HAL
open science

Les freins à l'optimisation des traitements médicamenteux de fond de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection altérée par le médecin généraliste : étude qualitative réalisée entre mars 2016 et juin 2017

Mathieu Damien, Clément Desbois

To cite this version:

Mathieu Damien, Clément Desbois. Les freins à l'optimisation des traitements médicamenteux de fond de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection altérée par le médecin généraliste : étude qualitative réalisée entre mars 2016 et juin 2017. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01632409

HAL Id: dumas-01632409

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01632409

Submitted on 10 Nov 2017

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

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

UFR de Médecine
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes
BIBLIOTHÈQUES UNIVERSITAIRES Grenoble Alpes

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Les freins à l'optimisation des traitements médicamenteux de fond de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection altérée par le médecin généraliste.

Année : 2017

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLÔME D'ÉTAT

Étude qualitative réalisée entre mars 2016 et juin 2017

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTE DE MÉDECINE DE GRENOBLE*

Le : 03 novembre 2017

Damien MATHIEU
[Données à caractère personnel]

et

Clément DESBOIS
[Données à caractère personnel]

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE:

Président du jury: Monsieur le Professeur Gérald VANZETTO

Membres:
Monsieur le Professeur Gaétan GAVAZZI
Monsieur le Professeur Gilles BARONE-ROCHETTE
Monsieur le Docteur Mathieu CHACORNAC, Directeur de thèse

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Table des matières

REMERCIEMENTS 5

SERMENT D' HIPPOCRATE 9

LISTE DES ABREVIATIONS 10

RESUME 11

ABSTRACT 12

INTRODUCTION 13

MÉTHODOLOGIE 15

1. Recherche bibliographique 15
2. Investigateurs 17
3. Choix du type d'entretien 17
4. Echantillonnage 18
5. Population d'étude 18
6. Canevas d'entretien 19
7. Recueil et analyse des données 20
8. Saturation des idées 20
9. Méthode d'analyse 20
10. Formalités légales 21

RESULTATS 22

1. Résultats de la recherche bibliographique 22
   1.1. Résultats de l'analyse des thèses existantes 22
   1.2. Résultats de la littérature issue de l'équation de recherche PubMed 23
2. Grille des dimensions 25
3. Résultats des entretiens 26

3.1. Les freins liés au réseau de soins. 27
3.1.1. Les freins liés à la communication du MG avec les autres intervenants 27
3.1.2. Les freins liés à la relation entre le MG et les autres intervenants 31
3.1.3. Les freins liés à l'organisation des filières spécialisées 35
3.1.4. Freins liés à l'organisation des soins en ambulatoire.....37

3.2. Les freins liés au patient..... 42
3.2.1. Les freins particuliers liés au grand âge.....42
3.2.2. Les troubles cognitifs et psychiatriques limitant l'optimisation des traitements.....47
3.2.3. Comorbidités associées limitant l'optimisation des traitements.....48
3.2.4. Autres freins liés au patient limitant l'optimisation des traitements.....50

3.3. Les freins liés au médecin..... 52
3.3.1. Les comportements professionnels entravant l'optimisation des traitements 52
3.3.2. Les freins liés aux compétences du médecin généraliste. 64

3.4. Les freins liés aux traitements 69
3.4.1. Les freins liés à des effets secondaires cliniques.....69
3.4.2. Les freins liés à des effets secondaires ou paramètres paracliniques.....75

3.5. Les freins techniques 77

DISCUSSION 78

1. Critique de la méthode..... 78

2. Critiques des résultats 80
2.1. Les limites 80
2.2. La Saturation..... 82
2.3. Les résultats..... 83
2.4. Qualité de l'étude 93

CONCLUSION..... 94

BIBLIOGRAPHIE..... 96

ANNEXES 100

Annexe 1 : Canevas d'entretien 100
Premier canevas d'entretien 100
Dernier canevas d'entretien 103

Annexe 2 : Note d'information 109

Annexe 3 : Critères de qualité 110

Annexe 4: Verbatim 112
Entretien 1 112
Entretien 2 120
Entretien 3 133
Entretien 4 140
Entretien 5 154
Entretien 6 167
Entretien 7 180
Entretien 8 195
Entretien 9 216
Entretien 10 228
Entretien 11 239
Entretien 12 255
Entretien 13 274
Entretien 14 297
Entretien 15 315
Entretien 16 336
Entretien 17 366
Entretien 18 381
Focus group 395

Annexe 5 : Livres de codes 435
Les freins liés au réseau de soins 435
Freins liés au patient 454
Freins liés au médecin 461
Les freins liés au traitement 487
Les freins techniques 500

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur VANZETTO, merci de nous faire l'honneur de présider ce jury.

Aux membres du jury, Monsieur le Professeur Gaëtan GAVAZZI, Monsieur le Professeur Gilles BARONE-ROCHETTE, Monsieur le Docteur Mathieu CHACORNAC, pour l'honneur que vous nous faites de siéger parmi les membres du jury, veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Mathieu CHACORNAC, merci de nous avoir aiguillés et soutenus tout le long de ce long travail, merci de nous avoir transmis votre savoir et votre intérêt pour cette pathologie qu'est l'insuffisance cardiaque.

A Monsieur le Docteur Aymeric HENRIOT Co-directeur de thèse, un grand merci pour les rencontres à la faculté, les conseils précieux et les réponses à nos si nombreuses questions.

A l'ensemble des médecins généralistes qui ont participé bien souvent avec enthousiasme à notre travail. Nous vous exprimons tous nos remerciements pour nous avoir consacré un peu de votre temps. Continuez à participer à des recherches afin de faire avancer notre discipline.

A notre comité de relecture et notamment: Véronique DESBOIS, Catherine CHOMARD, Myriam ARRAGAIN. Votre aide nous a été précieuse.

Aux documentalistes de la Bibliothèque Universitaire de Médecine Pharmacie de l'Université Grenoble Alpes, Antoine GARCIA ROCHE, et Jean Hugues MORNEAU dont les connaissances nous ont aidés dans notre recherche bibliographique. Nous vous remercions.

Nous vous sommes sincèrement reconnaissants à tous.

Remerciements de Damien

Tu te réjouissais depuis des années de ce fameux jour où je passerais ma thèse… Tu étais si heureux à l'idée de me voir réussir cette dernière marche. Toi d'habitude si pudique sur tes sentiments, tu m'aurais probablement serré dans tes bras. Tu es parti trop tôt pour le voir. Ta présence va me manquer.

À la mémoire de mon père.

« Je suis fier de toi » est la dernière phrase que tu m'as adressée. Je n'étais qu'au collège à cette époque. J'aurais aimé te l'entendre dire à nouveau en ce jour. Le temps passe, mais la cicatrice reste.

À la mémoire de mon-frère

À ma femme, à sa gentillesse et à sa patience. Tu as enduré ma première année de médecine, mes années d'externat au milieu de mes livres, mon internat durant lequel la fatigue me rendait parfois difficile. Tu as été durant toutes ces années, cette lumière qui me réconfortait quand ça n'allait pas, qui me servait de guide quand je doutais de moi. Tu as su te montrer exemplaire lorsque les difficultés de la vie me bousculaient. Je te remercie profondément.

À ma mère, et à l'éducation qu'elle m'a apportée. Ton amour et ta gentillesse traversent les kilomètres qui nous séparent. La volonté de ne pas te décevoir m'a servi de moteur, l'histoire de ta vie m'a servi d'exemple.

À-mon grand frère Pedro. Une simple phrase « si j'avais su j'aurais travaillé à l'école » et tu m'as fait comprendre que la vie était souvent plus simple pour ceux qui ont fait des études. Cette phrase est restée gravée en moi durant toutes ces années. Je te remercie.

À mon frère Nelso. Ton humour corrosif et ton rire contagieux ont su souvent recharger mes batteries quand j'en avais besoin. Je te sais fier de moi et sache que le lire dans tes yeux me bouscule toujours autant. Je te remercie.

À mes frères Jonathan (frère de médecin) et Tony. Vous avez toujours cru en moi même quand je doutais. Vous avez mis en moi la juste pression nécessaire pour réussir. Merci.

À mes beaux-parents qui m'ont accueilli dans leur famille dès le premier jour, qui m'ont recueilli sous leur toit pendant des mois et qui font preuve d'une telle sympathie à mon égard depuis tant d'année. Votre gentillesse vous honore. Soyez en remerciés.

À toute ma famille dont l'enthousiasme m'a poussé à me dépasser. Mon travail est le fruit de votre soutien, cette réussite est la nôtre, soyez en sûrs.

À mes amis qui malgré le temps, mes absences, et parfois la distance, sont restés à mes côtés. Votre présence enrichit ma vie et m'a permis de me changer les idées quand il le fallait. Soyez en remerciés.

À mon co-thesard Clement et à ces deux années passées sur cette thèse. À un collègue de travail devenu un ami. Merci de m'avoir suivi dans ce projet

Remerciements de Clément

Merci à toi Damien, de m'avoir recruté, sans hésiter lors d'un séminaire à la Faculté. Nous ne nous connaissions pas, mais ce long travail s'est déroulé dans la bonne humeur. Ton énergie à revendre nous relançait à chaque difficulté rencontrée. Je ne doute pas que nous resterons amis.

Merci à mes parents et mon frère, pour m'avoir permis de devenir ce que je suis actuellement. Merci de ne pas avoir douté de moi et de m'avoir encouragé au moment clé de ma vie où je souhaitais reprendre les études de médecine.

Merci à ma maman pour les relectures appliquées des nombreuses pages de cette thèse.

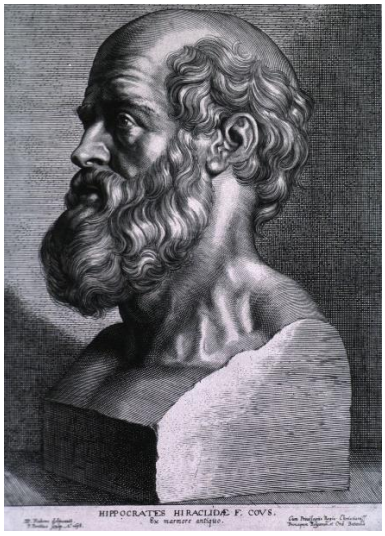
Merci à papa, pour m'avoir rappelé régulièrement que j'avais une thèse à passer !

Merci à Ana, mon amour, pour m' avoir suivi dans cette longue aventure de 10 ans, qui nous a emmenés de la Bretagne à la région Rhône Alpes en passant par le Vietnam…Merci de m' avoir donné ton amour, ton énergie, de m' avoir aidé à financer ces longues études. Merci d'avoir mis au monde cette merveilleuse petite fille Alba, et de porter notre fils.

Merci à mon grand-père Papoum, qui m'a également encouragé, félicité, et soutenu.

Une pensée à ma tata Nicole et ma grand-mère Manou, trop tôt disparues, qui auraient probablement été très fières d'assister à ce moment, ainsi qu'à la naissance de nos bébés.

Merci au reste de ma famille et à mes amis.



SERMENT D' HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

LISTE DES ABREVIATIONS

ACFA	Arythmie Cardiaque par Fibrillation Auriculaire
AOMI	Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
ARA2	Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine 2
ARM	Antagoniste des Récepteurs Minéralocorticoides, ou Antialdostérone
B-	bêta-bloquant(s)
BAV	Bloc Auriculo Ventriculaire
BNP	Brain Natriuretic Peptide
BPCO	Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
BSRA	Bloqueurs du Système Rénine Angiotensine
CHANGE	Centre Hospitalier Annecy Genevois
CIL	Correspondants Informatique et Libertés
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DPC	Développement professionnel continu
ECG	Electrocardiogramme
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FC	Fréquence Cardiaque
FG	Focus Group
FEVG	Fraction d'Ejection du Ventricule Gauche
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	Hyper Tension Artérielle
I	Investigateur de la thèse
IC	Insuffisant Cardiaque
ICFEA	Insuffisance Cardiaque à Fraction d'Ejection Altérée
ICFEP	Insuffisance Cardiaque à Fraction d'Ejection Préservée
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IEC	Inhibiteur de l'enzyme de conversion
IR	Insuffisant(ce) Rénal(e)
M	Médecin répondant à l'entretien
MAPA	Mesure ambulatoire de la pression artérielle
MG	Médecin Généraliste
NDI	Note Des Investigateurs
PRADO	Programme de Retour A DOmicile Insuffisance cardiaque
RESIC38	Réseau des Insuffisants Cardiaques (Isère)
ROSP	Rémuneration sur objectif de santé publique
SISRA	Système d'Information de Santé Rhône Alpes
SUDOC	Système Universitaire de Documentation
TA	Tension Artérielle
VG	Ventricule Gauche

RESUME

Introduction :

L'insuffisance cardiaque est une pathologie fréquente et grave. Le traitement de l'Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection altérée (ICFEA) a bénéficié de nombreuses avancées avec l'apparition de recommandations[8] récentes. Cependant de nombreux patients restent sous traités[9,17,32]. L'objectif de cette étude était de mettre en avant les freins gênant l'optimisation des traitements médicamenteux de fond de l'ICFEA chez les Médecins généralistes (MG).

Matériel et méthode :

Il s'agit d'une étude qualitative sous forme d'entretiens individuels semi-dirigés réalisés parmi les médecins généralistes du bassin d'Annecy principalement. Un Focus group (FG) a été réalisé afin de vérifier notre saturation. Les MG étaient recrutés en variation raisonnée par une technique de recrutement inspirée de la boule de neige et complétée par un recrutement de proximité. Les critères d'exclusions étaient : moins de 2 ans d'exercice, et activité particulière exclusive. Aucune rétroaction n'était prévue.

Résultats :

18 entretiens individuels ont été réalisés entre le mars 2016 et juin 2017, ainsi qu'un FG comprenant six MG permettant d'obtenir une saturation pragmatique. L'ensemble des entretiens a été retranscrit et codé en analyse thématique puis ont été triangulés par les deux chercheurs. Différentes familles de freins ont été retrouvées : des freins liés au médecin, au patient, au réseau de soin, au traitement, et techniques.

Conclusion :

Cette étude a permis de mettre en avant les différents freins à l'optimisation des traitements de fond de l'ICFEA chez les MG. Elle permet d'entrevoir des solutions possibles (amélioration du réseau, adaptation des formations…).

Mots clés : Insuffisance cardiaque, Insuffisance cardiaque systolique, Traitements médicamenteux, Suivi des recommandations, EBM, Médecin généraliste, Etude qualitative, France.

ABSTRACT

HEART FAILURE WITH REDUCED EJECTION FRACTION DRUG THERAPY TREATMENT BY GENERAL PRACTITIONERS AND THE OBSTACLES HINDERING ITS OPTIMIZATION. A qualitative study.

Context:

Heart failure is a frequent and serious disease. The treatment of heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF) has benefited from many advances in recent decades, with new recommendations[8]. However, many patients remain undertreated.[9,17,32]. The objective of this study was to highlight the obstacles hindering the optimization of of HFrEF drug therapy by general practitioners.

Material and method:

This qualitative study consisted in semi-directed individual interviews among the general practitioners (GP) of the Annecy area mainly and the adjacent cities A focus group (FG) was carried out to check our saturation. The GPs were selected in a reasoned variation using a selection process inspired by the snowball sampling process in addition to selecting GPs in the geographical region. GPs were excluded from the study if they had practiced for less than two years or if they only treated certain types of patients exclusively.

Results:

Eighteen individual interviews were conducted between March 1, 2016 and June 8, 2017, as well as a FG of six GPs. All the interviews were transcribed and coded in thematic analysis and then triangulated by both researchers. Different obstacles were found relating to the GPs, the patients, the network of care to the patient, as well as technical obstacles.

Conclusion:

This study highlights the obstacles hindering HfrEF treatments in general practice and has enabled us to foresee possible solutions.

Keywords: Heart failure, Heart failure with reduced ejection fraction, Drug therapy, Guideline adherence, Qualitative study, Evidence-based medicine, Familly physician, France.

INTRODUCTION

L'insuffisance cardiaque est une pathologie fréquente et grave. Dans son rapport de 2011 sur l'état de santé de la population française, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques a dénombré 21 708 décès (4.1% de l'ensemble des décès en France) en 2008 ayant l'insuffisance cardiaque pour cause initiale et 146 900 personnes ont eu une ou plusieurs hospitalisations complètes ayant l'insuffisance cardiaque en cause principale[1] représentant 196 000 séjours (+14% entre 2002 et 2008)[1]. L'incidence annuelle était estimée à 90 000 nouveaux cas en 2009[2].

Il existe deux grands types d'insuffisance cardiaque: l'Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection altérée (ICFEA) et l'Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée (ICFEP). Récemment en 2016 a été définie par l'European Society of Cardiology (ESC)[39] l'Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection intermédiaire (ICFEI) ou "mid range" en anglais. ICFEP et ICFEI n'ont pas de recommandation sur un traitement médical spécifique. En effet les recherches peinent à trouver des traitements de fond efficaces et la prise en charge médicamenteuse se limite aux diurétiques et traitement des comorbidités. Par contre le traitement de l'ICFEA a, quant à lui, bénéficié de nombreuses avancées ces dernières décennies. Ainsi les inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC)[3,4] , les bêta-bloquants[5,6] (B-), puis plus récemment les antialdosterones[7,38] (ARM) ont prouvé leur efficacité dans le traitement de l'ICFEA. Ces bouleversements thérapeutiques ont conduit à l'émission de recommandations européennes en 2012[8] et 2016[39] sur la prise en charge thérapeutique de l'ICFEA[8]. Cependant et malgré l'efficacité de ces traitements, de nombreux patients restent sous traités. Ainsi, et cela ne représente que quelques exemples, dans l'étude française IMPACT RECO de 2007 [9] concernant 519 cardiologues libéraux et 2068 patients,

seuls 61% des patients ICFEA recevaient une combinaison de B- et Bloqueurs du système rénine angiotensine (BSRA). De plus, les doses cibles étaient atteintes dans seulement 49% des cas pour les IEC, 18% pour les B- et 9% pour les ARAII. The FUTURE survey[17], portant également sur les cardiologues libéraux avait retrouvé des chiffres similaires avec 20% des patients sous B- à dose cible, ainsi que IEC 62%, et ARM 36% à dose cible. Même si ces études ont déjà quelques années, les recommandations de 2008 comprenaient déjà ces 3 classes de traitements avec cette notion de dose cible. De plus, une étude allemande plus récente[32] (toutes insuffisances cardiaques confondues) retrouve également des traitements atteignant les doses cibles à 48% pour les B-, 62% pour les IEC, 52% pour les ARA2. Ces exemples révèlent donc des difficultés à atteindre les doses recommandées par l'ESC.

Certaines de ces études incluent dans leur protocole des questionnaires afin de permettre de donner des explications à ces résultats. Cependant, ces études sont essentiellement quantitatives.Or les études quantitatives se prêtent peu à la recherche des causes d'une attitude thérapeutique. En effet, comment prendre en compte la complexité d'un raisonnement ou d'un comportement par l'intermédiaire de quelques questions à réponse binaire ayant pour but de favoriser la participation à l'étude? Pour obtenir un taux de participation correct, les questionnaires se doivent d'être courts et ne peuvent que lister ce qui est déjà connu en laissant peu de place à la découverte de facteurs inattendus. Une nouvelle approche de ces questions est apparue en médecine, déjà utilisée dans des études sociologiques : les études qualitatives. Et pour cause : par le biais d'une entrevue, il est possible de pouvoir approfondir certaines réponses fournies par le médecin, tenir compte du langage non verbal pour pouvoir relancer le débat, et surtout, laisser une certaine liberté dans le discours du médecin interrogé afin d'obtenir des réponses inattendues et de les faire préciser.

C’est par ce type d’étude que nous souhaitions déterminer les freins à l’optimisation des traitements médicamenteux de l’insuffisance cardiaque à fraction d’éjection altérée.

Enfin, il est à noter qu’un nouveau traitement est apparu en 2015/2016 au cours de notre étude pour l’insuffisance cardiaque. C’est une association de deux molécules : un inhibiteur de la neprilysine et un ARA2, remplaçant les IEC en cas d’échappement au traitement. Cette molécule à montré son interet lors de l’étude PARADYGME[41] Cependant, étant donné son caractère très récent et de prescription uniquement cardiologique et sa dispensation en pharmacie hospitalière, nous ne l’avons pas pris en compte dans nos questions. Il était tout de même convenu de laisser parler les médecins souhaitant en discuter.

MÉTHODOLOGIE

1. Recherche bibliographique

Afin de réaliser notre grille d’entretien, plusieurs sources d’information médicale ont été consultées.

Le catalogue local RUGBIS et national du Système universitaire de documentation (SUDOC) ont été consultés. Nous avons sélectionné 2 thèses intéressantes au vu de notre sujet d’étude. Notons que nous n’avons pas retrouvé de travail identique à ce que nous projetions de faire.

- *Insuffisance cardiaque chronique à fraction d’éjection altérée. Evaluation de la prise en charge thérapeutique dans un réseau ville hôpital. David Chabanne. Septembre 2008. Nantes*

- *Analyse descriptive du traitement médicamenteux chez des patients hospitalisés pour décompensation cardiaque au CHU de Grenoble. Céline Goubier. Grenoble, mai 2013.*

Enfin, pour la part la plus importante de notre recherche bibliographique, nous avons décidé d'interroger la base de Donnée MEDLINE par l'intermédiaire de PubMed, et de réaliser ensuite une revue narrative de la littérature afin de voir quel est l'état des lieux, des connaissances actuelles concernant le sujet, et de confronter nos recherches.

Avec PubMed nous aboutissions à initialement 662 résultats, (731 résultats le 04/10/2017) avec l'équation finale de recherche suivante :

("heart failure, systolic/drug therapy"[MH] OR (("heart failure, systolic"[TW] OR "heart failures, systolic"[TW] OR "systolic heart failures"[TW] OR "systolic heart failure"[TW]) AND ("drug therapy"[TW] OR "pharmacologic therapy"[TW] OR "pharmacotherapy"[TW] OR "chemotherapy"[TW])).).

Nous avons, chacun de notre côté, réalisé une bibliographie inspirée de la méthode PRISMA. A la fin de notre sélection personnelle, nous nous sommes retrouvés afin de croiser nos résultats.

Nos critères d'inclusion étaient les suivants :

- Etudes parlant des freins à l'optimisation des traitements de l'ICFEA en critère primaire ou secondaire.

Nos critères d'exclusion furent les suivants :

- textes de plus de 15 ans
- textes dans une autre langue que l'Anglais et le Français.

Ce travail peut être résumé dans le diagramme suivant (Fig.1)

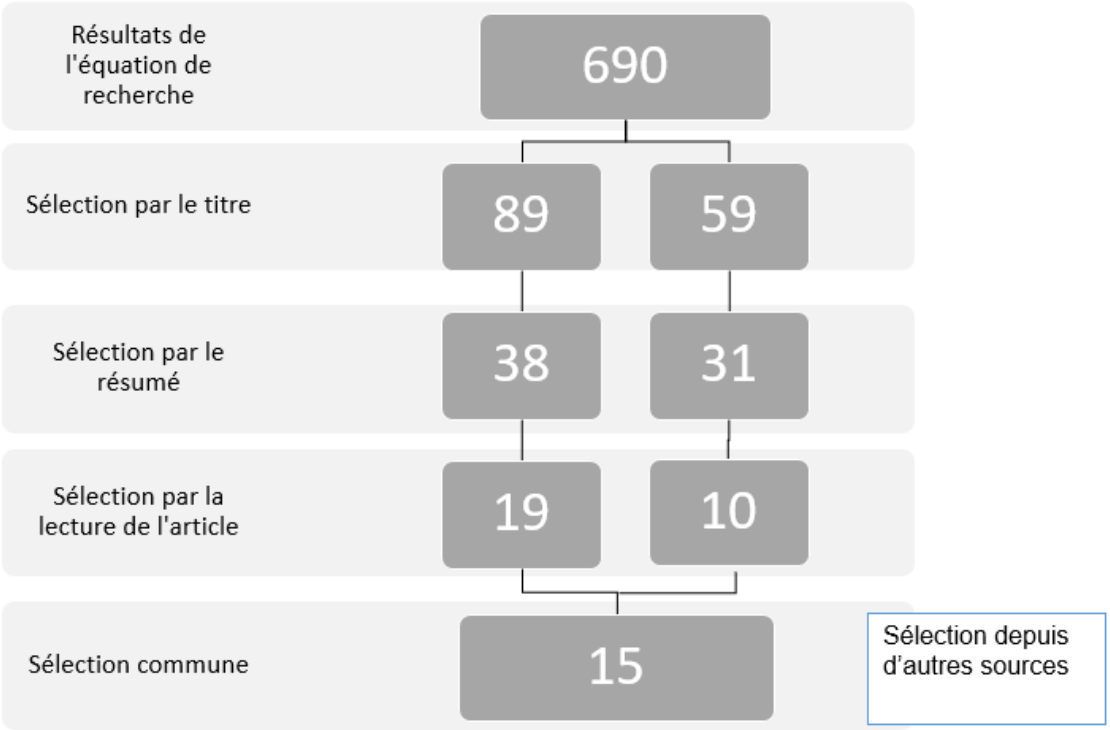


Figure 1 Chart Flow de la bibliographique sur les freins limitants l'optimisation des traitements de l'insuffisance cardiaque

2. Investigateurs

Cette étude qualitative a été menée par deux remplaçants en médecine générale. Il s'agit d'une première étude qualitative pour les deux investigateurs dans le cadre de leur travail de thèse. Les deux enquêteurs ont durant leur internat, réalisé un stage en cardiologie au Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE). Les deux investigateurs sont de sexe masculin, âgés au début de la thèse de 28 ans et de 34 ans.

3. Choix du type d'entretien

Le choix du type d'entretien s'est porté sur l'entretien semi-dirigé plutôt que le focus groupe. En effet, l'entretien semi-dirigé permet une parole libre sans peur d'un quelconque jugement de la part d'un groupe de confrères, sur des connaissances, face à des recommandations validées[10]

Au cours de notre travail de recherche, il nous a également été suggéré de réaliser un focus group afin de vérifier notre saturation. Celui-ci nous a permis de profiter d'une dynamique de groupe et d'interactions entre les médecins.

4. Echantillonnage

Le recrutement de l'échantillon s'est inspiré de l'échantillonnage par «effet boule de neige» ou (snowball sampling). En effet, à la fin de chaque entretien, il a été demandé à chaque médecin de nous conseiller un(e) ou plusieurs confrères avec des profils différents du sien. On peut aussi parler d'échantillonnage orienté par les répondants (respondent-driven sampling). Cette méthode permet un accès plus simple aux médecins (recommandés par un confrère). Elle permet également un recrutement de profils différents plus rapide. En cas de difficulté à recruter par cette méthode, ou à trouver des profils couvrant l'intégralité de nos variables, il était convenu de compléter nos entretiens par un recrutement de proximité Nous avons travaillé en variation raisonnée afin de tendre vers la variation maximale.

Pour les deux premiers entretiens, chaque investigateur a recommandé au deuxième un médecin de sa connaissance (recrutement de proximité), ne connaissant pas les détails du questionnaire. Ceci nous a permis de pouvoir discuter à la fin de l'entretien de son ressenti sur le questionnaire afin de pouvoir adapter nos propos/ canevas d'entretiens. Ces entretiens ont été inclus dans l'analyse.

5. Population d'étude

Nous nous sommes intéressés aux MG libéraux à activité particulière non exclusive, du bassin d'Annecy essentiellement. Nous avons donc cherché à recruter des profils différents selon les paramètres suivants :

- Sexe : masculin et féminin

- Age : entre 28 et 35 ans / entre 35 et 45 ans / 45 à 55 ans, et plus de 55 ans
- Médecin remplaçant : avec au moins 2 ans d'exercice
- Médecin installé exerçant : seul / en groupe / en maison de santé.
- Médecin installé depuis : moins de 5 ans (mais plus de 2 ans d'exercice) / entre 5 et 10 ans d'installation / entre 10 à 20 ans d'installation / plus de 20 ans d'installation.
- Médecin traitant exerçant en milieu urbain / semi-rural / rural / montagne
- Médecin traitant ayant validé pendant son internat (ou équivalent) un stage en cardiologie / gériatrie.
- Médecin enseignant à la faculté de médecine.
- Médecin maître de stage universitaire.
- Facultés d'origines différentes

Les critères d'exclusion étaient :

- Médecin généraliste exerçant exclusivement une activité salariée/ une activité particulière (homéopathie, acupuncture, échographie…)
- Médecin avec moins de 2 ans d'exercice

Des médecins ont également été interrogés dans d'autres bassins afin de vérifier s'il existait une particularité locale au niveau du bassin d'Annecy.

Grenoble : 1 médecin ; Albertville/ Ugine : 2 médecins ; Thonon-les-bains: 1 médecin ; Aix-les-bains : 1 médecin, Sallanches : 2 médecins

6. Canevas d'entretien

(Annexe 1 : canevas d'entretien)

Le canevas d'entretien a été réalisé à partir d'une étude bibliographique et sur notre expérience ainsi que celle de notre maître de thèse.

Une première partie s'intéressait à l'histoire du patient, permettant au médecin généraliste de nous parler d'un de ses patients.

La seconde partie s'intéressait aux préférences thérapeutiques du médecin et permettait de poser des questions ciblées sur les freins à l'utilisation de certains traitements.

Enfin une troisième partie s'intéressait aux ressources du médecin en cas de difficulté.

Ce canevas d'entretien a évolué à plusieurs reprises au fil des entretiens.

7. Recueil et analyse des données

Les données ont été enregistrées sur un dictaphone puis entièrement retranscrites à l'aide du logiciel Word® 2013 et analysées avec le même logiciel. Des notes étaient prises durant les entretiens mais uniquement pour pouvoir réinterroger le médecin sur un point particulier plus tard. Ces notes n'ont pas été analysées.

8. Saturation des idées

Il était convenu d'arrêter les entretiens à saturation des idées, définie par l'absence d'apparition de nouveaux codes au cours de l'analyse de 2 entretiens consécutifs. Ceci sous condition d'avoir rempli l'ensemble des paramètres de notre grille des dimensions au moins une fois.

9. Méthode d'analyse

Une méthode d'analyse thématique a été choisie. En effet celle-ci nous paraissait la plus adaptée pour principalement deux raisons. Il s'agit d'une méthode adaptée à un premier travail de recherche[11] et de plus notre travail se voulait descriptif [11].

Une méthode d'analyse ascendante était convenue (du code vers les thèmes) afin d'assurer une plus grande validité à notre travail, l'accent étant mis d'emblée sur les codes justes, plutôt que sur la création de thèmes.

Nous avions prévu une codification en continu, ainsi que de faire une pause tous les 3 ou 4 entretiens afin de coder l'ensemble des verbatim et de pouvoir adapter notre questionnaire aux résultats déjà obtenus. Cette méthode, plutôt qu'une démarche séquenciée, permet une analyse plus riche et fine du corpus[11] mais plus fastidieuse également.

Toujours dans le but d'assurer une plus grande validité à notre travail, l'ensemble des codes a été triangulé entre les investigateurs puis évalué également par notre directeur de thèse. L'objectif de croiser les codifications est de les rendre moins dépendant du chercheur et ainsi d'en augmenter la validité.
Si certaines phrases regroupaient plusieurs codes, celles-ci étaient alors citées à plusieurs reprises, au moins en partie (en excluant les autres codes de la citation).

10. Formalités légales

Avant de débuter notre travail, nous avons contacté le Relais Informatique et Libertés de l'Université Grenoble-Alpes. Nous avons déclaré notre projet aux Correspondants informatique et libertés (CIL) sous forme d'une fiche préalable de traitement. Le CIL nous a répondu favorablement à la réalisation de notre travail, en nous donnant quelques conseils et certaines conduites à tenir, concernant la sécurité des données recueillies, et l'obligation de détruire les enregistrements dès retranscription. La réalisation d'une note d'information à faire signer aux médecins participant aux entretiens nous a également été demandée

(Annexe 2 : Note d'information).

Finalement le traitement a été déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) début mars 2016.

RESULTATS

1. Résultats de la recherche bibliographique

1.1. Résultats de l'analyse des thèses existantes

Les deux thèses sélectionnées nous ont permis de retrouver différents freins à la mise en place et à l'optimisation des traitements médicamenteux :

- *Insuffisance cardiaque chronique à fraction d'éjection altérée. Evaluation de la prise en charge thérapeutique dans un réseau ville hôpital. David Chabanne. Septembre 2008. Nantes*

1) Freins liés au patient

- Difficile d'accepter un nouveau traitement quand le patient est stable.
- Observance (troubles cognitifs, peur d'effets secondaires, niveau intellectuel)

2) Freins liés au médecin

- Difficulté diagnostique sur l'origine de la dyspnée (cardiaque ou pulmonaire) surtout quand âge et comorbidité car pas d'aide du BNP.
- Expérience insuffisante dans le domaine (peu de patient).
- Aucune tentative d'essai de majoration des traitements.
- Traitement considéré comme optimal quand le patient est stable.

3) Freins liés au traitement

- Risque effets secondaires à dose maximale.
- Effets secondaires si GEA ou forte chaleur.
- Liés aux IEC : insuffisance rénale, toux, hyperkaliémie, aucune raison retrouvée, hypotension
- Liés aux B- : hypotension, bradycardie, instabilité du patient, décompensation cardiaque.

4) Freins liés à organisation des soins

- Pas assez de temps pour l'éducation thérapeutique.

- Difficile d'avoir l'avis des cardiologues hospitaliers.
- Pas de retour des interventions des réseaux.
- Surveillance difficile à organiser en ville.
- Discordance de l'avis du cardiologue/ néphrologue.

➢ *Analyse descriptive du traitement médicamenteux chez des patients hospitalisés pour décompensation cardiaque au CHU de Grenoble. Céline Goubier. Grenoble, mai 2013.*

Des freins liés au patient essentiellement :

- Etat de santé du patient dégradé.
- Des comorbidités associées parfois nombreuses.
- Pour les BSRA : La clairance à la créatinine.
- Pour les ARM : insuffisance rénale associée à une hyperkaliémie
- Causes de non prescription pour les béta-bloquants :asthme (21,7%), décompensation cardiaque récente (4,3%), détresse respiratoire (4,3%), mauvais pronostic carcinologique (4,3%), refus du patient par limitation de son activité physique dûe à la bradycardie (4,3%), cause inconnue (26.1%).

Des freins liés au traitement

- Une iatrogénie médicamenteuse
- Causes de non prescription pour les béta-bloquants : asthénie (17,4%), bradycardie (13%).

1.2. Résultats de la littérature issue de l'équation de recherche PubMed

1) Les freins liés aux traitements :

- L'hyperkaliémie souvent retrouvée avec les BSRA et les antialdosterones[12,13,14,26]
- L'insuffisance rénale [12,13,14,25,26]
- Des hypotensions symptomatiques ou non précisées[12,13,14,16,23,27]
- Des bradycardies sous B- ou troubles conductifs ou syncope [12,13,14,18,23,27]
- Gynécomastie sous anti-aldostérone[26]

- Asthénie[18,27,23]
- Des signes respiratoires (dont toux) [13,17,23,27]
- Des interactions médicamenteuses[13] ou traitement non indiqué[13]

2) Les freins liés au patient

- Patient âgé [15,21,25]
- Patient BPCO ou asthmatique [12,14,19,20,21,25,27]
- Refus du patient ou patient inobservant [13]
- Insuffisance cardiaque grave ou décompensée[16,20,21,25,27] bien que parfois les FEVG les plus basses ressortent mieux traitées[20]
- Moins de B- chez les patients hospitalisés au moins une fois [24]
- Le sexe féminin était, soit mieux[25], soit moins bien traité[20]
- Les phénomènes vasomoteurs périphériques[24,27]
- Absence d'antécédent de pontage, d'angioplastie percutanée, d'HTA, de tachycardie ventriculaire, de FA [20,21,25]
- Patient sous spironolactone ou diurétiques de l'anse, digoxine, coumadine ou dérivés nitrés[25]

3) Les freins liés à l'organisation des soins

- Co-management[13] (décision thérapeutique différente ou difficulté à communiquer avec le médecin)
- Patient suivi par un non cardiologue[24] mais patient présentant généralement plus de comorbidités.
- Patient non suivi dans un centre réalisant des greffes cardiaques.
- Spironolactone moins prescrite si le patient n'est jamais hospitalisé[24]

4) Les freins liés au médecin

- Exercice uniquement libéral (meilleur taux de prescription si activité mixte au moins 1 mois/ an à l'hôpital) [22]
- Implication du médecin dans la recherche [22]
- Autre priorité pour le patient[13]
- Jugé inutile[17]
- Aucune raison retrouvée[12,13]

2. Grille des dimensions

Medecin : n° d' entretien		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15	16	17	18	19 (focus group)	20 (focus group)	21 (focus group)	22 (focus group)	23 (focus group)	24 (focus group)	SOMME
sexe	M	1	1			1			1		1	1	1	1			1	1		1	1			1	13
	F			1	1		1	1		1					1				1				1		8
age	28-35							1					1		1				1				1		5
	35-45			1		1	1			1		1					1								6
	45-55				1			1												1					3
	>55	1	1						1		1			1				1			1			1	8
Médecin remplaçant (2 ans d'exercice mín.)													1												1
Médecin installé: mode d'exercice	seul													1				1							2
	Groupe	1	1		1	1		1	1	1		1			1					1			1	1	12
	Maison de	1				1	1			1	1						1		1		1				8
Années d'installation	< 5 ans					1	1	1				1							1				1		6
	5-10 ans		1							1							1								3
	10-20			1																					1
	>20 ans	1			1				1		1			1				1		1	1			1	9
Lieu d' exercice	urbain			1						1							1			1			1		5
	semi rural		1		1	1	1	1	1			1						1	1		1			1	11
	rural	1																							1
	montagne										1				1										2
Formation spécifique au cours de	Cardio.	1			1		1		1		1		1		1		1	1						1	10
l' internat	gériatrie						1	1		1		1			1			1	1	1			1	1	10
Maitre de stage	Maitre de	1				1			1		1						1			1	1				7
Médecin enseignant ou chercheur à l' université	Médecin enseignant ou chercheur à l'univer								1		1						1								3

3. Résultats des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre le 1er Mars 2016 et le 8 juin 2017. 23 médecins ont été sollicités. 18 médecins ont répondu favorablement (78.3% de réponse favorables), 4 ont refusé et un médecin a été exclu. Les causes de refus étaient les suivantes :

- Pas de patient insuffisant cardiaque dans la patientèle : 1
- Non intéressé : 1
- Manque de temps : 2
- Le médecin exclu l'a été car il avait moins de deux ans d'expérience.

Après retranscription des entretiens, l'analyse thématique de nos verbatim nous a permis de dégager 5 sur-thèmes quant aux freins à l'optimisation des traitements de l'ICFEA :

Les freins liés au réseau de soin

Les freins liés au patient

Les freins liés au médecin

Les freins liés aux traitements

Les freins techniques

3.1. Les freins liés au réseau de soins.

Notre travail de recherche a permis de mettre en avant des freins liés au réseau de soin qui étaient de plusieurs ordres :

1. Les freins liés à la communication du MG avec les autres intervenants.
2. Les freins liés à la relation entre le MG et les autres intervenants.
3. Les freins liés à l'organisation des filières de soins.
4. Freins liés à l'organisation des soins en ambulatoire

3.1.1. Les freins liés à la communication du MG avec les autres intervenants

Les problèmes de communication avaient lieu sur différents segments du réseau de soin :

- **La communication MG-cardiologues hospitaliers imparfaite**

Les médecins décrivaient une difficulté à joindre les cardiologues hospitaliers : *« La relation avec l'hôpital, elle est très mauvaise. C'est pas à cause des cardiologues de l'hôpital, c'est à cause du système de communication : on n'arrive pas à les joindre tout simplement. On tombe une fois sur deux sur des répondeurs, sur des postes qui répondent pas ou on est coupé. »* [E1]

Les secrétariats étaient perçus comme difficilement joignables : *« Le cardiologue c'est pas le problème, c'est la secrétaire qui est difficile à avoir parfois, […] il faut passer par la secrétaire. La difficulté elle est plus d'accéder au secrétariat »* [E7] ou : *« Et bien je trouve c'est global les secrétaires de l'hôpital on n'arrive pas à les avoir. Quand tu passes un quart d'heure ou tu attends, et bien tu raccroches. »* [FGM6] , et les temps de

communication jugée chronophage *« on passe par le secrétariat où souvent on attend 10 min, un quart d'heure et cela n'est pas compatible avec notre exercice »* [E5]

Un médecin nous a évoqué des communications bloquées au niveau des secrétaires *« Par les DECT, même si bon l'accueil ne veut pas les donner, mais on finit par les connaître […] Il faut bidouiller un peu, déjà avoir été confronté à un blocage pour savoir comment le contourner. »*[E12]

Parfois les moyens de communication directs étaient inconnus des MG. *« on n´a pas de possibilité de contacter directement »* [E4]

De nombreux médecins interrogés disaient recevoir les courriers de sortie d'hospitalisation en retard. *« et bien je n'ai pas encore la lettre post-hospitalisation, c'est toujours le problème…»* [E16] ou : «*Souvent on revoit le patient après qu'il soit sorti de l'hôpital avant l'arrivée du courrier. »*[FGM1]

Un médecin nous a parlé d' un manque d'expérience des supports de communication de certains hôpitaux: « *Apicript on ne les a pas toujours, ils ne savent pas toujours comment ça fonctionne .Avec l'hôpital d'A. Cela marche mieux Apicript, eux ils sont bien rodés maintenant, mais l'hôpital de C., pas bien… »*[E16]

La qualité des courriers a été discutée à plusieurs reprises, avec d' abord la présence inconstante de la conduite à tenir dans les courriers de sortie d'hospitalisation. *«Une conduite à tenir, c'est pas si fréquent mais un compte rendu de ce qui s'est passé durant l'hospitalisation avec les traitements de sortie, mais une conduite à tenir c'est pas si fréquent, non »* [E11] ou : « *C'est plus un compte-rendu de consultation détaillé, avec une thérapeutique mise en place, pas à mettre en place, mais mise en place »*[FGM1]

- **La communication MG- urgences de l'hôpital**

Un médecin nous a expliqué qu' il trouvait la communication avec les urgences chronophage. « (NDI au sujet du courrier pour les urgences) *il faut faire un courrier descriptif, pfff. C´est très très chronophage.* » [E4]

- **La communication MG-néphrologue**

Deux médecins nous ont évoqué des difficultés à joindre un néphrologue : *« Le néphro c'est compliqué de discuter avec eux. C'est peu joignable.* »[E5]

- **La communication MG- cardiologues**

Les médecins nous parlaient ici principalement des cardiologues de ville, comme pour le milieu hospitalier il était parfois difficile de joindre le cardiologue « *Si c'est faisable d'avoir un cardiologue en ligne mais le cardiologue en question, il n'est pas toujours dispo, il n'est pas toujours présent, la coordination des soins c'est un gros problème.* »[FGM1]

La qualité des courriers des cardiologues a été une source de discussion. Parfois il n'y avait pas de courrier ou il n'était pas encore reçu : « *il y en a d'autres, voilà, c'est modifié, on n'a pas forcément le courrier tout de suite, voir pas de courrier* »[E14]

Les MG qualifiaient parfois les courriers de trop brefs *« Le cardiologue avec lequel je travaillais, tu ouvres le courrier « ton patient va bien on continue le même traitement » donc ça ne me va pas très bien.* » [E10] ou *: « Non. C'est le problème de D. C'est pas forcément bien... il me dit par exemple là ça va être « je ne modifie pas le traitement ».*[E18], ces courriers n'expliquant pas les adaptations thérapeutiques : *« (NDI concernant l' absence de bêta-bloquant dans les traitements) : Est-ce qu´il avait des ECG, de choses comme ça, qui contre-indiquaient ?Ce n´est pas noté, dans les courriers… »*[E9]

La conduite à tenir était inconstante. *«Il donne l'état des lieux et il préconise un traitement mais il n'y a pas vraiment de conduite à tenir. C'est assez rare, »* [E17] ou :« I: Est-ce qu'ils vous donnent une conduite à tenir avec ce qu'il faut faire avec leur traitement de fond dans les courriers ? *M3: Non pas trop. M4: C'est un peu stéréotypé. M1: Ça c'est un peu à généraliser aux spécialistes d'organes, qui ont un peu tendance à oublier leur côté pédagogique des courriers. »*[FG réponse groupée]

Un médecin nous a confié que la prise en charge est simplifiée si la conduite à tenir est précisée par le cardiologue: *«Oui ça améliore et puis on est plus à l'aise nous aussi, on est moins dans le questionnement, la consultation est pour nous plus.. je ne vais pas dire plus simple mais elle est plus orientée. Est-ce que le cardiologue m'a demandé de vérifier cela Ou est-ce que j'en suis ? Cela nous aide, c'est sûr, c'est sûr".*[E4]

- La communication MG/ réseaux de soins

Un médecin nous a parlé du manque de pertinence en terme d'échange d'un réseau spécialisé dans l'insuffisance cardiaque : *« J'ai peu utilisé les services du réseau RESIC parce que pour moi, c'était dans les patients que j'ai eu à gérer et qui nécessitaient éventuellement des échanges, je n'ai pas toujours trouvé que c'était pertinent, j'ai plus utilisé les rapports avec le cardiologue, avec le patient et l'entourage du patient »*[E17]

Un autre médecin a évoqué une communication sous optimale entre les intervenants du réseau de soin : *« Après c'est sur les réseaux éventuellement qu'on pourrait s'améliorer, sur les échanges entre les intervenants »*[E12]

3.1.2. Les freins liés à la relation entre le MG et les autres intervenants

- **La relation MG- hôpital**

Un médecin nous a confié avoir abandonné de l'idée de travailler avec l'hôpital : « *ça fait bien longtemps que je n´ai pas envoyé un patient en insuffisance cardiaque aux urgences.»* [E4] qu'il justifiait par une non reconnaissance de l'expérience et de la connaissance qu'ont les généralistes de leurs patients : *« on voit nos patients, on a de l´expérience, on les connaît, on fait le diagnostic et en fait nos patients doivent être revus par un interne qui va le réinterroger »*[E4]

Un autre médecin nous a évoqué des changements de thérapeutique à l' hôpital parfois discutables *« Ils ont décidé et puis c'est tout. Après je ne suis pas forcément d'accord avec eux »* [E10]

- **La relation MG- cardiologue de ville**

Le respect de l'avis du cardiologue a été affirmé à plusieurs reprises, notamment : concernant l'introduction d'IEC en cas d'insuffisance rénale marquée « *J'avais demandé l'avis du cardiologue, est-ce que l'on ne pourrait pas introduire un IEC ? Mais pareil, c'était quelqu'un avec une fonction rénale trop basse, je l'avais demandé mais ça n'a pas été retenu.* » [E11] ou sur la majoration du traitement à l'état stable : « I : D'accord, donc il ne vous demande pas de modifier les traitements particulièrement ?

