expérimentation ?

QR : organisationnels, cliniques, administratifs, relationnels, inters professionnels ?

Quelles stratégies avez-vous mise en place pour répondre aux difficultés rencontrées ?

Quels types de soutiens ou de formations supplémentaires auraient été utiles ?

5) Conclusions

Y a-t-il d'autres défis ou aspects de l'expérimentation que nous n'avons pas abordés que vous aimeriez vous partager ?

Avez-vous des suggestions pour les futures expérimentations similaires ?

Clôture :

Merci pour votre participation et votre précieuse contribution. Votre retour est essentiel pour améliorer les pratiques. Si vous avez des questions ou préoccupations supplémentaires n'hésitez pas à nous contacter

+ potentiel temps de question avec entretiens individuels

Annexe 3 : Journal de bord

JOURNAL DE BORD

Création du binôme de thèse : Novembre 2023

Chercher un Sujet de thèse : Novembre 2023 – Février 2024

Direction de Thèse par Dr Beauvois : Janvier 2024

Formulation d'une question de recherche : Mai 2023

Recueil des données : Juin 2024

- 1^{er} entretien avec l'équipe de la MSP de Cargèse le 12/06/2024
- 2^{ème} entretien avec l'ESP de Pianottoli le 14/06/2024
- 3^{ème} entretien avec l'équipe du SMR du Finosello le 24/07/2024
- 4^{ème} entretien avec l'ESP de Sartène le 28/08/2024
- 5^{ème} entretien avec l'équipe de l'île Rousse 20/01/2025
- 6^{ème} entretien avec l'équipe du SMR de Bastia 02/01/2025

Analyse des données débutées en Juin 2024 – Fin en Mars 2025

Réservation d'une salle de soutenance de thèse pour le 3 Juin 2025 en Janvier 2025

Composition du Jury de thèse de Janvier à Mars 2025

Début de la rédaction en Février 2025

Transmission du manuscrit de thèse à la faculté de Marseille le 13 Mai 2025

Travail de présentation orale MAI-JUIN 2025

Soutenance de la thèse le 3 Juin 2025

Annexe 3 : QR Code d'accès au Code book Nvivo



Annexe 5 : Test de marche d'évaluation initial et final

Evaluation Fonctionnelle

étiquette patient

Nom:		Prénom:		Date de naissance											
ENTREE		Identité vérifiée? ☐ OUI ☐ NON													
Test de Marche de 6 minutes (TM6)															
Date	Heure	Evaluateur	O2:	poussé - porté - tiré											
		Débit O2													
		Temps d'arrêt total durant le TM6?													
Hachurer sur l'échelle les arrêts durant le test.															
E V A	Souffle	30"	1'	1'30"	2'	2'30"	3'	3'30"	4'	4'30"	5'	5'30"	6'	E V A	Souffle
	Douleur														Douleur
Repos		1'	2'	3'	4'	5'	6'	8'						(après 2' d'arrêt!)	
SpO2 (%)															
FC (bpm)															
Nbre A-R =			+		mètres	=	mètres parcourus en 6'								
OBSERVATIONS:						Facteur principal limitant le test d'après le patient?									

SORTIE		Identité vérifiée? ☐ OUI ☐ NON													
Test de Marche de 6 minutes (TM6)															
Date	Heure	Evaluateur	O2:	poussé - porté - tiré											
		Débit O2													
		Temps d'arrêt total durant le TM6?													
Hachurer sur l'échelle les arrêts durant le test.															
E V A	Souffle	30"	1'	1'30"	2'	2'30"	3'	3'30"	4'	4'30"	5'	5'30"	6'	E V A	Souffle
	Douleur														Douleur
Repos		1'	2'	3'	4'	5'	6'	8'						(après 2' d'arrêt!)	
SpO2 (%)															
FC (bpm)															
Nbre A-R =			+		mètres	=	mètres parcourus en 6'								
OBSERVATIONS:						Facteur principal limitant le test d'après le patient?									