M : Non à part si il le juge utile, mais en dehors de ça c'est déjà arrivé qu' il me dise, et bien non il est bien comme ça, tu touches pas. »[E13]

D'autres médecins ont parlé d'une volonté de ne pas interférer avec les prescriptions du cardiologue *« Alors si c'est le cardiologue qui l'a instauré, j'aurais tendance à respecter les doses déjà par règle un peu de courtoisie et d'éthique»* [E17] ou : « *Oui je ne vais pas le changer si le cardio l'a donné »* [FGM2]

Certains médecins ont évoqué un travail difficile avec certains cardiologues avec des patients entièrement pris en charge par le cardiologue, ne laissant pas de place au MG: « *Non je n'ai pas renouvelé depuis. Non car ce cardiologue en question a tendance un peu à s'approprier les patients et il fait des renouvellements lui-même pour six mois sans problème et c'est lui qui les revoit. On a tendance à être shunté facilement par ce cardiologue. »* [E11] ou : *« quand ils ne donnent pas le traitement et qu'ils ne se font pas renouveler chez moi, chez le cardio, je risque pas de le savoir. »*[E18]

Parfois le travail collaboratif était impossible par divergence de point de vue trop importante « *Mais après il y en a un avec qui je n'ai pas envie de travailler car ça part dans tous les sens c'est n'importe quoi. »* [E10]

Un médecin nous a parlé de manque de reconnaissance de la part de certains cardiologues altérant la prise en charge. *: « On a des cardiologues qui nous prennent vraiment pour des partenaires de travail, avec qui on échange. Le médecin généraliste est un partenaire. Et puis on a des autres pour lesquels on est des secrétaires. Et ça change tout dans la prise en charge du patient »* [E4]

- La relation MG-Néphrologue

Les médecins disaient respecter l'avis du néphrologue « *Voilà c'est ça du moment que le néphrologue dit on arrête c'est sûr que l'on ne remet pas derrière un IEC quoi.* » [E11] qui souvent statuait sur l'arrêt des IEC et ARM chez les patients agées insuffisants rénaux.

Ainsi, un médecin avouait que les avis sont presque toujours les mêmes, ce qui a conduit à une rupture de ses échanges avec les néphrologues : *« moi au début je demandais au néphrologue « là j´ai une fonction rénale, je suis à 30ml/minute » et ils disent « oui, mais ton patient il a quel âge ? Il a 85 ans. Il a 85 ans, il est hypertendu depuis 30 ans, il est âgé… bon, ben qu´est-ce qu´on va faire ? On ne va pas faire grand- chose. »* [E4]

Un autre médecin nous décrivait qu'un néphrologue interdisait de moduler les traitements anti hypertenseurs *« NDI au sujet des insuffisants cardiaques qui ont en plus une insuffisance rénale « Euh attendez que je réfléchisse… j'en ai un mais je n' ai pas le droit de toucher à aucun de ses traitements anti hypertenseur, c' est la consigne absolue de son néphrologue ! », « apparemment à un moment donné un conflit avec un cardiologue qui a changé un traitement et le néphrologue était pas d' accord, et maintenant sur toutes ses ordonnances ça revient, interdiction de toucher au traitement antihypertenseur sans mon avis. »* [E6]

- La relation MG-patient

L'Attitude décrite ci dessus a conduit à un manque de confiance du patient en son médecin généraliste : « *Là en l'occurrence, à chaque fois cela passe par le néphrologue. Parce que le patient a vraiment été conditionné et que même moi l'autre*

jour je l'ai appelé parce qu'il avait une hyperkaliémie et qu'il fallait qu' il, prenne du kayexalate… et non il fallait qu' il demande au néphrologue. »[E6]

- **La relation médecin installé-médecin remplacé**

Un médecin, qui remplaçait nous expliquait que si une modification thérapeutique était discutable, il ne modifiait pas d'emblée le traitement : *« si c'est quelque chose qui peut se discuter, une modification de traitement qui peut se discuter par exemple, je ne sais pas, dans la classe des bêtabloquants, un bêtabloquant plus que l'autre, je vais plutôt mettre un mot dans le dossier en proposition de modification. […] S'il y a quelque chose de moins urgent, je ne vais pas forcément le faire….je préfèrerai en discuter avec le médecin traitant. »*[E14]

- **La relation MG- infirmière (IDE)**

Un médecin a évoqué un suivi plus difficile si il avait une moins grande proximité avec IDE à domicile « *Oui mais j'ai quand même, quand même, un petit peu plus de difficultés de suivi pour ces patients parce que on n'a pas la même proximité avec l'infirmière. »* [E10]

- **La relation sociétés savantes-médecin généraliste**

Plusieurs médecins nous ont évoqués la qualité des recommandations : Perçues comme non fiables : *« J'ai dû les consulter, c'est vrai que je ne suis pas toujours d'accord avec les recommandations de l'HAS, donc c'est vrai que j'ai tendance maintenant à aller directement sur PRESCRIRE, j'ai l'impression que c'est plus fiable que les recommandations de l'HAS. Et notamment sur l'insuffisance cardiaque, ils ont réactualisé en début d'année et c'est hyper clair sur Prescrire. »*[E14].

Elles étaient également perçues comme peu personnalisées : «*C'est de la prise en charge personnalisée que je recherche et pas des recommandations, parce que les recommandations effectivement c'est bien, c'est un guide de prescription, mais parfois c'est pas tout à fait adapté au patient lui-même »*[E15] ou encore trop ciblées paracliniques : « *Je ne les ai pas lues récemment mais de mémoire c'était effectivement pas forcément très ciblé prise en charge pratique. Sans outil biologique, sans outil échographique. Mais encore une fois je les ai pas lues récemment. »* [E12]

3.1.3. Les freins liés à l'organisation des filières spécialisées

- **La filière cardiologique hospitalière**

D' abord La filière cardiologique hospitalière était perçue comme complexe par le MG : « *Je trouve que la filière cardio n´est pas simple pour le médecin généraliste »* [E4]. L'accès à la cardiologie leur était difficile notamment pour les hospitalisations, avec l'impression que l' hôpital se décharge d' une partie des patients sur les cardiologues de ville : « *M1 : Oui, ils sont nombreux mais je pense qu'ils ont peu de place de consult, ils privilégient les consultations en ville, ils préfèrent que nous on envoie en ville. »*[FGM1], ou aussi : « (NDI : en parlant des urgences). *Les patients pris en charge à l´hôpital, on leur demande d´être envoyés sur leurs cardiologues de ville. Quand on a un patient cardio urgent (bon, je ne parle pas du syndrome coronarien aigu, hein ?), mais vraiment de l´insuffisance cardiaque, ben c´est… pour moi c´est le médecin…le cardiologue de ville.»* [E4]

L'obligation de passer par les urgences pour faire hospitaliser un patient est mal vécue, et considérée comme peu productive: *« Moi un patient pour lequel le diagnostic est, je*

ne vais pas dire certain, mais très fortement évoqué, pour moi il n´a pas nécessité d´aller revoir un interne aux urgences et de repasser par une filière qui va emboliser les urgences alors qu´on sait déjà qui doit être le référent, qui est le spécialiste référent […] ce n´est pas productif pour le patient » [E4]

Le manque de place en consultation ou en hospitalisation était clairement évoqué *« Ils n´ont pas de place, ils n´ont pas de lit, même les lits d´hospitalisation de jour je crois que c´est over-booké, donc non, tu passes par les urgences. »* [E8] , que ce soit pour l'aide à l'adaptation thérapeutique ou pour les semi-urgences *« « je trouve que c´est vraiment compliqué de réussir à faire hospitaliser un patient, bon, là je parle de la semi-urgence, ce n´est pas de l´urgence […]c´est un peu la bagarre qu´on a avec les hôpitaux périphériques et, en cardio tu es dans le même système »* E8

Un médecin nous a cité une opportunité manquée d'avoir un avis cardiologique lors d'hospitalisation non programmée : *« Mais on l'a fait au coup par coup et puis elle est passée à l'hôpital parce qu'elle s'est cassé une hanche puis l'autre. Donc entre temps, théoriquement elle a dû ou elle aurait dû revoir des cardiologues (rire) »*[E5]

Les médecins favorisaient le travail avec les cardiologues de ville car l' accès aux consultations était plus simple « *Je trouve qu´en médecine de ville on prend notre téléphone, on a le cardiologue traitant qui nous dit « ben je peux le voir à telle heure », voilà […] ça me parait plus facile »* [E4] ou : *« Ah bien oui moi j'envoie chez les cardiologues en ville, clairement c'est beaucoup plus rapide et puis ils sont extrêmement nombreux je n'ai jamais compris pourquoi ils sont aussi long. »*[FGM5]

- **La filière néphrologique**

Un médecin s'est exprimé sur la filière néphrologique : l'avis néphrologique était jugé difficile à obtenir *« C'est compliqué ça, un avis de néphrologue dans notre région! »* [E12], avec des délais de consultation très longs : *« Au niveau délai de consultations oui. Après effectivement par mail on peut obtenir des avis, mais en consultation c'est plus de 6 mois »*[E12]

- **La filière pneumologique**

Un médecin s'est exprimé sur la filière pneumologique, évoquant des difficultés à obtenir un rendez-vous avec un pneumologue : *« Donc moi si je veux un pneumologue rapide c'est plutôt sur C. Quand on sait qu'il n'y a pas un gros problème pulmonaire et que c'est plutôt bien cardiaque. C'est pas toujours facile d'avoir un rendez-vous rapide. »*[E13]

3.1.4. Freins liés à l'organisation des soins en ambulatoire

La prise en charge ambulatoire était également parsemée de freins, empêchant une optimisation des traitements par le MG. Plusieurs freins sont apparus :

- **La prise en charge sous optimale en EHPAD :**

Deux médecins nous ont parlé d'une prise en charge sous optimale en EHPAD :

D' abord l'organisation d'une visite chez un spécialiste est plus compliquée chez les patients en institution : « *Mais en EHPAD c'est compliqué. On hésite toujours à leur faire faire des aller- retours je trouve. Faut qu'ils prennent l'ambulance, qu'ils attendent, qu'ils reviennent. »* [E5]. Ils nous racontaient être amenés à gérer seuls leurs malades :

« *Donc du coup on s'adapte avec ce que l'on a mais on n'a pas toujours les éléments pour décider. Après on n'est pas cardiologue non plus.* »[E5]

Un autre médecin trouvait que les dossiers sont moins biens tenus *« Mais sinon sur la qualité des soins, les dossiers de maison de retraite sont pas forcément très bien tenus. Je trouve que ce n'est pas forcément très adapté.* » [E12]

- La prise en charge sous optimale à domicile :

Un médecin nous a expliqué que l' organisation d'une visite chez un spécialiste est complexe chez un patient restant seul au domicile : « *Quand ils vont chez le cardiologue, par exemple, pour une visite, c´est vraiment une organisation. Des fois à l´hôpital on ne se rend pas compte mais il faut mobiliser le neveu, qui prend sa demi-journée, ou...enfin, nous on est un peu loin de l'hôpital donc l'accession au contrôle spécialisé on le fait avec rationalité. On va réfléchir deux fois comment on va organiser les choses* » [E8]. Un autre médecin nous disait que de ce fait il voyait plus d' OAP : *« On en voit (NDI des OAP) chez des gens âgés qui ne peuvent pas sortir de chez eux, qui ne vont pas chez le cardiologue* »[FGM2]

Cette prise en charge sous optimale à domicile était parfois le fait d' un très grand isolement géographique : « *Par contre c'était au fin fond de S. donc 10kms aller, 10kms retour et j'y allais une fois par semaine donc c'est difficile de faire plus* »[E5]

D'une manière générale de nombreux médecins s'accordaient à dire que la moins bonne installation à domicile s'en ressentait sur la prise en charge. « *Les patients que tu vois à domicile […] tu ne peux pas les peser, tu as oublié ton électrocardiogramme, tu ne l'as pas avec toi, tu n'as pas ton saturomètre, tu n'as pas grand-chose, tu fais de*

la médecine plus au pif quoi des fois, faut bien le reconnaître, ceux qu'on visite, c'est la merde !!!![FGM1]

Voici les principales raisons évoquées :

- L'absence d'accès au dossier médical « *Donc nous, c´est pareil, ce qui nous gêne le plus c'est d'être à domicile. On n'a pas le dossier, il faut penser à le regarder avant »* [E8]
- Le matériel insuffisant et l'avis de confrères du cabinet difficile à domicile. « *Oui, bien sûr. C´est qu'on est beaucoup plus confortable au cabinet parce qu'on a tout notre outillage. On peut faire l´électrocardiogramme facilement, on a, éventuellement, la possibilité de discuter avec un collègue quand on travaille en groupe. »* E8, alors que *« Les insuffisants cardiaques vraiment qui sont un peu sévères, on les voit à domicile. On les voit assez peu au cabinet »* E8
- Les dossiers sont moins bien tenus que pour les patients vus au cabinet par manque de temps : « *Et puis la rédaction des observations et bien elle n´est pas bonne elle n´est pas bonne ben parce que quand on rentre et que tu arrives et que tu es un peu en retard, ben tu mets moins de renseignements que lorsque tu as le patient qui est au cabinet »* [E8]
- Visites à domicile perçues comme sous optimales avec une perte de temps et d'information : *« Mais je trouve qu'on fait une médecine quand même de moins bonne qualité à domicile qu´au cabinet on perd du temps et peut-être aussi de l'information »*[E12] ou aussi *« Oui et c'est surtout le fait de les peser une fois chez eux une fois au cabinet si ce n'est pas sur la même balance ça vaut pas grand chose.. »*[E15]
- Prise en charge perçue comme moins bonne « *Je pense que la prise en charge elle est moins bonne. Toutes les pathologies à domicile je pense qu' elles sont moins bonnes. »* [E8]

- **L'organisation du planning au cabinet :**

Deux médecins nous ont évoqué des temps de consultation trop courts « *Il faut pour moi 45 minutes pour une polypathologie de plus de 80 ans c´est facile 40 minutes. Le temps après de faire les modifications et surtout d´ expliquer les changements, le pourquoi du comment parce que si on veut que ça soit de la bonne observance, que ça soit bien suivi, il faut expliquer pourquoi ça prend facile 40 min , trois quart d'heure et du coup ça en saison on ne peut pas se le permettre »*[E15]. Ce manque de temps limitait la possibilité d'adapter les thérapeutiques. *« Donc, l´augmentation du bêtabloquant au cabinet lors d´une consultation d´un quart d´heure, vingt minutes… ce n´est pas mon pain quotidien »* [E4]

Organisation du planning pas assez modulable pour s'adapter à chaque patient :*« Parce que notre organisation doit…. n´est pas modulable, l´organisation du cabinet n´est pas modulable en fonction de chaque patient, donc on doit avoir une organisation au quotidien et quand un patient prend un rendez-vous, on ne sait pas forcement s´il prend rendez-vous pour une verrue, pour un vaccin ou parce qu´il est essoufflé, et donc on se retrouve avec un volume de travail qui ne correspond pas toujours au temps imparti à la consultation, alors, c´est vrai qu´on déborde, je dis un quart d´heure vingt minutes, mais n´empêche que ce n´est pas des consultations d´une heure pendant lesquelles on pourrait réellement prendre en charge notre patient, prendre le temps d´appeler le cardiologue, refaire un électro, en discuter, voilà, ce n´est pas possible. Ce n´est pas possible. »* E4

- **L’organisation du suivi :**

La surveillance et l’accès à la paraclinique étaient plus difficiles en médecine générale : « *Ça c’est une problématique je trouve propre à la médecine générale. Le coté surveillance et examens paracliniques .Il y a des choses que l’on peut faire plus difficilement en ville je trouve* » [E5]

3.2. Les freins liés au patient

Ces freins liés au patient ont été regroupés en plusieurs sur-thèmes : le grand âge, les comorbidités associées, les troubles cognitifs et psychiatriques et un quatrième sur-thème « autre » incluant le choix du patient et les problèmes sociaux associés.

3.2.1. Les freins particuliers liés au grand âge

- **La majoration de la iatrogénie chez le sujet âgé**

La iatrogénie était perçue comme plus importante dans cette tranche d'âge *« Non mais je dirais que tout est simplifié. Chez la personne âgée c'est encore plus difficile. Car plus de iatrogénie potentielle à mon avis. »*[E12] (le médecin parlait ici du maniement des B- et IEC)

Les médecins décrivaient des patients plus souvent sensibles aux modifications de traitements « *Ces patients potentiellement fragiles et qui sont peut-être plus sensibles aux effets secondaires.* » [E17] ou bien encore *« On se méfie un petit peu plus de la iatrogénie en tout cas ces patients sont un petit peu plus sensibles aux modifications de traitement, aux introductions, augmentations de dose »*[E12]

Chez ces patients, les hypotensions sont plus souvent symptomatiques avec risque de chutes et de fractures « *Bon après si tu veux tu as le problème de l'hypotension orthostatique en général, […] c'est des personnes âgées donc le risque de chute. Tu peux pas donner un hypotenseur ou un* diurétique *quelconque sans t'assurer qu'il ne va pas tomber et mourir d'une fracture du col du fémur.* » [E10]

Ce risque accru de chute en cas d'hypotension était bien souligné: « *Bon après si tu veux tu as le problème de l'hypotension orthostatique en général, […] c'est des personnes âgées donc le risque de chute. Tu peux pas donner un hypotenseur ou un diurétique quelconque sans t'assurer qu'il ne va pas tomber et mourir d'une fracture du col du fémur.* » [E10]

Ces personnes âgées étaient considérées comme des patients plus à risque de troubles biologiques (toubles ioniques, insuffisance rénale et déshydratation) *: « c´est vrai que rapidement on peut avoir des troubles ioniques, on peut avoir des troubles de la fonction rénale,… oui, oui,…c´est vrai qu´on a des patients…moi j´ai un patient auquel je pense qui a fait une déshydratation en été.»* [E4]

Un médecin nous a évoqué que le vieillissement vasculaire rend plus difficile la prescription d'IEC : « *Le vieillissement vasculaire je pense que ça va me rendre, probablement, plus attentif à la prescription d´IEC* » [E8]

- L'adaptation des seuils à l'âge

Chez les personnes âgées, les praticiens avaient tendance à une majoration de la limite tensionnelle basse tolérée (sous B- ou IEC) par crainte des hypotensions et du risque de chute : *« Chez les personnes très âgées comme cela je préfère avoir une tension un peu limite haute que limite basse parce qu'après il y a les risques de chute etc, donc il faut quand même être vigilant* » [E6]

Cette limitation thérapeutique était également justifiée par un faible bénéfice sur l'espérance de vie comparé au risque d'effet secondaire d'une hypotension liée aux traitements. « *Un patient qui a 84 ans qui a une espérance de vie plus limitée que quelqu'un qui en a 60, moi je préfère qu'il ait une tension à 140 plutôt qu' une tension à 10 ou 11 par rapport au risque d' une hypotension orthostatique ou d' une*

hypotension tout court, et d' un malaise ou chute etc…Par rapport aux conséquences que peut avoir une tension tout juste normale voire un petit peu élevée sur son espérance de vie , sachant qu' une chute à cet âge-là peut être plus dangereuse qu'une tension à la limite supérieure de la normale. » [E6]

La limite basse de la fréquence cardiaque était également pondérée en fonction de l'âge : « *Après cela dépend de l'âge aussi. Là il a 84 ans, je me dis que si après il a une fréquence qui diminue trop, il va peut-être avoir d'autres symptômes qui seront pas forcément agréables quoi. »* [E6]

- L'adaptation des seuils à l'état général

Cette adaptation des seuils à l'âge était parfois nuancée, et l'adaptation se faisait en fait plutôt en fonction de l'état général du patient et de ses comorbidités: « *Evidemment il y a un contexte. Mais je pense que c'est plus l'état général du patient qui amène à alléger les choses*»[E3] ou aussi : « *Très âgé c'est pas que très âgé : c'est l'état de forme, après il y a une notion de confort. A un moment donné si les traitements donnés deviennent inconfortable vis-à-vis des bénéfices »*[E3] Ce code était également retrouvé dans le focus group « *M3: Ça dépend de son état général. toujours l'âge, la condition physique ne serait-ce qu'inconsciemment cela nous influence. M5: On n'a pas le même degré d'agressivité thérapeutique si je peux me permettre. M4: Cela nous influence »* [FG réponse collégiale]

- La complexité de la prise en charge des patients âgés

Cette complexité nous a été évoquée à plusieurs reprises : Le caractère poly-pathologique et la polythérapie de ces patients rend leur prise en charge plus difficile : *« Tout est imbriqué, on voit bien que l'insuffisance coronarienne engendre à la fois une insuffisance cardiaque, à la fois un bas débit qui va engendrer une insuffisance rénale […] cela rajoute beaucoup de complexité »* [E17]

Les médecins disaient être gênés par les cumuls des contre-indications et des intolérances pouvant rendre difficile l'utilisation des traitements de fond « *Moi j'ai pas mal de personnes âgées insuffisantes cardiaques dans ma clientèle, qui finissent juste avec un traitement diurétique avec du Furosémide, parce que justement, ils ont des contre- indications, soit des intolérances avec les IEC ou les bêta-bloquants »* [E1] et par le fait que plusieurs pathologies doivent être équilibrées en même temps *« Ca nous gêne parce qu'elles sont toute intriquées en général les unes avec les autres et que pour en équilibrer une il faut équilibrer la deuxième voire la troisième »* [E12]

Ce même médecin expliquait également qu'une coordination importante avec les autres intervenants était nécessaire notamment pour s'assurer de la bonne observance : (NDI au sujet de la polypathologie) *« Des patients qu'on revoit souvent qui nécessitent aussi de multiplier les intervenants paramédicaux, les infirmières pour s'assurer de l'observance des traitements, la bonne délivrance, la surveillance de la tension, la surveillance du poids. Il faut faire intervenir beaucoup de monde parfois y compris la famille pour nous aider »* [E12]

La prise en charge de ces patients âgés était décrite comme chronophage : (NDI en parlant d'un patient de 87 ans) *« Oui c'est vrai que c'est des patients lourds donc*

ils prennent du temps et qui nous font bien sûr creuser un peu la tête. » [E11] mais aussi « *Ca nous gêne parce que c'est plus compliqué parce que c'est plus long »*[E11].

L'appauvrissement des signes cliniques compliquait la tâche *« Avec des signes cliniques qui sont souvent un peu appauvris »* [E12]

- Le problème d'accès à la consultation

Certains de ces patients sont très difficilement déplaçables en consultation cardiologique laissant le médecin traitant comme seul responsable de la prise en charge : *« Parce que moi, j'ai dans la tête un monsieur qui a 96 ans, bon, qui est un peu en fin de vie, qui a une maladie d'Alzheimer, désorienté, on ne peut pas le déplacer comme ça à une consultation cardio pour un oui pour un non, parce que c'est pas évident. Sa famille, c'est pas toujours facile de le faire emmener. Donc bref, bref, j'suis obligé de me débrouiller un peu tout seul. Et ce monsieur en jouant sur les doses de Furosémide, cahin-caha, il va pas mal »* [E1]

Les Visites à domicile, souvent rapprochées étaient justifiées comme nécessaires du fait de la dépendance: *« Les consultations c'est d'ailleurs souvent des visites puisque celui dont je parle était suffisamment dépendant pour nécessiter d'être vu en visite. »*[E12]. Ce médecin proposait un suivi en télémédecine chez ces patients *«Mais on peut se dire qu'on pourrait passer tous les jours. On peut faire des petits réglages tous les jours[…]. Mais oui cela pourrait nécessiter un suivi presque en télémédecine. Je sais pas si c'est envisagé ce genre de choses mais ça pourrait.… ».* [E12.]

3.2.2. Les troubles cognitifs et psychiatriques limitant l'optimisation des traitements

- **Les troubles cognitifs**

Plusieurs médecins ont expliqué leurs limites à l'adaptation des traitements du fait des troubles cognitifs du patient : *« La capacité de compréhension du patient, ça peut limiter je pense l'adaptation du traitement. »*[E14] ou : (NDI concernant les médicaments si troubles cognitifs) « *Pas sur forcément… que sur l'insuffisance cardiaque, sur toute l'ordonnance oui, c´est obligé, je vais en mettre le moins possible. »*[E15]

La nécessité de la présence d'un aidant en cas d'interrogatoire non contributif était perçue comme primordiale pour l'aide à la décision médicale : « *Dans ces cas-là il faut qu'il y ait une consultation avec un aidant familial, quelqu'un qui puisse accompagner et puis après ça dépend de l'entourage, des aides autour. Et puis oui pour ce qui est de la symptomatologie on a besoin de quelqu'un qui puisse témoigner*. » [E3]

L'aidant doit comprendre les consignes, *« Un aidant qui comprend oui. »* [E11], *« Alors c'est vrai que chez lui je passe essentiellement par sa femme pour communiquer sur la prise en charge et sur l'adaptation de traitement. »* [E11]

- **Les troubles psychiatriques**

Un médecin était embarrassé par ces troubles limitant l'interrogatoire du patient.

« Sur le plan psychiatrique pas vraiment et du coup c´est toujours interprétatif surtout […] On raisonne plus sur la clinique que sur l´interrogatoire, avec cette dame en particulier. »[E7]

3.2.3. Comorbidités associées limitant l'optimisation des traitements

- **La polypathologie**

La prise en charge des patients était souvent décrite comme complexe du fait de la polypathologie associée *«Donc, en général ces gens, ils ne sont pas tout neufs, ils sont poly-pathologiques potentiels donc on est obligé d'aller très progressivement en surveillant non seulement la clairance mais la kaliémie… »* [E16]

La consultation était d'autant plus complexe s'il s'agissait d'une première consultation : « (NDI au sujet de la polypathologie) *J'ai beaucoup de patients qui viennent me voir car leur médecin est à la retraite. Et du coup ils viennent me voir moi avec un très grand dossier et du coup, il faut fouiller là-dedans quoi. Et pour moi ça, c'est les consultations, honnêtement que je déteste. »* [FG M3]

Il en résultait une prise en charge souvent décrite comme chronophage : *Ça c'est sûr, les consultations de ces cas polypathologiques complexes, c'est extrêmement chronophage. Réponse collégiale: Acquiescement »* [FG M1].

La prise en charge était pour un médecin d' autant plus chronophage que les patients, souvent, n'arrivent pas à expliquer leur dossier médical au nouveau médecin lors d'une première consultation :*« Les gens ne savent pas me l'expliquer non plus, il faut que je relise tout le dossier. »* [FG M3], ou parfois des motifs multiples venaient se greffer à la consultation : *« Tout est noyé, le problème et l'insuffisance cardiaque mais ils sont venus parce que ça les gratte je ne sais pas où. Donc on se dit là, la priorité ça va pas être ce pourquoi il est venu. Et du coup, c'est des consultations hyper longues et*

hypercomplexes pour moi. Du coup cela me fait prendre du retard dans ma consultation, je n'avais pas prévu de le voir 45 minutes. C'est ce genre de consultation la qui est la plus longue je pense. » [FG M3]

- L'insuffisance rénale associée

L'insuffisance rénale est une comorbidité qui revient de manière très fréquente dans les entretiens comme frein à l'optimisation des traitements médicamenteux des ICFEA.

La majoration de la créatinine conduisant à diminuer les posologies: *«Si le gars il est vraiment avec une créat trop haute je fais gaffe aux posologies, je les baisse »* [E2], voire même à arrêter les IEC : *« Il avait un diurétique et un IEC et donc on avait été obligé d'arrêter parce qu'il avait une clairance qui oscillait entre 20 et 25 millilitres. »*[E11] était fréquemment citée.

Le choix se fait parfois à la majoration des diurétiques au détriment des IEC. « *Dès que ça passe en dessous de 60 (50,60) je suis vachement attentif à ça.[...] Et...ben oui...sinon, Ramipril et puis les diurétiques peut-être en quantité plus importante et moins en IEC »*[E8]

- Pathologie respiratoire associée

Un patient asthmatique était également cité comme une difficulté supplémentaire à la prescription des B- (NDI probable situation théorique) *« Bon si c'est quelqu'un qui fait de l'asthme je vais pas lui donner du bisoprolol. »* [E13]

3.2.4. Autres freins liés au patient limitant l'optimisation des traitements

- **Le choix du patient**

Le choix du patient pouvait également devenir un frein en soit à une prise en charge médicale adaptée.

Un médecin nous a évoqué le problème de patients ayant une adhésion limitée à une surveillance biologique rapprochée « *Ils ont des prises de sang assez régulièrement. Et la surveillance biologique cela devient vite problématique car au bout d'un moment ils en ont vite ras le bol.* » [E5] ou encore peu demandeurs de soins, surtout en EHPAD : « *Ils sont souvent dans une demande de ne pas être trop déplacés et pas faire trop de chose.* » [E5]

Les médecins étaient parfois confrontés au refus d'une hospitalisation « *J'aurais bien aimé qu'il aille à l'hôpital mais il n'a pas voulu* » [E18]

Parfois le patient néglige son suivi médical rendant celui-ci compliqué « *Il refuse la prise en charge médicamenteuse enfin médicale globale car il doit passer en dialyse un jour ou l'autre.* » [E10] *ou bien encore « Ah, oui! Ici ils viennent quand ils sont vraiment dans un état catastrophique. J'ai encore un exemple, l'année dernière j'ai une dame qui est venue. Je ne l'avais jamais vue. Elle n'avait pas vu de médecin depuis vingt ans.* »[E15]

- **Le contexte socio-familial du patient**

Un des médecins était confronté à l'intrication de problèmes sociaux et familiaux « *C'est complexe car déjà c'est un patient à multiples facettes donc il faut dire qu'il habite au quatrième étage,[…] le dernier étage sans ascenseur. […] Je suppose qu'il*

y a de la maltraitance de la part de son fils […] Donc parler juste de son insuffisance cardiaque c'est difficile. J'arrive chez lui, j'essaye de comprendre ce qui se passe, comment il va dans sa vie notamment vis-à-vis de ce problème de maltraitance savoir s'il y en a ou pas, s'il arrive à monter son dernière étage » [E10]

Enfin, pour d'autres médecins l'isolement du patient pouvait également freiner l'optimisation des traitements *«Il peut y avoir aussi la solitude, de l'isolement […] il faut tenir compte de tout ça »* [E17]

L'isolement du patient pouvant dans ce cas nécessiter une surveillance par une IDE à domicile voir même une hospitalisation pour adapter les traitements en cas de décompensation « (NDI concernant les B-) *Si c'est un patient qui est fragile, cela ne m'est pas arrivé en cabinet en pratique, mais je crois que je ferai peut-être une surveillance de la fréquence cardiaque par une infirmière…si c'est un patient un peu isolé.. »*[E14] *« Voire même je me poserai peut-être la question si vraiment il y a décompensation cardiaque, d'une hospitalisation pour adapter le traitement, qu'il soit surveillé. Mais oui effectivement l'environnement […] ça peut limiter je pense l'adaptation du traitement. »*[E14]

3.3. Les freins liés au médecin

Notre travail a permis de retrouver deux thèmes parmi les freins liés au médecin :

1. Les freins liés à des comportements professionnels.
2. Les freins liés aux compétences du médecin généraliste.

3.3.1. Les comportements professionnels entravant l'optimisation des traitements

- **Une attitude de délégation :** (le MG confie au cardiologue la prescription initiale et ou la gestion des traitements de fond)
- **Un avis du spécialiste nécessaire.**
- **Une attitude d'attente** (le MG ne prend pas l'initiative d'instaurer ou de modifier les traitements)
- **La peur/prudence**

Les avis et la délégation ont été séparés afin de faire la différence entre les médecins délégant la gestion des traitements et celui qui était dans une attitude plus active (appel du confrère pour avis, modifie lui-même l'ordonnance) L'investissement dans le traitement de fond étant différent, la séparation semblait importante à mettre en avant.

- **La délégation**

  - De la prescription initiale de manière systématique.
  - De la gestion des traitements de fond de manière systématique

- De la gestion des traitements de fond dans des situations médicales particulières
- De la gestion des traitements de fond sur un terrain particulier
- De la gestion des traitements de fond, plutôt perçue comme du domaine du cardiologue

Les médecins déléguaient la prescription initiale des traitements de fond au cardiologue de manière systématique. Cela pouvait être pour l'instauration d'une classe thérapeutique en particulier.

- Les Béta- bloquants: *« La prescription des bêta-bloquants dans l'insuffisance cardiaque, moi c'est quelque chose que je laisse au cardiologue »* [E1]
- Les ARM : *« C´est le cardio, qui les introduit. Moi je n´aime pas faire ça. Je n´aime pas introduire comme ça, du tout. »*[E2] et plus particulièrement l'éplérénone *« mais moi, personnellement je ne l' initie pas »* [FGM2]

Ou autrement ils déléguaient l'instauration des traitements de fond, de manière générale *« Mettre en place du Lasilix oui, mais au-delà j'initie pas un traitement de fond….. »*[FGM5]

Les médecins pouvaient également déléguer la prescription initiale de certaines molécules sur un terrain particulier comme les B- en cas D' AOMI *: « Dans les AOMI après c'est sûr que l'introduction elle est délicate et je la délègue volontiers aux cardiologues. »*[E17]

La gestion des traitements de fond était parfois déléguée au cardiologue de manière systématique *« Moi je travaille beaucoup avec les cardiologues mais souvent s'il y a des modifications c'est plutôt eux qui les font. »*[E3] ou seulement pour

une classe thérapeutique les ARM : *« C'est vraiment des trucs que je laisse au cardio.* »FGM1

Les médecins déléguaient régulièrement **la gestion des traitements de fond au cardiologue dans des situations médicales particulières :**

- En cas de poussée d'HTA : « *Si la tension monte trop, je le rebalance chez le cardiologue que ce soit lui qui réadapte le traitement* » E2
- En cas de tachycardie. « *Quand ils sont à 100- 110 de fréquence ça me va pas quoi donc je l'envoie chez le cardiologue* » E2
- En cas de toux sous IEC : *« Et bien pour un insuffisant cardiaque je suis peut-être d'accord que je le ferai peut être voir au cardiologue quand même. Par rapport à un hypertendu. »*FGM3
- En cas de dégradation rapide de la fonction rénale à l'instauration des IEC : *« J'avais regardé dès le départ, c'était une diminution de plus d´un tiers à ce moment-là je passais la main directement »*E15
- En cas de contre-indication. *« Après quand il y a des contre-indications franches, c'est plus souvent le cardiologue qui tranche en général »* E5
- En cas de décompensation de BPCO sous B- : *« Mais ça souvent cela passe par le cardiologue et puis par le pneumologue en fonction du stade »* E6
- Après échec d'une première introduction. *« Elle a pas de bêta-bloquant. Cela avait été introduit dans son EPHAD et ça s'était mal passé donc je n'ai pas retenté la chose. »*E5
- En l'absence de consigne du cardiologue sur la gestion des B- *« J'avoue que c'est une des classes thérapeutiques que j'essaye de ne pas trop toucher,[…] sauf sur réelle consigne quoi… »* E12

- En cas d'offre de soins importante (cardiologues de ville) *« Moi je me repose beaucoup sur les cardiologues. En plus on a de la chance, à A. il y en a beaucoup, et puis ils sont dispo, et ils ont des rendez-vous assez vite donc moi j´en profite. »*[E2]

Les MG déléguaient également **la gestion des traitements de fond aux spécialistes d'organes sur un terrain particulier :**

- Délégation au cardiologue chez le patients âgés : *« Moi je préfère beaucoup si c'est un patient âgé de plus de 85 ans, j'aime bien le renvoyer chez le cardiologue »* [E2]
- Délégation au cardiologue chez le patient BPCO *« C'est vrai que chez ce genre de patient un peu fragile je laisse volontiers le maniement des bêtabloquants au cardiologue. »*[E11]
- Délégation des B- au cardiologue et au pneumologue en cas de pathologie respiratoire associée. *« Les B- c'est plutôt décidé par le cardiologue ou les pneumologues pour savoir si on utilise ces traitements ou pas* » [E5]
- Délégation des IEC au néphrologue dès que clairance inférieure à 30. « *Nous on passe le relais vers le néphro, enfin, la consultation néphro lorsque vraiment ça baisse en dessous de 30* » [E8]

Parfois les médecins **déléguaient la gestion des traitements de fond** car celle-ci était **plutôt perçue comme du domaine du cardiologue** avec les arguments suivants :

- Délégation car le traitement est généralement introduit par les cardiologues : « *Je sais pas, mais c'est dans ma pratique, c'est vrai que, déjà c'est des médicaments qu'on introduit pas trop en médecine générale »*[E5]
- Délégation car notion que les faibles posologies de bisoprolol sont réservées aux cardiologues. *« J'ai la notion que le bisoprolol, pour des raisons que je n'explique pas trop, enfin que le bisoprolol 1,25 mg et 2,5 mg sont des prescriptions réservées aux cardiologues »* [E11]
- Avec parfois un refus de délivrance du pharmacien : *« En primo-prescription et les pharmaciens, ils y en a certains qui sont un peu procéduriers sur A., il leur faut toujours la confirmation annuelle de la bonne prescription pour le renouvellement du bisoprolol ».*[E16]
- Délégation car impression que le rôle du médecin généraliste est cantonné à la gestion des diurétiques. « *J'ai l'impression, mais alors non fondée, que le maniement du diurétique est plus du recours du généraliste pour adapter, et que le bêtabloquant plus réévalué par le cardiologue ».*[E11] (NDI : en parlant du pourquoi il délègue la gestion des B- au cardiologue)
- Délégation car le cardiologue est perçu comme plus compétent. «*Peut-être une moins bonne connaissance des traitements de fond eux même »* [E15]

- **L'avis nécessaire**

  - De manière systématique
  - Dans des situations particulières
  - Sur des terrains particuliers

Chez certains, médecin, l'avis du cardiologue était nécessaire sur l'optimisation des traitements de manière systématique

- De manière systématique avant instauration d'un traitement de fond *« M5 : Oui, je fais toujours avec avis du cardiologue. M3 : Oui, moi aussi »* [FGM5, M3]
- Ou bien avant toute modification thérapeutique des traitements de fond (Car traitement jugé complexe), *«après souvent je pose quand même la question au cardiologue avant de modifier quand c'est possible »* ou particulièrement pour une molécule : Le traitement par B- « *Même pour une modification de dosage de bêta-bloquant, je suis un peu prudente moi, en cardio là…. […] j'ai l'appel facile ».* Les ARM : « *Oui c'est pareil je demande au cardiologue. »*

Souvent l'avis du cardiologue était nécessaire sur l'optimisation du traitement de fond dans des situations particulières

- En cas de décompensation cardiaque (ne répondant pas au traitement) *: «J´avoue que je vais assez rapidement demander avis au cardiologue, si je n´arrive pas à stabiliser mon patient, pourquoi, qu´est-ce qui se passe ? »*[E4]
- En cas de bradycardie sous B- *«Disons que je vais y aller avec plus de précaution dans ces cas-là où je vais prendre l'avis du cardiologue avant quand même. »*[E13]
- En l'absence de consignes « (NDI : Au sujet des B-) *J'avoue que c'est une des classes thérapeutiques que j'essaye de ne pas trop toucher, seul sans avis cardiologique […] sauf sur réelle consigne quoi »*[E12]
- En cas de doute : *«Et si j'ai une hésitation j'appelle le cardiologue »* [E18]

En cas de toux sous IEC : « (NDI au sujet de la toux sous IEC) *: Je pense à un autre truc et là c´est vrai que je demande aussi beaucoup l´avis du cardio. »*[E2]

-

L'avis des spécialistes d'organes était également nécessaire sur des terrains particuliers

- Le sujet âgé : *« Moi je trouve le plus difficile, c'est quand même d'initier un traitement. Quand tu as un diagnostic d'insuffisance cardiaque chez quelqu'un d'âgé qui est peut-être en insuffisance rénale aussi, initier un traitement par IEC lors d'une insuffisance cardiaque […] je trouve c'est potentiellement casse gueule […] de faire ça sans l'avis d'un cardiologue voilà»* FG M2
- Le patient insuffisant cardiaque greffé : *«Car on n'est pas vraiment dans la médecine générale, donc j'appellerais son cardiologue à Lyon ».* E10
- Le patient polypathologique *«quand c'est un polypathologique polymédiqué j'appelle souvent le cardiologue pour demander son avis au moins valider une prise en charge que j'ai envie de faire. »* E15
- Chez le patient insuffisant rénal : « *Heu par rapport à la créat ça arrive que l' on ait des problèmes. Mais là je redemande souvent au cardiologue ce qu'il en pense »*E5
- Chez le patient BPCO : *« Oui, alors après je crois que cela dépend du grade de BPCO aussi, j'en discuterai peut-être plus volontiers avec le cardiologue, ça c'est sur… »*E14
- Avis pneumologique chez le patient BPCO présentant une dyspnée sifflante « *Alors en général je prends quand même l'avis du pneumo quand c'est comme ça quand même. Pour être certain que c'est une BPCO stricte et qu'il n'y a pas une composante asthmatique derrière. »*E1
- Chez les patients avec une FEVG très basse *« En général quand la fraction d'éjection commence à altérer c'est une question que l'on discute avec le cardiologue, pour justement essayer d'optimiser les traitements mais effectivement*

c'est quand même quelque chose que moi personnellement je travaille beaucoup avec le cardiologue. »[E17]

- **L'attitude d'attente**

Le médecin généraliste respectait le traitement en cours du patient stable : « *S´ils sont bien stables, franchement, j´ai appris à pas trop changer les choses qui marchent bien »* [E8], et parfois le cardiologue également *« Bien il n'augmente pas toujours. Si lui il juge que les résultats sont satisfaisant, on en reste là. »*[E13]

Mais il le respectait également chez le patient instable. Ainsi au cours d'une décompensation : «*Je ne vais pas me précipiter pour modifier son traitement de fond* »[E4]

Ce médecin majorait rarement les traitements chez le patient polypathologique (ici les B-) : *« A vrai dire ça ne m´arrive pas très souvent d´augmenter les bêtabloquants. Souvent c´est des patients compliqués… l´insuffisant cardiaque il est souvent poly pathologique, hein ? »*[E4]

Le rôle du médecin généraliste était perçu plutôt dans le renouvellement d'ordonnance : « *Moi c'est plus du renouvellement* »[E3] et dans le contrôle de l'efficacité et la tolérance des traitements de fond : « *Oui, je pense que quand on hésite*, (NDI : à modifier un traitement de fond) *on se laisse aussi un peu de temps. On se dit on le revoit plus tôt et on voit comment cela évolue. Des fois voilà il faut juste se laisser un peu de temps pour voir l'évolution pour savoir si vraiment c'est nécessaire ou pas »*[E6]

Un médecin nous a évoqué qu'il n'avait pas fait de nouvelle tentative d'introduction des B- après une expérience antérieure négative : *« Elle a pas de bêta-bloquant. Cela*

avait été introduit dans son EHPAD et ça s'était mal passé donc je n'ai pas retenté la chose. »[E5]

- La peur/ prudence

Le dernier comportement professionnel interférant avec l'optimisation des traitements étaient la peur/prudence quant au maniement des médicaments.

Cette peur était liée à plusieurs éléments :

- Peur liée à la pathologie en elle-même.
- Peur liée au traitement.
- Peur liée à certaines situations cliniques.
- Peur liée au terrain du patient.
- Peur liée au manque d'expérience.
- Peur par manque de compétence supposée.
- Peur liée à des expériences antérieures négatives.

La peur liée à la pathologie :

Les médecins évoquaient qu'une erreur est plus vite préjudiciable en cardiologie : *«Et là si tu leur donnes un IEC et qu'ils font une décompensation les conséquences sont plus graves »* [FG M4]

La peur liée au traitement :

Les médecins avaient peur d'un effet secondaire ou d'une contre-indication à l'introduction d'un B- *«Non, non, je n'aime pas les bêtabloquants, je sais qu'ils font souvent des effets indésirables…»*[FG M3]

Ils avaient également peur de la survenue d'effets secondaires à la majoration posologique des B-. La crainte concernait plusieurs effets secondaires :

Peur d'une bradycardie : *« Par rapport aux risques de bradycardie, de décompensations cardiaques. Je trouve, moi je suis pas très à l'aise pour manipuler les bêta-bloquants.»*[E5]. Peur d'une décompensation, peur d'une hypotension, d'une désadaptation à l'effort, « *Du coup je me dis que si on augmente encore le bêta-bloquant et qu'elle arrive plus à s'adapter… C' est vraiment la peur qu' elle s' adapte plus à son petit effort qui est en fait un gros effort dans notre référentiel à nous et du coup qu' elle reste enfermée chez elle au lieu d' aller au marché, venir au cabinet »*[E7] et peur d'un bronchospasme sous B- dès que le patient présentait des sibilants : *« Et le cardiologue m'a dit « non non tu lui laisses son bêta-bloquant, il ne court aucun risque au niveau bronchique. » Et bien il fallait vraiment qu'un cardio me dise ça pour me rassurer »*[FG M2]

La peur des effets secondaires était souvent liés à la polythérapie: *« Ma crainte c'est que en modifiant, si on modifie en une seule fois les trois thérapies, on ne sait plus ce que l'on fait, si on n'en modifie qu'une, il faut savoir laquelle modifier pour être efficace »* [E1]

Des médecins nous ont parlé de peur induite par une revue médicale. Cela concernait surtout les nouvelles molécules: *« M1 comme je me méfie des nouveaux médicaments. […] c'est un peu l'habitude des lecteurs de PRESCRIRE, c'est un peu une seconde nature…M5: Cela décourage d'aller chercher plus loin quand on lit Prescrire…. »* FG M1, M5

La peur liée à certaines situations cliniques :

Une peur de modifier les traitements de fond pendant une décompensation à été décrite: *« Oui effectivement il y a peut-être plus de crainte à les majorer pendant une décompensation.»*[E6]

La peur pouvait être liée au terrain du patient :

Le maniement plus prudent des traitements liés à l'âge a été fréquemment décrit : *« On est peut-être un petit peu plus prudent sur l'augmentation des doses. Il faut voir comment ils vont supporter les thérapeutiques. »*[E12] ou encore *« I : Dans qu'elle mesure l'âge influence vos choix thérapeutiques ?* M : *oui, beaucoup plus prudente […] oui ca modifie ma façon de prescrire»*[E4]

Ceci d'autant plus qu'un médecin gardait en tête que l'âge est une précaution d'emploi pour les B- dans les référentiels de prescription *: « L es bêtabloquants en général on n'adore pas avec l'âge […] quand on regarde ces molécules et que l'on regarde les précautions d'emploi, généralement l'âge rentre en compte. »*[E17]

Les MG étaient également plus prudents dans le maniement des IEC chez l'insuffisant rénal « NDI au sujet de la majoration des IEC en cas d'insuffisance rénale) *« J'augmente mais je suis assez prudent. »*[E5]

Le médecin maniait avec plus de prudence les thérapeutiques chez les patients présentant des troubles cognitifs *« Si le patient il ne comprend pas son traitement […], je vais y aller un peu plus précautionneusement, »*[E14]

La peur liée au manque d'expérience :

Les médecins expliquaient rencontrer peu de patients ICFEA dans la patientèle conduisant à une crainte de cette pathologie « *Et bien parce que cela me fait plus peur. L'insuffisance cardiaque me fait plus peur que l' HTA. Parce que l' HTA c'est des choses que l'on voit tout le temps, l' HTA tu en as plusieurs par jour »*[FG M3]

Cette peur était également justifiée par le fait que les médecins n'étaient pas passés en cardiologie pendant l'internat: « *Oui, je trouve qu'on a un peu du mal en médecine générale à augmenter le bêta-bloquant. Je pense que c'est une question de pratique. Moi je suis pas passé en cardio mais c'est vrai que je trouve que c'est une thérapeutique, peut-être à tort, qu'effraie plus que les diurétiques par exemple*. »[E5]

La peur par manque de compétences supposée :

Le médecin généraliste se sentait moins compétent que le cardiologue « *La réponse elle est simple […] On n'a pas la compétence du cardiologue évidemment sur ce sujet »* [E11] (NDI concernant la raison de la peur de modifier les traitements de fond)

La peur liée à des expériences antérieures négatives :

Les expériences antérieures négatives avec les B- et les IEC conduisaient à moins les modifier *« C'est plus compliqué je trouve de modifier, enfin, j'ai eu plus souvent des mauvaises surprises, des retours de bâton en modifiant les bêta-bloquants ou les IEC que les diurétiques »* [E1] ou encore « *chaque fois que je m'en suis posé, que j'ai voulu bricoler ça c'est terminé en catastrophe […]du coup quand le patient est stable je touche pas trop, je bricole pas trop.»*[E16]

3.3.2. Les freins liés aux compétences du médecin généraliste.

- Le manque d'expérience.
- Les problèmes de connaissance/formation.

- **Le manque d'expérience :**

Les médecins généralistes étaient plus habitués à manipuler les diurétiques que les B- : *« Autant les diurétiques ça on a l'habitude de les modifier de façon assez importante parfois, autant les bêta-bloquants un peu moins …sauf sur réelle consigne quoi… »*[E12.]

Les bêta-bloquants ont été peu manipulés en tant qu'interne par certains MG: *« Mais, je pense que je les ai peu manipulés en tant qu'interne et donc que je les utilise peu en tant que médecin. »*[E5]

Le Manque d'expérience concernait également le maniement de l'Eplérénone : « *Pas d'expérience* »[FG M2]

Le manque d'expérience était également dû à la rareté de la pathologie dans la patientèle : *« Après je n´ai pas de patientèle forcément très âgée donc je n´ai pas beaucoup d´insuffisant cardiaque. […]. Parce que du coup je ne me sens pas, enfin, ce n´est pas un domaine dans lequel je me sens très à l´aise et très...et c´est très clair dans ma tête »*[E7]

La présence d'un cardiologue traitant pouvait également expliquer ce manque d'expérience : « (NDI concernant le manque d'aptitude dans l' ICFEA) *Et parce que tous ceux qu'on a ont leur cardiologue traitant. »*[FGM2]

- Les problèmes de connaissance/formation :

Des problèmes de formation ont été mis en avant

De nombreux médecins n'étaient pas passés en cardiologie pendant l'internat ce qui influait sur leur prise en charge « *Je ne suis jamais passée en cardiologie, par exemple, non franchement, j'ai presque jamais manipulé….peut-être un peu en gériatrie…et encore…..*I : Vous pensez que ça joue sur la façon de les manipuler (NDI les B-) ?*M : Oui, je pense, je pense que si on est dans un stage où on les a manipulés, notamment en cardiologie ou autre, je pense que l'on est aussi plus à l'aise. »*[E14]

Les recommandations n'étaient pas lues de manière récente par le médecin généraliste : « *Bien je me disais, que quand M. m'a dit que vous alliez venir, je me disais il faudrait que tu les regardes, parce qu'il y a longtemps que tu ne les as pas*

regardées! »[E18]

Plusieurs explications à ce fait ont été retrouvées :

- Moins de formation sur les sujets considérés maitrisés : *« Peut-être que je suis sur une routine qui fait que je laisse passer les trucs. J'ai l'impression de savoir mais peut-être que je ne sais plus »*[E10], et paradoxalement non maitrisés : « NDI concernant les raisons de la non lecture des recommandations) *Je sais pas, j'ai l'impression que je ne gère pas trop l'insuffisance cardiaque. »*[FGM3]
- Le médecin suit en priorité les recommandations des pathologies les plus fréquemment croisées au cabinet *« Et parce, oui, je pense que si j´avais beaucoup plus de patients insuffisants cardiaques ben du coup je me dirais « non, là il faut vraiment que je me mette au point » »*[E7]

- Les moteurs de recherche internet sont peu pratiques : *« Alors HAS…recommandations….alors je trouve qu'en plus….ça a changé…la présentation…C'est merdique au possible, alors qu'avant je t'assure, ils avaient une présentation hyper simple…[…] Pour les reco, tu les trouvais tout de suite, là tu trouves rien, on va mettre insuffisance cardiaque et on va voir si on trouve ce qu'on veut…..du coup, j'y vais très peu…. »*[E16]
- Le médecin préfère demander un avis cardiologique *« Dans l' insuffisance cardiaque particulièrement je les regarde pas. Je demande plus un avis cardio par exemple. »*[FG M4]

De plus, peu de formations dédiées à l'insuffisance cardiaque seraient proposées en Développement Professionnel Continu (DPC) **:** *« Et on fait peu de formation.* I: Et du coup les formations, qu'est-ce qui explique que vous en faisiez peu ? *M3: Ben il y en a pas trop. M1: Il y en a pas, il y en a pas beaucoup. Non, dans le DPC il y en a pas beaucoup de formation sur l'insuffisance cardiaque.M4: Oui je suis assez d'accord avec toi bon »*[FG réponse collégiale]

Ces éléments entrainaient plusieurs lacunes.

Les médecins présentaient **une méconnaissance des modalités de prescription des traitements recommandés** :

Cela concernait en majorité les B- « *Alors moi je ne maîtrise pas bien les bêtabloquants dans l'insuffisance cardiaque »*[E16] avec plusieurs constatations :

- Une méconnaissance de la notion de dose cible *«* I: D'accord et du coup vous montez jusqu'à quand ? Quand est-ce que vous vous arrêtez *? M: Et bien quand ils sont bien. »*[E15 :]
- L'indication des B- dans l'insuffisance cardiaque n'était pas toujours acquise « *Bon, après il y en a qu´un sur les trois qui a des béta bloquants. Alors, est-ce qu´il faudrait en mettre un ? J´en sais rien. »*[E9]
- L'arrêt du B- en cas de décompensation cardiaque : *« Parce que j'avais la notion enfin il me semblait qu'en cas de décompensation cardiaque il fallait arrêter les bêtabloquants »*[E14]

Les IEC étaient également concernés : *« Encore une fois moi je n'ai pas de critères. Je ne sais pas s'il en existe d´ailleurs mais en tout cas je ne les connais pas, pour modifier le traitement IEC »*[E12] témoignant là encore probablement d'une méconnaissance de la notion de dose cible.

De manière générale, la notion de dose cible n'était pas connue : « I : Et est-ce que vous saviez qu'il y avait des doses à atteindre ? *M : Non, des doses cibles, je ne savais pas…* »[E14]

La méconnaissance concernait également l'Eplérénone « (NDI concernant l'Eplérénone) : « *Elle est revenue de l'hôpital, elle était sèche, avec ce truc là, mais c'est quoi ça ? Je suis allé au Vidal ! Et voilà, j'ai appris que c'était une thérapeutique, alors je sais pas de quelle classe ça fait partie.* »[FG M1] . Cette méconnaissance de cette molécule récente était expliquée par le médecin car il ne « recevait plus du tout les laboratoires »

Un entretien a mis en avant une probable confusion des objectifs de traitement de l' HTA et de l'ICFEA. « I : Tension bien équilibrée, c´est que vous me disiez tout à l´heure, c'est aux alentours de… *M : 13/8, 14/9, quoi ? Oui, c´est ça, eh ?* »[E2]

Il est décrit parfois dans les prises en charge l'association de 2 traitements non recommandés : *« Il se trouve sous diurétiques donc il est sous Burinex et Furosémide.[…] il était en réplétion hydro sodée, il avait pris quelques kilos, je lui ai fait prendre Burinex et Furosémide pour faire dégonfler ses oedèmes.* »[FGM5.] Cela pouvait également concerner l'association IEC et ARA2.

In fine, le MG se sentait donc moins compétents que le cardiologue : pour gérer ces traitements : *« Moi je vais pas savoir forcément choisir entre tel ou tel bêta-bloquant parce qu'il y en a qui sont plus à visée anti arythmique, d'autres, plus pour l'insuffisance cardiaque mais coronarienne... Donc ça c'est de la subtilité que je ne maitrise pas du tout.* »[E15]

3.4. Les freins liés aux traitements

Les freins liés aux traitements ont étés séparés en deux grands thèmes:

1. Les freins liés à des effets secondaires cliniques
2. Les freins liés à des effets secondaires paracliniques

3.4.1. Les freins liés à des effets secondaires cliniques

- Effets secondaires cardiologiques (hémodynamiques).
- Effets secondaires pneumologiques.
- Effets secondaires digestifs.
- Effets secondaires vasculaires
- Signes généraux.

- **Les effets secondaires cardiologiques (hémodynamiques) :**
    - La bradycardie sous béta-bloquants
    - L'hypotension

La bradycardie sous béta-bloquants était souvent citée: « *C´est un patient, ben, qui n´était pas rapide, il avait une ACFA mais qui était pas rapide et donc du coup, le bêta-bloquant….moi je suis pieds et poings liés, si j´augmente il me bradycarde…»* [E4] ou : *« Ça m'est arrivé effectivement d'avoir des patients qui répondaient très vite sur le plan de la fréquence cardiaque, et qui me limitaient puisque dès qu´on augmentait un*

peu les B-, même si ils étaient sélectifs on devenait vite iatrogène sur la fréquence cardiaque »[E12]

La fréquence cardiaque que se fixent les médecins comme limite basse était variable entre 40 et 60 majoritairement : *« Dans l´idée, je me suis mis 60 après ça va dépendre de sa tolérance […] Je ne passe jamais en dessous pour l´instant »*[E7], ou : *« Fréquence cardiaque, je dirais inférieure à 45 pour les bêta-bloquants »*[E14]

Cette Bradycardie a été décrite comme responsable de malaises : « *C'est plus des brady, en général des bradycardies vraiment avec des malaises. Les gens appellent en disant cela ne va pas, on les voit et en fait ils tapent à 35-40. »*[FG M3] ou parfois symptomatiques sous forme d'asthénie : *« C´est à dire que quand ils ont une tension basse ou quand ils sont en bradycardie ils se plaignent de fatigue […] on a plutôt des bêta-bloquants »*[E4]

L'hypotension était logiquement évoquée : *« Donc moi, en dessous de 11-10 je me méfie beaucoup… »*[E4]

Là aussi la limite basse que se fixent les médecins était variable. L'hypotension est citée pour chaque classe thérapeutique : sous IEC: *« C'est vrai que si je dois en diminuer un, généralement pour la tension, cela va être d'abord un IEC, je ne sais pas pourquoi cela me parait souvent plus simple à diminuer, c'est ce que je diminuerai en priorité… »*[E14], sous ARA2 « *Donc voilà, le suivi essentiellement, c´est la tension, parce qu´il nous fait régulièrement des hypotensions, donc on essaie de voir…voilà. On adapte l´atacand selon sa tension artérielle, donc ça m´est déjà arrivé de l´arrêter, de le reprendre »* [E9], sous B- : *« Il y a la tension quand même »*[E18]

Ces hypotensions étaient parfois présentées comme des hypotensions symptomatiques plus ou moins bien tolérées *: « Non je n'ai pas de chiffre minimal pour moi c'est la tolérance clinique que j'ai en tête »*[E17] parfois sous forme de vertiges : *« Après ce sera plutôt les effets indésirables, soit s'il a des vertiges, avec les IEC »*[E14], sous forme de dyspnée et d'asthénie : « (NDI concernant les plaintes sous B-)*Souvent ils se plaignent d'une dyspnée, des fois, ou si cela a trop fait baisser la tension, d'une asthénie, les patients que j'ai eus, les principales plaintes, c'était cela… »*[E14], ou d'hypotension orthostatique : *« En fait elle avait une hypotension orthostatique et je pense que j'ai allégé le traitement. »*[E16]

A noter qu'un médecin ne descendait pas en dessous de 110-100 car la tension au cabinet surestimée « *Voilà, parce que 11-10 au cabinet c´est souvent des tensions surévaluées, ils sont un peu anxieux, ils ont fait un effort pour venir…11-10, on sait qu´on n´est pas sur une tension vraiment du repos, chez nous. Chez eux elles sont probablement plus basses »*[E14]

Un médecin nous a évoqué des signes cliniques d'hypotension à tension artérielle normale : *« C´est clinique. Ce n'est pas chiffré. C'est que décrit. Ben des fois ça tourne quand elle se lève, et après, quand je la contrôle elle n´est pas hypotendue, elle est à 10.5 elle est dans des chiffres qui sont acceptables mais en fait elle a des signes cliniques d´hypotension»*[E8]

- Les effets secondaires pneumologiques :

- Le bronchospasme/ asthme
- Les décompensations de BPCO sous B-
- Toux sous IEC

Le bronchospasme sous béta-bloquants était un code assez fréquent: *« Alors s'il est déjà sous Béta-bloquants depuis longtemps et que c'est la première fois qu'il a des sibilants, je m'affole pas. Par contre si on lui a introduit son bêta-bloquant 15 jours avant et qu'il se met à siffler là je me dis attends... Va peut-être falloir réduire la dose ou arrêter quoi. »*[E13]

L'asthme sous béta-bloquants était également un frein décrit: « *J'ai un de mes patients, un nouveau patient que je viens de voir, un qui a dû arrêter un béta bloquant parce que il lui déclenchait des sibilants. Il a vu le pneumologue pensant qu'il avait un début d'asthme sous-jacent. »*[E6]

Les décompensations de BPCO sous B- faisaient également partie du retour d'expérience des MG : « *Le premier à une BPCO en plus. Il est plus sous bêtabloquants. Il a fait décompensation sévère, sérieux ça ! »*[E10] ou : *« Si si, cela me freinerait sous B-, surtout sous B-»*[E18]

La toux sous IEC était également décrite *«La toux. Il y a des patients qui ne les tolèrent pas à cause de la toux. Je change pour un ARA2 »*[E11] ou : *« Si il y a une toux, sans autre contexte, qui dure sans que j'ai aucun autre point d'appel…c'est vrai que je vais avoir tendance à essayer une autre molécule… »*[E14]

- Les effets secondaires digestifs :

Ces troubles ont étés décrits sous B- par un médecin *: « Par contre, le bêta-bloquant c´est un médicament qui est utilisé quand même assez souvent et on a des troubles digestifs »* [E8]

- **Les effets secondaires vasculaires :**

  - Syndrome de Raynaud
  - Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)
  - Troubles de l'érection

Les troubles à type de Syndrome de **Raynaud** sous bêta-bloquants ont été cités par un médecin: *« Je me demande si l´hiver elle n´avait pas eu des petites manifestations distales. Je ne suis pas certain. En tout cas elle a actuellement une petite dose »* [E8] ou : « *Si c'est un Raynaud très très gênant alors tant pis on arrête. »*[E13]

La contre-indication des béta-bloquants chez les patients porteurs d'une Artériopathie oblitérante des membres inférieurs **(AOMI)** a également été discutée « NDI: Concernant l'antécédent d'AOMI et la prise de B-) *M: Oui il avait un bêta-bloquant, et oui c'était embêtant il avait un périmètre de marche très diminué il ne sortait pas de chez lui. Mais j'étais un peu gêné effectivement »* [E10]

Des **troubles de l'érection** sous béta-bloquants ont étés décrits par deux médecins: *«Et puis il a des problèmes un petit peu d'érection, ça arrive aussi.[…] Cela a dû m'arriver une fois où j'ai dû supprimer le bisoprolol parce que le gars ça lui posait trop de problèmes »*[E13] ou : « *C'est un patient…qui avait cette myocardiopathie qui était connue, […]alors lui, il ne supportait pas ni les diurétiques, ni les bêtabloquants…[…]C'était l'impuissance…»*[E16]

- **Les signes généraux :**

- La désadaptation à l'effort sous béta-bloquants
- L'asthénie sous béta-bloquants
- Des Cauchemars sous B-

La désadaptation à l'effort sous béta-bloquants a été décrite à plusieurs reprises : *« Ils ont une limitation dans leurs capacités d'effort provoquée par leur bêta-bloquant »* E1

Cette désadaptation à l'effort était parfois mise en relation avec la bradycardie constatée : « *Je pense que quand ils sont au ralenti, parfois, ils ont aussi du mal à adapter leur effort et, du coup, ils n´arrivent pas à monter leur rythme d´effort et du coup ils se sentent essoufflés »*[E7] ou aussi : « *On voit que il y a certains patients qui sont extrêmement ralentis, j'ai en tête une patiente assez fragile chez qui on a dû introduire des bêtabloquants et qui s'est retrouvée complètement grabataire »*[E17]

L'asthénie sous béta-bloquants : *« Oui j'ai un patient qui tolère pas les béta-bloquants, il a des signes assez généraux, il se sent pas bien il se sent fatigué, voilà. »* E6

Un médecin nous a fait part de son sentiment de détérioration de la qualité de vie de ses patients sous B- *« On améliore leur fonction cardiaque, mais on n´améliore pas leur qualité de vie »* [E4]

Des Cauchemars sous B- ont été décrits par un médecin *« Enfin, il y a des effets secondaires qui sont qu'on a en médecine de ville : des cauchemars. »* [E8]

3.4.2. Les freins liés à des effets secondaires ou paramètres paracliniques

- Biologiques.

- Electrocardiographiques.

- **Les paramètres biologiques**

  - Insuffisance rénale
  - Majoration de la créatininémie
  - Dyskaliémies
  - Hyponatrémie

L'Insuffisance rénale, a été décrite comme pouvant conduire à l'arrêt ou la modification des traitements : *« M : Après la dame obèse, elle, elle a fait une insuffisance rénale, du coup on a été amené à tout arrêter »* [E 9] avec les IEC : *«Puis dès lors que l'insuffisance rénale devient plus importante, à ce moment-là on arrête les IEC»*[E 17] ou avec les ARM : *(NDI au sujet des ARM) « C'était principalement […] des modifications de la fonction rénale»*[E12]

La majoration de la créatininémie a été très fréquemment citée, principalement sous BSRA :*« Les IEC sont contre-indiqués chez lui et les IEC je ne me rappelle plus mais ça a dû faire grimper sa créat. J'ai dû les interrompre »*[E1] ou : *« De toute façon, il faut…3 semaines après introduction des IEC, il faut faire une créatinine, si elle augmente de plus de 30 % il faut changer le traitement. »*[FG M2]

Des **dyskaliémies** ont été souvent évoquées : sous IEC *« Dès qu'il y a des diurétiques ou des IEC on se retrouve souvent, ou relativement, confronté à des hyperkaliémies*

ou hypokaliémies. » [E5], sous ARM : « NDI au sujet des anti aldostérone) *Après tu te heurtes au problème de l'hyperkaliémie »*[E10], ou association IEC +ARM *« C'est plus l'aldactone qui génère les hyperkaliémies associé notamment aux IEC. C'est plus ça que j'essaie de baisser. Ça devenait compliqué. »* [E5]

Un médecin nous a parlé **d'hyponatrémie** sous ARM *« Alors j'ai déjà arrêté dans un contexte d'hyponatrémie sévère. »* [E11]

- Les paramètres électrocardiographiques

- Bloc auriculo ventriculaire (BAV)
- Bradycardie

Les Troubles électrocardiographiques gênant l'optimisation qui ont étés décrits sont les suivants:

Le BAV : *(NDI : au sujet des B-, probable patient théorique) « Et bien déjà vérifier qu'il n'y ait pas de contre-indication, notamment au niveau de la fréquence cardiaque, les BAV etc »* ou : *« Et bien s'il y a un espace PR allongé oui, mais en dehors de ça non. »*[E13]

La bradycardie : « I : vous faites déjà des électrocardiogrammes à ces patients, parfois ? ou...*M : Oui.* I : Ouais? Et il y a des critères qui vous ont déjà gêné au niveau de l´électrocardiogramme pour modifier le traitement de fond? *M : Une bradycardie, oui. »*[E15]

3.5. Les freins techniques

Au cours des entretiens est apparu à plusieurs reprises que les généralistes n'ont pas à leur disponibilité au cabinet d'autre aide que leur stéthoscope et leur sens clinique. L'absence d'appareil d'échographie pour évaluer immédiatement la fonction ventriculaire gauche, est apparue comme un frein clair dans la décision d'adapter ou de modifier les thérapeutiques des traitements de fond pendant une décompensation par exemple.

« Et après je trouve, encore une fois, on n'a pas l'écho on n'a pas…. Pour avoir d'autres paramètres que la clinique, la tension, le degré des œdèmes qui est plus visuel qu'autre chose (rire) et le poids. » E5

L'absence de biologie recente était également percue comme génante pour le travail du médecin : « *Biologique parce que parfois on est amené à voir les patients en décompensation et on a encore rien comme outil biologique ».* E12

Au final, les médecins se disaient génés par l'absence d'outils complementaires comparés aux cardiologues. *« Enfin on n'a pas autant d'outils que le cardiologue. »* FG-M4

DISCUSSION

L'objectif de ce travail était de déterminer les différents freins gênant l'optimisation des traitements de fond de l'insuffisance cardiaque chez les médecins généralistes. Il ne s'agissait nullement de critiquer la prise en charge des MG, mais plutôt de mettre en évidence les difficultés inhérentes à la prise en charge de cette pathologie chronique.

1. Critique de la méthode

Plusieurs éléments ont pu limiter notre travail. D'abord, Il s'agissait de la première expérience de recherche des deux investigateurs. Nous avons cependant cherché à limiter les conséquences de cet état de fait. Après avoir assisté à la formation dédiée à la recherche qualitative proposée par la faculté, nous avons fait suivre notre travail, à différentes étapes, par un co-directeur de thèse formé à la recherche qualitative, notamment lors de l'élaboration de notre grille d'entretien. Différentes sources ont été consultées, avant de commencer notre travail[10,11,28,29,30,31]. Deux entretiens pilotes ont été menés avec échange sur le ressenti vis-à-vis de l'entretien à la fin de celui-ci. Ces entretiens ont été intégrés à notre analyse. S'agissant d'un premier travail nous avons également souhaité prendre du temps pour chaque étape de celui-ci. Celui-ci a donc été un investissement en temps conséquent, mais indispensable afin de limiter les répercussions de notre manque d'expérience.

Un critère que nous pensons important n'a pas été pris en compte lors de l'échantillonnage: l'exercice mixte hospitalier et libéral. Cependant nous savons avoir déjà croisé au moins un médecin à activité mixte lors de nos entretiens. La population d'étude comportait plusieurs dimensions qui ont toutes été rencontrées au moins une

fois et souvent plus (grille des dimensions). Cela nous permet de prétendre approcher de la variation maximale.

Le choix du mode de recueil des données s'est porté sur des entretiens individuels, plus propices à la confidence et plus simples à organiser. Cependant, un focus group a été réalisé à la fin des entretiens afin de vérifier notre saturation. Ce focus group a permis par la même occasion de trianguler nos techniques de recueil. Bien entendu, cette triangulation n'est que partielle puisqu'un seul focus group a été réalisé.

Le recrutement en « boule de neige » aurait pu nous conduire à interroger des cercles de médecins assez proches les uns des autres. Nous avons limité cette situation de deux manières: d' abord en précisant bien que nous recherchions des profils de médecins différents, puis en complétant ce recrutement en « boule de neige » par un recrutement de proximité (médecins que nous connaissions). Ces recrutements de connaissance en connaissance, nous ont permis d'essuyer peu de refus d'entretien, permettant ainsi d'obtenir des rendez-vous avec des médecins libéraux parfois peu enclins à participer à la recherche. Lors de ces entretiens, si le médecin interrogé connaissait un des investigateurs, l'entretien était alors réalisé par le deuxième chercheur. Cela a permis de limiter l'influence d'une relation chercheur/médecin, dans les réponses obtenues. Ce recrutement ayant également tendance à nous faire réaliser les entretiens au sein d'un même bassin de santé, nous avons également pris soin de réaliser des entretiens dans des zones géographiques différentes afin de vérifier si les codes obtenus (notamment pour les relations médecins généralistes-hôpitaux et spécialistes d'organes) se retrouvaient dans d'autres lieux d'exercice. (Bassins étudiés: Bassin Annecien, Aix les bains, Albertville-Ugine, Léman sud Evian-les-Bains, Sallanches, Grenoble).

Le fait que les deux investigateurs étaient des hommes de la même tranche d'âge a pu également influencer les réponses.

Afin d'obtenir des entretiens libres de toute pression liée à un manque de temps, les entretiens était réalisés dans la mesure du possible lors de moments propices à l'échange: durant la pause déjeuner, le soir, ou bien lors de journées de repos.

De même, les entretiens étaient réalisés dans des endroits familiers au médecin participant, pour que celui-ci se sente à l'aise et en confiance.

Aucune rétroaction n'était prévue dans notre protocole.

2. Critiques des résultats

2.1. Les limites

Certains éléments ont pu limiter nos résultats.

Tout d'abord, nous avons choisi une analyse thématique afin de limiter les risques de codage erroné. Pour autant, le risque d'erreur n'est pas nul, et nous avons cherché à le limiter par triangulation des données entre les deux investigateurs. En cas de désaccord, notre directeur de thèse tranchait. Notre co-directeur de thèse à également été sollicité à deux reprises afin de nous donner ses impressions sur notre méthode de codification.

Nous avons également essayé de limiter les biais de mémorisation en réalisant les entretiens au cabinet afin que le médecin puisse utiliser ses dossiers, pour retrouver

les éléments lui manquant. Cependant pour un médecin installé et pour les remplaçants, cela n'a pas été réalisé au cabinet. De plus, même avec l'ordinateur disponible, des problèmes de mémorisation ont pu altérer la véracité de la réponse donnée. De même, lors du focus group, les médecins ne disposaient pas du dossier des patient.

Au départ de nos entretiens, quelques situations probablement théoriques apparaissaient. Nous les avons signalées lorsqu'elles étaient évidentes et avons cherché à les éviter au cours des entretiens suivants, en ramenant la discussion sur un patient en particulier afin de rester au plus proche de la réalité et éviter d'être sur des déclarations d'intentions plutôt que sur la pratique réelle.

Notre travail a pu être limité par le fait que le langage non verbal n'était pas pris en compte. Sauf cas exceptionnel, changeant le sens du code (souvent un rire en fin de phrase pour donner de l'ironie à celle-ci), aucune note sur le langage non verbal n'a été prise et celui-ci n'a donc pas été analysé.

Certaines réponses ont pu également parfois être induites par l'investigateur de par son inexpérience. Elles ne concernaient que des codes déjà connus.

En ce qui concerne le focus group, celui-ci a été réalisé auprès d'un groupe de pairs. Cela a pu influencer les résultats dans la mesure où le recrutement ne concernait que des médecins se connaissant et intéressés par la formation médicale continue. De plus, un des deux investigateurs connaissait certains des médecins participant au groupe de pairs. Cependant, il est difficile de regrouper en un même moment et endroit plusieurs médecins, et le focus group est un moyen d'y parvenir.

Il est à noter que durant ce focus group, un des médecins avait déjà participé à un entretien individuel (Entretien 1) ce qui aurait pu influencer ses réponses. Cependant, l'entretien datant de plusieurs mois, il n'en avait gardé que peu de souvenirs. De plus, lors du focus group, il n'a pas apporté de réponses différentes à celles données lors de son entretien individuel. Une des médecins du groupe de pairs avait également moins de 2 ans d'exercice, ce qui était normalement un critère d'exclusion. Cependant, ce critère était surtout intéressant pour les entretiens individuels afin d'avoir une expérience minimale pour pouvoir échanger. En focus group avec d'autres médecins ayant de l'expérience, ce critère était moins pertinent. Nous avons donc décidé de ne pas l'exclure.

2.2. La Saturation

Par convention, la saturation avait été définie comme la succession de 2 entretiens sans nouveaux codes. Nous n'avons pas réussi à obtenir ces deux entretiens successifs. Cependant, sur les 4 derniers entretiens individuels réalisés, nous avons obtenu très peu de nouveaux codes : 1 code pour l'entretien 15, 0 pour le 16ème, 2 pour le 17ème et 0 pour le 18ème, donc une moyenne de 0,75 code sur les 4 derniers entretiens. De plus, notre focus group, réunissant 6 médecins n'a retrouvé que 2 nouveaux codes. En outre, notre grille d'entretien est restée figée au cours des 5 derniers entretiens, les nouveaux codes étant suffisamment explicites pour ne pas avoir besoin de les préciser. Nous sommes donc arrivés à une saturation pragmatique.

Nous avons eu des difficultés à obtenir deux entretiens successifs sans nouveaux codes probablement pour plusieurs raisons:

D´abord, le champ assez large de notre grille d'entretien : les habitudes thérapeutiques de chacun, son expérience, sa relation avec l'hôpital, ses confrères.

Et des sujets complexes comme les raisons de la peur, d'un raisonnement.

Nous sommes pourtant très proches de ces 2 entretiens successifs : sur les 3 derniers entretiens, 2 entretiens ne retrouvaient aucun nouveau code. Il est à noter qu'entre ces 2 entretiens s'intercale un entretien réalisé avec un médecin enseignant à la faculté de Grenoble. Il est possible que ce type de profil particulier ait participé à l'apparition de nouveaux codes.

2.3. Les résultats

Notre travail de recherche a, de manière logique, permis de retrouver de nombreux freins présents dans la littérature. Cependant, nous avons pu en préciser certains. Ainsi, par exemple, la sous prescription médicamenteuse chez les personnes agées à pu être étayée : ploypathologie, effets secondaires plus fréquent, adaptation des seuils à l'âge, faible bénéfice sur l'espérance de vie. Nous avons également pu découvrir de nouveaux freins comme l'absence de consigne dans les courriers des cardiologues ou les difficultés de prise en charge à domicile ou en EPHAD ainsi que de nombreux freins inhérents au réseau de soins.

- <u>Les freins liés au médecin:</u>

Plusieurs éléments, non présents dans notre bibliographie ou peu détaillés, ont pu être étayés: Des problèmes de compétence, l'attitude d'attente (pas forcément volontaire) et la peur. Ainsi notre étude, de par sa méthode qualitative, a permis de mieux les étudier. En effet, ces paramètres sont difficilement intégrables dans un questionnaire quantitatif.

D'après nos résultats, peu de formations sont proposées en formation continue [FG], alors que les recommandations de l'ICFEA ont évolué à plusieurs reprises ces dernières années. La notion de dose cible des thérapeutiques est très fréquemment non connue des médecins. Il est à noter que cette méconnaissance est également présente chez de jeunes médecins[E15], incitant à croire qu'il existe également un problème de formation initiale. Cela explique probablement que tout comme le décrivait la thèse du docteur Chabanne[34], les traitements sont considérés comme optimaux par les MG lorsque le patient est stable. Des traitements non recommandés étaient également parfois associés (deux ARM par exemple) Les MG peuvent également parfois baisser les bêta-bloquants lors d'une décompensation. Il s'agit d'un point important à revoir en formation puisque cette attitude thérapeutique est délétère pour le patient à long terme[37].

Des problèmes de communication entre les sociétés savantes et les MG existent, comme en témoigne le fait que plusieurs médecins ne consultent pas les recommandations, pensant qu'il n'y a pas de nouveauté. Il faut dire aussi que de nouvelles recommandations sortent très régulièrement, et sont souvent très complètes et donc chronophages à lire. La rapidité de l'évolution de la médecine ces dernières années peut être difficile à suivre pour une spécialité aussi transversale que la médecine générale. De surcroit, le moteur de recherche de l'HAS, peu pratique, rebute également pour aller chercher ces recommandations. Il est intéressant de noter que certains médecins n'ont qu'une confiance limitée envers les recommandations de cette dernière. Les recommandations sont parfois jugées trop techniques et paracliniques pour les médecins généralistes. Une attention particulière doit donc être apportée lors de la rédaction de ces recommandations afin de prendre en compte l'exercice des médecins de premier recours.

Ce problème de formation explique probablement plusieurs éléments:

- La délégation très fréquente au cardiologue ou la nécessité de son avis pour la gestion des traitements de fond.
- La peur / crainte envers un sujet que l'on ressent comme peu maitrisé.
- Le fait que certains MG perçoivent leur rôle plutôt dans la gestion des diurétiques ou le renouvellement d'ordonnance que dans la gestion active des traitements de fond.
- Le fait que l'introduction du des B- à faibles doses pour l'ICFEA ne soit pas autorisée aux généralistes participe également à cette perception qu'ont les médecins de leur rôle dans l'IC. Cela participe également probablement à une majoration de l'anxiété des MG vis-à-vis de cette classe thérapeutique.

Il est à noter qu'une crainte revient souvent: Celle du bronchospasme sous bêta-bloquant dès que le patient présente des sibilants. Une décompensation cardiaque pouvant également se manifester par des sibilants expiratoires (asthme cardiaque), il est fort possible que certains patients aient vu leur traitement bêta-bloquant diminué sur un tableau de décompensation cardiaque. Les BNP peuvent aider mais ne sont probablement pas suffisants ou pas suffisamment maitrisés pour enlever tout doute de bronchospasme chez le médecin généraliste.

En ce qui concerne la peur, elle n'est pas seulement le fruit d'un manque de connaissance. Elle résulterait souvent, également d'expériences antérieures négatives. Ces expériences malencontreuses inciteraient les MG à ne pas forcément suivre les recommandations. Cette attitude avait déjà été décrite dans une autre étude qualitative[33] .

Dans les freins liés au médecin, il est apparu de manière étonnante, que l'ICFEA était régulièrement citée comme peu fréquente dans les cabinets. Les MG sont-ils shuntés par leurs confrères cardiologues?[FG] Ou bien cet antécédent est-il oublié dans les dossiers (l'IDM est marqué mais pas l'ICFEA en résultant ?). Ce ne sont que des hypothèses. A noter que ce frein était déjà mentionné dans une thèse sur l'insuffisance cardiaque parue en 2008[34].

Si le MG suspecte l'insuffisance cardiaque, celle-ci est confirmée par le cardiologue. Il est donc normal que le médecin généraliste délègue la prescription initiale des traitements de fond au cardiologue. Cependant, nous avons pu constater que la délégation ou les demandes d'avis étaient fréquentes dans de très nombreuses situations. Les médecins généralistes semblent donc être peu à l'aise avec cette pathologie. Il est bon de remarquer que certains médecins déléguent ou demandent un avis en l'absence de consignes du cardiologue, ces consignes concernant les objectifs thérapeutiques sont souvent absentes dans les courriers.

- <u>Les freins liés au traitement</u>

De nombreux freins attendus ont été retrouvés, la bradycardie sous B- par exemple. Cependant sa définition diffère en fonction des MG (Entre 60 et 45 battements par minute). Ces bradycardies n'étaient d'ailleurs pas toujours décrites comme symptomatiques. L'hypotension a été également retrouvée, avec un problème de fiabilité de la mesure au cabinet, soulevé par un des MG. Ainsi, il serait probablement souhaitable de réaliser régulièrement des MAPA chez ces patients afin d'optimiser au mieux les traitements. L'utilisation voir le remboursement de tensiomètre chez ces patients serait également une voie de réflexion. Elle permettrait au patient de participer activement à sa prise en charge tout en permettant au médecin de disposer de mesures fiables par autosurveillance et carnet de suivi ou bien télésurveillance.