Tableau 1 : échelle de Borg modifiée

ÉCHELLE DE BORG MODIFIÉE

Cote	Perception	%FC max
0	Rien du tout	
0.5	Très très facile	Moins de 55% de la FC maximale
1	Très facile	
2	Facile	
3	Moyen	Entre 55 et 75%
4	Un peu difficile	
5	Difficile	
6		75-90%
7	Très difficile	
8		90% et plus
9		
10	Très très difficile	

LÉGENDE :

Légère
Modérée
Intense
Très intense

FC maximale = 220 - âge

Tableau 2 : tableau de suivi du patient au cours du programme



NOM :

PRÉNOM :

TEL :

SESSION :

[illegible]

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.



RÉSUMÉ

Étude explorant le ressenti des équipes de soins primaires à la mise en place d'un programme de rééducation cardiaque en milieu ambulatoire (Art.51 EVA Corse)

Introduction : En France, les maladies cardio-neurovasculaires représentent un enjeu majeur de santé publique. Bien que la réadaptation cardiovasculaire (ReCV) soit fortement recommandée après un événement aigu, son accès reste limité, en particulier dans les zones géographiquement éloignées des centres spécialisés. Le programme expérimental EVA Corse, vise à rapprocher la ReCV du domicile du patient, en s'appuyant sur les équipes de soins primaires (ESP). Ce travail se propose d'explorer l'expérience des ESP impliquées dans ce dispositif.

Matériel et méthode : Une étude qualitative par entretiens collectifs semi-dirigés a été menée auprès de professionnels de santé impliqués dans le programme EVA Corse, 4 ESP et 2 centres de réadaptation. L'analyse inspirée de la théorisation ancrée a permis d'identifier les leviers et les freins rencontrés lors de la mise en œuvre du programme.

Résultats : Les équipes décrivent un programme structuré, valorisant, bien coordonné et apprécié des patients comme des soignants. Les effets bénéfiques sur les patients sont directement appréciables. La proximité géographique favorise l'adhésion et renforce le lien ville-hôpital. Plusieurs freins sont identifiés : lourdeur administrative, surcharge de travail, inégalités territoriales d'équipement et de mobilisation des équipes, complexité des transports. Malgré cela, les équipes veulent inscrire l'action dans la durée et ont déjà trouvé des solutions aux difficultés rencontrées.

Discussion : Le programme EVA Corse montre qu'un modèle de réadaptation cardiaque décentralisé, organisé en ambulatoire, est réalisable et pertinent. Il met en lumière les enjeux de coordination, de financement, et de reconnaissance du travail des soignants, essentiels à sa pérennisation. Des pistes d'amélioration sont proposées, en matière de formation, de logistique et d'outils numériques.

Mots-clés MeSH : Réadaptation cardiaque ; Soins primaires ; Éducation du patient ; Services de santé ruraux ; Continuité des soins ; Article 51

ABSTRACT

Study exploring the perceptions of primary care teams in the implementation of an outpatient cardiac rehabilitation program (art. 51 EVA Corse)

Introduction: In France, cardio-neurovascular diseases represent a major public health issue. Although cardiovascular rehabilitation (CVR) is strongly recommended after an acute event, access remains limited, particularly in areas geographically distant from specialized centers. The experimental EVA Corse program aims to bring CVR closer to patients' homes by relying on primary care teams (PCTs). This study seeks to explore the experience of the PCTs involved in this initiative.

Materials and Methods: A qualitative study using semi-structured group interviews was conducted with healthcare professionals involved in the EVA Corse program, including 4 PCTs and 2 rehabilitation centers. The analysis, inspired by grounded theory, identified the facilitators and barriers encountered during the implementation of the program.

Results: The teams describe a structured, rewarding program, well-coordinated and appreciated by both patients and healthcare providers. The beneficial effects on patients are directly observable. Geographic proximity promotes adherence and strengthens the link between community and hospital care. Several barriers were identified: administrative burden, work overload, territorial inequalities in equipment and team engagement, and transportation complexity. Despite this, teams are committed to sustaining the initiative and have already found solutions to the challenges encountered.

Discussion: The EVA Corse program demonstrates that a decentralized, outpatient cardiac rehabilitation model is both feasible and relevant. It highlights key issues of coordination, funding, and recognition of healthcare providers' work, all essential for long-term sustainability. Suggestions for improvement include training, logistics, and digital tools.

MeSH Keywords: Cardiac rehabilitation; Primary health care; Patient education; Rural health services; Continuity of patient care; Article 51