Si l'asthénie sous B- avait déjà été décrite[18,27,23,34], les médecins vont plus loin dans les entretiens en parlant de désadaptation à l'effort avec une dégradation significative de la qualité de vie des patients sous B-. Cela va à l'encontre de l'objectif des traitements. Ce ressenti des MG n'est pas à négliger et mériterait une réflexion afin de pouvoir apporter une réponse adaptée lors des programmes de formation. En effet, on ne peut pas attendre des médecins de 1er recours qu'ils optimisent les traitements s'ils ont l'impression de nuire à leurs patients. Il est à noter qu'une étude récente[35] à montrer, au contraire, une amélioration des capacités physiques des patients les mieux traités par B- (mesuré par la V02Max). Il parait difficile de faire la part des choses entre une diminution des capacités physiques liée à la pathologie ou à un traitement. Il pourrait également s'agir là d'une mauvaise image des bêta-bloquants véhiculée par leur contre-indication absolue chez l'insuffisant cardiaque autrefois. Mal utilisés, ils peuvent être à l'origine d'une surmortalité, l'insuffisance cardiaque grave décompensée restant par exemple une contre-indication à l'introduction de cette classe thérapeutique.

- Les freins liés au réseau

Si notre première grille d'entretien abordait déjà les problèmes de réseaux, nous ne nous attendions pas à ce qu'ils soient si présents dans nos résultats.

Communication

La communication entre les différents intervenants semble entravée par différents facteurs.Tout d'abord, le frein le plus important, à notre sens, est l'absence de conduite à tenir dans les courriers. Cela n'encourage pas les médecins généralistes à majorer les posologies des traitements de fond. Une pédagogie renforcée des courriers,

expliquant la notion de posologie cible, serait probablement bénéfique pour la prise en charge des patients.

La relation entre les MG et l'hôpital semble être régulièrement difficile. Il ne s'agit pas là d'un élément original de notre thèse[34]. Il existe déjà une première difficulté au niveau du secrétariat. Cette difficulté et l'absence de place directe dans les services obligeant à un passage par le service des urgences, semblent décourager nombre de MG de s'adresser aux cardiologues de l'hôpital. Par contre, si les courriers de sortie d'hospitalisation arrivent parfois en retard, les médecins sont satisfaits de l'arrivée de SISRA réduisant les délais entre la sortie du patient et l'arrivée du compte rendu.

Relation entre les médecins

De plus, alors que certains hôpitaux ont fait des efforts afin de distribuer des annuaires aux MG de leur bassin, les numéros directs restent de manière étrange, inconnus de certains MG.

Les relations entre les médecins peuvent également être un frein à l'optimisation. Parfois le médecin généraliste n'a même plus la possibilité de modifier l'ordonnance soit parce qu'il ne voit plus le patient (le cardiologue renouvèle tous les traitements), soit parce qu'un confrère a clairement induit un manque de confiance au patient. Il ne faut pas oublier la place centrale qu'occupe le médecin généraliste dans la prise en charge du patient et en tenir compte afin de maintenir de bonnes relations bilatérales dans le seul intérêt du patient. L'exemple du patient présentant une hyperkaliemie et refusant de prendre le traitement adéquat en est la preuve.

Un seul MG nous a parlé des réseaux spécialisés sans les trouver pertinents. La communication sur ces réseaux est-elle suffisante et sont-ils adaptés à l'exercice de la médecine générale? Ce problème d'articulation entre les réseaux spécialisés et le MG, pourtant pivot de la prise en charge, avait déjà été cité dans une autre étude[34]. Cependant, notre étude a été réalisée dans le bassin d'Annecy. Le réseau PRADO gérant notamment l'insuffisance cardiaque, est très récent (2015) et ne s'occupe que des patients dans les 6 mois suivant leur hospitalisation. Si nous avions réalisé cette étude dans le bassin de Grenoble, il est possible que les médecins interrogés nous aient plus fréquemment parlé de réseau. En effet, le Réseau des insuffisants cardiaques de l'Isère (RESIC38[42]) est plus ancien et le suivi des patients plus long et plus complet associant obligatoirement le MG.

Organisation des soins

Sans surprise, les consultations à l'EPHAD et à domicile constituent une difficulté supplémentaire.

La tenue des dossiers semble être une difficulté fréquente en EHPAD. Le médecin et le personnel n'ont probablement pas assez de temps pour tenir correctement les dossiers et des informations qu'ils contiennent peuvent être peu utiles pour le médecin. L'autre difficulté est l'accès aux spécialistes chez des patients lourds médicalement. Dans certains EHPAD, des équipes mobiles de gériatrie se déplacent. Ce modèle est plus difficilement extrapolable aux cardiologues, car cela nécessiterait de déplacer notamment des appareils d'échographie, onéreux et fragiles. Une utilisation plus fréquente des hôpitaux de jours (avec consultation cardiologue, gériatre et autre) peut être une solution.

A domicile, la principale difficulté semble être l'accès aux informations. En effet, les cabinets de médecins sont maintenant quasiment tous informatisés. Sans ordinateur, bon nombre d'informations sont manquantes si elles ne sont pas imprimées avant la visite. A l'heure de la mobilité des systèmes informatiques (smartphones, tablettes), des solutions peuvent être envisagées mais les logiciels médicaux doivent le permettre.

La surveillance est également plus complexe en ville comparée à un service hospitalier. Des solutions sont possibles: passage d'infirmier, achat d'un tensiomètre par le patient, dispositif de télémédecine:

La télémédecine avec notamment la télésurveillance, peut être une solution, que ce soit pour les patients à domicile ou les patients en EPHAD. Ces démarches sont déjà en route. Ainsi le decret 36 de la loi de finance de la sécurité sociale 2014, vient récemment d'être modifié afin d'élargir les expérimentations à l'ensemble de la France tout en simplifiant les démarches administratives. Il s'agit notamment d'une télésurveillance du poids, de questionnaires quotidiens sur les principaux signes de décompensation ou bien encore d'une surveillance du BNP capillaire et de l'éducation thérapeutique à distance. L'étude PIMPS[36] (plateforme interactive médecins patients santé) en cours, cherche à déterminer l'impact d'une telle stratégie sur la mortalité et les hospitalisations itératives. A noter que des données sont déjà disponibles sur l'insuffisance cardiaque notamment une méta-analyse récente[43] , mais que des études complémentaires sont nécessaires.

Les plannings, pas assez flexibles, gênent également le travail du médecin, les consultations étant trop courtes pour une optimisation des traitements des patients ICFEA. Une cotation spécifique a été mise en place pour ces patients en sortie d'hospitalisation. Vu le coût que représentent les hospitalisations à répétition de ces

patients, une cotation spécifique ne doit-elle pas être mise en place pour toute consultation complexe? De manière étonnante, cette pathologie ne figure pas parmi les ROSP (rémunération sur objectif de santé publique).

- Les freins liés au patient

Notre bibliographie nous a permis d'identifier l'âge comme facteur péjoratif fréquent d'optimisation des traitements[15,21,25]. Ainsi, au cours de notre travail, nous avons pu détailler de manière beaucoup plus précise le raisonnement thérapeutique des médecins sur ce point précis. Plusieurs freins sont pris en compte comme le risque de chute, de déshydratation, de troubles ioniques, une sensibilité accrue aux changements de posologie… Ces éléments confèrent une balance bénéfice/ risque particulière chez les personnes âgées, surtout en ce qui concerne les B-. Parfois, avec un certain bon sens clinique, les médecins reconnaissent adapter les objectifs à l'âge et l'état du patient. Ainsi, l'absence de majoration des traitements peut paraitre comme volontaire, les médecins ne souhaitant pas prendre le risque d'effets secondaires pour un intérêt discutable: améliorer l'espérance de vie d'un patient en fin de vie ou les capacités physiques d'un patient grabataire.

A noter tout de même, les essais thérapeutiques[5, 6] incluaient des personnes âgées. Par exemple, l'étude SENIORS[40] sur le Nebivolol incluait 19% d'octogénaires et quelques nonagénaires. Il est donc probablement à rappeler l'intérêt de tels traitements y compris chez la personne âgée.

Le choix du patient est également régulièrement cité comme frein à l'optimisation[13, 33 ,34]. Notre travail de recherche a pu le préciser d'avantage: suivi en consultation

irrégulier, refus de bilans rapprochés, patient en EHPAD en faible demande de soin ou bien encore refus de toute prise en charge médicale ou d'une hospitalisation. Ces attitudes ne sont pas rares dans les pathologies chroniques. Une des solutions est une éducation thérapeutique renforcée Parfois le patient n'a pas confiance en son médecin généraliste [FG]. Le médecin parait-il suffisamment à l'aise dans son discours pour rassurer le patient?

L'isolement des patients n'avait pas été retrouvé en tant que tel dans la bibliographie ayant précédé notre étude. Un passage infirmier régulier, voire quotidien n'est probablement pas suffisant pour assurer la sécurité du patient. Là encore, la télémédecine pourrait permettre une surveillance plus étroite du patient

- Les freins techniques

Parfois, les médecins généralistes pensent ne pas avoir suffisamment de moyens paracliniques à disposition (dont l'échographie) pour pouvoir adapter les traitements. Si une échographie reste un élément clef dans le suivi de l'ICFEA, elle n'est pour autant pas indispensable avant toute majoration de traitement. Cet élément doit être, une fois de plus, intégré aux programmes de formation.

Les médecins sont également parfois gênés par l'absence de biologie récente au moment voulu. Même si les laboratoires de ville peuvent rendre des résultats rapidement, cela n'est souvent pas possible en fin de journée. En Suisse, des médecins disposent de laboratoire dans leur cabinet. Il parait difficile d'extrapoler ce modèle en France. Mais sans aller jusque-là, le développement de techniques d'analyses capillaires est une voie prometteuse avec notamment le BNP capillaire qui sera probablement une aide utile au médecin généraliste.

2.4. Qualité de l'étude

Bien qu'à la base non conçu autour de ces critères de manière volontaire, notre travail répond à de nombreux critères de qualité COREQ. (Annexe 3 : Critères de qualité).

La validité externe de notre travail repose la description de notre population d'étude et de ses nombreuses dimensions. Elle repose également sur notre saturation après atteinte de la variation maximale. En ce qui concerne nos résultats, un grand nombre se retrouve dans d'autres études de notre bibliographie, ce qui renforce encore notre validité externe.

La validité interne de notre étude repose sur une triangulation des résultats Etant donné que nous avons également réalisé un Focus group, notre validité interne est également renforcée d'une triangulation des techniques de recueil (entretiens individuels et Focus group). Cependant, nous n'avons pas réalisé de rétroaction des verbatim et des livrets de codes. La rétroaction des verbatim nous a été proposée en fin de recherche. Cependant vu le délai qui se serait écoulé entre la rétroaction et l'entretien (souvent plusieurs mois), l'intérêt nous paraissait très discutable. Nous avons donc choisi de ne pas renvoyer les verbatim.

CONCLUSION

POUR LA CONCLUSION DE VOTRE THESE,
INDICATIONS A RECOPIER (*).

(*) THESE SOUTENUE PAR :MATHIEU Damien et DESBOIS Clement

(*) TITRE :Les freins à l'optimisation des traitements médicamenteux de fond de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection altérée par les médecins généralistes.

CONCLUSION

Partant du constat que les patients insuffisants cardiaques à fraction d'éjection altérée demeurent sous traités malgré des recommandations récentes, notre thèse avait pour objectif d'identifier les freins à l'optimisation des traitements médicamenteux de ces patients par les médecins généralistes. Il s'agit du premier vrai travail qualitatif sur le sujet. Dix-huit entretiens individuels ont été réalisés ainsi qu'un focus group (6 médecins généralistes).

De par sa méthode qualitative, notre thèse a permis de discuter de sujets sensibles et difficilement accessibles à la recherche quantitative. Les résultats de ce travail traduisent le ressenti des médecins généralistes quant à leur pratique clinique quotidienne. Nous avons identifié cinq grandes catégories de freins: liés au réseau de soins, liés au patient, liés au médecin, liés aux traitements ainsi que des freins techniques.

Notre travail met en évidence des freins non décrits dans la littérature comme les attitudes de délégation ou d'attentisme du médecin, mais également la problématique de la méconnaissance des modalités de prescription des traitements recommandés, probablement en lien avec une formation insuffisante à cette pathologie.

Des freins antérieurement connus mais que nous avons précisés : la communication entre les intervenants, les problèmes de prise en charge des patients âgés à domicile ou en EPHAD au sein du réseau de soins.

Concernant le patient, la sous prescription médicamenteuse chez la personne âgée a également été approfondie (risque de iatrogénie, comorbidités).

Concernant les freins liés au traitement, ils étaient dominés par la classe des bêta-bloquants avec leurs effets secondaires réels ou supposés, et leur prescription initiale restreinte.

Ce travail nous permet donc d'entrevoir des pistes d'amélioration de la prise en charge de ces patients insuffisants cardiaques à fraction d'éjection altérée. Certaines sont déjà en place mais mériteraient d'être optimisées, notamment sur le parcours patient : la communication entre les intervenants à travers un réseau de soin, le programme PRADO et prochainement le déploiement de la télémédecine. La formation initiale et continue des médecins généralistes à cette pathologie semble souffrir ou a souffert de lacunes. Un travail de recherche similaire pourrait également être réalisé chez les cardiologues, pour identifier de nouveaux freins ou accentuer une problématique commune.

In fine, nous espérons que ce travail puisse servir à améliorer la prise en charge de cette maladie chronique, fréquente et grave en agissant à la fois au niveau décisionaire (ARS, faculté) ainsi qu'à un niveau local au sein d'un groupe de soignants.

(*) VU ET PERMIS D'IMPRIMER
(*) Grenoble, le 13/10/17

(*) LE DOYEN

Pour la Présidente
et par délégation
Le Doyen de la Faculté
Pr. Jean-Paul ROMANET

(*) J.P. ROMANET

(*) LE PRESIDENT DE LA THESE

(*) PROFESSEUR VANZETTO

BIBLIOGRAPHIE

1. L'état de santé de la population en France - Rapport 2011 - Etat_sante-population_2011.pdf [Internet]. [cité 12 janv 2017]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011.pdf

2. Tuppin P, Cuerq A, de Peretti C, Fagot-Campagna A, Danchin N, Juillière Y, et al. First hospitalization for heart failure in France in 2009: patient characteristics and 30-day follow-up. Arch Cardiovasc Dis. nov 2013;106(11):570-85.

3. The CONSENSUS Trial Study Group. Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure. Results of the Cooperative North Scandinavian Enalapril Survival Study (CONSENSUS). N Engl J Med. 4 juin1987;316(23):1429-35.

4. The SOLVD Investigators. Effect of Enalapril on Survival in Patients with Reduced Left Ventricular Ejection Fractions and Congestive Heart Failure. N Engl J Med. 1aout 1991; 325:293-302.

5. The Cardiac Insufficiency bisoprolol Study II (CIBIS-II): a randomised trial. Lancet. 2 janv 1999;353(9146):9-13.

6. Effect of metoprolol CR/XL in chronic heart failure: Metoprolol CR/XL Randomised Intervention Trial in Congestive Heart Failure (MERIT-HF). Lancet. 12 juin 1999;353(9169):2001-7.

7. Pitt B, Zannad F, Remme WJ, Cody R, Castaigne A, Perez A, et al. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. Randomized Aldactone Evaluation Study Investigators. N Engl J Med. 2 sept 1999;341(10):709-17.

8. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. [internet] [cité le 12 janvier 2017]. Disponible sur http://www.sfcardio.fr/sites/default/files/pdf/guidelines_acute_chronique.pdf

9. de Groote P, Isnard R, Clerson P, Jondeau G, Galinier M, Assyag P, et al. Improvement in the management of chronic heart failure since the publication of the updated guidelines of the European Society of Cardiology. The Impact-Reco Programme. Eur J Heart Fail. janv 2009;11(1):85-91.

10. Frappé P. Initiation à la recherche clinique. Global Media Sante ; 2011.

11. Paille P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 3eme éd Armand Colin; 2012.

12. Saheb Sharif-Askari N, Sulaiman SAS, Saheb Sharif-Askari F, Al Sayed Hussain A, Al-Mulla AA. Assessment of guideline adherence in hospitalised heart

failure patients with systolic dysfunction in Dubai, United Arab Emirates. Int J Cardiol. 1 avr 2014;172(3):e491-493.

13. Steinman MA, Dimaano L, Peterson CA, Heidenreich PA, Knight SJ, Fung KZ, et al. Reasons for not prescribing guideline-recommended medications to adults with heart failure. Med Care. oct 2013;51(10):901-7.

14. Holzapfel N, et al. Guideline adherence for pharmacotherapy of chronic systolic heart failure in general practice: a closer look on evidence-based therapy. Clin Res Cardiol. avr 2008;97(4):244-52.

15. Juillière Y, Suty-Selton C, Riant E, Darracq J-P, Dellinger A, Labarre J-P, et al. Prescription of cardiovascular drugs in the French ODIN cohort of heart failure patients according to age and type of chronic heart failure. Arch Cardiovasc Dis. janv 2014;107(1):21-32.

16. Moreno IB, Carlo CH del, Pereira-Barretto AC. Optimized treatment and heart rate reduction in chronic heart failure. Arq Bras Cardiol. nov 2013;101(5):442-8.

17. Cohen Solal A, Leurs I, Assyag P, Beauvais F, Clerson P, Contre C, et al. Optimization of heart Failure medical Treatment after hospital discharge according to left ventricular Ejection fraction: The FUTURE survey. Archives of Cardiovascular Diseases. juin 2012;105(6–7):355-65.

18. Ong HT, Ong LM, Kow FP. Beta-blockers for heart failure: an evidence based review answering practical therapeutic questions. Med J Malaysia. févr 2012;67(1):7-11.

19. Mentz RJ, Fiuzat M, Wojdyla DM, Chiswell K, Gheorghiade M, Fonarow GC, et al. Clinical characteristics and outcomes of hospitalized heart failure patients with systolic dysfunction and chronic obstructive pulmonary disease: findings from OPTIMIZE-HF. Eur J Heart Fail. avr 2012;14(4):395-403.

20. Peters-Klimm F, Müller-Tasch T, Schellberg D, Remppis A, Barth A, 12. Zugck C, Franke J, Gelbrich G, Frankenstein L, Scheffold T, Pankuweit S, et al. Implementation of pharmacotherapy guidelines in heart failure: experience from the German Competence Network Heart Failure. Clin Res Cardiol. avr 2012;101(4):263-72.

21. Heywood JT, Fonarow GC, Yancy CW, Albert NM, Curtis AB, Gheorghiade M, et al. Comparison of medical therapy dosing in outpatients cared for in cardiology practices with heart failure and reduced ejection fraction with and without device therapy: report from IMPROVE HF. Circ Heart Fail. sept 2010;3(5):596-605.

22. Sinha S, Schwartz MD, Qin A, Ross JS. Self-reported and actual beta-blocker prescribing for heart failure patients: physician predictors. PLoS ONE. 31 déc 2009;4(12):e8522.

23. Verdú Rotellar JM, Barroso A, Bernáldez MJ, Domíngueza M, Pie M, Sancho F, et al. Beta-blocker treatment of stable heart failure in primary care. Rev Esp Cardiol. oct 2009;62(10):1141-8.

24. McKee SP, Leslie SJ, LeMaitre JP, Webb DJ, Denvir MA. Management of chronic heart failure due to systolic left ventricular dysfunction by cardiologist and non-cardiologist physicians. Eur J Heart Fail. août 2003;5(4):549-55.

25. Yilmaz MB, Refiker M, Guray Y, Guray U, Altay H, Demirkan B, et al. Prescription patterns in patients with systolic heart failure at hospital discharge: why beta blockers are underprescribed or prescribed at low dose in real life? Int J Clin Pract. févr 2007;61(2):225-30.

26. Lopes RJ, Lourenço AP, Mascarenhas J, Azevedo A, Bettencourt P. Safety of spironolactone use in ambulatory heart failure patients. Clin Cardiol. nov 2008;31(11):509-13.

27. Komajda M, Amouyel P, Johnson N, Bergougnoux L, Laperche T, de Groote P, et al. [Treating heart failure with carvedilol in private practice (initiating treatment and follow-up at one year. The KEOPS study]. Arch Mal Coeur Vaiss. oct 2007;100(10):818-26.

28. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative - Première partie: d'« Acteur » à « Interdépendance ». Exercer. 2009;(87):74-9.

29. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative - Deuxième partie: de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer. 2009;(88):106-12.

30. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;(84):142-5.

31. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Prat Psychol. 2004;10(1):79-86.

32. Hirt MN, Muttardi A, Helms TM, van den Bussche H, Eschenhagen T. General practitioners' adherence to chronic heart failure guidelines regarding medication: the GP-HF study. Clin Res Cardiol. mai 2016;105(5):441-50.

33. Freeman, A. and Sweeney, K. (2001). Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *BMJ*, 323(7321), pp.1100-1100.

34. Chabanne D. Insuffisance cardiaque chronique à fraction d'éjection altérée. Evaluation de la prise en charge thérapeutique dans un réseau ville hôpital [Thèse de Doctorat en médecine]. Nantes : Faculté de médecine ; 2008.

35. Verbrugge FH, Vrijsen J, Vercammen J, Grieten L, Dupont M, Mullens W. Heart rate reduction and exercise performance in recent onset heart failure with reduced ejection fraction: arguments for beta-blocker hypo-response. Acta Cardiol. oct 2015;70(5):565-72.

36. PIMPS - Plateforme Interactive Médecins Patients Santé [Internet]. [cité 30 juin 2017]. Disponible sur: https://www.pimps.fr/pimps/pratique

37. Jondeau G, Neuder Y, Eicher J-C, Jourdain P, Fauveau E, Galinier M, et al. B-CONVINCED: Beta-blocker CONtinuation Vs. INterruption in patients with Congestive heart failure hospitalizED for a decompensation episode. Eur Heart J. sept 2009;30(18):2186-92.

1.

38. Pitt B, Remme W, Zannad F, Neaton J, Martinez F, Roniker B, et al. Eplerenone, a Selective Aldosterone Blocker, in Patients with Left Ventricular Dysfunction after Myocardial Infarction. New England Journal of Medicine. 3 avr 2003;348(14):1309-21.

39. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failureThe Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 14 juill 2016;37(27):2129-200.

40. Flather MD, Shibata MC, Coats AJS, Van Veldhuisen DJ, Parkhomenko A, Borbola J, et al. Randomized trial to determine the effect of nebivolol on mortality and cardiovascular hospital admission in elderly patients with heart failure (SENIORS). Eur Heart J. févr 2005;26(3):215-25.

41. McMurray JJV, Packer M, Desai AS, Gong J, Lefkowitz MP, Rizkala AR, et al. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. N Engl J Med. 11 sept 2014;371(11):993-1004.

42. Resic38 > Accueil [Internet]. [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: https://www.resic38.org/

43. Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 7 sept 2015;(9):CD002098.

ANNEXES

Annexe 1 : Canevas d'entretien

Premier canevas d'entretien

Présentation:

Bonjour. « *Prénom de interne* » je suis interne en médecine générale. Nous sommes ici pour discuter des patients insuffisants cardiaques et plus précisément ceux qui à l'échographie ont une fraction d'éjection diminuée.

En effet l´objet de notre thèse traite des traitements médicamenteux des insuffisants cardiaques. Ce qui m'intéresse aujourd'hui c'est de discuter avec vous de la façon dont vous gérez cette pathologie chez vos patients. Nous ne sommes pas là pour vous évaluer ni vous juger. Ce qui nous intéresse, ce n'est pas ce que l'on doit faire, mais ce que vous vous faites et surtout pourquoi.

Nous allons, si vous le permettez, enregistrer cet entretien à l´aide d´un dictaphone. L´entretien sera retranscrit puis analysé. Votre identité sera anonymisée dès le départ. Il me faut cependant votre consentement.

I : Histoire du patient.

Je vous propose donc d'essayer de vous rappeler d'un de vos patients dans cette situation d'insuffisance cardiaque avec un ventricule gauche (VG) altéré.

. Vous l'avez vu en consultation ou en visite, vous l'avez examiné et vient le moment d'évaluer ses traitements, de renouveler son ordonnance :

Si peu de thèmes abordés, lui demander de se rappeler d'un autre patient avec une situation différente. Exemple patient sorti récemment de l´ hôpital ?
Comment cela se passe-t-il en pratique ?

II : Habitudes/ préférences thérapeutiques :

Qu'est-ce qui vous fait, chez votre patient insuffisant cardiaque à FEA, modifier les posologies des traitements ?

Y'a-t-il des critères biologiques qui modifient votre attitude thérapeutiques ? (créatinine, BNP, K+…)

Question de relance :

Pendant ou après décompensation y a-t-il des traitements que vous enlevez ou modifiez ?

1. En ce qui concerne les B-

Pour vous, personnellement, à partir de quelle tension et FC décidez-vous de ne plus augmenter, voier de baisser les traitements ?

Les patients sont-ils symptomatiques de leur hypotension ou bradycardie ?

2. Et pour les IEC/ARA2 ? à partir de quelle tension ?

Quelles craintes ou hésitations avez vous avec ces molécules ?

3. Avez-vous des patients IC avec des pathologies associées ? BPCO, l'asthme, insuffisance rénale, démence, artériopathie?

Chez les patients BPCO, avez-vous une stratégie pour tenter d'introduire les bêta-bloquants ?

IEC : Comment faîtes vous pour moduler les traitements par IEC chez les patients insuffisants rénaux ?

4. Dans qu'elle mesure l'âge influence t il vos choix thérapeutiques ?

Biologie :

Et les anti-aldostérone (spironolactone et éplerenone) vous les utilisez ou pas ? Quelle est votre expérience concernant cette classe ?

Vous avez des patients qui en ont ? qui les a introduits ?

III : Ressources :

En cas de difficulté dans la gestion d'un de ses patients, sur quelles ressources vous appuyez vous ?

-spécialiste
- hôpital
- ressources de littérature éventuellement recommandations.
- famille éventuellement

Nous vous remercions de votre participation

Voulez-vous que l'on vous communique les résultats de notre thèse ?

Adresse mail.

Recrutement

Connaitriez-vous des médecins généralistes avec un profil assez différent du vôtre qui accepteraient de discuter de ce sujet avec nous ? (si accepte, lui préciser de ne pas parler du questionnaire s'il souhaite l'appeler lui-même avant ou s'il le croise.)

Dernier canevas d'entretien

Présentation:

Bonjour. *« Prénom de interne »* je suis interne en médecine générale.

Nous sommes ici pour discuter des patients insuffisants cardiaques et plus précisément de ceux qui à l'échographie ont une fraction d'éjection diminuée.

En effet l´objet de notre thèse traite des traitements médicamenteux de fond des insuffisants cardiaques. Ce qui m'intéresse aujourd'hui c'est de discuter avec vous de la façon dont vous gérez cette pathologie chez vos patients. Nous ne sommes pas la pour vous évaluer ni vous juger.

Ce qui nous intéresse, ce n'est pas ce que l'on doit faire, mais ce que vous vous faites et surtout pourquoi.

Nous allons si vous le permettez enregistrer cet entretien à l´aide d´un dictaphone.

L´entretien sera retranscrit puis analysé, et l'enregistrement audio effacé. Votre identité sera rendue anonyme dès le départ. Il me faut cependant votre consentement écrit.

I) Histoire du patient.

Je vous propose donc d'essayer de vous rappeler d'un de vos patients dans cette situation d'insuffisance cardiaque avec un VG altéré.

Vous vous rappelez d'un patient ? vous voulez m'en parler un peu ?

Quels traitements a t-il ? (prendre en note B- BSRA et AA pour en reparler plus tard)

Si peu de thèmes abordés, lui demander de se rappeler d'un autre patient avec une situation différente. Exemple patient sorti récemment de l´ hôpital ?

II) Traitements :

1) Quels critères cliniques et biologiques prenez-vous en compte pour modifier les traitements de fond de vos patients insuffisants cardiaques ?

Si parle de insuffisance rénale : quand vous avez un patient avec une insuffisance rénale, comment faîtes vous pour vous en sortir avec les IEC ? si ne dit pas grand-chose, demander s'il prend l'avis d'un néphrologue ou qu'en dit le cardiologue

Pour FC et TA : oseriez-vous descendre en dessous ?

2) En ce qui concerne les B-

Y a-t-il des éléments qui vous gênent lorsque vous souhaitez monter les traitements chez ces patients ?

Raynaud sous B- ?

Si patient pas à pleine dose de B-, le traitement par B- a t-il déjà été augmenté chez ce patient ou a-t-il déjà été à des doses plus élevées ?

- si a été diminué pourquoi ?
- si dit que non : le cardiologue n'a jamais essayé d'augmenter les doses ? Avez-vous déjà rencontré des problèmes avec ce patient vis-à-vis de ses B- ? Vous avez déjà voulu lui augmenter ?
- Si dit à cause de tension et que autre molécule anti hypertensive demander si lui ou le cardio a déjà essayer de l'enlever.
-Si demande pourquoi faire ? Dire que l'on ne peut pas répondre mais qu'on en rediscute après l'entretien.

3) Réalisez-vous parfois des ECG à ces patients ? Y'a-t-il des critères ECG qui vous font moduler les traitements de fond ?

4) Et pour les IEC/ARA2 ? Y-a t-il d'autres difficultés que vous rencontrez avec les IEC chez ces patients ?

Idem qu' au-dessus pour B- (a-t-il déjà eu des doses plus élevées ?)

Les traitements ont -ils déjà été augmentés ou à des doses plus élevées ?...etc

Comment faites vous pour moduler les traitements par IEC chez les patients insuffisants rénaux ?

5) Avez-vous des patients IC sous antagoniste de l'aldostérone ? rencontrez-vous des difficultés pour modifier cette molécule ?

Est-ce que cela vous est déjà arrivé de monter les B- ou les IEC ou antialdostérone et que ça se passe mal ? Avez-vous retenté de les majorer par la suite ?

Est-ce que les B- c'est un traitement que vous avez l'habitude de modifier chez vos patients en général ?

III) Patient

1) Avez-vous des patients IC avec des pathologies associés ? BPCO, l'asthme, insuffisance rénale, démence, artériopathie ?
Chez les patients BPCO, avez-vous une crainte vis-à-vis de B- ?

Avez-vous déjà eu un patient insuffisant cardiaque et BPCO qui avait des sibilants à l'examen clinique ? Quelle a été votre attitude vis-à-vis des B- ?

IEC + IR ? avis néphro ? avis cardio ?

2) Dans quelle mesure l'âge influence t il vos choix thérapeutiques ?

3) Si en parle : le caractère polypathologique vous gêne-t-il lors de votre consultation ? si oui dans quelle mesure ?
4) Avez-vous des patients IC avec des problèmes sociaux intriqués ? Lesquels ? Cela vous gêne- t-il ?

5) Vos patients âgés sont-ils à la maison ou en institutionnalisation ? Cela change-t-il quelque chose ?

Si patient à la maison : Le fait de voir les patients à domicile et pas au cabinet, cela change- t-il quelque chose dans votre prise en charge ?

6) Parmi ces patients, avez-vous ou pensez-vous avoir des patients inobservants ? cela change t- il quelque chose dans votre façon de prescrire ?

7) Avez-vous dans ces patients insuffisants cardiaques, des patients qui ont du mal à verbaliser leurs plaintes ou symptômes ? (exemple savent pas vraiment dire s'ils sont essoufflés ou pas ? s'ils ont la tête qui tourne ou pas ? s'ils sont mieux ou pas ?) Cela vous gêne t-il dans votre prise en charge ?

IV) Habitudes thérapeutiques

1) Avez-vous des patients stables ? si oui si le patient est stable, modifiez vous ses traitements de fond ?
2) Pendant ou après décompensation y-a-t-il des traitements que vous enlevez ou modifiez ?
3) Est-ce que durant votre formation initiale, vous avez manipulez les B- ? si non, est ce que cela joue sur votre façon de manipuler les B- ?
4) Si on a l'impression que délègue souvent les traitements au cardiologue, lui demander :
Diriez-vous que chez ses patients insuffisants cardiaques, les modifications des traitements de fond vous font peur ou que vous n'êtes pas à l'aise ? Pouvez-vous essayer de m'expliquer pourquoi ?

5) Vous est-il déjà arrivé de vouloir modifier les traitements de fond, sans forcément le faire mais de vouloir le faire? Si oui sur quels critères ? Et finalement qu'est-ce qui vous a empêché de le faire ?
Finalement, osez-vous, vous en tant que médecin généraliste, modifier les traitements de l'IC instauré par le cardiologue ?
6) Et avez-vous remplacé ? Osiez-vous alors modifier les traitements de fond des patients ?
7) Avez-vous beaucoup de patiens ICFEA ? cela change t-il quelque chose dans votre pratique ?

V) Ressources et communication :

En cas de difficulté dans la gestion d'un de vos patients, sur quelles ressources vous appuyez vous ?
1) spécialiste : Avez-vous des courriers suite à ces consultations ? vous donne-il des consignes pour l'adaptation des traitements de fond ? si non demander si gène la prise en charge
Si donne des consignes : vous vous rappelez d'un courrier ou le cardiologue vous a demandé d'augmenter le traitement ? L'avez-vous fait ?

Vous avez certainement de bonnes relations avec les cardiologues mais pour autant êtes-vous, à l'aise quand vous discutez avec eux, vous voyez, y a-t-il des liens qui se sont créés avec certains cardiologues par exemple ? Dans quelle mesure le fait que vous soyez plus proche de certains cardiologues, joue t- il dans votre prise en charge thérapeutique ?

2) hôpital : et l'hôpital ? vous travaillez également avec eux ? si non, demander si nuit à la prise en charge de ses patients ?CONSIGNES dans courriers pour l'adaptation des traitements ?

3) Les courriers, vous les avez rapidement ? cela vous gêne t-il ?

4) Etes-vous toujours d'accord avec les changements des traitements de fond des patients IC réalisés par l'hôpital ou par les cardiologues ? Que faites- vous en cas de désaccord ?

5) Chez votre patient à domicile, y-a-t-il un travail en équipe avec une IDE vis-à-vis de l'IC ou gérez vous cela plutôt tout seul ? Avez-vous une relation professionnelle étroite avec cette infirmière ? cela vous aide/gêne dans la prise en charge de ce patient ?
Et les cardiologues ? Avez-vous des relations étroites avec eux ?

6) Dans votre pratique, en cas de difficultés ou de questionnements sur un patient, consultez-vous les recommandations HAS ou des sociétés savantes sur l'IC ?

7) Pour vous, la modification des traitements de fond chez les patients insuffisants cardiaques relève t-elle de votre rôle de médecin généraliste ou du rôle du cardiologue ?
8) Craignez-vous d'interférer avec le cardiologue en modifiant les traitements de fond ?

VI : Connaissances

1) Cursus : Etes-vous passé(e) en cardiologie durant votre internat (ou équivalent) ? Si non cela change t-il quelque chose dans votre gestion de la pathologie ?
2) DERNIERE question : est ce que dans les courriers des cardio ou de l'hôpital on vous dit…. Enfin bref, est ce qu'on vous a fait savoir/ Est-ce que vous, vous savez qu'il existe des doses cibles à atteindre pour les traitements de fond de l'IC ?

Remerciements

Voulez-vous que l'on vous communique les résultats de notre thèse ?
adresse mail.

Sociodémographique : Donner la grille à remplir

Recrutement :
Connaîtriez-vous des médecins généralistes avec un profil assez différent du vôtre qui accepteraient de discuter de ce sujet avec nous ? (s'il dit oui, lui préciser de ne pas parler du questionnaire s'il rentre en contact avec lui.)

Annexe 2 : Note d’information

NOTE D´ INFORMATION

En rapport avec l´ Art. 32. I de la loi « informatique et liberté »

1. Ces entretiens sont réalisés dans le cadre d´un travail de thèse dont le directeur est le Dr Chacornac Mathieu (responsable du traitement de l´information) Les représentants en sont les co- thésards : Desbois Clément, et Mathieu Damien.
2. Les données recueillies n´ont pour seul but d´être analysées pour réaliser notre thèse, et les enregistrements seront détruits dès la retranscription écrite faite. L´anonymat des médecins interrogés sera respecté.
3. La réponse aux questions n´a rien d´obligatoire et il ne sera émis aucun jugement si certaines questions vous semblent embarrassantes.
4. Les seules conséquences à une absence de réponse seraient un biais éventuel à l´interprétation de notre travail.
5. Les données seront exclusivement consultables par le directeur de thèse et les deux co-thésards (nommés ci-dessus).
6. Droits des personnes à l'égard des traitements de données à caractère personne : Selon Article 38 à 43.

   Vous avez notamment :

   le droit de vous opposer, pour des motifs légitimes, à ce que des données à caractère personnel vous concernant fassent l'objet d'un traitement.

   Le droit d'interroger le responsable d'un traitement de données à caractère personnel en vue d'obtenir : La communication, sous une forme accessible, des données à caractère personnel qui vous concernent.

   D´ exiger du responsable d'un traitement que soient, selon les cas, rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées certaines données
7. Il n´y aura pas de transfert de données à caractère personnel envisagé à destination d´un Etat non membre de la communauté européenne.

   Je soussigné atteste avoir pris connaissance de cette note d´information.

Le : Signature :

Annexe 3 : Critères de qualité

Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? *Par exemple : PhD, MD*
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? *Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche*
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? *Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche*
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? *Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu*
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? *Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige*
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? *Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel*
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? *Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail*
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?

16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? *Par exemple : données démographiques, date*
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? *Par exemple : numéro de participant*
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Annexe 4: Verbatim

Entretien 1

I: Comme je vous le disais, on fait une thèse sur les traitements médicamenteux des insuffisants cardiaques. On considère uniquement les insuffisants cardiaques systoliques, ce sont ceux qui ont une fraction d'éjection inférieure à 40% évaluée à l'échographie. Le but de notre thèse en fait, n'est pas de vous évaluer ni de vous juger, mais de discuter comment vous, vous gérez cette pathologie pour, en fait, savoir un peu comment les médecins font les choses et pourquoi ils les font. Si vous le permettez on va enregistrer avec le dictaphone. Les données seront anonymisées dès leur saisie.

Je vous ai donné la feuille de consentement.

Ce que je vous propose, pour que cela soit plus simple, c'est de vous rappeler d'un de vos patients insuffisant cardiaque qui arrive en consultation, savoir un peu après l'examen comment vous évaluez son traitement et comment vous renouvelez son ordonnance.

M: *Est-ce que je vous parle d'un cas ou bien est-ce que vous me posez des questions sur quelque chose de préétabli ? Comment on s'y prend ?*

I: Et bien en pratique vous pouvez me parler d'un cas et me dire, en pratique, comment cela se passe.

M: *Parce qu'en fait quand je vois un patient insuffisant cardiaque, dans la plupart des cas c'est dans le cadre du renouvellement de son traitement d'entretien de son insuffisance cardiaque. Et donc, pour moi, les choses importantes c'est le questionnaire : Savoir s'il est essoufflé, s'il est essoufflé au repos, s'il est essoufflé à*

l'effort, pour quel type d'effort il est essoufflé. Donc le questionnaire a beaucoup d'importance. Ensuite à l'examen clinique je recherche les fameux signes d'insuffisance cardiaque que tout le monde connaît (les crépitants des bases, la dyspnée, les crépitants, les œdèmes des membres inférieurs, la prise de tension, etc.) Enfin, je n'insiste pas sur les signes cliniques et en général je m'appuie également sur la biologie puisque le BNP, je trouve, me rend service pour le suivi d'un insuffisant cardiaque. Au moins quand j'ai un doute, j'ai un BNP de départ et je peux comparer si j'ai un doute et refaire le dosage pour suivre l'évolution de son insuffisance cardiaque. Mais globalement j'accorde beaucoup d'importance à l'interrogatoire et à l'examen clinique parce qu'on a beaucoup de renseignements qui peuvent être intéressants.

I: D'accord, donc des éléments cliniques, des éléments biologiques. Est-ce que parfois ces éléments vous font modifier les posologies des traitements ?

M: *Oui, en tout cas sur les signes cliniques comme la présence de crépitants à l'auscultation, la dyspnée, les œdèmes des membres inférieurs, la valeur de la tension vont m'aider à modifier ou pas le traitement, à augmenter chez les gens âgés, les diurétiques par exemple..*

I: D'accord, après si on parle plus précisément par classe thérapeutique. Si on prend les bêta-bloquants par exemple, il y a-t-il des critères de tension ou de fréquence cardiaque qui vous font augmenter ou diminuer les traitements ?

M: *Moi, pour modifier éventuellement le bêta-bloquant ; effectivement je vais m'appuyer sur la tension et la fréquence cardiaque en n'essayant pas de la baisser de trop au-dessous de 50 battements par minute et d'autre part sur l'interrogatoire parce que les gens signalent assez volontiers. Déjà il faut s'assurer qu'il n'y ait pas un bronchospasme mais également s'ils ont une limitation dans leur capacité d'effort provoquée par leur bêta-bloquant ; donc des effets secondaires que l'on retrouve à l'interrogatoire parfois assez facilement.*

I: Parfois ils sont symptomatiques quand ils ont une tension basse ?

M: *Oui, les gens âgés en particulier. Il peut y avoir des hypotensions orthostatiques, fatigue, hypotension orthostatique, ralentissement de l'activité physique. Ça peut être des symptômes qui renseignent sur la tolérance du traitement.*

I: Donc parfois vous augmentez les traitements ?

M: *Oui, mais je trouve qu'au niveau du généraliste, en fait le traitement que le généraliste, enfin moi en tout cas, ce que je vais le plus modifier, c'est les diurétiques. Pour les autres traitements, les IEC et les bêta-bloquants, je suis déjà plus prudent et j'ai déjà plus recours à des examens biologiques comme le iono, le BNP, soit éventuellement au cardio, pas forcément sous forme de consultation mais un coup de fil au cardio si j'ai besoin de modifier ses traitements. C'est plus compliqué je trouve de modifier, enfin, j'ai eu plus souvent des mauvaises surprises, des retours de bâtons en modifiant les bêta-bloquants ou les IEC que les diurétiques qui sont plus maniables à mon avis.*

I: Des effets secondaires cliniques…

M: *Soit des effets secondaires cliniques soit une déstabilisation du, enfin une déstabilisation de la pathologie. Une dégradation parce que l'on diminue trop. Enfin ce qui est compliqué c'est qu'on a une trithérapie souvent bêta-bloquant, IEC, diurétiques et que c'est difficile de savoir sur laquelle jouer pour améliorer suivant l'interrogatoire, suivant les symptômes. Moi j'ai souvent cette difficulté à me dire quelle, sur quelle, sur laquelle des trois thérapies jouer pour améliorer tel ou tel symptôme. Voilà, c'est un peu la difficulté qu'on a dans l'insuffisance cardiaque je trouve.*

I: D'accord. Vous n'avez pas de crainte précise c'est plutôt que…

M: *Bien c'est que, ma crainte c'est que en modifiant, si on modifie en une seule fois les trois thérapies, on ne sait plus ce que l'on fait, si on n'en modifie qu'une, il faut*

savoir laquelle modifier pour être efficace. Quand tout va bien c'est un simple renouvellement donc ça va, c'est bon. Mais quand le patient signale un déséquilibre, soit on a l'impression de sur-traiter c'est-à-dire qu'il y a un effet iatrogène, soit de sous-traiter c'est-à-dire que son insuffisance cardiaque n'a pas disparu. Moi je trouve, mon opinion personnelle, c'est que le maniement des diurétiques ça va ; le maniement des bêta-bloquants et des IEC c'est déjà plus compliqué. C'est plus souvent recours à un avis cardio.

I: D'accord. Est-ce que dans vos patients insuffisants cardiaques, il y en a beaucoup qui ont des pathologies associées ? Par exemple BPCO asthme…

M: *Ouais, ouais, ouais. Souvent c'est BPCO, asthme, ça peut être du diabète aussi. Comme c'est souvent des personnes âgées, ça peut être des polypathologies,. Il peut y en avoir plus, hypotension orthostatique des choses comme ca.*

I: Chez les BPCO vous avez une crainte particulière par rapport aux bêta-bloquants ou ?

M: *Bien heu (hésitation), théoriquement non il n'y a pas de contre-indication mais il y a souvent des BPCO qui sont, qui sont limites, qui sifflent à l'auscultation et on se demande s'il n'y a, s'il n'y a pas heu (hésitation) s'il n'y a pas un certain degré de bronchospasme, du coup.*

Coup de téléphone extérieur.

M: *Oui alors, on en était où ? Oui quand il y a une BPCO, moi je ne suis pas trop à l'aise avec les bêta-bloquants…Parce que souvent… Ces gens on les ausculte ; il y a quelques sifflements alors on se dit…*

I: D'accord et chez les insuffisants rénaux ? Les IEC par exemple.

M: *Bah de toute façon, c'est des gens qui ont fait très très fréquemment des iono et la creat. C'est une surveillance de base quoi. Je ne conçois pas de surveiller un insuffisant cardiaque sans lui faire un iono régulièrement justement à cause des IEC.*

I: D'accord. Est-ce que l'âge peut parfois influencer vos choix thérapeutiques chez les personnes très âgées ?

M: *Ouais, l'âge en fait, chez les gens très âgés on a un problème justement d'insuffisance cardiaque plus ou moins incompatible avec les IEC, donc on va surveiller d'autant plus. Et il y a les polypathologies et donc les traitements associés qui posent des problèmes. Je pense que c'est d'autant plus difficile chez eux. Mais alors la personne âgée, moi j'ai pas mal de personnes âgées insuffisantes cardiaques dans ma clientèle, qui finissent juste avec un traitement diurétique avec du furosémide, parce que justement ils ont des contres indications, soit des intolérances avec les IEC ou les bêta-bloquants. Et moi j'ai deux ou trois personnes dans ma clientèle qui se retrouvent juste avec du furosemide traitées pour une insuffisance cardiaque juste avec du furosemide.*

I: Qui sont en fin de vie ?

M: *Ouais, qui ont entre 85 et 90 ans en fin de vie oui et non, car il y en a qui survivent longtemps mais heu, chez qui c'est difficile de mettre d'autre thérapeutique que le furosemide. J'en ai deux trois dans ma clientèle.*

I: Et dans ce cas-là vous ne constatez pas de nouvelle dégradation clinique par exemple ?

M: *Non, ils sont relativement bien et puis ça tient le coup comme ça. Parce que moi, j'ai dans la tête un monsieur qui a 96 ans, bon, qui est un peu en fin de vie, qui a une maladie d'Alzheimer, désorienté, on ne peut pas le déplacer comme ça à une consultation cardio pour un oui pour un non, parce que c'est pas évident. Sa famille,*

c'est pas toujours facile de le faire emmener. Donc bref, bref, j'suis obligé de me débrouiller un peu tout seul. Et ce monsieur en jouant sur les doses de furosémide, cahin-caha il va pas mal.

I: Parce que justement, avant il y avait eu des effets indésirables des bêta-bloquants et des IEC ?

M: *Ouais, ouais, justement ce patient il a une BPCO et un bronchospasme, donc il est clair que les bêta-bloquants et les IEC sont contre-indiqués chez lui et les IEC je ne me rappelle plus mais ça a dû faire grimper sa creat. J'ai dû les interrompre. Son traitement se limite à sa plus simple expression, c'est-à-dire le furosemide.*

I: Sachant qu'autrefois, il avait la trithérapie ?

M: *Ouais.*

I: D'accord, c'est intéressant. Après, dans vos ressources si vous éprouvez une difficulté de gestion, à qui faites-vous de préférence appel ?

M: *Au cardiologue, clairement c'est le cardiologue que j'appelle. Pour un avis et puis il me dit s'il faut qu'il le voie en consultation. La gestion d'un insuffisant cardiaque, surtout les gens âgés qui ne peuvent pas se déplacer facilement, j'ai le coup de téléphone facile pour le confrère cardiologue.*

I: La relation avec l'hôpital c'est…

M: *La relation avec l'hôpital, elle est très mauvaise. C'est pas à cause des cardiologues de l'hôpital, c'est à cause du système de communication : on n'arrive pas à les joindre tout simplement. On tombe une fois sur deux sur des répondeurs, sur des postes qui répondent pas, ou on est coupé ; enfin c'est compliqué mais probablement que les cardiologues ne sont pas responsables de ça. C'est, je ne sais pas, un manque de moyen ou de je ne sais pas quoi, mais on a du mal à les joindre quand même.*

I: Et pour le suivi clinique, parfois vous vous inspirez de l'impression des familles, par exemple chez les personnes âgées ?

M: *En tout cas ceux qui sont interrogeables. Mon Monsieur de 95 ans, je ne peux pas m'en passer. Lui, je vois, c'est ses filles qui l'amènent ou qui sont là quand je vais le voir. Si je ne peux pas les interroger sur comment, je sais pas moi, est-ce qu'il est essoufflé quand il se met à manger, est-ce qu'il est essoufflé quand ils le couchent, etc. Je ne sais pas moi, il me manque la moitié de mon... enfin c'est difficile, moi je trouve que les familles pour les patients désorientés elles sont irremplaçables bien sûr. Si on n'a personne, il me manque la moitié, l'examen clinique ne suffit pas toujours.*

I: D'accord, d'accord : Si on revient sur les IEC et les bêta-bloquants, juste une question qui me vient à l'esprit, est ce que vous les instaurez des fois d'emblée vous-même ou vous passez par le cardiologue ?

M: *Les IEC oui, les bêta-bloquants moi je, je ne suis pas très à l'aise avec les bêta-bloquants dans l'insuffisance cardiaque, je ne sais pas très bien les manier, Je reconnais que c'est une… (hésitation) La prescription des bêta-bloquants dans l'insuffisance cardiaque, moi c'est quelque chose que je laisse au cardiologue. Donc (hésitation), je ne donne pas de bêta-bloquants si je n'ai pas un avis. Mais bon, la plupart des insuffisants cardiaques de toute façon, ils sont vus un jour ou l'autre par le cardiologue, on ne peut pas se passer d'une échocardiographie donc ça résout le problème. Moi je ne me vois pas, d'abord je ne crois pas qu'il y ait urgence à en donner. Je ne me vois pas prescrire un bêta-bloquant sans un avis cardiologique dans cette pathologie. J'aurais trop peur des effets secondaires, d'une contre-indication. Non, je laisse ça au cardiologue.*

I: Bon et bien merci beaucoup.

I: Vous voudrez que l'on vous transmette les résultats de notre thèse à l'issu de notre travail ?

M: *Oui bien sûr. Oui ça m'intéresse. Oui c'est vrai que le suivi des insuffisants cardiaques ce n'est pas toujours évident parce que des fois c'est, c'est, c'est quand c'est intriqué. Par exemple, ce monsieur auquel je pense, il me pose beaucoup de problèmes ; car il a à la fois une BPCO spastique et une insuffisance cardiaque. Et souvent sa famille m'appelle car il est essoufflé et même après interrogatoire et examen clinique, j'en suis encore à me demander si c'est une poussée d'insuffisance cardiaque ou une poussée de bronchite spastique. Des fois j'ai du mal donc c'est là où je demande un BNP et il m'est arrivé de faire parfois presque un test, bon, on double le furosémide et on se revoit dans 3 jours. Si c'était une poussée d'insuffisance cardiaque comme je le pense ça ira mieux. Ça m'est arrivé moi ça, de dire je ne sais pas trop on va essayer le furosemide et puis on va voir.*

I: En parlant de diurétique, on a oublié de parler de l'éplerenone ou la spironolactone, je ne sais pas si vous en avez déjà utilisé.

M: *Moi c'est pareil, je laisse l'indication au cardiologue. Je n'en ai pas beaucoup d'ailleurs des malades sous spironolactone mais je laisse… Parce que dans mon esprit il y a IEC bêta-bloquants et diurétique et spironolactone vient en…*

I: C'est vrai en 3ème position

M: *3ème ou 4ème position mais après avis cardio.*

Entretien 2

I: Nous allons discuter des patients insuffisants cardiaques et puis, plus précisément, de ceux qui à l´échographie ont un ventricule qui est fatigué, donc l´objet de notre thèse est le traitement médicamenteux de l´insuffisance cardiaque. Ce qui m´intéresse aujourd´hui c´est de discuter avec vous de la façon dont vous gérez ces patients. C´est vraiment votre façon de faire, donc on n´est là ni pour évaluer ni pour juger, ce n´est pas du tout, pas du tout le but, ce qui nous intéresse c´est vraiment, voilà, comment vous gérez ces traitements et pourquoi vous les gérez de cette façon, d´accord. Nous allons, si vous le permettez, donc enregistrer cet entretien sur le dictaphone. L´entretien sera retranscrit puis analysé. L´identité sera anonymisée dès le départ et puis du coup il nous faudra votre consentement, donc je vais vous remettre une fiche, je vous laisserai la lire et puis la signer à la fin. D´accord ? Alors, donc ce que je vous propose c´est d´essayer de vous rappeler d´un de vos patients qui est insuffisant cardiaque, d´accord ? Avec un ventricule un peu fatigué. Vous l´avez peut être vu soit en consultation soit en visite, vous l´avez examiné et puis vient le moment d´évaluer ses traitements, de renouveler ses ordonnances. Est-ce que vous vous rappelez un petit peu d´une consultation, que vous avez fait avec un de ces patients dont vous pourriez me parler ?

M : Ben oui, j´en ai un à qui c´est un des rares à qui je fais des visites à domicile. C´est un homme, il doit avoir 85 ans, bon, il est bien sédentaire, et donc il a, il a depuis que je le connais des sous-crépitants dans les bases. Pas vraiment des œdèmes des membres inférieurs. Il est suivi par un cardio parce que je l´envoie régulièrement, tous les ans, chez le cardio. Moi je ne vous cache pas que ce genre de patient j´aime bien les envoyer chez le cardiologue pour avoir, un petit peu, des

adaptations thérapeutiques, des conseils… Le ventricule c´est lui qui va me dire s´il est gros ou s´il n´est pas gros, ce n´est pas moi, donc voilà, et donc ce patient il n´est pas du tout décompensé, il va plutôt bien, il a un traitement antihypertenseur aussi plus toute une flopée des médicaments qu´on connait chez les gens de cet âge-là, et donc à un moment j´ai un peu augmenté son lasilix et puis après je l´ai rebaissé. C´est le seul truc que j´ai fait comme médecin en visite à domicile, et ça s´est réglé. Voilà, moi, moi je m´appuie beaucoup sur le cardiologue dans ce cas-là.

I: D´accord, d´accord, donc du coup chez ce patient c´est surtout les diurétiques que vous touchez, c´est ça ? Si j´ai bien compris ?

M: Ouais

I D´accord

M: Ben parce qu´il avait des sous-crépitants dans les bases donc c´était une insuffisance cardiaque qui, je pense, sous diurétique allait bien se passer. Autrement les médicaments comme procorolan, par exemple, ces genres de trucs, moi j´en ai parlé à beaucoup de cardiologues, ils y croient pas trop, donc mes outils thérapeutiques derrière pour l´insuffisance cardiaque, qu'elle soit droite ou gauche, bon c´est assez réduit, et c´est ce que je vous disais, je n´ai pas beaucoup de patients qui sont vraiment des insuffisances cardiaques, quoi. Heureusement d´ailleurs, ils se tiennent plutôt bien.

I: D´accord, et, du coup, les traitements par exemple comme les bêtabloquants ou les IEC chez ces patients ce sont des choses que vous êtes amené à…

M: Ouais

I: A augmenter, à diminuer ?

M: Ca alors oui, ça c´est vrai que chez le patient qui est un peu âgé, de 80 ans, j´avais fait une formation, d´ailleurs, l´année dernière, par internet, c´est vrai que

j´ai tendance à leur mettre des bêtabloquants, mais je fais gaffe quand même, pour monter les doses, et les IEC ils y sont déjà en général donc…

I: D´accord, d´accord

M: Entre IEC et bêtabloquants je suis assez tranquille. Après mon volant c´est soit augmenter les bêta-blocants, la poso, soit passer à du diurétique quand il n'en avait pas soit augmenter le diurétique pendant trois mois et après on refait le bilan à la visite suivante.

I: D´accord, donc si je comprends bien, les bêta-bloquants vous êtes amené à les modifier, du coup qu´est-ce que vous prenez en compte comme critère pour savoir si vous les augmentez, vous les diminuez ?

M: Ben c´est généralement l´auscultation. Je regarde quels sont les signes qu´il pourrait avoir d´insuffisance cardiaque, je regarde s´il a un des traitements anti-hypertenseur associé,… alors je regarde également aussi, je fais souvent les proBNP, les fameuses proBNP, de manière assez régulière chez ces gens-là plus un bilan bio complet aussi. Voilà.

I: D´accord, donc par exemple, pour citer des signes d´insuffisance cardiaque qui pourraient vous faire, par exemple, augmenter ou diminuer le traitement…

M: L´auscultation pulmonaire surtout, l´œdème des membres inférieurs, turgescence des jugulaires, ces trucs j´ai jamais. Qu´est-ce que je pourrais avoir comme autre signe? L´insuffisance cardiaque…non, ben …c´est généralement là-dessus moi que je vois des trucs, je n´ai jamais des autres signes en pratique de vie…

I: D´accord, et… au niveau de…

M: Qu´est-ce que vous avez d´autre vous que ?

I: Au niveau, ben par exemple au niveau de haute tension, fréquence cardiaque il y a peut-être des seuils qui…

M: Ah, oui ! non, ça c´est clair mais ça, pour moi, est-ce que c´est de l´insuffisance cardiaque ou est que c´est du vieillissement, de l´hypertension, et tout… Ah, non, c´est sûr que si la fréquence cardiaque elle n´est pas trop… je n´ai pas trop en fait. Ces gars-là ils sont généralement à 80-85 et la tension artérielle elle est, évidemment, bien contrôlée, ils sont à 14/8.5

I: D´accord, d´accord

M: Si la tension monte trop soit je le rebalance chez le cardiologue pour que ce soit lui qui réadapte le traitement soit il augmente la poso soit il décide de changer complètement, soit moi je le fais, mais je préfère beaucoup si c´est un patient âgé de plus 85 ans, j´aime bien le renvoyer chez le cardiologue, surtout s´il n´est pas allé depuis…

I: un moment ?

M: dans l´année, quoi. Autrement ouais, non, évidemment, je ne laisse jamais un patient monter trop en tension, ça c´est clair.

I: D´accord, d´accord. Et ça vous arrive d´avoir plutôt les cas inverses, ou c´est des patients qui ont des tensions un peu basses et vous vous posez des questions sur les bêta-bloquants ?

M: Jamais, je n´ai jamais eu ça.

I: D´accord, ce sont les patients qui ont...

M: C´est sûr que si le gars est blindé de bêta-bloquants et qu´il est à 8-6 ou 9-6, ça c´est sûr que et les bêta et les… mais je n´ai jamais eu ça.

I: D´accord, donc ils sont plutôt stables au niveau tension ou des fois un peu haut…

M: C´est plutôt la jeune fille de 25ans qui est hypotendue.

I: D´accord, d´accord, donc des tensions plutôt stables et au niveau des fréquences cardiaques donc c´est pareil, ils ont des fréquences cardiaques qui sont…

M: Et puis moi j´ai un oxymètre de pouls qui me prend la tension, la…la…les pulsations donc je suis vraiment bien là-dessus et je contrôle bien. Je n´ai jamais eu de problème.

I: D´accord, et à part le BNP, il y a d´autres critères que vous prenez en compte pour adapter un peu les traitements, des critères biologiques…

M: Ben je regarde aussi au niveau rénal comme ils sont, au niveau biologique on parle de pro-BNP (…) sur les trucs vraiment cardiaques, cardiaques… Non

I: D´accord, et la créatinine elle vous aide par exemple…

M: Oui

I: sur quel type de traitement…

M: Ben, si le gars il est vraiment avec une creat trop haute je fais gaffe aux posologies, je les baisse,

I: de quel traitement ?

M: Ben tous, mais surtout les anti- hypertenseurs, les bêta aussi, je fais gaffe aussi à la natrémie, si je le mets sous diurétique donc je fais des iono sang et iono U assez régulièrement…

I: d´accord

M: mais encore une fois je crois, c´est vrai, je croise les doigts, je touche du bois, que je n´en ai jamais trop eu.

I: des gros soucis…

M: Des gros clashs avec ça.

I: D´accord, d´accord, par exemple, vos patients qui sont sous… avec les IEC, vous n´avez pas des gros soucis avec la créatinine, est-ce vous avez jamais…

M : Non, jamais eu.

I: … qui sont…

M: Non, jamais eu.

I: D´accord

M: Et au niveau iono et tout ça, jamais trop de problèmes. Non, par contre les patients sous IEC ce n´est pas de l'insuffisance cardiaque mais j´ai plein d'effets secondaires au bout de quelque temps, ils commencent à prendre des toux chroniques et tout et on est obligé d'enlever les IEC. C´est assez souvent.

I: D´accord, ouais ?

M: Et ça c´est emmerdant parce que justement le gars il est bien équilibré et puis au bout d´un an, deux ans d´IEC il commence à tousser. Alors, qu´est-ce que je fais? Je pense à un autre truc et là c´est vrai que je demande aussi beaucoup l´avis du cardio.

I: D´accord, et vous avez des autres effets secondaires qui vous gênent au niveau des IEC dans votre pratique chez ces patients ?

M: Non, c´est surtout la toux

I: D´accord. Et pareil…

M: C´est assez courant, eh ?

I: Et du coup, ouais, à ce moment-là, vous l´envoyez au cardio ?

M: J´essaie peut être un autre truc mais je ne suis pas à l´aise dans ce cas-là, parce que le gars il allait très bien, c´est souvent une personne âgée, moi, je n´aime jamais trop commencer à bidouiller un traitement quand il se passe bien, quoi ? Surtout chez des personnes de plus de 80 ans, donc j´essaie un petit truc, hop, je change, je mets souvent des antihypertenseurs associés style co olmetec ou sevicard, tout ça, je regarde si ça passe, et si ça ne passe pas je l´envoie, je l´envoie chez le cardio.

I: D´accord, quand vous dites que, oui, donc que les changements c´est associer ou vous essayez d´associer, l´association avec un autre médicament…

M: Ouais

I: Avec un autre IEC, c´est ça?

M: Oui, oui, j´essaie

I: D´accord, D´accord. Ok. Et, non… c´est essentiellement la toux avec les IEC et…

M: Moi, je n´ ai eu que ça. C´est quoi les autres effets secondaires des IEC ? ils peuvent te faire quoi d´autre ? je ne m´en souviens plus.

I: Des fois au niveau des reins, on peut avoir des soucis.

M: Des insuffisances rénales qui se compliquent.

I: (affirmation)

M: Heureusement, je n´ai jamais eu ça,… mais la toux c´est très fréquent. On ne se rend pas compte mais c´est vraiment,… ça m´est arrivé plein de fois.

I: Et au niveau des bêta-bloquants, chez ces patients, il y a des soucis particuliers? Des effets secondaires qui vous gênent, parfois ?

M: Non, je n´en ai pas eu pour l´instant.

I: D´accord, D´accord. Tout à l´heure, enfin, vous parlez assez souvent des personnes âgées chez qui ça pose des problèmes. Dans quelle mesure l´âge, en fait, intervient dans votre choix de traitement chez ces patients ? dans quelle mesure vous le prenez en compte au niveau de traitements ?

M: Bon, pas tellement. C´est généralement des personnes âgées qui ont le cœur fatigué, eh ? donc je n´ai pas de gars de 40 ou 50 ans qui sont en insuffisance cardiaque donc après, bon, en fonction de la posologie je vois à peu près, je commence toujours par des petites posologies, je vois si ça se passe bien, je monte tout doucement, et je fais gaffe justement si la creat est un peu limite, à pas trop forcer la dose, mais c´est le seul facteur…

I: D´accord, chez ces patients vous avez tendance, si je comprends bien, à être un peu prudent et…

M: Ah, oui !

I: Et monter d´une manière…

M: Ah, oui, j´y vais super mollo.

I: D´accord, d´une manière…

M: Graduelle, tu vois? Je monte tout doucement.

I: D´accord, vous arrêtez… quand vous dîtes que vous montez progressivement, vous vous arrêtez à partir de quel moment ?

M: Et ben quand la tension est bien équilibrée et puis que, par exemple, les crépitants dans les bases ont quasiment disparu ou diminué, c´est bon, là je me cale et je ne bouge plus.

I: D´accord donc…

M: Et je croise les doigts.

I: Tension bien équilibrée, c´est ce que vous me disiez tout l´heure, c´est aux alentours de…

M: 13/8, 14/9, quoi ? oui, c´est ça, eh ?

I: D´accord, d´accord, très bien, voilà, ces personnes âgées, je monte tout doucement et vous surveillez, vous surveillez d´une manière…

M: Et je n'hésite pas à demander avis à un spécialiste si j´ai un souci.

I: (affirmation)

M: Moi je me repose beaucoup sur les cardiologues. En plus on a de la chance, à Annecy il y en a beaucoup, et puis ils sont dispo, et ils ont des rendez-vous assez vite donc moi j´en profite.

I: D´accord, d´accord, très bien. Chez ces patients donc insuffisance cardiaque, âgés, vous en avez probablement qui sont poly-pathologiques ? BPCO, de l´asthme…

M: Des diabètes…

I: Voilà, des diabètes…

M: de l´asthme non.

I: De l´asthme non, d´accord. BPCO vous en avez ?

M: Oui, je dois en avoir un ou deux, mais encore une fois, dans toute ma patientèle, des vrais insuffisants cardiaques je dois en avoir, quoi ? 4-5, pas plus.

I: D´accord, vous en avez qui ont des pathologies pulmonaires en plus de leur cœur…

M: Peut-être. En plus sur les 4-5 il y en peut-être 2 qui doivent avoir un peu de BPCO mais pas flagrant non plus, pas des trucs de fous.

I: D´accord.

M: Et des diabètes non insulino-dépendants mais qui est bien équilibré. Donc ce n´est pas, ce n´est pas du gros problème, quoi ?

I: D´accord, donc vis-à-vis de béta-bloquants, par exemple, avec la BPCO c´est des choses qui vous posent problème ou…

M: Non, pour l´instant non.

I: d´accord, d´accord. Des gens qui ont des troubles cognitifs, en plus de leur insuffisance cardiaque ?

M: Moi j´ai du bol, il n´ y a aucun qui a Alzheimer, de ceux que je suis.

I: D´accord, vous avez des patients qui ont des antialdosterones, spironolactones, des choses comme ça?

M: oui, quelques-uns.

I: C´est vous qui les avez introduits ?

M: Non.

I: C´est… non ? c´est le…

M: C´est le cardio, qui les introduit. Moi je n´aime pas faire ça. Je n´aime pas introduire comme ça, du tout.

I: D´accord

M: C´est le cardio qui l´introduit. Ça se passe bien … bon, on refait un bon suivi bio derrière et il voit le cardio tous les ans.

I: d´accord, du coup c´est des médicaments que vous pouvez augmenter ou diminuer parfois ?

M: non

I: vous laissez le cardiologue…

M: Je n´y ne touche pas à ça.

I: D´accord, c´est des médicaments avec lesquels vous êtes peut-être moins à l´aise

M: Ouais, je ne suis pas à l´aise, je ne touche pas ça

I: Vous avez déjà eu des patients qui ont fait des complications avec ce traitement là …

M: Non

I: Ou…

M: Non, non, ne porte pas malheur…

I: Non, non

M: non, je n´ai jamais eu ça.

I: D´accord, du coup, pour citer le cardiologue quand vous avez des difficultés…

M: ou le pneumo, ça peut être pneumo aussi, si le gars… mais… prrff, non,….surtout le cardiologue. C´était quoi ta question ?

I: Non, justement, c´est intéressant. Le pneumologue, vous avez parfois recours à lui sur certains de vos patients, comme ça, qui ont une insuffisance cardiaque, ou vous pouvez parfois être amené à lui demander un conseil ou un avis ?

M: Pas vraiment

I: Pas vraiment ? c´est surtout le cardiologue

M: A moins que le cardio dise, « oui, j´ai un truc que je voudrais voir également avec le pneumo », à ce moment-là on fait une radio de poumon avant pour voir comment il est… Mais pas tant que ça. C´est surtout les cardio.

I: d´accord, d´accord. Et l´hôpital ? est- ce vous avez, quand vous avez des patients qui ont l'insuffisance cardiaque, ou vous vous poser des questions, vous…

M: non, aucun contact.

I: C'est que vous n´en avez pas besoin ou euh…?

M: non, j´aimerais bien mais j´ai plutôt 3-4 cardio de ville avec qui j´ai un bon circuit. L´hôpital je sais qu´ils sont très bons en cardio mais on n´a pas autant de relation que ça avec eux. Ce n´est pas toujours facile, d´ailleurs, avec eux.

I: Non ? Le fait que ça ne soit pas facile ça vient de quoi…?

M: Ben j´en sais rien…

I: … d´après votre expérience ?

M: au niveau communication, ils ne sont pas toujours facilement joignables, on n´a pas trop leur coordonnées même par mail et tout ça. Par exemple, j´ai un diabeto de l´hôpital à qui j´envoie des mails en lui disant « bon, là j´ai un cas… qu´est- ce que tu en penses ? » il n´y n'a pas l´équivalent en cardio. Ça serait bien.

I: D´accord, d´accord.

M: L´équipe de docteur X

I: D´accord, tout à fait. Oui, donc du coup, en cas de difficulté ou de questionnement sur un patient ça va être un travail avec les cardiologues…

M: oui, encore une fois, je n´ai jamais eu ça. Ça va peut-être m´arriver demain justement parce qu´on en parle aujourd´hui, mais je n'ai jamais été dans un cas où…

I: Le patient était un peu…

M: J´étais vraiment emmerdé et il fallait que je parle à un cardiologue dans l´après-midi. Tu vois ? ça ne m´est pas encore arrivé, ça.

I: D´accord, d´accord. Et le fait que vous avez des patients avec une insuffisance cardiaque et puis d´autres maladies, ça vous gêne dans les consultations, dans la prise en charge…

M: Non

I: Où il y a plein des médicaments, ou pas spécialement ?

M: Ah, ben non, parce que je suis habitué, les personnes âgées, dès qu´elles ont plus de 75 ans c´est le Bottin téléphonique souvent. Moi, j´essaie justement de

réduire, parce qu´elles arrivent avec des prescriptions des autres médecins, des trucs, tout ça, mais non,… c´est vrai qu´on est plus vigilant, qu´on fait gaffe. Mais ça ne me gêne pas plus que ça.

I: D´accord. Je regarde si on a fait le tour. Ecoutez…

M: Parce qu´on est enregistré (rire). C´est fini ?

I: Ah, oui, ah oui, juste pour la tension, donc, pareil, là où la tension c´est en dessous de quelle tension vous dites « là il faut que je diminue les médicaments » tout à l´heure, pour les bêta-bloquants, vous m´avez dit, voilà, 8-9…

M: Oh ben non, 8-9, j´exagère, mais si le gars… ça ne m´est jamais arrivé encore une fois. Mais si le gars il est plusieurs fois à 11 quelque chose, ben je me calme, quoi ? Je commence à diminuer la posologie, et du bêta et de l´IEC, tu vois, en même temps, graduellement, tout doucement. Et là je le vois régulièrement, et s´il est à 11 et qu´il est sous avlo plus… je commence à regarder

I: D´accord, et je ne sais plus si je vous avais demandé ? Pour les fréquences cardiaques, à partir de laquelle, inferieure à partir de laquelle, ça vous fait un peu lever le pied avec les bêta-bloquants …

M: Je ne sais pas, alors là, je t´avoue, je n´ai jamais dû lever le pied pour la fréquence cardiaque avec des bêta, mais moi je dirais, euh ? il faudrait que je revoie dans mes papiers, eh ?

I: Voilà, de tête, si vous avez, …

M: Si le papy il est en dessous de 50-55 je commence à m´affoler, je pense à vraiment diminuer. Autrement s´il est à 60 c´est bon.

I: D´accord, d´accord, très bien. Et ben écoutez, du coup je vous remercie.

M : (rire)

I : Est-ce que vous souhaitez qu´on vous envoie les résultats de la thèse une fois qu´on aura … ?

M : Ben oui, je veux bien. Ouais, ouais, ça m´intéresse, ouais. J´ai fait pas mal de cardio. J´ai fait Paris ouest. Quand j´étais comme toi, l´insuffisance cardiaque je connaissais, je faisais le SAMU, on avait beaucoup plus de OAP à l´époque, que maintenant. Des OAP on n´en voit plus, quasiment plus. Oui, mais voilà, quand je faisais la nuit au Samu au 75, on allait au lit du malade, le gars était en OAP, t´avais le médecin généraliste qui était là, qui avait commencé à lui faire des picouses pour le faire pisser et tout. Je n´en ai plus, moi, des trucs comme ça, des OAP, les thérapeutiques sont meilleures et les gars ne décompensent plus et donc j´étais bien blindé dans ces genres des trucs mais maintenant … tu perds ta pratique parce que tu en vois très rarement.

: Très bien je vous remercie.

Entretien 3

I : Bonjour docteur X, je suis interne en médecine générale. Aujourd'hui je viens vous voir pour discuter des patients insuffisants cardiaques. On va parler uniquement des patients insuffisants cardiaques systoliques c'est-à-dire ceux qui ont une fraction d'éjection objectivement diminuée avec une fraction d'éjection inférieure à 40%. L'objet de notre thèse va traiter des traitements médicamenteux de ces patients insuffisants cardiaques et ce qui nous intéresse aujourd'hui ce n'est pas du tout de juger la manière dont vous les traitez, c'est de savoir comment vous faites, la façon dont vous procédez, dont vous gérez la maladie, les traitements et pourquoi vous le faites. Donc si vous le permettez, on va enregistrer ça sur le dictaphone. Là je vous ai fait signer la note d'information informatique et liberté. Les données seront anonymisées dès la retranscription et l'entretien effacé du dictaphone. Ce que je vous propose c'est de vous rappeler d'un cas concret d'un patient insuffisant cardiaque que vous avez vu en consultation ou en visite, au moment de renouveler le traitement, qu'est-ce que vous vous posez comme question en pratique ?

M : *La première question c'est sur la tolérance du traitement. Voir s'il y a des effets secondaires, globalement la tolérance. C'est après examen clinique ?*

I : Oui et puis c'est savoir ce que vous recherchez à l'examen

M : *Et bien à l'examen clinique c'est voir s'il y a des signes d'insuffisance cardiaque qui se sont majorés ou suivant l'état antérieur du patient voir si ça réapparaît, si ça se majore ou si c'est quelque chose qui y était déjà. Donc après, la tolérance effectivement. Ensuite voir s'il y a une amélioration avec le traitement nouvellement introduit. Moi je travaille beaucoup avec les cardiologues mais souvent s'il y a des modifications c'est plutôt eux qui les font. Moi c'est plus du renouvellement. Voilà principalement la tolérance et l'efficience.*

I : Cela peut-il vous faire modifier la posologie ?

M : *Oui c'est déjà arrivé. Oui.*

I : Par exemple cliniquement qu'est-ce qui vous fait modifier une posologie ?

M : *Et bien par exemple la réapparition de signes d'insuffisance cardiaque effectivement que ce soit au niveau des crépitants, des œdèmes, des reflux. Différents signes d'insuffisance cardiaque.*

I : Est-ce que vous vous basez sur la biologie ou pas forcément ?

M : *Heu c'est une aide en plus. Se baser non peut être pas. Le pro-BNP, enfin oui, on le fait dans le suivi. Je ne le fais pas systématiquement, enfin pas à chaque consultation. J'avoue que je ne sais pas vraiment quelle est la fréquence optimale de contrôle. Maintenant disons que si je me retrouve avec un pro-BNP très augmenté, généralement, je vais rappeler le cardio. En pratique cela se passe comme ça.*

I : D'accord, si on rentre un peu plus dans les classes thérapeutiques, pour les bêtabloquants, vous est-ce que vous les instaurez parfois ou est-ce que vous modifiez juste les posologies ?

M : *Non, ça sera plutôt une modification de posologie effectivement. C'est rare que j'instaure sur l'insuffisance cardiaque. Sur une insuffisance cardiaque, je vais assez systématiquement demander un avis cardio.*

I : Donc chez ce patient insuffisant cardiaque qui est sous bêtabloquant, si vous voyez des signes cliniques qui vous font, qui vous donnent l'envie d'augmenter, vous procédez comment ?

M : *Et bien déjà vérifier qu'il n'y ait pas de contre-indication, notamment au niveau de la fréquence cardiaque, les BAV etc. mais ça a été vérifié avant l'instauration de toute façon. Voilà, vérifier qu'il ne va pas y avoir des problèmes d'intolérance. Heu, même*

pour une modification de dosage de bêtabloquant, je suis un peu prudente moi, en cardio là…. En visite j'en ai pour ainsi dire pas mais en cabinet j'ai l'appel facile. Je n'en ai pas beaucoup des patients, non pas beaucoup.

I : Cela représente une petite part de votre patientèle ?

M : *Ah oui vraiment, oui vraiment.*

I : Ceux-ci sont généralement traités par bêtabloquants, et IEC ?

M : *Oui*

I : Est-ce qu'ils sont parfois symptomatiques et vous avez envie de baisser certains traitements ? Symptomatiques je veux dire par exemple de leur hypotension ou de leur bradycardie

M : *Ce n'est pas très fréquent. Non j'ai rarement eu le cas. Mais après je parle de 4 ou 5 patients par an. La fréquence est forcément peu représentative.*

I : Concernant les IEC ou les ARA2 avez-vous des craintes particulières ? Ou une surveillance plus rapprochée ?

M : *Non c'est pas tellement une surveillance, mais dans les IEC il y a la toux quand même qui est un motif fréquent de consultation et de soucis. C'est plus fréquent pour le coup que des soucis de fréquence cardiaque ou d'hypotension. Au niveau biologique surveillance du potassium, de la créatinine. Il peut y avoir des soucis à ce niveau-là mais ça pour le coup je peux oui….*

I : Pour cette classe vous jouez plus sur… vous allez plus les monter, les baisser.

M : *Plus facilement oui.*

I : D'accord. Parmi ces 4 ou 5 patients que vous suivez, est ce qu'il y en a beaucoup qui ont des comorbidités ?

M : *Oui il y en a 1 qui est diabétique, fumeur oui, HTA, c'est principalement ça et j'en ai un qui est BPCO.*

I : Justement, est ce que la BPCO vous gêne dans le traitement bêtabloquant ?

M : *Oui*

I : Et chez ce patient vous est-il arrivé de faire un lien entre bêtabloquant et bronchospasme ?

M : *Oui. Initialement la dose de bêtabloquant était un peu forte. Il a fallu, enfin avec l'accord du cardiologue, on a baissé la dose de bêtabloquant effectivement. Après ça a été bien oui. Donc depuis il est stabilisé*

I : D'accord c'est intéressant. Avez-vous des patients déments, asthmatiques ou avec une insuffisance rénale ?

M : *Non en tout cas dans les patients que je suis, je n'ai pas ça. Non pas dans ces patients. Mais insuffisants rénaux, je pense que ça pose soucis aussi.*

I : Mais chez un patient BPCO vous n'auriez pas introduit de B- sans l'avis du cardiologue ?

M *: (rire) Non, clairement non*

I : D'accord. Et chez un patient insuffisant rénal ? Vous vous accordez une marge de manœuvre avec les IEC ?

M : *Une marge de manœuvre non, enfin très légère mais plus d'attention oui. La tension, suivi plus régulier de la créatinine.*

I : Mais ça ne vous empêcherait pas de les modifier ?

M : *Non, enfin sauf s'il y a une contre-indication en fonction de la créatine initiale. Si c'est possible ça implique une surveillance plus rapprochée.*

I : Vos patients sont très âgés ou…

M : *Alors ils ont autour de la soixantaine. Le plus jeune doit avoir 55 ans, les autres c'est plutôt fin de la soixantaine et l'autre il doit avoir 72 ou 73ans.*

I : Est-ce que s'ils étaient plus âgés, l'âge aurait-il une influence sur vos thérapeutiques ?

M : *Très âgés c'est pas que très âgés : c'est l'état de forme, après il y a une notion de confort. A un moment donné si les traitements donnés deviennent inconfortables vis-à-vis des bénéfices, c'est à discuter en fonction de plein d'autres choses. Evidemment il y a un contexte. Mais je pense que c'est plus l'état général du patient qui amène à alléger les choses. Je pense que c'est des cas qui peuvent se présenter même si là j'ai pas d'exemple. Mais ça pourrait y faire réfléchir oui.*

I : Là notre cas clinique c'est plutôt le patient stable mais est-ce que les diurétiques, furosémide ou thiazidique, vous les utilisez comme traitement de fond ou uniquement en décompensation ?

M : *Et bien là en l'occurrence, c'est plus en cas de décompensation. J'en n'ai aucun qui en a en traitement de fond. Si j'en ai un qui est sous thiazique, mais j'en ai pas qui sont sous furosémide en traitement de fond.*

I : Les anti-aldosterones vous les instaurez ou pas ?

M : *Non*

I : Vous les renouvelez.

M : *Oui c'est pareil je demande au cardiologue.*

I : Bon on a fait le tour des grandes classes thérapeutiques. En cas de décompensation vous avez tendance à majorer ou vous appelez le cardiologue ?

M : *Ca dépend un peu du tableau mais ça peut passer pas des diurétiques du furosémide, et à revoir le patient très rapidement. Soit ça s'améliore rapidement et on continue et on diminue la dose, soit j'ai pas d'amélioration rapide ou c'est un tableau plus inquiétant et j'appelle le cardiologue.*

I : Chez vos jeunes patients, il y en a qui ont une découverte récente de leur insuffisance cardiaque ?

M : *Oui depuis un an et demi.*

I : Et depuis le diagnostic, il y a des traitements qui ont évolué ou ils sont toujours à la même dose.

M : *Non celui-là le traitement n'a pas trop bougé. Il a été rapidement amélioré par les traitements et du coup les traitements n'ont pas bougé. Il n'y a pas eu de modification depuis. Il n'y a pas eu de nouvelle décompensation en tout cas depuis qu'il est sous traitement.*

I : Et il n'y a pas eu de consigne du cardiologue de monter les posologies ?

M : *Non. Pour le coup le cardiologue le revoit tous les trois mois là.*

I : Donc lui le revoit régulièrement et doit adapter les traitements

M : *Oui oui.*

I : Vos ressources en cas de difficultés c'est plutôt les spécialistes ? L'hôpital ?

M : *Potentiellement les spécialistes de l'hôpital (rire). Mais j'appelle facilement les cardiologues, que ce soit en ville ou à l'hôpital. Mais globalement on arrive plus facilement à les avoir en ville qu'à l'hôpital. Quoique les cardiologues à l'hôpital on arrive à les joindre oui.*

I : On n’a pas évoqué la démence mais parfois vous avez besoin d’un membre de l’entourage pour vous aider, par rapport à la dyspnée des choses comme ça ?

M : *Alors oui, dans ces cas-là il faut qu’il y ait une consultation avec un aidant familial, quelqu’un qui puisse accompagner et puis après, ça dépend de l’entourage, des aides autour. Et puis oui pour ce qui est de la symptomatologie on a besoin de quelqu’un qui puisse témoigner. C’est vrai que je n’ai pas le cas mais j’imagine.*

I : C’est vrai que parmi ces 5 patients le traitement en général est reconduit et ça se passe plutôt bien...

M : *Oui il y en a un qui a été un peu fluctuant pendant quelques années. Il a fait quelques séjours à l’hôpital pour le coup avec une décompensation qui ne répondait pas bien au traitement. Il a été hospitalisé plusieurs fois et il s’est stabilisé depuis 2 ou 3ans.*

I : Ils avaient instauré une nouvelle molécule ?

M : *Ils avaient changé les dosages. Je ne crois pas qu’il y ait eu de nouvelles molécules.*

I : Donc plutôt quand même difficile d’instaurer les B- et de les augmenter, un peu plus de marge pour les IEC

M : *Oui, globalement oui*

I : Les diurétiques spécifiques épargneurs du potassium, vous n’y touchez pas trop ?

M : *Oui moyen quoi*

I : Entendu. Merci.

Entretien 4

I : Donc Damien, je suis interne en médecine générale. Donc, on est ici pour discuter des patients insuffisants cardiaques et, plus précisément ceux qui à l´échographie ont un ventricule qui est affaibli, d´accord ? Une fraction d´éjection qui est diminuée, d´accord ?

M : *Ouais*

I : Donc l´objet de notre thèse c´est le traitement médicamenteux de l´insuffisance cardiaque. Le but n´est pas de discuter de ce qu´on doit faire, des recommandations, mais plutôt vraiment comment vous, vous gérez cette pathologie chez vos patients, votre façon de faire, pourquoi vous le faites et comment vous le faites, en fait. D´accord ? Donc on n´est pas là pour juger. C´est vraiment l´insuffisance cardiaque avec la fraction d´éjection diminuée, comment elle est gérée par les médecins généralistes, d´accord ? Donc l´entretien va être enregistré avec le dictaphone, retranscrit, puis anonymisé. Je vous ai donné la fiche de consentement qu´il faudra me signer.

M : *Oui*

I : Alors, ce que je vous propose donc c´est d´essayer de vous rappeler d´un de vos patients que vous avez vu soit au cabinet soit en visite, vous avez vu pour… un de vos patients insuffisant cardiaque…

M : *Est-ce que ça peut être un patient décédé ?*

I : Ça peut être un patient décédé, oui, ça peut être un patient décédé. Donc vous l´avez… vous l´avez… vous avez discuté avec lui, vous l´avez examiné, et il vient le moment un peu de renouveler, de renouveler ses traitements, je veux savoir du coup quel critère vous prenez en compte pour modifier ces traitements chez vos patients.

M : *Alors, essentiellement… pour renouveler ou pour modifier le traitement?*

I : Alors, pour… enfin, quand vous avez besoin de modifier le traitement…

M : *Voilà, alors, ben les signes d´insuffisance cardiaque. Un patient qui arrive, qui me dit « docteur, je suis essoufflé », ou même qui a, quand il arrive dans le cabinet, on voit qu´il a des difficultés à se déplacer, il a des difficultés à parler, il nous dit que, ben depuis il y a quelque temps, il se sent fatigué, il ne va plus faire ses courses… voilà, c´est des critères qui, au début de la consultation, m´interpellent et… Je fais déshabiller tous mes patients et donc, une fois qu´il est déshabillé, c´est vrai que, et ben c´est vrai que je l´examine, et s´il y a des signes clairs d´insuffisance cardiaque, s´il a des œdèmes, s´il est polypnéique, s´il est cyanosé, si l´auscultation pulmonaire est informative, ben je me pose des questions sur la nécessité de modifier son traitement ou pas.*

I : D´accord, d´accord, et du coup quel traitement vous allez modifier à ce moment-là?

M : *En priorité les diurétiques*

I : D´accord, d´accord et en ce qui concerne le traitement on va dire de fond de l'insuffisance cardiaque?

M : *Alors, pas forcément tout de suite. Non, je… Si le patient était jusqu´à maintenant assez stable je me pose quand même des questions sur le pourquoi de cette décompensation, hein ? Donc j´essaie de voir s´il a modifié son alimentation, s´il y a eu un épisode infectieux… je ne vais pas me précipiter pour modifier son traitement de fond.*

I : Vous allez déjà traiter sa décompensation…

M : *La poussée*

I : … C´est ça ?

M : *Voilà, et puis après pour savoir qu´en fait, il a eu une modification de la fraction d´éjection je vais quand même prendre la peine de contacter son cardiologue*

I : Oui

M : *Hein ? je ne vais pas me dire, « voilà, tout d´un du coup ce patient a une mauvaise fraction d´éjection, je vais changer complétement tout ».*

I : D´accord, d´accord. Et donc du coup, une fois que le patient… là on parle plutôt d´un patient instable et, si vous avez un patient stable, par exemple, est-ce que vous êtes amenée à modifier ses traitements autres que les diurétiques ?

M : *Pas vraiment, non, pas vraiment, parce que je ne vois pas sur quels critères, si un patient est stable, je ne vais pas modifier son traitement de fond. Si un patient est instable je vais d´abord me poser la question « mais pourquoi il est instable » et je vais traiter plutôt l´épisode aigu et après, j´avoue que je vais assez rapidement demander avis au cardiologue, si je n´arrive pas à stabiliser mon patient, pourquoi, qu´est-ce qui se passe ?*

I : D´accord, cardiologue de ville, en libéral ?

M : *Oui*

I : D´accord, d´accord

M : *Ça fait bien longtemps que je n´ai pas envoyé un patient en insuffisance cardiaque aux urgences.*

I : D´accord

M : *Parce qu´on n´a pas de possibilité de contacter directement, enfin, on n´a pas… je trouve que la filière cardio n´est pas simple pour le médecin généraliste. Les patients pris en charge à l´hôpital, on leur demande d´être envoyés sur leurs cardiologues de ville. Quand on a un patient cardio urgent (bon, je ne parle pas du syndrome coronarien aigu, hein ?), mais vraiment de l´insuffisance cardiaque, ben c´est… pour moi c´est le médecin…le cardiologue de ville.*

I : D´accord, parce que du coup qu´est-ce qui se passe avec l´hôpital ?

M : *Ben on dit de les envoyer aux urgences.*

I : (hum)

M : *Bon, un patient…*

I : Quand vous les appelez à l´hôpital, c´est ça ? ils vous demandent de les envoyer aux urgences ?

M : *Ben…le syndrome coronarien aigu est bien pris en charge directement par la cardiologie ; le reste… Donc je ne trouve pas. Voilà, on est obligé de passer par les urgences. Donc, moi un patient pour lequel le diagnostic est, je ne vais pas dire certain, mais très fortement évoqué, pour moi il n´y a pas nécessité d´aller revoir un interne aux urgences et de repasser par une filière qui va emboliser les urgences alors qu´on sait déjà qui doit être le référent, qui est le spécialiste référent, quoi ? Donc voilà, je trouve qu´en médecine de ville on prend notre téléphone, on a le cardiologue traitant qui nous dit « ben je peux le voir à telle heure », voilà.*

I : D´accord, d´accord

M : *Ça me parait plus facile*

I : D´accord, donc vous avez un petit peu, finalement, abandonné le coté hôpital…

M : *Oui*

I : … Pour pas…

M : *Par dépit, par perte de temps, par un peu désabusée…, on voit nos patients, on a de l´expérience, on les connaît, on fait le diagnostic et, en fait nos patients doivent être revus par un interne qui va les réinterroger, il faut faire un courrier descriptif, pff. C´est très très chronophage, ce n´est pas productif pour le patient, c´est… voilà, démotivant*

I : D´accord, d´accord, donc c´est intéressant, c´est intéressant. Et, du coup, pour revenir sur le traitement, par exemple est-ce que vous avez des soucis avec les bêtabloquants chez ces patients, par exemple?

M : *Ben, c´est vrai que le bêtabloquant, le problème, ça va être la bradycardie et, c´est vrai que, moi je pense justement au patient auquel on a essayé de faire référence au départ, c´est un patient, ben, qui n´était pas rapide, il avait une ACFA mais qui n'était pas rapide et donc du coup, le bêta-bloquant….moi je suis pieds et poings liés, si j´augmente il me bradycarde… si… voilà*

I : Quand vous dîtes qu´il n´était pas très rapide, vous vous rappelez à peu près de…

M : *Il était inférieur à 60*

I : D´accord, d´accord, oui donc ça vous gênait…

M : *Ben ça me gênait*

I : D´accord. Vous avez d´autres soucis, des fois, qui peuvent, vous gêner avec les bêtabloquants, pour les augmenter, chez…

M : *…. Ben en l´occurrence chez ce patient, pas vraiment, après, les bêtabloquants, ben…chutes tensionnelles… non, moi…je… en fait mes patients… enfin, je n´ai pas eu des problèmes, pour ce patient, je n´ai pas eu des problèmes d´hypotension...donc voilà*

I : D´accord, donc c'est d´autres patients à qui ça peut…

M : *Oui, oui*

I : … Ça peut être le cas ?

M : *Oui, oui, tout à fait*

I : Oui, du coup, allez-y…

M : *Et ben.., et ben quoi ? Et ben on ne peut pas franchement augmenter…La tolérance, ou alors on met nos patients, très aux repos, ils ne font pas grand chose. On améliore leur fonction cardiaque, mais on n´améliore pas leur qualité de vie, donc…*

I : D´accord, quand vous dîtes que vous les mettez au repos c´est parce que du coup, ils se plaignent de quoi au niveau… tolérance quand ils ont le bêtabloquant ?

M : *De fatigue.*

I : De fatigue ?

M : *Je n´ai pas eu de patients, enfin, je ne me souviens pas avoir eu récemment des patients ayant fait un malaise sauf, si, peut être un, mais c´était un patient qui est insuffisant cardiaque mais qui était en post-opératoire pour une valvulopathie donc…c´était compliqué. Et il avait, effectivement, un cœur un peu lent et il avait une hypotension qui a motivé l´arrêt du bêta-bloquant.*

I : D´accord, d´accord. Et, quand vous dîtes, les tensions, un petit peu, à partir desquelles vous commencez à être méfiante, vous dîtes, soit…

M : *Chez la personne âgée?*

I : Oui, chez la personne…

M : *Oui, parce que chez l´insuffisance cardiaque c´est souvent des personnes âgées, hein ? Et donc moi, en dessous de 11-10 je me méfie beaucoup…*

I : D´accord…

M : *Je suis… voilà, parce que 11-10 au cabinet c´est souvent des tensions surévaluées, ils sont un peu anxieux, ils ont fait un effort pour venir…11-10, on sait qu´on n´est pas sur une tension vraiment du repos, chez nous, au cabinet on ne prend pas 20 minutes pour prendre la tension, ce n´est pas possible.*

I : D´accord. Oui, donc vous avez peur qu´à la maison ils aient des tensions…

M : *Plus basses…*

I : Plus basses ?

M :(affirmation)

I : D´accord, d´accord. Non, mais c´est intéressant. Tout à l´heure vous avez parlé de fatigue avec les bêtabloquants, c´est à dire que vous montez les posologies régulièrement, vous avez la sensation que les patients sont, du coup, plus fatigués, avec de doses de bêtabloquants plus élevées?

M : C´est à dire que quand ils ont une tension basse ou quand ils sont en bradycardie ils se plaignent de fatigue. Ils ne disent pas « docteur, mon cœur est trop lent » ou « je n´ai pas de tension ». Ils viennent et ils disent « docteur, je suis fatigué » et donc, le constat, c´est que nous on trouve soit une bradycardie, soit une hypotension, on a plutôt des bêta-bloquants, voilà… Est-ce que quand j´augmente les bêtabloquants…? À vrai dire ça ne m´arrive pas très souvent d´augmenter les bêtabloquants. Souvent ce sont des patients compliqués… L´insuffisant cardiaque il est souvent polypathologique, hein ? Moi j´ai rarement un patient qui a juste une fraction d´éjection diminuée, donc, l´augmentation du bêtabloquant au cabinet lors d´une consultation d´un quart d´heure, vingt minutes… Ce n´est pas mon pain quotidien. Donc, ça

m´arrive, mais ça m´arrive souvent sur les conseils du cardiologue qui me dit « j´ai vu monsieur Untel, s´il se passe ceci, tu peux augmenter » voilà. Donc de ma propre décision, augmenter le bêtabloquants, ça m´arrive très rarement.

I : D´accord, et donc chez ces patients qui du coup sont fatigués avec des petites tensions, des bradycardies, vous…

M : *J´ai plutôt tendance à le baisser, moi.*

I : D´accord, vous le baisser et…

M : *Ouais*

I : … Et puis du coup, derrière, les gens ils sont mieux, ils sont moins fatigués ? Vous avez des retours de ces patients?

M : *Alors, mes patients pour qui je modifie un traitement je les revoie, en fait. Alors je les revoie à une semaine ou à quinze jours, sauf s´il est prévu une consultation cardio derrière et, le patient auquel je fais référence depuis le début de notre interrogatoire, et ben, c´est effectivement un patient à qui on avait baissé, voire même arrêté le bêtabloquant, et qui a pu maintenir son autonomie… voilà,… et qui était plutôt mieux. Bon, avec des épisodes de rechute mais qui a été plutôt mieux.*

I : D´accord, d´accord, c´est intéressant. Vous avez dit aussi que c´est souvent des patients qui étaient polypathologiques, du coup vous aviez 15-20 minutes… Du coup, ce côté polypathologie, et puis durée de consultation, ça vous gêne…

M : *Oui, oui*

I : … Pour les prises en charge ?

M : *Oui. Parce que notre organisation doit…. n´est pas modulable, l´organisation du cabinet n´est pas modulable en fonction de chaque patient, donc on doit avoir une organisation au quotidien et quand un patient prend un rendez-vous, on ne sait pas forcement s´il prend rendez-vous pour une verrue, pour un vaccin ou parce qu´il est essoufflé, et donc on se retrouve avec un volume de travail qui ne correspond pas toujours au temps imparti à la consultation, alors, c´est vrai qu´on déborde, je dis un*

quart d´heure- vingt minutes, mais n´empêche que ce n´est pas des consultations d´une heure pendant lesquelles on pourrait réellement prendre en charge notre patient, prendre le temps d´appeler le cardiologue, refaire un électro, en discuter, voilà, ce n´est pas possible. Ce n´est pas possible.

I : (Affirmation) et ce patient, dont…que vous citez depuis le départ, il avait d´autres pathologies que son insuffisance cardiaque ?

M : *Oui*

I : Du coup, vous vous rappelez un petit peu de ce qu´il avait ?

M : Oui. Il avait un cancer de prostate, un diabète de type 2, donc… Une malvoyance, …Voilà… Ce n´était pas facile. Et c´était toujours des consultations qui étaient faites avec sa fille qui vivait avec son père et qui était accompagnante et bienveillante. Voilà. Il était aussi sous anticoagulants, sous AVK… Voilà.

I : D´accord. Oui, donc des patients pas forcément…

M : *Des patients compliqués, hein !*

I : Et vous avez des patients, comme ça, insuffisants cardiaques qui ont également des problèmes de type BPCO, par exemple ? Un problème pulmonaire associé ?

M : … *Alors il faut que je réfléchisse, j´en ai certainement, mais… Il faut que… Ça ne me parait pas possible de pas en avoir mais (rire)*

I : Mais, vous voyez, est-ce que vous êtes gênée, notamment avec les bêtabloquants avec les patients BPCO, est-ce que ça vous pose un souci ?

M : *Alors, BPCO et insuffisance cardiaque oui, je pense au moins à un patient… ça n´a pas posé de problème particulier… tout le monde a bien pris en compte la BPCO et l´insuffisance cardiaque, voilà, et le bêtabloquant n´a pas été… Voilà c´est un patient qui est sous oxygène, d´ailleurs, et qui a plus de complications avec son poumon qu´avec son cœur. Bon, voilà. Non mais… non, pas ce patient-là. Par contre j´ai un patient qui a été embêté avec … il avait une BPCO, une insuffisance cardiaque qui avait été bien contrôlée, par contre il avait un glaucome, et il avait son collyre, et c´est*

son collyre qui nous a embêté, pas le… ce n´est pas le cardiologue, c´est l´ophtalmo qui nous a embêté… voilà.

I : D´accord… Pareil, des patients avec de l´insuffisance cardiaque et de l´asthme, c´est moins fréquent mais….

M : *Non, non*

I : D´accord, D´accord. Au niveau des critères… Est-ce qu´il y a des critères biologiques également que vous prenez en compte pour adapter les traitements de vos patients ?

M : *Oui : la fonction rénale, son iono,… Alors, il y a ce fameux NTproBNP là… J´avoue que… Bon, les cardiologues les prescrivent… Je ne sais pas si c´est vraiment pertinent. Je n´ai rien lu là-dessus, je ne me suis pas documentée mais ça fait deux ans qu´on voit ces NTproBNP là, qui sont souvent demandés*

I : Donc vous n'allez pas du coup, vous n´allez pas forcement l´utiliser pour le suivi...

M : *Ben non, parce que je trouve que c´est toujours cohérent avec la clinique. On n´a pas besoin de faire ça. Voilà. Je trouve qu´une insuffisance cardiaque clinique effectivement les NTproBNP vont être très élevés. Moi, je n´ai jamais vu de NTproBNP élevés chez les patients qui cliniquement allaient bien. Donc je n´ai pas compris encore qu´est-ce que ça devait m´apporter mais…*

I : D´accord, D´accord

M :*… Mais je reste ouverte à la discussion.*

I : Bon, on parlera après. Et du coup vous dîtes, la fonction rénale de vos patients, comment vous vous y prenez ? Vous avez des patients qui sont âgés qui ont une fonction rénale basse et, pour moduler les IEC du coup ça vous gêne parfois ?

M : *Un petit peu, ouais. Parfois. Parfois ça peut être embêtant. C´est vrai que quand l´insuffisance rénale… quand la fonction rénale, quand la filtration diminue trop, c´est vrai qu´on se pose vraiment la question des IEC, est-ce qu'il faut continuer, est-ce qu´il*

ne faut pas continuer ? … Surtout que ce sont des patients âgés donc la protection, la filtration avec les IEC, on ne va pas en espérer grande chose, donc voilà.

I : Et du coup, quand vous vous posez des questions comme ça vers qui vous vous tournez ou vers quoi vous vous tournez pour essayer de trouver une réponse ? Peut-être pas la réponse mais une réponse ?

M : *Et ben pas vers le néphrologue, parce que le néphrologue et la personne âgée IEC ils nous disent « ben oui, ben de toute façon il y a une néphrosclérose, ce sont des insuffisances rénales multifactorielles, l´âge, l´hypertension… » donc c´est une réponse qui est commune et donc ben… Voilà, c´est vers le cardiologue, quand même, qu´on rediscute le traitement de fond. Ce n´est pas vers le néphrologue.*

I : D´accord. Parce que le néphrologue chaque fois, au niveau des IEC du coup il vous dit…

M : *Quand la fonction…*

I : … Il vous dit « il faut la maintenir, il faut la diminuer, il faut l´augmenter… »

M : *Il faut le diminuer. Voilà. Parce qu´en fait le néphrologue… Moi au début je demandais au néphrologue «Là j´ai une fonction rénale, je suis à 30 ml/minute » et ils disent « Oui, mais ton patient il a quel âge ? - Il a 85 ans. Il a 85 ans, il est hypertendu depuis 30 ans, il est âgé… - Bon, ben qu´est-ce qu´on va faire ? On ne va pas faire grande chose. » En l'occurrence mon patient il avait un cancer de prostate, il avait eu des complications urinaires ou il avait une rétention, une hydronéphrose…. Enfin voilà. Donc voilà, on ne va pas faire grande chose, de toute façon sa fonction rénale elle est altérée et on ne va pas améliorer grande chose. Voilà.*

I : D´accord. Vous le diminuez et du coup le cardiologue…

M : *Ben voilà*

I : … Qu´est-ce qu´il en pense ? Chez ce type de patients, comme ça avec une fonction rénale limite mais qui a une insuffisance cardiaque ?

M : *Ben, on met des diurétiques. Voilà. Après… La solution ne va pas être sur l´IEC, hein ?*

I : D´accord, d´accord. Intéressant…

M : *On va avoir les ARA2 aussi… J´ai une patiente-là qui est âgée, et qui m´a justement… Elle a un asthme… J´y pense maintenant… Elle est vraiment âgée. Elle a 90 ans et cette dame a été mise sous ARA2 en fait à doses assez élevées.*

I : Et du coup elle a des bêta-bloquants ?

M : *Non*

I : Non ?

M : *Elle n´a pas des bêta-bloquants.*

I : D´accord. Il y a d'autres choses qui vous gênent avec les IEC chez ces patients ? Des effets secondaires ?… Cliniques qui…

M : *Cliniques ?*

I : (Affirmation) tout à l´heure on a parlé de la tension, c´est pareil avec les IEC, je suppose…

M : Ouais…. (Hésitation) non, non. Je ne vois pas. C´est vrai qu´il y a la tension mais la tension c´est l´éternel problème. Voilà. Soit trop haute, soit trop basse. Enfin, l´insuffisance cardiaque pour moi c´est… On est toujours sur le fil du rasoir. Est-ce que l´hypotension est liée à IEC, est-ce qu´elle est liée aux diurétiques, est-ce qu´elle est liée aux bêta-bloquants, est-ce qu´elle est liée à la diminution de la fonction cardiaque ? Voilà. Est-ce que c´est vraiment chaque… Difficile de dire si c´est chaque paramètre individuel qui est responsable de l´hypotension. Je n'en sais rien.

I : D´accord. Et donc tout l´heure… Ben ça fait plusieurs fois que vous citez notamment des personnes âgées, voire très âgées ; dans quelle mesure l'âge influence vos choix au niveau thérapeutique, est-ce que vous pensez que ça modifie quelque chose dans votre façon de prescrire chez ces patients ?

M *: Oui, beaucoup plus prudente, je demande plus rapidement de le revoir, de faire des contrôles biologiques lors de modification de traitement…Oui, ça modifie ma façon de prescrire.*

I : D´accord, donc plus prudente…

M : *Ah, oui.*

I : Vous avez eu des expériences, peut-être, négatives antérieurement ou pas forcément mais c´est juste que…?

M : *Ben négative, si. Il se passe des choses. Ça ne se finit pas mal mais c´est vrai que rapidement on peut avoir des troubles ioniques, on peut avoir des troubles de la fonction rénale… Oui, oui… C´est vrai qu´on a des patients… Moi j´ai un patient auquel je pense qui a fait une déshydratation en été. Donc c´était… Pourtant il était plein d´eau mais quand même.*

I : Pas là où il fallait ?

M : *Voilà. Exactement. Oui, on est plus prudent mais d´une façon générale. C´est vrai que dans l´insuffisance cardiaque… Mais d´une façon générale.*

I : D´accord, est-ce que les anti-aldostérone comme la spironolactone, l´eplerenone, l´aldactone, est-ce que ce sont des choses que vous utilisez ou pas chez ces patients?

M : *Non.*

I : D´accord. Vous avez des patients insuffisants cardiaques qui en ont ?

M : Je ne crois pas. Je ne sais pas. De mémoire comme ça…

I : D´accord, donc des anti-aldostérone vous n´en avez pas…

M : *Non, je ne crois pas.*

I : D´accord, d´accord. Je vais juste regarder mais je pense qu´on a déjà fait un bon tour. Très intéressant. D´accord. Ah, oui ! quand vous… Enfin je suppose que vous envoyez régulièrement vos patients insuffisants cardiaques voir les cardiologues, au niveau de la communication, est-ce que vous avez un courrier de retour ?

M : *Toujours.*

I : Après ces consultations. D´accord. Est-ce qu´ils vous donnent des prises en charge…Vous voyez ? Est-ce que ce courrier vous aide dans la prise en charge de vos patients ?

M : *Alors. C´est très variable selon les cardiologues. Je vais dire quelque chose de peut-être pas très sympathique…*

I : Ce n´est pas grave, c´est anonyme.

M : *On a des cardiologues qui nous prennent vraiment pour des partenaires de travail, avec qui on échange. Le médecin généraliste est un partenaire. Et puis on en a d'autres pour lesquels on est des secrétaires. Et ça change tout dans la prise en charge du patient. C´est à dire qu´il y en a avec lesquels on échange et on peut discuter et on a des informations de prise en charge «s´il t´arrive ceci tu peux envisager cela, on en rediscute tu peux me rappeler ». Et il y en a d'autres « j´ai vu monsieur Untel, j´ai fait son échographie, elle est stable (on ne sait même pas à combien est la fraction d´éjection), je renouvelle son ordonnance. Merci de ta confiance. » C'est sans intérêt hein, bon et donc on en a avec qui on va vraiment avoir un travail d'équipe de filière de soins, et puis il y en a d'autres pour lesquels ce sera quelque chose, voilà, qui sera un examen complémentaire pour lequel on n'est pas vraiment partie prenante. Oui on va dire que la plupart des cardiologues nous envoient des courriers très intéressants eux.*

I : Donc la prise en charge est peut-être plus facile.

M : Oui ça améliore et puis on est plus à l'aise nous aussi, on est moins dans le questionnement, la consultation est pour nous plus… Je ne vais pas dire plus simple mais elle est plus orientée. Est-ce que le cardiologue m'a demandé de vérifier cela ? Où est-ce que j'en suis ? Cela nous aide, c'est sûr, c'est sûr.

I : D'accord, et des patients insuffisants cardiaques qui ont des troubles cognitifs vous en avez dans votre patientèle?

M : Heu … Oui, alors non, des troubles cognitifs graves qui nécessitent l'intervention permanente d'un tiers, non j'en ai pas, par contre des personnes âgées qui ont des troubles de mémoire, mais liés à l'âge qui ne sont pas forcément pathologiques, ou alors peut-être pas vraiment une prise de conscience de l'importance du traitement, oui il y en a.

I : Du coup au niveau des traitements, de votre façon de traiter, cela change quelque chose ?

M : Alors pas vraiment, je reste bien vigilante mais on a une bonne équipe d'infirmières sur le secteur avec qui on coopère bien et qui sont très à l'écoute des problèmes, qui n'hésitent pas à nous appeler « ce matin je suis passé voir Mme Untel pour son traitement, sa toilette et il y a cela, est ce que vous pouvez passer la voir ? » Donc on a quand même des relais, soit familiaux soit paramédicaux, même le kiné. Je pense à un patient qui m'a été alerté par le kiné qui trouvait qu'il était très essoufflé, anormalement essoufflé, et effectivement il passe un petit coup de fil ou un mail et c'est intéressant.

I : D'accord d' accord, très bien. Bon bien écoutez je vous remercie, c'était très intéressant.

Entretien 5

I : Bonjour, Clément Desbois. Je suis remplaçant en médecine générale. Nous sommes ici pour discuter des patients insuffisants cardiaques et plus précisément ceux qui, à l'échographie, ont une fraction d'éjection diminuée. En effet l´objet de notre thèse traite des traitements médicamenteux de fond des insuffisants cardiaques. Ce qui m'intéresse aujourd'hui c'est de discuter avec vous de la façon dont vous gérez cette pathologie chez vos patients. Nous ne sommes pas là pour vous évaluer ni vous juger. Ce qui nous intéresse, ce n'est pas ce que l'on doit faire, mais ce que vous, vous faites et surtout pourquoi.

Nous allons si vous le permettez enregistrer cet entretien à l´aide d´un dictaphone.

L´entretien sera retranscrit puis analysé puis l'enregistrement audio effacé. Votre identité sera rendue anonyme dès le départ. Il me faut cependant votre consentement.

Je vous propose donc d'essayer de vous rappeler d'un de vos patients dans cette situation d'insuffisance cardiaque avec un VG altéré. Vous l'avez vu en consultation ou en visite, vous l'avez examiné et vient le moment d'évaluer ses traitements, de renouveler son ordonnance. Je vous propose d'essayer de vous rappeler d'un de vos patients et de m'expliquer comment cela se passe en pratique.

M : Oui. Ce n'est pas le plus facile celui auquel je pense. Altéré, oui lui il a une fraction d'éjection à 25% après un infarctus en 90 je crois. Il est assez jeune il a 53. Ça pourrait faire ? Lui il n'a pas une bonne observance.

I : Ha ça, ça fait déjà un problème…. Du coup quels critères vous prenez en compte pour modifier ses traitements de fond. Est-ce qu'il y a des critères biologiques, cliniques ?

M : Oui, la fréquence cardiaque, l'existence de signes de surcharges droites ou gauches. Essentiellement.

I : Fréquence cardiaque, est ce que vous avez une fréquence cible ?

M : Inferieure à 60.

I : C'est-à-dire qu'en dessous de 60 vous pensez qu'ils bradycardent un peu ?

M : Souvent sous bêta-bloquant l'objectif c'est inferieur à 60 après c'est vrai que s'ils sont trop bas, on se pose des questions. On va dire 50 ou 60. Sachant que c'est pas systématique car quand ils sont à 75 je me donne du temps des fois. On ne va pas forcément tout changer parce qu'une fois ils ont une fréquence cardiaque différente.

I : D'accord. Dans le cadre de ce patient par exemple, il est bradycarde par exemple ?

M : Il est à 50 je crois.

I : Est ce qu'il est symptomatique de ses…

M : Il a une dyspnée d'effort mais qui est stable depuis des années.

I : D'accord. Puisqu'on parle des bêta-bloquants, là vous dîtes 50 ou 60 ça vous limite parfois pour monter les bêta-bloquants ?

M : Oui, je trouve qu'on a un peu du mal en médecine générale à augmenter le bêta-bloquant. Je pense que c'est une question de pratique. Moi je ne suis pas passé en cardio mais c'est vrai que je trouve que c'est une thérapeutique, peut être à tort, qui effraie plus que les diurétiques par exemple. Par rapport aux risques de bradycardie, de décompensation cardiaque. Je trouve, moi je ne suis pas très à l'aise pour manipuler les bêta-bloquants.

I : Vous en avez eu chez ce patient ou chez un autre, des bradycardies ou des effets secondaires des bêta-bloquants ?

M : Pas tant que ça non.

I : Pas tant que ça mais ça vous freine quand même pour…

M : Moi je trouve que ça freine pour monter jusqu'à la fréquence cardiaque optimale oui. Moi je trouve que c'est pas évident déjà d'y penser car finalement quand on renouvelle souvent on a un traitement qui fonctionne. Donc optimiser ce n'est pas forcement simple de le faire. Apres moi je ne suis installé que depuis deux ans donc des vrais insuffisants cardiaques chroniques avec des bêta-bloquants je n'en ai pas tant que ça non plus. Moi en tant que remplaçant j'ai souvent renouvelé des ordonnances sans forcément modifier systématiquement les thérapeutiques.

I : Et des fois vous auriez eu envie de les modifier ou pas ces thérapeutiques ?

M : Oui des fois j'ai un doute, alors c'est vrai que je m'appuie plus vite sur le cardiologue du coup quand il y a des choses qui me paraissent vraiment anormales, quand ils sont à 100, 110 de fréquence ça ne me va pas. Donc je les envoie chez le cardiologue.

I : Ce qui vous a empêché de les modifier dans ces cas là, c'est plus souvent la fréquence cardiaque ou…

M : Non c'est plutôt une forme d'inquiétude à l'augmentation des bêta-bloquants. Je ne sais pas, mais c'est dans ma pratique, c'est vrai que déjà c'est des médicaments qu'on n'introduit pas trop en médecine générale. Apres quand ils sont introduits, logiquement ce n'est pas très compliqué. On fait des électros, on vérifie la fréquence. Ça se fait, ça se fait. Mais, je pense que je les ai peu manipulés en tant qu'interne et donc que je les utilise peu en tant que médecin. Mais j'ai refait des formations récemment où on nous a dit qu'il fallait les augmenter donc je le fais maintenant ou en tout cas j'essaie de le faire. Alors lui, il est très stable depuis très longtemps, il a des fréquences correctes donc il n'a jamais posé de problème avec ça.

I : Il est à pleine dose ou ?

M : Je crois que oui. Il a des IEC et il a du bisoprolol 10.

I : Concernant les bêtabloquants, il y d'autres choses qui vous freinent ? Bronchospasme ou des choses comme ça ?

M : Apres quand il y a des contre-indications franches, c'est plus souvent le cardiologue qui tranche en général. Le pneumologue qui dit « oulala là on évite ». Mais après avec les bêta-bloquants cardiosélectifs on n'a pas trop de problèmes normalement, enfin ce n'est pas une contre-indication qui prime. Votre question c'était quoi déjà ?

I : S'il y a des choses qui vous freinent ?

M : Non après il y a les histoires de répartition. On voit souvent deux prises ou des fois en une prise donc après je ne sais plus quelle est la norme. J'en vois beaucoup à 2.5 matin et soir. Et puis quand ils sont à 10 ils n'ont qu'une fois le matin. Après je sais même pas quand est-ce que l'on switche de deux prises à une prise. Faut que je me repenche sur la question.

I : Ca dépend aussi des classes. Biologiquement il y a des critères qui vous font être prudent ?

M : Chez l'insuffisant cardiaque, ça va être plutôt la creat pour les diurétiques et les problèmes de kaliemie malgré tout. Dès qu'il y a des diurétiques ou des IEC on se retrouve souvent ou relativement confronté à des hyperkaliémies ou hypokaliémie.

I : Avec une créatininémie un peu limite comment faites-vous pour vous en sortir ?

M : Souvent je laisse les IEC, alors souvent. Quels cas pratique en pratique ?

I : Et bien…

M : A partir du moment… moi je ne les augmente pas spécifiquement. Après les IEC souvent ils sont assez vite à la dose optimale me semble t-il ? Sauf s'il y a un problème de tension, souvent… Il faut que je me représente une situation… mais… heu par rapport à la creat ça arrive que l'on ait des problèmes. Mais là je redemande souvent au cardiologue ce qu'il en pense. Ça m'est arrivé chez une patiente où j'ai augmenté les diurétiques avec des gros œdèmes des membres inférieurs et en augmentant les diurétiques, on avait effectivement la créatininémie qui augmentait avec des IEC. J'en avais rediscuté avec lui sur l'attitude. Je l'ai même renvoyée et finalement il n'a pas trouvé de solution. Il a réadapté, il a baissé les IEC, on met quand même de l'aldactone mais on n'a pas réussi à gérer le problème d'œdème de manière optimale. Parce que chez cette patiente, on est limité par la creat.

I : Et quand vous êtes limité, vous vous laissez une marge de manœuvre ou vous tolérez une augmentation quand même ?

M : J'augmente mais je suis assez prudent. Ils ont des prises de sang assez régulièrement. Et la surveillance biologique cela devient vite problématique car au bout d'un moment ils en ont vite ras le bol.

I : Vous disiez que votre patient il n'était pas très observant tout à l'heure, c'est vis-à-vis de toutes les molécules ou... ?

M : Non c'est un peu général. Il n'est suivi que par les cardiologues de G. car il ne s'entend pas avec ceux d'A. Enfin c'est un peu compliqué. Après on peut aussi changer de patient car j'en ai d'autres (rire).

I : Non mais c'est aussi intéressant car c'est aussi un frein à l'optimisation de ses traitements.

M : Oui après ça se passe plutôt pas mal. Il est suivi par ses cardiologues sur Grenoble et ça se passe plutôt bien.

I : Mais ce n’est pas vis-à-vis d’effets secondaires ?

M : Non pas tellement non. Apres on se méfie de l’observance chez lui mais après il dit qu’il prend les médicaments. Ils ont quand même simplifié le traitement au maximum car il est pas très très simple. Apres il est stable sur le plan cardiaque.

I : Les IEC les ARA2 vous vous donnez une tension limite pour ne pas les augmenter aussi ?

M : Après c’est surtout sur la tolérance. Apres c’est sûr que s’ils ont 9 ou 10 de tension on desserre un peu l’étau. Mais globalement si la tolérance est bonne j’accepte bien 11 ou 12 de tension sans problème. Apres on va dire que inférieur à 10 là cela devient en général symptomatique. Il y a cette problématique. Et ce qui pose problème, dans les IEC, pas trop les hyperkaliémies c’est plus l’aldactone qui génère les hyperkaliémies associées notamment aux IEC. C’est plus ça que j’essaie de baisser. Ça devenait compliqué.

I : En parlant de ça, vos patients insuffisants cardiaques qui sont sous aldactone…

M : J’en ai deux en tête au moins mais oui il y en a.

I : Ça a été introduit par le cardiologue ?

M : Oui souvent oui.

I : Et en parlant d’autres patients, peut être moins jeunes, est ce que vous en avez d’autres qui ont d’autres comorbidités comme BPCO, asthme, insuffisance rénale ?

M : Oui

I : Est-ce que cela peut vous poser des problèmes ?,

M : Oui ça pose des problèmes d’adaptation thérapeutique souvent, effectivement car on a l’impression d’être limité par la marge de manœuvre. Quand c’est l’insuffisance

rénale c'est vraiment problématique avec l'insuffisance cardiaque parce qu'on se retrouve vite limité vis-à-vis des diurétiques, des surcharges. On parlait d'insuffisance respiratoire ? Apres c'est plus un tri clinique entre ce qui vient du poumon et du cœur. Car après il y a le pseudo asthme c'est pas simple non plus. Sinon par rapport à l'adaptation thérapeutique, les bêta-bloquants c'est plutôt décidé par le cardiologue et les pneumologues pour savoir si on utilise ces traitements ou pas. Donc souvent les traitements ils sont optimisés par les spécialistes et puis nous, évidemment on a de la marge de modification. Apres c'est vrai que l'on a que la clinique, nous. On ne peut pas s'appuyer sur l'écho cœur ou autre chose. Donc on est moins à l'aise je trouve.

I : Donc le fait de n'avoir que la clinique c'est un frein pour vous ?

M : Oui, notamment vis-à-vis de la surcharge, savoir jusqu'où on va. Est-ce que l'on augmente ou pas les diurétiques. Quand on a un creat limite, c'est vrai, ça m'est arrivé plusieurs fois où la creat monte. Où là faut peut être arrêter d'augmenter les diurétiques et puis en fait si on est à l'hôpital on les monte. Et souvent on améliore la creat en augmentant les diurétiques. Ça c'est une problématique je trouve propre à la médecine générale. Le coté surveillance et examens paracliniques il y a des choses que l'on peut faire plus difficilement en ville, je trouve.

I : D'accord.

M : Ca va, ça répond à vos objectifs ?

I : Oui oui, on trouve des idées je pense. Chez un insuffisant rénal vous faites plus souvent appel au néphrologue ou au cardiologue ?

M : Ça dépend de la clairance mais dans l'insuffisance cardiaque c'est plutôt le cardiologue. Les néphro c'est compliqué de discuter avec eux. Ils sont peu joignables. On a la chance sur Annecy d'avoir des cardiologues assez disponibles au téléphone pour discuter des patients dans l'ensemble.

I : Vous avez un réseau de cardiologues qui…

M : Oui il y a un gros cabinet de cardiologues mais après il y en a d'autres. Moi je suis là depuis 2 ans, je prends celui qu'a le patient. Mais on a des contacts plus fréquents et faciles avec certains.

I : Le grand âge vous influence-t-il dans vos objectifs de tension, de fréquence…?

M : Oui, on va être moins absolus dans nos objectifs (rire). Je pense à une patiente qui est en maison de retraite à 90 ans. Elle a des diurétiques à 120mg par jour. Elle est stable avec 120 mg/ jour. Elle n'a pas de bêta-bloquant. Cela avait été introduit dans son EPHAD et ça s'était mal passé donc je n'ai pas retenté la chose. Après c'est vrai que je songe à l'envoyer au cardiologue pour voir ce que l'on peut faire pour adapter les choses. Mais on l'a fait au coup par coup et puis elle est passée à l'hôpital parce qu'elle s'est cassé une hanche puis l'autre. Donc entre temps, théoriquement elle a dû ou elle aurait dû revoir des cardiologues (rire). Mais en EPHAD c'est compliqué. On hésite toujours à leur faire faire des aller-retour je trouve.

I : Les problèmes de transferts de…

M : Oui absolument. Faut qu'ils prennent l'ambulance, qu'ils attendent, qu'ils reviennent. Ils sont souvent dans une demande de ne pas être trop déplacés et pas faire trop de choses. Donc voilà faut arriver à répondre.

I : C'est intéressant.

M : Donc du coup on s'adapte avec ce que l'on a mais on n'a pas toujours les éléments pour décider. Après on n'est pas cardiologue non plus. On manipule moins aisément que les cardiologues les thérapeutiques, même si on les connaît.

I : Et vous parlez des diurétiques, vous les considérez comme un traitement de fond ? Ça marche ça arrive à…

M : Oui ça arrive. On a des patients en cours, uniquement sous diurétiques. Uniquement, non pas uniquement mais parmi leur traitement ils ont des diurétiques.

I : Vous modulez en fonction de la clinique ?

M : Oui en fonction de la clinique et puis de la biologie aussi de temps en temps. Oui quand ils sont en surcharge on augmente en surveillant la creat le iono, et puis quand ça se passe bien, et bien on laisse la même dose ou on revient en arrière si on estime qu'on les a trop séchés.

I : Chez vos patients institutionnalisés de 90 ans, elle n'est pas démente ?

M : Non, elle est pas démente, elle.

I : Si elle était démente, ça changerait quelque chose ou pas ? Pas nécessairement ?

M : Non pas forcément non. Apres c'est toujours pareil. On est moins, enfin quand les patients ont une grosse comorbidité, on a moins forcément l'envie… de respecter en absolu des seuils. Comme pour le diabète, les HBA1c on essaie que les thérapeutiques soient acceptables, qu'elles améliorent au mieux le confort des patients mais on ne cherche pas forcément à rentrer dans le cadre pour rentrer dans le cadre. Mais après c'est vrai que tout se discute. Peut être que certains trouveront que je ne suis pas assez efficace, d'autres trouveront que j'en fais trop. Je pense que la discussion est ouverte, en tout cas sur ce qui se passe en EPHAD.

I : En dehors de ce contexte de patient en EPHAD, en général, chez un patient en état stable, insuffisant cardiaque, parfois il vous arrive de modifier les traitements vous-même ?

M : Oui parfois si la tension monte, on va modifier les doses des traitements oui.

I : D'accord. Dans vos ressources, vous m'avez parlé des cardiologues de ville avec qui vous communiquez bien. Est-ce qu'ils vous donnent parfois des consignes précises dans les courriers ?

M : Oui, c'est assez variable. Il y en a qui sont assez précis et qui modifient les traitements. D'autres qui nous disent « je suggère de » mais qui ne le font pas. Finalement moi j'aime autant qu'on fasse. Moi si je l'envoie chez le cardiologue c'est pour avoir son avis donc s'il me le donne, ça me va très bien. Je ne suis pas vexé parce que l'on prend ma main en prescrivant à ma place. Apres si ça correspond à quelque chose qui a déjà été tenté et qui n'a pas marché et que le cardiologue ne le sait pas ou que le patient n'a pas supporté, je modifierai le tir mais de manière générale, je suis assez respectueux des décisions des cardiologues pour le coup.

I : L'hôpital vous travaillez avec eux ?

M : Ouais alors pour les consultations et le suivi des patients ça commence à se faire un peu plus, parce qu'avant il n'y avait qu'un seul cardiologue qui consultait beaucoup, alors que maintenant il commence à y avoir le réseau insuffisance cardiaque et des cardiologues plus jeunes qui commencent à faire du suivi, mais pendant longtemps il n'y avait pas de cardiologue pour le suivi. Enfin peu de suivi par l'hôpital car ils étaient dans la coro, dans l'aigu, dans la décompensation et finalement faisaient peu de consultations de suivi et maintenant on commence à en avoir. Mais après on a quand même plus de mal pour joindre quelqu'un. On n'a pas de numéros directs, on passe par le secrétariat où souvent on attend 10 min un quart d'heure et cela n'est pas compatible avec notre exercice. Alors que les cardiologues de ville que l'on connaît, la secrétaire nous dit « je vous le passe » et en 2 ou 3 minutes on parle au cardiologue. On peut faxer les électro, on peut…. Voilà. Après j'aime beaucoup les cardiologues hospitaliers mais c'est vrai que sur le plan pratique, c'est plus compliqué de travailler

avec eux sur le plan pratique. Même si je trouve qu'il y a de l'huile qui se met petit à *petit dans les rouages. On arrive petit à petit à plus communiquer avec eux.*

I : Au niveau des formations, vous disiez que vous aviez des formations médicales continues

M : Oui on a fait une formation sur la iatrogénie en EPHAD. Donc il y a un cardiologue qui est venu pour le faire, spécifiquement pour parler de dossier de iatrogénie chez la personne âgée. C'était assez intéressant je trouve. Par rapport à l'optimisation des traitements, par rapport à la décision d'anticoagulation ou pas, de choses comme ça qui sont assez difficiles à apprendre seul, sur le tas. On s'en remet quand même beaucoup aux équipes de cardiologues. Ouais c'est…. La formation continue nous aide beaucoup à adapter notre pratique. C'est utile en tout point de vue.

I : Les recommandations sur l'insuffisance cardiaque c'est par forcément…

M : Alors s'il y en a qui datent de l'année dernière je ne les connais pas forcément mais dans l'absolu, les traitements de l'IC on les connaît. Je pense que si je devais réfléchir à ma pratique, là où je suis le moins performant c'est de discuter des histoires de diététique, de sel, de choses comme ça ou d'éducation aux AVK , car on adapte les traitements mais on n'en rediscute pas toujours. Je trouve que c'est bien maintenant qu'il y ait des formules d'éducation thérapeutique qui commencent à se mettre en place pour faire des groupes, de façon à traiter vraiment un sujet avec plusieurs patients avec de l'interactivité en dehors de notre tunnel de consultation à devoir refaire, refaire, refaire, redire. Je pense qu'on est moins performant et même si on a l'impression d'être… d'adapter plus à la personne qu'on a en face, en même temps le temps est limité, on va à l'essentiel. En fonction de notre humeur on n'est pas toujours pareil. Et je pense que c'est bien de reposer les choses. Et en même temps ça montre leur motivation, s'ils viennent en consultation spécifique ou en groupe d'éducation thérapeutique, ça leur permet à eux de prouver leur adhésion à, ça a

probablement plus d'efficacité qu'une liturgie de conseils à l'infini. Donc ça on en a discuté avec des collègues pour voir si on peut évoluer vers ça. Il y a des nouvelles formules concernant l'éducation thérapeutique.

I : Concernant les thérapeutiques ?

M : Concernant les AVK, concernant l'IC, concernant la diététique, le diabétique aussi, l'activité physique. Enfin il y a plein de thématiques concernant l'éducation thérapeutique qu'on est censé évoquer à toutes les consultations mais qui en pratique sont difficiles à faire, quoi.

I : D'accord.

M : On n'a pas le temps. Ça va j'ai répondu à votre question ? Oui les diurétiques j'ai un seuil psychologique en fait. J'ai une amie gériatre en fait et je discute avec elle. J'ai des patients IC alors je monte les diurétiques mais j'ai du mal à mettre des fortes doses de diurétique en me disant qu'est-ce qu'il va se passer même si derrière on refait des bio etc., et je pense que c'est pareil que pour les B-, malgré tous les diurétiques à forte dose, je ne crie pas au secours mais faut vite que j'aie un avis spécialisé derrière qui me dit oui, on met ça quoi. J'ai un cas en tête d'un patient qui s'est mis en inflation 65 IDM, amputé d'une jambe pour artériopathie, traitement maximum. J'ai monté les diurétiques, j'ai appelé le cardiologue, car je voulais l'hospitaliser, le cardiologue voulait le prendre mais le patient ne voulait pas. Allez enfin, très compliqué. Alors écoutez, est-ce que vous voulez au moins le voir en consultation ? Le cardiologue lui a mis 160mg d'emblée et 75 d'aldactone, donc des fortes doses qui n'ont pas fait grand chose au départ, que j'ai reconduites et qui, au final, ont fini par marcher. Mais je pense qu'il avait un problème de suivi de sa restriction hydrique et donc avec le temps ça a fini par aller. Par contre c'était au fin fond « NDI d'un village » donc 10kms aller, 10kms retour et j'y allais une fois par semaine donc ce n'était pas facile. Et c'est vrai que j'aurais du mal moi à monter à des doses pareilles d'emblée, car avant, il était à 40mg

et maintenant il reste à ces doses là car on ne peut plus baisser. Et après je trouve, encore une fois, on n'a pas l'écho on n'a pas…. Pour avoir d'autres paramètres que la clinique, la tension, le degré des œdèmes qui est plus visuel qu'autre chose (rire) et le poids. Enfin voilà. Malgré tout avec ça des fois c'est difficile de se lancer dans des grosses doses d'emblée.

I : L'isolement aussi ?

M : Oui l'isolement aussi. C'est pour ça que j'étais quand même content qu'il le voit assez vite. Enfin il l'a vu au bout d'une semaine. Enfin qu'il me donne une dose de base et puis en me disant on va dans la bonne direction. Et puis c'était mixte, on voulait vérifier qu'il n'y ait rien d'autre.

I : D'accord

M : Enfin moi je trouve que c'est difficile de faire de l'insuffisance cardiaque sans s'appuyer sur le cardiologue. On est obligé de revenir à une écho cœur, à se reposer la question de la coronaropathie sous-jacente ou pas. Donc c'est vrai que je pense qu'on est vraiment obligé de travailler de concert avec les cardiologues. Enfin moi c'est ma vision des choses. Après il y a peut être plein de médecins qui vont dire on va voir finalement. (Rire). Finalement ils servent à rien.

I : (Rire) C'est pour cela que l'on fait varier notre échantillon. Et bien merci beaucoup.

Entretien 6

I : *Damien*, je suis interne en médecine générale. Donc, on est ici pour discuter des patients insuffisants cardiaques et, plus précisément ceux qui à l´échographie ont un ventricule qui est affaibli, d´accord ? Une fraction d´éjection qui est diminuée, d´accord ?

Donc l´objet de notre thèse c´est le traitement médicamenteux de l´insuffisance cardiaque. Le but n´est pas de discuter de ce qu´on doit faire, des recommandations, mais plutôt vraiment comment vous, vous gérez cette pathologie chez vos patients, votre façon de faire, pourquoi vous le faites et comment vous le faites, en fait. Donc on n´est pas là pour juger. C´est vraiment l´insuffisance cardiaque avec la fraction d´éjection diminuée, comment elle est gérée par les médecins généralistes, d´accord ? Donc l´entretien va être enregistré avec le dictaphone, retranscrit, puis anonymisé. Je vous ai donné la fiche de consentement qu´il faudra me signer.

Alors, ce que je vous propose donc c´est d´essayer de vous rappeler d´un de vos patients que vous avez vu soit au cabinet soit en visite, un de vos patients insuffisant cardiaque…

M : Alors c'est un patient que je suis depuis à peu près un an et demi puisque c'est la date de mon installation. Et que je vois à peu près tous les mois ou deux mois en fonction un petit peu de ses symptômes. Il a 84 ans, il est en ACFA sous AVK. Il a une double valvulopathie aortique et mitrale avec une fraction d'éjection effectivement abaissée. Il se plaint régulièrement d'essoufflement, alors c'est plus ou moins marqué, et la dernière fois que je l'ai vu il avait pris du poids. C'était au mois de janvier, il avait pris deux kilos en 3 semaines puisque c'était entre mi-janvier et le 9 février, et il avait des œdèmes des membres inférieurs qu'il n'avait pas auparavant. Donc lui, il venait pour un contrôle de routine, il n'avait pas spécialement de plainte. Donc j'ai majoré en

fait son traitement diurétique. J'ai rappelé ce que je rappelle toujours, mais que des fois ils ont tendance à oublier ou à minimiser, c'est à dire de surveiller leur poids, que s'ils voient qu'ils prennent du poids assez rapidement de venir me voir. Si effectivement il y a un essoufflement qui se majore par rapport à ce qu'il y a d'habitude ou s'il y a des œdèmes qui s'installent, effectivement de venir pour un contrôle. Donc j'ai majoré son traitement diurétique et je l'ai fait revenir 15 jours après pour suivre l'évolution. Il avait reperdu ses deux kilos, les œdèmes avaient régressé, cela allait mieux. Il a revu son cardiologue courant avril parce qu'elle le voit tous les 6 mois. Elle avait donc laissé la majoration du traitement diurétique encore pour une quinzaine de jours et puis il m'a revu après, on a re-diminué un petit peu mais en laissant quand même un diurétique un petit peu majoré par rapport à ce qu'il avait de base, et voilà, en lui indiquant un petit peu son poids cible et de surveiller son poids.

I : de surveiller régulièrement

M : Oui.

I : Et à part les diurétiques, vous avez touché à d'autres traitements ou pas chez lui ?

M : Pas à ce moment-là, non.

I : D'accord cela vous est déjà arrivé par contre chez lui de toucher d'autres traitements que les diurétiques ? Pour son insuffisance cardiaque ?

M : Heu non.

I : D'accord, par exemple les béta bloquants, les IEC. C'est des choses que vous pouvez être amenée à modifier chez vos patients ?

M : Oui … mais après cela dépendra plus au niveau de sa tension, de sa fréquence cardiaque de voir si j'ai la possibilité. Lui en l'occurrence, il a une fréquence cardiaque qui n'est pas trop basse donc ça serait possible, mais c'est vrai que je modifie plus

facilement le diurétique en premier lieu que le bêta-bloquant ou l'IEC. C'est peut être un tort, je ne sais pas.

I : D'accord, et quand là vous venez de me le dire, (je pense que vous parlez du bêta-bloquant) pour la tension et la fréquence cardiaque à partir de quand vous dîtes : il faudrait que je diminue, que je lève le pied sur les bêta-bloquants ? A partir de quelle fréquence cardiaque vous fixez…

M : Bah par rapport à 60, s'il est en dessous de 60, après cela dépend de l'âge aussi. Là il a 84 ans, je me dis que si après il a une fréquence qui diminue trop, il va peut-être avoir d'autres symptômes qui ne seront pas forcément agréables quoi.

I : Donc vous préférez peut être les laisser au dessus de 60 qu'en dessous de 60…

M : Aux alentours oui. A ce moment-là, sinon ce que je fais, sinon, c'est que j'appelle le cardiologue aussi pour avoir son avis, savoir, voilà, qu´est-ce que je peux bouger, si, en fonction de la clinque, si j´ai un doute, si je ne suis pas très sûre, après, là, j´ai majoré les diurétiques, je l´ai revu, et puis j´ai vu que ça rentrait dans l´ordre, donc finalement il n´avait pas lieu

I : Oui, de…

M : De toucher autre chose. Si je l´avais revu et que le poids était resté stable, ou au contraire ça s´était majoré, ben je pense que j´aurai passé un coup de fil à son cardiologue pour savoir ce qu'il valait mieux que je modifie.

I : D´accord, et au niveau tension aussi à partir de quelle tension vous dîtes : soit c´est sûr que je ne les augmente pas ou même je me pose la question de diminuer chez votre patient ?

M : Ben c´est pareil, là… il a 84 ans, il faut quand même éviter les hypotensions donc s´il a une tension à 11 je serais plus frileuse pour augmenter, le bêtabloquant ou l'IEC

I : D´accord, mais ça peut vous arriver chez ces patients insuffisants cardiaques de modifier…

M : Oui, oui

I : Et du coup qu´est-ce qui va vous inciter par exemple à augmenter ou à diminuer le bêtabloquant, quels paramètres, quels critères vous prenez en compte pour vous dire « là il faut que j'augmente ou que je diminue » à part la tension et la fréquence cardiaque vous avez d´autres critères, par exemple pour les bêtabloquants qui peuvent vous faire modifier la posologie ?

M : En cas de poussée d´insuffisance cardiaque vous voulez dire ?

I : Non, chez le patient insuffisant cardiaque globalement, on va dire. Est-ce qu'il y a d 'autres critères à part la tension et la fréquence cardiaque que vous prenez en compte au moment où vous vous dîtes là je vais augmenter ou diminuer les traitements ?

M : Ben après ça dépend aussi de la tolérance. Est-ce qu'il y a des effets secondaires, une hypotension orthostatique. Chez les personnes très âgées comme cela je préfère avoir une tension un peu limite haute que limite basse parce qu'après il y a les risques de chute, etc, donc il faut quand même être vigilent. Après c'est surtout au niveau tolérance.

I : D'Accord. Il y a d'autres effets secondaires qui on put vous gêner chez ces patients avec les bêta-bloquants, vous m'avez déjà cité la fréquence cardiaque l'hypotension orthostatique la bradycardie, vous avez eu d'autre chose avec les bêta-bloquants qui vous ont déjà gênée, fait modifier les traitements chez ces patients ?

M : Euh alors moi non, mais j'ai un de mes patients, un nouveau patient que je viens de voir, un qui a dû arrêter un bêta-bloquant parce que il lui déclenchait des sibilants. Il a vu le pneumologue pensant qu'il avait un début d'asthme sous-jacent. Oui j'ai un

patient qui ne tolère pas les bêta-bloquants, il a des signes assez généraux, il ne se sent pas bien il se sent fatigué, voilà.

I : Du coup en arrêtant les béta bloquants il se sent moins fatigué ?

M : Oui

I : D'accord , c'est intéressant.

M : Et après les IEC c'est effectivement la toux.

I : Dans vos insuffisants cardiaques vous en avez qui se sont mis à tousser et du coup vous êtes amenée à diminuer, voire enlever, les IEC ?

M : Alors c'était pas des insuffisants cardiaques, c'était des diabétiques hypertendus qui avaient un IEC et qui déclenchaient effectivement de la toux. En arrêtant l'IEC cela rentrait dans l'ordre. Mais là j'ai pas souvenir.

I : D'accord, et vous avez d'autres difficultés que la toux chez vos patients ? Quand vous modifiez les IEC est- ce qu'il y a d'autres critères qui peuvent vous gêner quand vous voulez les monter par exemple ?

M : Euh non pas tellement non.

I : Vous n'avez pas des insuffisants cardiaques qui ont en plus une insuffisance rénale ?

M : Euh attendez que je réfléchisse… j'en ai un mais je n'ai pas le droit de toucher à aucun de ses traitements anti hypertenseurs, c'est la consigne absolue de son néphrologue !

I : D'accord.

M : Il est insuffisant rénal avec une clairance à 25, il est suivi par un néphrologue à Annecy, et il y a eu apparemment, à un moment donné, un conflit avec un cardiologue

qui a changé un traitement et le néphrologue n'était pas d'accord, et maintenant sur toutes ses ordonnances ça revient, « interdiction de toucher au traitement antihypertenseur sans mon avis ». Donc lui voilà… Mais sinon ils ont des fonctions rénales pas catastrophiques, donc ça va.

I : D'accord, et du coup le cardiologue dans cette histoire il en pense quoi alors ?

M : Rires…

I : Quel est son avis sur ce patient là ? Qu'est-ce qu'il en pense ?

M : Je ne sais pas, je ne peux pas vous dire. Je vais regarder qui le suit… Ben le cardiologue il donne des consignes, mais en fait souvent les cardiologues ils nous écrivent des courriers avec des modifications de posologie mais ils ne font pas forcément l'ordonnance donc le patient revient nous voir avec le courrier etc. Donc c'est nous qui faisons la prescription. Et là en l'occurrence, à chaque fois cela passe par le néphrologue. Parce que le patient a vraiment été conditionné et que même moi l'autre jour je l'ai appelé parce qu'il avait une hyperkaliémie et qu'il fallait qu'il prenne du kayexalate… et non il fallait qu'il demande au néphrologue… Donc bon, c'est très particulier, il n'y a que lui pour qui cela se passe comme cela.

I : D'accord. Le cardiologue va faire des modifications mais tant que le patient n'a pas l'avis du néphrologue…

M : Voila. Il ne modifiera rien et il ne changera pas son traitement.

I : D'accord, bon, très bien. Et est-ce qu'il y a des critères biologiques qui peuvent aussi modifier votre attitude thérapeutique vis-à-vis soit des bêta-bloquants, des IEC, des traitements de vos patients en fait. Est-ce que sur la biologie il y a des choses qui vont vous faire modifier le traitement ?

M : Bah par rapport aux bêta-bloquants, non, pour les IEC on surveille la fonction rénale, créatinine kaliémie natrémie.

I : Du coup des problèmes de potassium à part chez ce patient géré par le néphrologue, cela vous est arrivé d'avoir des problèmes ioniques chez les *patients sous IEC ?*

M : Alors nous on a beaucoup de problèmes de potassium dans notre village pour les gens qui font leur prélèvement à domicile. Donc c'est souvent un peu compliqué de gérer les problèmes de potassium, car il faut que l'on fasse recontrôler en laboratoire pour que cela soit prélevé correctement. Cela ne veut pas dire qu'on ne gère pas les hyperkaliémies je vous rassure, mais si, c'est arrivé effectivement d'avoir des problèmes. Ou effectivement il y avait une hyperkaliémie chez des personnes âgées au domicile. On essaye de recontrôler au laboratoire, ou au moins de refaire un prélèvement à domicile sans garrot. Si cela persiste on modifie le traitement.

I : D'accord, donc là vous m'avez dit que vous aviez un patient âgé qui avait une ACFA une valvulopathie, plusieurs comorbidités. Est-ce que dans les consultations ce caractère polypathologique vous gêne ?

M : Ben ce qu'il y a c'est que ça prend un petit peu plus de temps puisqu'il faut essayer de tout coordonner, d'avoir le maximum d'informations en fonction des symptômes parce que des fois ils nous disent voilà il y a une seule chose, et puis il faut aller chercher plus loin d'autres symptômes qu'ils ne décrivent pas forcément spontanément, et ben c'est vrai que dans le cadre de la polypathologie, essayer de savoir à quoi se raccrocher pour ne pas passer à côté de quelque chose, oui.

I : D'accord et vous avez des patients dans vos insuffisants cardiaques qui ont en plus une BPCO, une artériopathie, une démence, quelque chose comme ça ?

M : Euh oui, BPCO, artériopathie, démence, quelques patients ont des démences, mais ce ne sont pas de gros insuffisants cardiaques. Ils sont hypertendus, une est en ACFA.

I : D'accord, et est-ce que cela vous gêne la BPCO dans le cadre de la prescription de bêta-bloquants ou pas ?

M : Euh on va faire plus attention mais c'est pas contre indiqué. Et après on va voir en fonction des symptômes comment c'est toléré. Il y a des gens effectivement qui ont des bêta-bloquants et qui vont être aggravés, et il faudra peut-être changer effectivement le traitement. Mais ça souvent cela passe par le cardiologue et puis par le pneumologue en fonction du stade.

I : D'accord, quand vous dîtes dégradé, c'est au niveau de son essoufflement ?

M : Oui effectivement.

I : D'accord et du coup quand c'est comme cela vous voyez avec le cardiologue ou le pneumologue ? C'est cela ?

M : Oui

I : D'accord, et cela vous est déjà arrivé d'avoir un patient BPCO qui a des bêta-bloquants et qui a des sibilants à l'auscultation ? C'est une situation qui s'est déjà présentée ou pas particulièrement ?

M : Encore une fois cela ne fait pas longtemps que je suis installée donc… j'ai pas souvenir.

I : D'accord. D'accord. Et tout à l'heure, à plusieurs reprises, vous m'avez expliqué que c'était un patient âgé et que du coup vous faisiez attention au niveau des traitements. Dans quelle mesure l'âge influence vos façons de prescrire chez ces patients ?

M : Ben forcément, un patient qui a 84 ans qui a une espérance de vie plus limitée que quelqu'un qui en a 60, moi je préfère qu'il ait une tension à 14 plutôt qu'une tension à 10 ou 11 par rapport au risque d'une hypotension orthostatique ou d'une hypotension tout court, et d'un malaise ou chute etc…Par rapport aux conséquences que peut avoir une tension tout juste normale, voire un petit peu élevée, sur son espérance de vie , sachant qu'une chute à cet âge-là peut être plus dangereuse qu'une tension à la limite supérieure de la normale.

I : D'accord. Oui l'espérance de vie et les risques iatrogéniques plus importants ;

M : Oui.

I : Est-ce que vos patients âgés sont à la maison ou en institut ?

M : Alors j'en ai beaucoup à la maison quand même. Je suis plusieurs patients qui sont en résidence pour personnes âgées dans la ville à coté. Et après j'ai quelques patients en maison de retraite mais pas beaucoup pour le moment. Est-ce parce que je suis jeune aussi ? Alors j'ai repris une patientèle de quelqu'un qui est parti en retraite et qui avait déjà une patientèle âgée mais ne faisait pas beaucoup de visites. Donc c'est vrai que, pour l'instant, je n'ai pas beaucoup de patients en maison de retraite. Mes patients âgés se déplacent, pour l'instant.

I : D'accord et les quelques uns que vous avez en maison de retraite, est-ce que cela modifie votre façon de prescrire ou votre prise en charge ?

M : Par rapport à ceux qui vivent à la maison ?

I : Oui ceux qui viennent au cabinet par rapport à ceux qui vivent en maison de retraite. Est-ce que vous pensez qu'il peut y avoir une attitude thérapeutique un peu différente entre votre prise en charge dans votre cabinet et un passage entre midi et deux à la maison de retraite ?

M : Non je ne pense pas. Ou pas consciemment en tout cas.

I : D'accord. Tout à l'heure vous m'avez parlé des diurétiques chez votre patient qui était en décompensation. Comment vous considérez les diurétiques ? Est-ce que c'est plutôt un traitement de fond, un traitement des symptômes ou autre chose ?

M : Et bien les deux puisque cela fait partie du traitement de fond que l'on majore ou diminue en fonction des symptômes. Pour cela moi je leur dis souvent de prêter attention à leurs œdèmes, à leur poids, leur essoufflement, aussi dans le cas contraire quand approche l'été, qu'il fait très chaud, de repasser me voire parce qu'il faudra peut-être qu'on modifie ce traitement là aussi. Donc pour moi c'est les deux, un traitement de fond sur lequel on agit aussi au moment d'une décompensation.

I : D'accord, et quand vous m'avez parlé de ce patient que vous avez vu, on a commencé à parler si vous aviez modifié d'autres traitements. Vous m'avez dit les bêta-bloquants, les IEC, moins, peut être j'appelle le cardiologue. Est-ce que vous diriez que ces deux traitements-là, c'est quelque chose qui vous fait peur, comparé à modifier les diurétiques en fait ?

M : Euh bien peut être plus chez des patients fragiles, âgés, et peut être parce que je considère plus que les bêta-bloquants et les IEC c'est vraiment le traitement de fond, et que si je les modifie cela sera plus sur le long terme que lors d'une petite décompensation, ou il va peut-être falloir majorer un traitement quelques semaines, ou le re-diminuer, tandis que les IEC et bêta-bloquants effectivement c'est plus le traitement de fond, et oui effectivement il y a peut-être plus de crainte à les majorer pendant une décompensation. Oui.

I : Et si le patient, j'ose espérer que vous avez des patients qui viennent vous voir et qui sont en état stable, est ce que là vous êtes amenée à modifier ces traitements ou pas ? Un patient qui va bien ?

M : Qui a une tension correcte, qui ne se plaint de rien. Ben non. Si toutes les constantes sont correctes, si cliniquement il n'y a pas de signe. Après c'est quand même des patients que j'envoie régulièrement chez le cardio pour faire des contrôles, et oui si tout est stable, je ne vais pas forcément modifier son traitement.

I : D'accord, donc tout ce qui est modification du traitement de fond, cela va être plutôt chez le cardiologue ?

M : Ben oui encore une fois s'il n'y a pas de plainte, de signe d'appel.

I : D'accord, les anti-aldostérone comme la spironolactone, l'éplérénone, vous en avez chez ces patients ou pas ?

M : Alors un petit peu, ce n'est pas la majorité, et puis j'ai souvent eu des problèmes de kaliémie qui m'ont amenée à les arrêter.

I : D'accord et les augmenter dans l'autre sens cela vous est déjà arrivé ou pas ?

M : Oui.

I : Donc vous êtes à l'aise pour les diminuer ou les augmenter ?

M : Oui, oui.

I : Est-ce que vous vous rappelez sur quels critères vous les avez augmentés ces traitements ?

M : Je pense que c'était sur des œdèmes.

I : D'accord. Et est-ce que cela vous est déjà arrivé de vouloir modifier un traitement bêta-bloquant ou IEC, de vous dire j'aurais bien voulu le faire et finalement vous ne l'avez pas fait. Est-ce que cette situation est déjà arrivée ? D'hésiter ?

M : Oui, je pense que quand on hésite, on se laisse aussi un peu de temps. On se dit on le revoit plus tôt et on voit comment cela évolue. Des fois voilà il faut juste se laisser

un peu de temps pour voir l'évolution pour savoir si vraiment c'est nécessaire ou pas. Et puis après si je pense que c'est ce qu'il faut faire, et bien je le fais. Si vraiment il y a quelque chose qui me gêne, soit si c'est biologique, on contrôle, sinon il y a toujours le coup de fil au cardiologue. Moi je n'hésite pas si j'ai un doute plutôt que de faire en étant pas sûre de moi. Je pense que dans cette situation en général on nous répond tout de suite.

I : Donc en cas de difficulté, vous avez recours au spécialiste, à l'hôpital, en ville ?

M : Là où ils sont suivis, donc ici c'est beaucoup en ville par des cardiologues sur A., A., En général ça ne pose pas de problème pour avoir des réponses rapidement.

I : D'accord et quand ils vont les voir en consultation, vous avez des courriers en retours ?

M : Oui.

I : Est-ce que les courriers vous aident dans la prise en charge de vos patients, est ce qu'il y a des conduites à tenir ?

M : Oui tout à fait. Déjà il y a le résultat d'échographie, la fraction d'éjection, leur examen clinique. Ils sont pesés, cela permet de voir si cela ne bouge pas par rapport à notre examen. Et puis souvent oui, ils nous mettent qu'ils ne modifient pas le traitement, et notent par exemple si essoufflement, si prise de poids majorer ceci ou cela et puis à revoir à tel intervalle de temps, car il y a des patients revus tous les 6 mois, d'autres tous les ans. Donc c'est aussi intéressant pour nous pour dire : est ce que vous avez repris rendez-vous avec votre cardiologue pour faire le point ? Non c'est utile. Ça arrive qu'on revoie le patient et qu'on n'ait pas le courrier. C'est bien quand on l'a car le cardiologue nous dit ce qu'il en pense.

I : Parfois cela peut arriver qu'il n'y ait pas de courrier ?

M : Oui

I : Et la cela vous gêne pour le suivi ?

M : Ben tout dépend. On discute avec le patient, s'il nous dit : le cardio a dit tout est bon on ne change rien, ben voilà. Sinon j'essaye d'appeler mais la plupart du temps on a le courrier à temps.

I :Vous travaillez aussi avec l'hôpital avec ces patients, quand vous avez des problèmes, vous pouvez être amenée à travailler avec l'hôpital d'A. ou A. ?

M : Plutôt A. Et bien encore une fois je vous dis, beaucoup de patients sont suivis par leur cardiologue de ville donc ne vont pas forcément aller à l'hôpital sauf si nécessaire. On adresse beaucoup au cardiologue de ville et on n'a pas beaucoup de contact avec les cardiologues de l'hôpital.

I : D'accord, donc vous n'avez pas eu besoin particulièrement.

M : Non

I : Est-ce que vous trouvez que les recommandations des sociétés savantes sont utiles pour la pratique des médecins généralistes ?

M : Oui, en général les recommandations sont toujours utiles et on s'adapte au cas par cas.

I : D'accord, je pense qu'on a fait le tour, je vous remercie.

Entretien 7

I : Bonjour, Damien, je suis médecin remplaçant en médecine générale. Donc, on est ici pour discuter des patients insuffisants cardiaques et, plus précisément ceux qui, à l´échographie, ont un ventricule qui est affaibli, une fraction d´éjection qui est diminuée, d´accord ?

Donc l´objet de notre thèse c´est les traitements médicamenteux de fond de l´insuffisance cardiaque. Le but n´est pas de discuter de ce qu´on doit faire, des recommandations, mais plutôt vraiment comment vous, vous gérez cette pathologie chez vos patients, votre façon de faire, pourquoi vous le faites et comment vous le faites, en fait. Donc on n´est pas là pour juger. C´est vraiment l´insuffisance cardiaque avec la fraction d´éjection diminuée, comment elle est gérée par les médecins généralistes, d´accord ? Si vous le permettez, l´entretien va être enregistré avec le dictaphone, retranscrit, puis anonymisé. L'enregistrement sera effacé. Je vous ai donné la fiche de consentement qu´il faudra me signer.

Alors, ce que je vous propose donc, c´est d´essayer de vous rappeler d´un de vos patients que vous avez vu soit au cabinet soit en visite, un de vos patients insuffisant cardiaque…

Est- ce que vous avez un patient en tête dans cette situation ?

M : Oui

I : Oui ? Vous voulez m´en parler un peu ?

M : Alors, c´est une patiente, 70 ans, qui a une psychose paranoïaque qui est suivie du coup par un psychiatre, et qui, au cours d´une hospitalisation a fait une décompensation cardiaque qui était l´origine du diagnostic, du coup, d´insuffisance cardiaque.

I : D´accord

M : C´était il y a deux ans.

I : Et, à part sa psychose paranoïaque elle a d´autres antécédents ou pas, cette patiente ?

M : Non

I : Et donc, du coup, au niveau de ses traitements vous la voyez dans le cadre du renouvellement de ses traitements pour son insuffisance cardiaque ?

M : Oui, je la vois de façon globale. En fait il y a un suivi conjoint avec le psychiatre, mais je la vois une fois par mois, cette dame.

I : D´accord. Et du coup, pour son insuffisance cardiaque, quels paramètres vous prenez en compte pour modifier ses traitements ?

M : Alors, bêtabloquants donc fréquence cardiaque, essentiellement, et après l´apparition d´une dyspnée, d'œdèmes.

I : D´accord. Et quand vous dîtes la fréquence cardiaque, à partir de quand vous commencez à être frileuse sur quelle fréquence cardiaque, vous commencez à vous dire "il faut peut-être que je diminue le bêtabloquant". Vous avez un chiffre comme ça ou vous dîtes “là je ne vais pas aller plus loin".

M : Dans l´idée, je me suis mis 60 après ça va dépendre de sa tolérance

I : D´accord

M : Je ne passe jamais en dessous pour l´instant

I : D´accord, d´accord

M : Ça c´est dans l´absolu.

I : Vers 60, là vous ne montez plus le bêtabloquant, vous restez à la dose ...

M : Oui

I : D´accord, et des patients qui ont des symptômes particuliers à 60 ou qui vont bien ? Vous dîtes je ne monte pas au dessus parce que vous avez déjà eu des cas ou vous avez essayé de...

M : J´avais essayé une fois, du coup ça avait... Ben... Ça c´est vraiment dans ma tête.

I : Non, mais c´est ce que qui nous intéresse, c´est ce qui est dans votre tête.

M : Du coup c´est en sortant de cette patiente-là, j´en avais eu une qui avait une dyspnée que je... Enfin, pas une dyspnée mais une difficulté à s´adapter à l´effort, pour monter les escaliers, que j´ai attribuée à sa bradycardie relative et, du coup, effectivement, en baissant un petit peu le bêtabloquant elle était mieux.

I : D´accord.

M : C´était plus la fatigue, désadaptation à l´effort

I : Désadaptation à l´effort ? D´accord, d´accord. Et à ce moment-là, vous vous rappelez de la fréquence cardiaque de votre patiente ?

M : Elle devait être passée à 56-57, pas très bas en fait.

I : D´accord. D´accord. Est-ce que... vous avez dit que c´est une dame qui avait une psychose paranoïaque, est-ce que du coup ça rend plus difficile les entretiens ?

M : Pour elle oui. Oui, parce que du coup...alors, sur le plan cardio elle suit son traitement, et elle y adhère à peu près. Sur le plan psychiatrique pas vraiment et du coup c´est toujours interprétatif surtout. Si elle a des œdèmes c´est parce qu´il y a un évènement extérieur autre que son problème cardiaque, enfin, elle dans son interprétation...donc oui, ce n´est pas très...on raisonne plus sur la clinique que sur

l´interrogatoire, avec cette dame en particulier.

I : D´accord, oui, donc du coup, par exemple, l´essoufflement, ça peut être difficile à rechercher ?

M : Ça peut être difficile, oui.

I : D´accord, donc du coup au niveau des traitements vous trouvez que c´est plus compliqué à gérer du fait de sa pathologie psychiatrique ? Ça rend le travail plus compliqué ou pas ?

M : Ben du coup je me fie plus, oui, sur la clinique, la présence ou non d´œdème, l´auscultation, que sur, effectivement, les données de l´ interrogatoire, pour elle, ouais.

I : D´accord. Vous dîtes aussi que vous prenez en compte la dyspnée pour modifier les traitements, à ce moment-là, quels traitements vous modifiez ?

M : Plutôt les diurétiques.

I : D´accord, et plutôt ça veut dire que parfois vous pouvez être amenée à modifier d´autres traitements que les diurétiques ?

M : Ben, parfois la dyspnée est difficile, je trouve, à identifier, parce que les gens disent qu´ils ont du mal à respirer et ils ont du mal à nous dire s´ils ont... enfin, en l'occurrence chez elle, là je parle plus dans l´absolu. Je pense que quand ils sont au ralenti, parfois, ils ont aussi du mal à adapter leur effort et, du coup, ils n´arrivent pas à monter leur rythme d´effort et du coup ils se sentent essoufflés alors que ce n´est pas une dyspnée

I : D´accord, oui, c´est plutôt de l´insuffisance cardiaque...

M : Plutôt oui.

I : D´accord, c´est l´origine en fait... c´est que ça soit réellement une dyspnée qui est un peu douteux, c´est ça ?

M : Oui, ça c´est entre la description qu´ils ont et ...

I : D´accord, et à ce moment-là comment vous faites pour vous en sortir, pour savoir si c´est plutôt cardiaque ou si c´est autre chose ?

M : Ben, parfois j´essaie de modifier le traitement et puis quand je me sens.. J'avoue …Consultation, je les envoie consulter le cardiologue qui les suit pour qu´il passe une écho et qu'il nous aide un peu.

I : D´accord, d´accord

M : …

I : D´accord. Là vous m´avez dit que pour modifier les traitements vous prenez en compte la fréquence cardiaque, la dyspnée... Il y a d'autres critères que vous prenez en compte dans les traitements au moment de renouveler les ordonnances ?

M : Il peut y avoir les paramètres biologiques, la créat surtout.

I : À partir de…pareil, la créatinine est-ce que vous avez une clairance à partir de laquelle vous n´osez plus toucher les IEC par exemple ? Il y a une limite que vous vous fixez ou pas vraiment ?

M : Ben… non. Pas vraiment. C´est plus la rapidité de la variation de la clairance que le chiffre lui-même.

I : D´accord. Et du coup vous autorisez une marge d´augmentation de la créatinine pour modifier les traitements ?

M : Oui.

I : Oui ? Vous savez à peu-près, vous dîtes combien... ? Si vous avez des chiffres en tête ou c´est un peu en fonction des autres paramètres

M : Alors, je commence à être assez méfiante quand j´ai une clairance en dessous de 50. Du coup dans ce cas-là je la surveille un peu plus pour voir si elle continue à s´altérer ou si, à l´inverse, si elle se stabilise. Si elle se stabilise je ne m´inquiète pas trop. Si elle continue à baisser je vais plutôt demander l´avis du cardiologue dans un premier temps pour réadapter le traitement que se lancer dans l´avis du néphro...

I : Vous travaillez parfois avec les néphrologues dans cette situation ?

M : Oui, ça m´arrive de les appeler.

I : Chez vos patients insuffisants cardiaques ou dans d'autres situations ?

M : Chez l'insuffisance cardiaque j´appelle quand même. Enfin, je demande plutôt l´avis du cardiologue et les autres j´appelle le néphro. Enfin, j´envoie un mail à vrai dire.

I : D´accord.

M : Ils sont plus faciles à joindre par mail que par téléphone.

I : D´accord. Donc c´est le cardiologue qui gère pour les insuffisances cardiaques et pour les autres...

M : Oui, et si lui il me dit qu´il a besoin d´un avis après je demande l´avis à un néphrologue mais c´est vrai que...

I : D´accord. Et, du coup, vous avez un cas en tête où le cardiologue a demandé l´avis d´un néphrologue ?

M : Non.

I : D´accord.

M : Après je n´ai pas de patientèle forcément très âgée donc je n´ai pas beaucoup

d´insuffisants cardiaques.

I : D´accord. Est-ce que le fait que vous n´ayez pas beaucoup d´insuffisants cardiaques, est- ce que vous pensez que ça intervient dans votre façon de prescrire ou pas ? Ou de traiter les patients ?

M : Oui, je pense. Parce que du coup je ne me sens pas, enfin, ce n´est pas un domaine dans lequel je me sens très à l´aise et très...et c´est très clair dans ma tête.

I : D´accord. D´accord. C´est intéressant. Au niveau de la tension avec bêtabloquants et IEC, est-ce que vous avez des soucis des tensions chez ces patients-là ?

M : Sur ceux que j´ai non.

I : Non ? D´accord. Et ils sont à combien à peu-près ? Vous savez quand vous les voyez...

M : Entre... que je ne dise pas de bêtises mais entre, à la louche, entre 120 et 140 de systolique et de diastolique dans la norme, entre 60-80. Ils ne sont jamais très hauts ou très bas.

I : Vous m´avez parlé tout à l´heure des critères biologiques, il y en a d´autres que vous prenez en compte, qui peuvent vous gêner chez ces patients ? Vous m´avez parlé de la créatinine tout l´heure. Il y a d'autres éléments qui peuvent modifier votre attitude thérapeutique chez ces patients ?

M : Il m´arrive de leur doser le proBNP, plus à la demande du cardiologue qui veut avoir une cinétique mais spontanément, je le fais assez peu toute seule.

I : D´accord, d´accord. Ça vous est déjà arrivé d´avoir un patient insuffisant cardiaque qui a des sibilants au niveau respiratoire quand vous l´auscultez ?

M : Non, sur ceux que j´ai non.

I : D´accord. Et est-ce que vous avez des patients insuffisants cardiaques avec des pathologies associées comme la BPCO, l´asthme, l'insuffisance rénale… on a déjà discuté démence, artériopathie, avec d'autres pathologies, comment… vous m´avez dit que vous avez une dame qui avait...

M : Oui. Il y en a une c´est psychiatrique, les deux autres c'est des insuffisances cardiaques...enfin ce sont des cardiopathies isolées.

I : D´accord, d´accord. Avec les IEC, à part la fonction rénale vous n´avez pas rencontré d'autres difficultés ?

M : Non, pas spécialement.

I : D´accord. Vous en avez une de 70 ans. Vous avez aussi des patients insuffisants cardiaques qui sont plus âgés ou pas ?

M : J´en ai une qui a… je ne sais pas, plus âgée, et un plus jeune.

I : D´accord. Dans quelle mesure l´âge influence vos choix thérapeutiques ? Est-ce que chez votre patiente qui est plus âgée, est-ce que ça change quelque chose entre… vous voyez, prescrire, je ne sais pas, à un insuffisant cardiaque de 60 ans et votre insuffisant cardiaque qui est plus âgé, est-ce que ça modifie quelque chose dans votre façon de faire au niveau de vos traitements ?

M : Non

I : Non ? D´accord. Celle qui est plus âgée elle est à la maison, elle est en institution... ?

M : Elle est à la maison.

I : D´accord. Tout à l´heure vous m´avez parlé des diurétiques quand les patients avaient des œdèmes. Comment vous considérez les diurétiques ? C´est un traitement

de fond, un traitement des symptômes, autre chose ?

M : Euh… Les deux. En traitement de fond mais avec une modulation pour traiter aussi les symptômes.

I : D´accord. Les antialdostérone comme l´aldactone, la spironolactone , l'éplérénone tout ça, vos patients ils en ont ou pas ?

M : Non

I : Non ? D´accord. Ils sont plutôt stables vos patients ?

M : Oui, globalement.

I : Ouais ? Du coup, chez ces patients stables, quand vous voyez un patient stable, est-ce que vous modifiez ses traitements de fond ou pas ?

M : Non.

I : Non ? D´accord. Vous m´avez dit, quand il faut modifier le… Est-ce que ça vous est déjà arrivé chez ces patients, de vouloir modifier le bêtabloquant mais de… Voilà, dire « j´aurais bien modifié » et de pas le faire ?

M : Ça m´est arrivé avec la patiente plus âgée…

I : Ouais ?

M : Euh… Ben suite à la consult avec le cardiologue, dire essayer de l´augmenter pour avoir une fréquence cardiaque en dessous de 70, je crois qu´il m´avait donné comme objectif et puis en fait on a fait un premier palier et je n´ai pas osé continuer parce que du coup voilà…

I : Parce que ?

M : Ben, j´avais vraiment… elle était… elle avait bien toléré le premier, je m´étais

dis…j´ai eu peur en continuant, du coup elle est arrivée juste à 70, à l´objectif, donc j´aurais pu me dire « aller on continue encore» et…euh… j´étais frileuse, je pense, à craindre qu´elle n´arrive plus à faire ses petites activités, monter les escaliers, descendre les escaliers, bon ben plus la gêner, mais bon c´est peut-être moi.. Une crainte des bêtabloquants…

I : Ouais ? Et du coup…

M : Et du coup je l´ai laissée avec son…

I : D´accord.

M : Et elle doit revoir le cardiologue bientôt donc on va voir ce qu´il nous dit. S´il me dit d´y aller, de continuer, on ira. Je l´écouterai.

I : Et pourquoi vous avez cette peur du bêtabloquant, est-ce que vous arriveriez à l'expliquer ? Qu'est-ce que vous craignez avec ces traitements ?

M : En fait chez les personnes âgées, je pense à elle en particulier, elle a encore pas mal d'autonomie, et dès qu'elle a un petit peu plus d'œdèmes un peu plus de crépitants, elle est vite… elle fait plus rien elle, n'arrive plus à sortir de chez elle. Donc elle m'appelle rapidement et on arrive à gérer. Cela fait longtemps que ce n'est pas arrivé d'ailleurs. Et du coup je me dis que si on augmente encore le bêtabloquant et qu'elle arrive plus à s'adapter… C'est vraiment la peur qu'elle s'adapte plus à son petit effort, qui est en fait un gros effort dans notre référentiel à nous, et du coup qu'elle reste enfermée chez elle au lieu d'aller au marché, venir au cabinet, maintenant elle vient au cabinet.

I : D'accord parce que du coup vous avez eu le cas avec une autre ?

M : Oui, c'est vrai que je suis restée un peu là-dessus oui, mais je pense que c'est parce que je n'en ai pas assez, je ne me sens pas assez à l'aise dans l'insuffisance

cardiaque sûrement.

I : D'accord donc c'est un mélange d'expériences antérieures négatives et le fait que vous n'en voyez pas beaucoup qui fait que…

M : Je reste sur ce truc là… et que je suis peut-être trop prudente.

I : Hum d'accord. Tout à l'heure vous m'avez dit que le cardiologue vous avait proposé d'augmenter les traitements, est-ce qu'il a fait une nouvelle ordonnance ou pas ? Est-ce que lui a augmenté les traitements ou pas ? Il vous a dit d'augmenter les traitements mais est ce que lui l'a fait ?

M : Non il me l'a envoyé dans le courrier et m'a appelée et non parce qu'il voulait qu'on surveille la fréquence cardiaque et du coup organiser mon passage et le passage des infirmières, et il n'a pas voulu l'initier tant que tout cela n'était pas mis en place

I : Il vous a passé un coup de téléphone…

M : Oui il m'a appelée.

I : Il n'a pas voulu augmenter sachant que vous étiez quand même au courant que vous pouviez passer la voir ou qu'elle pouvait passer au cabinet ?

M : Il a dit « faut qu'on fasse cela » mais ce n´est pas lui qui a fait l'ordonnance.

I : Il ne l'a pas fait, d'accord.

M : Après ça je m'en fiche. Ce que je veux c'est qu'on me donne l'info. Qu'il n´ait pas fait l'ordonnance…

I : Oui ce n'est pas… s'il avait augmenté et que ça c'était bien passé, vous derrière vous n'auriez pas encore ré-augmenté d'un palier, non ?

M : Peut-être je ne sais pas, j'en sais rien !

I : D'accord, donc là vous m'avez dit que quand vous aviez une difficulté vous les adressiez à un spécialiste, c'est assez facile d'avoir accès à des cardiologues, quand vous avez des difficultés avec ces patients ?

M : Oui.

I : Ils vous font des courriers en retour ?

M : Quand ils les voient en consultation oui. Après moi ceux que j'ai ,ils ont tous un cardiologue référent qui les voit régulièrement, donc j'appelle celui qui les connaît, et du coup parfois on discute au téléphone, parfois il les voit en consultation, systématiquement on a un courrier.

I : D'accord et est-ce que dans le courrier on vous décrit une attitude thérapeutique à avoir à chaque fois, vous voyez il faudrait modifier tel traitement…

M : Oui, les trois oui et c'est trois cardiologues différents et d'endroits différents.

D'accord, très bien. Les spécialistes ils sont en ville ou à l'hôpital ?

M : Il y en a deux à l'hôpital dans deux hôpitaux différents et l'autre c'est en ville.

I : Est-ce que vous avez eu des soucis et besoin de travailler avec l'hôpital directement avec vos patients ?

M : L'hôpital d'A ?

I : Un des hôpitaux avec lequel vous travaillez, est-ce que vous avez des contacts avec eux pour le suivi de vos patients ? Vous arrivez facilement à avoir les cardiologues des hôpitaux ?

M : Généralement oui. Le cardiologue c'est pas le problème, c'est la secrétaire qui est difficile à avoir parfois, parce que du coup par exemple c'est le plus jeune qui est suivi à A., plutôt que d'appeler le cardiologue de garde j'ai voulu appeler le cardiologue qui

le suit actuellement, et du coup il faut passer par la secrétaire. La difficulté, elle est plus d'accéder au secrétariat. Une fois qu'on a le secrétariat… Les deux fois elle a transmis le message au cardiologue qui m'a rappelée dans la journée, car il ne pouvait pas me parler à ce moment-là, mais moi ça me va cela. Mais l'accès au secrétariat est difficile.

I : C´est quand vous appelez le standard et le secrétariat que c´est compliqué ?

M : Voilà.

I : Oui, parce que vous passez déjà par le secrétariat de l´hôpital…

M : De cardio, oui.

I : Ah, vous appelez directement le secrétariat de cardiologie et là c´est compliqué ?

M : C´est l´accès aux secrétaires.

I : D´accord.

M : Après, du coup, de plus en plus, je fais mes demandes d´avis par mail et alors, pour le coup, pour les cardio c´est variable, mais là c´est hors insuffisance cardiaque. Il y en a qui répondent super bien et d´autres je sais que ça ne marche pas le mail, il faut les appeler.

I : D´accord, d´accord. C´est l´hôpital d´A. ?

M : D´A., ouais.

I : D´accord.

M : A. aussi parce qu´ici on est situé entre les deux donc on travaille pas mal avec A. et je pense qu´ils ont un peu moins… que ça tourne un peu moins du coup on arrive plus facilement à avoir les secrétaires et les cardiologues derrière. Et puis la

cardiologue chef du service on communique par mail.

I : D´accord, d´accord. Est-ce que vous trouvez que les recommandations des sociétés savantes elles sont… oui, que ça soit les recommandations, enfin, de la HAS, de l'ESC ces choses…est-ce que vous trouvez qu´elles sont adaptées à la pratique de médecin généraliste ou pas ? Ce sont des choses qui vous ont…

M : Sur l´insuffisance cardiaque ?

I : Oui, sur l´insuffisance cardiaque.

M : Ça fait longtemps que je ne les ai pas lues donc je ne sais pas. Je ne les ai volontairement pas relues avant qu'on se voie.

I : Non, non, oui, d´accord. Ce n´est pas ce qui nous intéressait dans les questions…

M : Non, oui mais je pense que je vais les relire maintenant.

I : Du coup vous dîtes que ça fait longtemps que vous ne les avez pas relues… ?

M : Ouais.

I : Est-ce que vous pourriez m´expliquer pourquoi justement ? Vous n´avez pas pu les lire, vous voyez régulièrement…

M : Parce que du coup, euh… comme j´en ai peu, je me suis assez peu formée, enfin voilà. J´ai relu des recommandations dans d´autres domaines où j´ai plus de patients et du coup je n´ai pas pris le temps de le faire pour l´insuffisance cardiaque et c´est pour ça je pense que je ne suis pas...pas non plus suffisamment au point, et parce que j´en ai pas beaucoup et en plus du coup je n´ai pas pris le temps de bien me tenir au courant.

I : Et vous n'avez pas pris le temps parce que…

M : Parce qu´il faut réussir à concilier la vie professionnelle, la vie de famille, … Et parce, oui, je pense que si j´avais beaucoup plus de patients insuffisance cardiaque ben du coup je me dirais « non, là il faut vraiment que je me mette au point ». Là, comme j´en ai peu, qui sont globalement à peu près stables, ben du coup je ne me pose pas beaucoup de questions.

I : D´accord, d´accord. Alors je regarde si je n´ai rien oublié… C´est intéressant tout ça. … Non, ben écoutez c´est tout. Je vous remercie.

M : Ben de rien.

Entretien 8

I : Ce que je vous propose donc c'est d´essayer de vous rappeler d´un de ces patients dans cette situation d´insuffisance cardiaque, d´accord ? Vous l´avez peut-être vu en visite ou en consultation. Est- ce qu´il y a des patients qui vous reviennent en mémoire?

M : Oui, je pense à une patiente en particulier.

I : Vous voulez m´en parler un petit peu?

M : Oui, c´est une patiente qui vit à domicile avec ses garçons, qui est veuve, qui habite dans une ferme. Donc les fermes savoyardes ici, sont avec un étage d´accès à l´habitation parce qu´en dessous ce sont les locaux techniques de la ferme. Et donc c´est une patiente que je suis depuis très très longtemps et qui a développé une poussée d´insuffisance cardiaque il y a 7-8 ans maintenant, à peu près et avec une dyspnée d´effort, d´œdème pulmonaire, des œdèmes des membres inférieurs qui sont survenus. Au départ c´était sur une arythmie, donc la poussée s'est décompensée sur une fibrillation auriculaire. C´est une patiente qui avait un terrain vasculaire un peu classique de l´âge avec une hypertension artérielle, qui était traitée par des diurétiques, une association de diurétiques de l´anse et des thiazidiques, altizide, spironolactone et qui…puis donc... elle a été traitée à domicile immédiatement par une augmentation des diurétiques. Bon, j´ai mis de petites doses d'IEC, elle a vu le cardiologue, elle a été hospitalisée ultérieurement pour la réduction de sa fibrillation auriculaire et ça s´est organisé dans les quinze jours qui ont suivi. C'est une patiente qui est traitée maintenant avec des IEC pour lesquels on a pu monter les doses. Elle est assez bien équilibrée parce que, en fin compte, on joue un peu le signe clinique...

Elle est sinusale depuis tout le temps. Elle a peut-être fait des petites poussées d´arythmie mais elle est sinusale. Moi je la vois à peu près tous les trois mois. Et quand il y a un peu de gêne ou des effets secondaires du traitement on baisse un peu les diurétiques, si jamais les œdèmes réapparaissent ou qu´elle a une dyspnée d´effort, ben on ré-augmente les diurétiques (furosémide, spironolactone IEC). Je crois qu´elle a des petites doses de bisoprolol et ça lui permet de redescendre ce fameux escalier qui lui permet d´aller à ses poules et d´avoir une vie normale comme avant. Et puis elle vieillit dans des conditions plutôt pas mal. Voilà, elle n´a pas fait de problème coronarien. À part une dépression !(rires)

I : Tout à l´heure vous m´avez dit, chez cette patiente, que quand elle avait des effets secondaires, vous modifiez les diurétiques, vous parlez de quels effets secondaires en particulier?

M : Alors, les hypotensions qu´elle peut avoir et j´essaie de conserver la spironolactone qu´elle a. Elle a 25mg, je crois qu´elle le prend le midi et elle n´a pas une association dans le même comprimé de l´IEC et du furosémide, c´est bien séparé du coup je joue sur le furosémide si elle a des hypotensions. Si la natrémie baisse aussi, ça peut arriver... Il n'y a jamais eu de problème curieusement vis à vis de la kaliémie mais la natrémie oui, a baissé plusieurs fois, donc du coup je baisse un peu le furosémide, j´essaie de jouer là-dessus. Alors, par contre, je ne sais plus... Je la vois à domicile donc en plus je ne peux pas vérifier sur le dossier parce que tout est fait là-bas, elle ne vient pas au cabinet, et la dose de furosémide varie entre 40 et 60 à peu près, donc ce n´est pas des doses majeures.

I : D´accord. Et quand vous dîtes des hypotensions, vous vous rappelez un peu...?

M : C´est clinique. Ce n´est pas chiffré. C´est elle qui décrit… Ben des fois ça tourne quand elle se lève, et après, quand je la contrôle elle n´est pas hypotendue, elle est à

10.5, elle est dans des chiffres qui sont acceptables mais en fait elle a des signes cliniques d´hypotension et donc chez une personne qui est âgée maintenant il y a toujours le risque de chute, de tomber… C´est un peu notre bête noire ici, c´est ça, c´est le sur-handicap de la mobilité et ça, ça devient vite compliqué.

I : D´accord. Et à part la tête qui tourne elle se plaint d'autres signes qui vous font penser à des hypotensions.

M : Non, je pense à… Bon, après elle n´a même pas énormément d'altération cognitive. Elle a 80 passés maintenant. Non, il n´y a pas de… Elle n´a pas d'hypodermite malgré une bonne dizaine d´années d´œdèmes des membres inférieurs parce qu´elle a une bonne compliance à la pose de bas de contention et les deux garçons qui vivent avec elle, ses deux fils sont assez prévenants, ils sont attentifs et, si elle n´arrive pas à les mettre, ils s´en chargent donc ça… on n´a pas trop autre chose en effets secondaires…Je réfléchis… Effets secondaires d´hypotension, on est bien d´accord ? C'était ça ta question ?

I : Oui.

M : Non, la mise en place d'IEC s'est fait progressivement. De toute façon j´avais mis de toutes petites doses au départ. Et ça s´est bien passé. Monter les doses très progressivement, ça c´est bien toléré donc, pareil, le bêtabloquant est à toute petites doses, je crois qu´il est à 1,25.

I : D´accord, et… euh…au niveau du bêtabloquant, vous avez déjà essayé de l´augmenter ou pas, chez cette dame?

M : Alors, oui. Oui, oui, on a essayé de l´augmenter. Je crois qu´on avait…Ça c´était tout à fait au départ de l´instauration. Le bêtabloquant on l´a instauré il y a à peu près cinq ans. C´était pas fait tout de suite. On a commencé à 1.25, 2.5... Je crois que je suis même allé jusqu'à 5mg, en essayant baisser l´IEC et après je suis revenu… là ce

n´était pas très bien toléré. Je ne suis pas certain… je me demande si c´est elle qui avait… je me demande si l´hiver elle n´avait pas eu des petites manifestations distales… Je ne suis pas certain. En tout cas elle a actuellement une petite dose.

I : D´accord

M : Elle a une petite dose, en fait, qui permet d´avoir une bonne efficacité sur ça, sur son insuffisance cardiaque et puis, du coup, ça permet de ne pas avoir trop d'effets secondaires. Je confonds peut-être avec quelqu´un d´autre. Mais je crois que c´est elle à qui on avait baissé. En effet c´est intéressant monter les doses, je sais, mais parfois on est un petit peu limité.

I : D´accord, d´accord.

M : Ici il fait froid.

I : Oui, donc les doigts ça ne se passe pas bien.

M ; Oui, des fois, ouais

I : D´accord. Et chez d'autres patients insuffisants cardiaques et qui ont un ventricule fatigué, vous avez eu d´autres soucis avec les IEC ou les bêtabloquants ?

M : Non, enfin… on prend bien les précautions… Alors, avec les bêtabloquants oui. C´est un patient du cabinet, ce n´est pas moi qui le suivait. C´est un patient qui a fait une nécrose distale.

I : D´accord

M : Alors, par contre, ce n´est pas un de mes patients… Je ne sais pas si c´est sur une indication d´insuffisance cardiaque et, du coup, je ne suis même pas certain que ça soit non plus le bisoprolol. Mais oui, on a déjà eu dans le cabinet des effets secondaires sévères. Par contre, le bêtabloquant c´est un médicament qui est utilisé quand même

assez souvent et on a des troubles digestifs, enfin, il y a des effets secondaires qui sont… qu´on a en médecine de ville. Des cauchemars, des troubles digestifs… L´asthme, ben, en fin de compte, je n´ai jamais prescrit quand il y a des antécédents donc… j´ai eu la chance d´être attentif à ça. Et puis les syndromes de Raynaud, on a eu quelques-uns, plutôt sur d´indications d´hypertension. Et puis sinon, sur la personne âgée, les IEC c´est toujours prescrit en ce qui me concerne de façon progressive surtout s´il y a des diurétiques avec, donc je n´ai jamais eu de truc particulier, enfin d´effet secondaire. Parfois des petites complications d'hyperkaliémie (ça a pu se passer) mais c´est quand même assez rare, même avec l'adjonction de la spironolactone qui, au début, quand on a commencé à en mettre, ben... Pour moi je surveillais tout le temps la kaliémie parce que je me disais bon...Ça allait... Et en fin de compte, c´est vraiment bien toléré. On n´a pas trop de... Contrairement à ce qui aurait pu être attendu.

I : Ben oui, oui. Et des patients... vous en avez des patients qui ont une situation d´insuffisance cardiaque qui ont en plus une BPCO?

M : Alors, j´en ai très peu.

I : De...

M : BPCO. J´en ai très très peu.

I : D´accord.

M : Donc... Non, j´en n'ai pas de cas comme ça.

I : D´accord

M : Ici, à L. ils marchent beaucoup, ils vont aux champignons, ils ne fument pas. Ils n´ont pas intérêt parce qu´on les vire ! C´est une blague. Non, mais c´est vrai qu´il y a des vallées, par exemple la vallée de C. qui...Il y a une tradition industrielle qui fait

que... Je sais que j´ai des collègues qui ont beaucoup de BPCO. C´est vrai que nous on a la chance de pas en avoir beaucoup.

I : D´accord, et des patients insuffisants cardiaques qui ont d´autres comorbidités?

M : Des diabètes, hypertension...ben, c´est des personnes âgées, donc il y a aussi tout un pan de la population âgée qui a des cancers, aussi des troubles cognitifs. Alors, c'est des gens qui sont poli-médicamentés donc ça pose quand même un problème d´organisation de l´observance. On a de la chance d´avoir un terrain social où il y a des familles. Souvent les gens ne sont pas trop isolés familialement donc on peut faire intervenir les collatéraux pour, soit pour faire des semainiers, soit pour surveiller un petit peu les gens. Sinon les infirmières elles font bien leur boulot. On n´est pas trop carencé sur ce secteur professionnel donc la comorbidité pour nous c'est plutôt la iatrogénicité et le fait qu'ils sont quand même pas mal médicamentés, même si je fais toujours le balai, ils ont peu de médicaments qui ne sont pas nécessaires. On est vachement attentif à ça.

I : Et ce côté, voilà, plusieurs pathologies avec beaucoup de traitements, est- ce que ça vous gêne dans la prise en charge de l´insuffisance cardiaque?

M : Ça peut, bien sûr. Ben, ça peut parce que les petites histoires qui arrivent lorsque quelqu´un a cinq, six molécules, ben on se pose toujours la question de la iatrogénicité donc... Une personne âgée qui est sous bêtabloquants et qui ne dort pas, ben on sait que ça peut être ce médicament là. Et les gens qui... les personnes âgées souffrent de troubles du sommeil même quand elles ne sont pas médicamentées donc, c´est vrai qu´ on peut, lorsque quelqu´un a une molécule et qu´on peut l´arrêter on fait une fenêtre thérapeutique et on voit si les effets secondaires baissent. Quand c´est des traitements d´insuffisance cardiaque on ne va pas faire l´apprenti sorcier. On est souvent un petit peu sur le fil pour savoir à quoi appartiennent les effets secondaires,

enfin, les nouveaux symptômes. Donc voilà, la personne âgée c´est souvent une personne souffrante qui a des algies diverses, qui a eu parfois... qui ont travaillé au champ ici, donc ils ont des habitudes de consommation, même hors prescription médicale, à la pharmacie, en particulier des anti-inflammatoires, donc on fait une chasse terrible à ces médicaments-là. Avec le traitement de l´insuffisance cardiaque c´est donc impossible d´utiliser les anti-inflammatoires. Donc il faut une bonne information auprès de la famille. Enfin, ils ont les IEC, les diurétiques... Donc ils ont tout ce qu´il faut pour qu´on les envoie avec une insuffisance rénale à l´hôpital. Donc ça c´est vrai que ça c´est un travail, cette prescription médicamenteuse de l´insuffisance cardiaque c´est vrai que, chez les personnes qui sont âgées, on va être attentif à leur automédication.

I : D´accord.

M : Ça va nous gêner plutôt dans ce sens-là.

I : D´accord. Donc dès qu´ils ont plusieurs médicaments, si je comprends bien, c´est difficile de savoir, quand ils ont un effet secondaire, de savoir lequel des traitements le fait et, dans l´insuffisance cardiaque c´est compliqué de pouvoir faire de fenêtre thérapeutique...

M : Et puis d'associer des médicaments qui sont en vente libre à la pharmacie. L´ibuprofène il est en vente libre.

I : Oui. Et du coup, dans tous ces traitements, dans toutes ces pathologies, il y a autre chose qui vous gêne en consultation, hormis le fait qu´on n'arrive pas à savoir comme effet secondaire duquel ça vient, il y a autre chose qui vous...

M : Ben ce qui gêne...

I : ... Gêne dans votre prise en charge thérapeutique?

M : Oui, bien sûr. C´est qu´on est beaucoup plus confortable au cabinet parce qu´on a tout notre outillage. On peut faire l´électrocardiogramme facilement, on a, éventuellement, la possibilité de discuter avec un collègue quand on travaille en groupe. Nous on a l'habitude de bosser vraiment ensemble, ça nous arrive de faire des consultations à deux ou de venir, voilà, discuter du cas avec le collègue et, quand il y a le patient sur place, ça se fait automatiquement. Les insuffisants cardiaques vraiment qui sont un peu sévères, on les voit à domicile. On les voit assez peu au cabinet. Quand ils vont chez le cardiologue, par exemple, pour une visite, c´est vraiment une organisation. Des fois à l´hôpital on ne se rend pas compte mais il faut mobiliser le neveu, qui prend sa demi-journée, ou... Enfin, nous on est un peu loin de l´hôpital donc l´accession au contrôle spécialisé on le fait avec rationalité. On va réfléchir deux fois comment on va organiser les choses. On ne va pas envoyer si on arrive à gérer sans déplacer tout le monde. On va faire en sorte que ça fonctionne. Donc nous, c´est pareil, ce qui nous gêne le plus c´est d´être à domicile. On n'a pas le dossier, il faut penser à le regarder avant. Ce n´est pas toujours le cas quand on est un peu à la bourre et quand on pense connaître le patient on ne va pas regarder forcement le dossier avant d´y aller et puis la rédaction d´observations… Ben elle n´est pas bonne. Elle n´est pas bonne, ben parce que quand on rentre et que tu arrives et que tu es un peu en retard, ben tu mets moins de renseignements que lorsque tu as le patient qui est au cabinet. Ça, je pense, que c´est une des pathologies où on voit les gens à domicile.

I : D´accord. Et du coup ça vous gêne...

M : Du coup on est...

I : ... Dans votre prise en charge thérapeutique.

M : Je pense que la prise en charge elle est moins bonne. Toutes les pathologies à

domicile je pense qu´elles sont moins bonnes. Ou elles sont plus à risque. Si je te fais une infiltration chez une personne à domicile ben...ouais... tu prends tout, les gants,...enfin voilà, tu essaies de faire...

I : Dans vos patients insuffisants cardiaques, vous en avez qui ont une insuffisance rénale associée?

M : Oui. Ben ouais, bien sûr.

I : Et comment vous faites pour vous débrouiller avec les IEC?

M : Ah! Ben ça c´est le problème ! L´insuffisance cardiaque déjà terminale ils sont vus par le néphro. En général les IEC c´est le ramipril. J´utilise que celui-ci dès que je vois que la clairance diminue. Je ne sais pas s´il y a un référentiel, d´ailleurs, mais je sais que dès que ça passe en dessous de 60 (50,60) je suis vachement attentif à ça. En général on vérifie, ou on a dans le dossier une écho artérielle des artères rénales. Ça c'est quasiment fait systématiquement. Et...ben oui...sinon, ramipril et puis les diurétiques peut-être en quantité plus importante et moins en IEC

I : Du coup il y a déjà eu des discussions entre le cardiologue et le néphrologue, sur une prise en charge d´un patient qui a une insuffisance rénale et une insuffisance cardiaque? Vous en avez des situations qui sont...

M : Alors, ça c´est possible. En fait ce qui se passe, c´est que nous on passe le relais vers le néphro, enfin, la consultation néphro lorsque vraiment ça baisse en dessous de 30. On le fait et, à partir de ce moment-là, quand même, assez souvent, il y a un échappement parce que la néphro c´est à l´hôpital, ce n´est pas en ville, et du coup ce qui se passe entre l´étage de dessus et l´étage de dessous, je ne sais pas comment ils le font. En général, s´il y a vraiment un suivi rénal, on a le compte-rendu du néphro. Je pense qu´il doit consulter peut-être le cardio, mais je ne me rappelle pas avoir eu spécifiquement une lettre de...comment, de...staff ou de coordination adressée par le

cardio. Souvent j´ai plutôt le contrôle échographique pour voir s´il y a une fraction d´éjection qui a bougé ou si elle s´est améliorée ou... voilà, mais je n´ai pas le ... dans le cas des insuffisances rénales que j´ai adressées au néphro, je n´ai pas souvenir... il y en a sûrement mais franchement, je ne sais pas.

I : D´accord. Il y a le néphrologue qui donne son avis de néphrologue. Il y a le cardiologue qui donne son avis de cardiologue...

M : Voilà, et s´ils discutent entre eux en fait je n´en ai pas connaissance. Et ce peut-être pas le cardiologue... S´il y a une discussion interne dans le service de néphro ou de cardio, c´est peut-être pas forcément le cardiologue qui a vu le patient depuis le début. Donc je ne sais pas trop comment ça s´organise.

I : D´accord. Tout à l´heure vous m´aviez dit également que des patients pouvaient avoir des troubles cognitifs ? Dans quelle mesure les troubles cognitifs ça peut interférer dans votre prise en charge thérapeutique des patients ?

M : Ben, surtout sur le respect de l´observance et des erreurs de prise de médicaments. J´ai le souvenir d´un patient greffé cardiaque qui avait beaucoup de médicaments et qui prenait tout le matin pour se débarrasser. En fait, je me suis aperçu un jour en lui demandant comment il prenait son traitement du soir parce que, je ne sais pas qu´est-ce qu´il y avait eu, et il m´a dit "ben tiens, je prends tout le matin". Donc, des fois, on a des...Là, ce n´était pas un trouble cognitif, c´est parce que c´était une bourrique, mais voilà, le fait d´avoir des patients qui sont poly-médicamentés c´est vrai que, quand l´âge arrive et que il y a un terrain vasculaire, souvent donc il peut y avoir des troubles démentiels qui se mettent en place, ça pose le problème de l´observance.

I : Et pour vous, par contre, dans vos prescriptions, est-ce que ça va changer quelque chose qu´ils aient des troubles cognitifs?

M : Non

I : D´accord, d´accord. Du coup, là on avait un petit peu discuté des patients… Je suppose que vous voyez à la maison ceux qui sont âgés… on a déjà un petit peu discuté, de mémoire, de l´âge, vous faisiez attention pour les chutes… Voilà, est-ce qu'il y a d´autres choses avec l´âge… Est-ce que l´âge modifie votre attitude thérapeutique ? Il y a un patient insuffisant cardiaque de 70 ans ou de 85 ans, ou 90ans, est-ce que ça change quelque chose dans votre façon de prescrire les traitements ?

M : Ben, le vieillissement vasculaire je pense que ça va me rend, probablement, plus attentif à la prescription d´IEC. Sinon, je vais plutôt… avec l´âge je vais plutôt m´assurer que les infirmières passent ou qu´il y a quelqu´un à la maison qui… Je vais plutôt sécuriser le patient. Je ne pense pas que ça va… je vais sécuriser le patient en terme d´organisation sociale, de téléalarme…voilà, des risques plutôt en cas d´isolement. Ça va être plutôt ça. On a une infirmière libérale ici qui a passé une compétence en diététique et du coup les…comment, les diabétiques ou les insuffisants cardiaques, souvent on lui demande de faire un passage sur la consommation de sel, le sel caché…ce genre de choses. Donc ça, ça on le fait, et, et c´est vrai qu´on le fait plus en allant dans l´âge dans le sens où, souvent, quand c´est des patients plus jeunes, on espère que le coté éducatif de la consultation, par exemple en diététique, et ben… c´est peut-être plus suivi. Après, justement, est-ce qu´il s'en rappelle vraiment, est-ce que les habitudes sont plus difficiles à modifier (ça je le pense) et on va faire passer, de temps en temps, sur des patients chez qui on pense que l´âge fait qu´il y a de petites pertes de mémoire,…

I : Une surveillance…

M : Voilà. Cette professionnelle.

I : Voilà, et du coup ça va changer votre façon de prescrire les IEC, les bêtabloquants… ?

M : Non. Pas tellement. Ça va être la fonction rénale et puis on va être plus attentifs à ce que les bilans biologiques soient faits régulièrement. Mais sinon je ne vois pas d'autre chose.

I : D´accord. Vous avez des patients qui vivent, que vous suivez, que vous ne voyez pas à la maison, mais en institution ?

M : À l´EHPAD oui, mais pas des insuffisants cardiaques.

I : D´accord, d´accord. Les diurétiques, est-ce que vous les considérez comme un traitement de fond, comme un traitement de symptômes ou autrement ?

M : Les deux. Pour moi c´est le traitement le premier et après, en fonction de la symptomatologie on va augmenter… C´est vraiment un… Comment… Une classe thérapeutique qui est efficace rapidement. Et puis ça, on sait bien les manier, je pense. Donc, du coup… Ouais, je l´utilise. Un peu dans les deux sens.

I : C´est intéressant parce que vous me dîtes «on sait bien les manier », est-ce que vous diriez, du coup, les bêtabloquants, les IEC, dans l´insuffisance cardiaque vous savez moins bien les manier, vous êtes moins à l´aise dans la prescription ?

M : Non, non. Je suis à l´aise dans la prescription des deux.

I : D´accord. Donc monter les bêtabloquants…

M : Par exemple, les diurétiques c´est les médicaments qui, pour l'hypertension, avaient fait preuve en premier de leur efficacité dans la morbidité donc c´est ceux qu´on a utilisés beaucoup au début. Même quand les premières autres molécules sont arrivées moi je suis toujours resté très prudent sur la prescription des autres

médicaments parce que les études montraient que les diurétiques étaient à utiliser en premier avant le reste. Donc c´est pour ça que j´utilise… moi je les prescris depuis que je suis installé.

I : D´accord, donc c´est…

M : Je pense que je connais bien les molécules et puis j´ai appris à utiliser les molécules que je connaissais bien donc voilà.

I : D´accord. Donc historiquement vous avez commencé par prescrire les diurétiques, mais bêtabloquants et IEC…

M : bêta-bloquants j´en utilise, bien sûr.

I : D´accord. Est-ce que vous avez… J'ose espérer que vous avez des patients qui ont une insuffisance cardiaque stable ?

M : Oui.

I : Oui ? Est- ce que, chez ces patients, vous touchez le traitement de fond ou pas ?

M : Ouais. Ça peut arriver. S´il y a des petits effets secondaires. Bien sûr. Mais, s´ils sont bien stables, franchement, j´ai appris à ne pas trop changer les choses qui marchent bien. Donc, même si par exemple,… alors, je n´ai pas d´exemple dans l´insuffisance cardiaque donc je ne sais pas si c´est prescrit. Moi, il y a un sartan que je ne prescris pas, qui est l'olmesartan et parfois il y a des gens qui sont nouvellement installés, ou qui sont passés dans les mains d´autres médecins, d´autres cardiologues, et qui ont cette molécule-là, par exemple, et ben si c´est bien stabilisé je ne touche pas. Je ne vais pas trop bouger les choses qui fonctionnent. Souvent, si, justement ça loupe on s´en veut. Alors, je vais être plus attentif, par exemple, sur ce sartan là si les gens me parlent de troubles digestifs, de rectorragie, des choses comme ça, là je vais intervenir, par exemple, mais même sur des traitements que je ne prescris pas. Par

contre, je vais être très attentif sur les prescriptions qui arrivent de l´hôpital sur des alertes de… comment… d´incompatibilité. Actuellement on voit beaucoup prescrire le xarelto et avec de l'amiodarone, par exemple. Alors, on sait qu´ils utilisent les mêmes circuits scytochromiques et qu´il y a un risque de saignement, voilà, j´essaie d´appeler le collègue ou alors je dis au patient « le renouvellement c´est eux qui le font » mais moi je ne signe pas cette ordonnance-là… si je sais qu´il y a… ça me gêne, quoi ? Donc après je peux me poser la question d´un changement quand ça vient de l´hôpital par exemple. Mais je vais avoir tendance à le faire. Et sinon, si c´est bien stable, ce que tu disais, pas trop changer les choses…

I : D´accord. Vous avez peur du coup de…

M : Non, je n´ai pas peur. C´est que ça marche et je vais surveiller plus, à la fois parce qu´ils vieillissent avec ce traitement et que je sais qu´il peut y avoir des choses à mettre en place pour que ça perdure, je vais faire attention aux effets secondaires et puis, surtout, aux effets dûs à la iatrogénie. C'est plutôt ça. Mais je ne vais pas forcément changer si ça fonctionne.

I : D´accord. Vous suivez beaucoup de patients qui ont une insuffisance cardiaque ? Enfin, c´est des choses que vous voyez régulièrement ?

M : Ouais. J´ai des patients âgés, tu vois, j´ai des cheveux blancs donc les patients vieillissent avec moi, donc ils sont plus susceptibles de faire des insuffisances cardiaques, plus que quand j´étais jeune médecin. Plus que quand tu t´installeras. Donc ouais.

I : D´accord. Et donc vous avez dit que, de temps en temps, vous demandiez l´avis d´un cardiologue, sur certains traitements, que ce n´est pas toujours facile d´organiser le transport… Les cardiologues donc c´est en ville, c´est à l´hôpital…?

M : Oui, c´est plutôt en ville.

I : Plutôt en ville, d´accord. Vous y avez accès facilement ?

M : Ouais.

I : Ouais ? D´accord. Vous avez des comptes rendus de leur consultation?

M : Oui. Systématique.

I : Très bien. Et du coup vous avez une attitude thérapeutique qui est expliquée dans ces courriers ?

M : Souvent c´est des correspondants qui jouent le rôle de correspondants. C´est… en fait, avec le temps, j´ai sélectionné plutôt des correspondants qui ne faisaient pas de la médecine générale. Voilà. Qui me faisaient des propositions, qui me suggéraient, qui me donnaient toutes les informations, s´il y avait une amélioration de la fraction d´éjection du ventricule… Voilà, on finit par travailler avec des gens avec qui on s´entend bien, en qui on a confiance et puis, je pense que c´est un peu pareil dans l´autre sens. C´est à dire, qu´ils se disent « ben, si je l´envoie à lui, il aime bien ce qu´il fait, il sait faire, il se forme, quand on lui fait une lettre c´est dans les clous… » Je pense que, pareil, on a le rendu de ce qu´on fait donc…

I : Quand vous dîtes que vous avez sélectionné avec qui vous travaillez, il y a eu un moment ou, du coup, il y avait certains cardiologues qui, les comptes rendus, etc., n´étaient pas…

M : Oui, il y a des choses qui sont agaçantes. Par exemple le cardiologue à qui on envoie un patient qui a une insuffisance cardiaque et qui est diabétique et du coup le cardiologue se permet une modification inadéquate du traitement du diabète, ça ça m´agace. Ou alors voir qu´il conseille au patient d´aller voir l´endocrinologue qui travaille avec lui à côté. Ça ça m'agace profondément.

I : D´accord. Donc, quand ça sort du cardiaque, il y a d´autres soucis relationnels, on

va dire… ?

M : Non, ce n´est pas relationnel. Ce sont des façons de faire qui correspondent ou pas. Et si… Moi, ce que je demande à un spécialiste c'est que, quand j´envoie, il ait une disponibilité qui soit en adéquation avec l´urgence, la semi-urgence ou la non-urgence de la pathologie qu'il va surveiller, que j´ai un compte- rendu qui réponde à mes questions, qui me suggère des traitements à améliorer et avec qui je peux avoir un avis téléphonique si jamais je trouve que c´est bizarre, ou nouveau, ou… voilà

I : D´accord. Vous n´avez pas de cardiologue qui… Des fois, vous lui avez envoyé un patient, vous n´aviez pas de courrier ou qui n´expliquait pas… ?

M : Jamais.

I : D´accord. Très bien. Et, vous travaillez avec l´hôpital, dans certaines situations ? Ça vous arrive… ?

M : J´avais un correspondant qui est parti en retraite. C´est avec lui, quand je me suis installé il était déjà à l´hôpital, avec qui je travaillais beaucoup et donc, du coup, il faut que j'apprenne un peu les autres mais comme il y a du monde en ville qui bosse bien ben… il faut que les autres fassent leurs preuves. C´est un peu ça. Non, voilà. C´est des nouveaux cardiologues et je le connais un petit peu parce qu´il y a eu du passage aux urgences, on commence à avoir des patients en commun…mais, pour l´instant c´est des gens qui sont installés depuis… il y a eu un petit peu de mouvement et puis ça fait 18 mois qu´ils sont là donc va apprendre à bosser un peu ensemble. Pour l´instant c´est plutôt pas mal.

I : D´accord.

M : Et il y a quelques petites adaptations qui doivent se faire parce qu´ils ne sont pas complètement francophones mais voilà, ça a l´air de marcher.

I : D´accord. C´est des nouveaux mais vous avez déjà eu des relations avec eux et…

M : Ça fonctionne, oui. C´était plutôt technique pour le coup. C´était plutôt dans le cas d´urgence coronarienne donc ça a bien fonctionné, avec des comptes rendus qui sont corrects. Pas de soucis.

I : D´accord. Et la barrière de la langue au téléphone…

M : Je ne les ai pas eus au téléphone, ceux-là, les nouveaux, donc voilà.

I : D´accord. Vous n´avez pas eu besoin d´un avis hospitalier pour vos patients. Par exemple un patient qui ne va pas bien à domicile ou…

M : Non, si c´est comme ça, ça fonctionne par le 15 et puis, j´ai vraiment besoin d´un avis d´urgence je gère par les urgences. Enfin, de toute façon ça se gère par les urgences. Tu ne peux pas avoir une consultation cardio immédiate par avis téléphonique à l´hôpital. Ça n´existe pas, ça. C´est à dire, qu´ils ne sont pas joignables, ils n´ont pas de place, ils n´ont pas de lit, même les lits d´hospitalisation de jour je crois que c´est over-booké, donc non, tu passes par les urgences. Donc les urgences…ben ça veut dire que ça va peut-être même être le médecin réanimateur qui va prendre en charge, ou ça va être transféré sur A., ou sur Le C. Donc non, je ne les ai jamais au téléphone. J´ai des comptes rendus de patients qui me racontent leur… c´est un peu difficile de se faire comprendre et puis j´ai les comptes rendus des consultations écrits qui sont corrects.

I : D´accord. Donc oui, impossible d´avoir de place à l´hôpital, du coup chez certains patients, il y a des fois un peu instables qui ne sont pas forcément à envoyer aux urgences. Je ne sais pas si ça vous est arrivé d´avoir un patient qui ne sortait pas… peut-être quelques jours à l´hôpital pour modifier ses traitements. Ça vous est déjà arrivé ce genre de situations ?

M : Alors ça c´était il y 20 ans ! Non, non, en tout cas sur ce secteur-là c´est très difficile. Dans tous les autres domaines du service, d´ailleurs.

I : Ce n´est pas spécifique à…

M : Non, ce n´est pas spécifique. Je me suis même fendu d´un hier. Hier j´ai appelé l´administrateur de garde, l´adjoint, enfin, le sous-directeur, parce que, voilà, je trouve que c´est vraiment compliqué de réussir à faire hospitaliser un patient, bon, là je parle de la semi-urgence, ce n´est pas de l´urgence. Mais là c´était une semi-urgence. C´était quelqu´un qui avait une rectorragie, qui a de l'anémie, qui vient d´être transfusé, qui sort de l´hôpital il y a 10 jours. Le collègue, gastro, n´a pas eu le temps de le voir. C´est un monsieur qui a une cirrhose. Et donc. Là je vais le voir à domicile hier, il saigne et il a des rectorragies qui n´ont pas été bilantées. Donc je rappelle, je n´ai même pas le collègue au téléphone, je n´ai que la secrétaire, qui a réussi à lui causer entre deux portes, qui va le prendre vendredi, donc à 48 heures de l´appel, elle n´a pas de place. Ce monsieur il est à 20 kilomètres, il a un Korsakov. Donc je propose éventuellement si elle peut lui trouver… parce que faire le lavement à domicile pour une colo… une recto (..) tu vois, à 9 heures et faire deux lavements à la maison à 6 heures c´était… et puis le temps… Ben je dis, ça serait quand même mieux si vous arrivez à l´hospitaliser, même avec un jour de plus. Ben, samedi et dimanche tu ne peux pas faire hospitaliser donc c´est que vendredi ou lundi. Lundi il saigne quand même. En plus il a une coag qui n´est pas terrible. Donc, elle me dit « ben non, il n´y a pas de place en gastro». En hospitalisation de jour il n´y a pas d'hospitalisation possible et tu apprends par la secrétaire que il y a eu des suppressions de lits et en gastro et en hospitalisation de jour. La fille a passé 20 minutes à gérer ma problématique et, pendant ce temps-là, elle ne fait pas les courriers, du coup de l´hôpital je reçois les courriers 15 jours après. Donc j´ai appelé le directeur, je lui ai demandé s´il était conscient des choses et s´il avait une explication, une solution. Je

sais bien que ça ne va pas avancer mais voilà, ça fait partie de… c´est un peu la bagarre qu´on a avec les hôpitaux périphériques et, en cardio tu es dans le même système. Donc soit tu gères de l´urgence, de l´urgence et ça passe, ça marche bien, du coup c´est le 15, le SAMUR, les urgences, le plateau technique, ça fonctionne et puis quand tu es dans la semi-urgence, ben tu le fais. Donc une décompensation d´une insuffisance cardiaque je pense que je la gère à domicile quand je peux. Et quand je suis vraiment dans l´urgence qu´on a un OAP ou un truc comme ça ben c´est le 15 qui va s´en occuper Alors les collègues de ville ils arrivent quand même à être beaucoup plus réactifs qu´à l´hôpital.

I : D´accord

M : Si j´ai un avis cardio rapide, on va dire, je ne parle pas d´urgence, je vais faire appel à eux.

I : D´accord. Donc l´hôpital pour la semi-urgence…

M : Ben je le gère moi

I : D´accord.

M : Bon, je pense que je le gère… je pense que si j´étais le médecin des urgences qui accueille…je me démerderais presque si bien, du coup je ne vois pas l'utilité. Tu finis par fonctionner comme ça et, d´un autre coté ce n´est pas si mal, ça t´oblige à te former, à être réactif…

I : D´accord. Donc vous pensez que vos patients ils seraient mieux pris en charge s´il y avait un accès à l´hôpital pour des semi-urgences ou des hospitalisations courtes ?

M : Alors, il y a un truc qui marche bien, c´est le service de semaine de gériatrie. Alors, ça c´est plutôt pas mal. Ici c´est géré par l´ancien médecin chef des urgences. Donc elle connait bien les urgences et ses adjoints sont deux généralistes qui ont passé la

capacité en gériatrie…

I : J'étais avec eux en stage

M : Voilà. Donc ce service-là ça fonctionne bien et c'est eux qui nous sauvent un peu les meubles. C´est à dire, que quand tu es en situation un peu merdique où tu ne t´en sors pas, où tu as vraiment des médicaments partout et tu ne sais pas si… Tu n´oses pas à ce moment-là, à baisser les IEC par exemple, ou à augmenter les bêtabloquants ou un truc comme ça, c´est hospitalisation de semaine parfois ça dépatouille bien. Et ils sont assez réactifs. C´est à dire qu´en milieu de semaine t´as grand chance de faire hospitaliser ton patient le lundi. C´est bien.

I : D´accord.

M : En plus, je trouve qu´ils ont une bonne approche et c´est bien fait.

I : D´accord.

M : Donc ça c´est plus facile que le service de médecine de l´hôpital.

I : D´accord. C´est intéressant. D´accord, c´est intéressant. Ouais, donc vous avez trouvé une solution pour l'hospitalisation…

M : (affirmation)

I : D´accord. Est-ce que vous trouvez que les différentes recommandations qu´on a sur l´insuffisance cardiaque, est-ce que vous les trouvez adaptées à votre pratique clinique dans le cabinet ?

M : Alors, ça fait longtemps que je n´ai pas été regarder les recos de l´HAS. J´ai l´impression que les recommandations sont adaptées, que c´est faisable en médecine de ville. Je pense que les médecins qui travaillent en ville, à Lyon, Grenoble, Annecy, Chambéry, qui sont cardiologues, ils doivent probablement suivre leur patients en

consultation, ceux qui sont stables, sans les hospitaliser. Voilà. Je pense que s´il y a un plateau technique, et des gens suffisamment compétents en ville, l´insuffisance cardiaque tu peux la suivre en ville longtemps. Pour moi la maîtresse..… Enfin, la clef, c´est l´échographie et après, si tu as des coronaropathies, ben tu vas… Ça va être des interventions qui vont plus loin donc ça va être Annecy ou le CHAL. Voilà, la pose de pacemaker ça peut être fait en local à Thonon. Je pense qu'on peut faire des hospitalisations courtes pour des histoires techniques et faire le suivi en ville, avec les collègues cardio. Je pense que ça s'organise bien.

I : Et quand vous dîtes ça fait longtemps que vous n'avez pas vu les recommandations, est ce que vous pouvez m'expliquer…

M : Comment je fais ?

I : Non en fait c'est pourquoi ça fait longtemps.

M : Parce que je pense qu'il n'y a, je me trompe probablement, mais qu'il n'y a pas eu des choses nouvelles récentes.

I : D'accord.

M : Je suis un assidu de la revue Prescrire donc je vois les nouvelles molécules qui rentrent, leurs indications … Ça fait longtemps qu'il n'y a pas eu un dossier sur l'insuffisance cardiaque dans Prescrire. S'il y avait eu des recos révolutionnaires, on l'aurait eu.

I : D'accord. Ecoutez je pense qu'on a fait le tour. Je vous remercie.

M : Ecoute c'était très agréable. Bonne chance pour votre thèse.

Entretien 9

I : Bonjour, Clément Desbois, je suis remplaçant en médecine générale. Nous sommes ici pour discuter des patients insuffisants cardiaques et plus précisément de ceux qui à l'échographie ont une faction d'éjection diminuée. En effet l´objet de notre thèse traite des traitements médicamenteux de fond des insuffisants cardiaques. Ce qui m'intéresse aujourd'hui c'est de discuter avec vous de la façon dont vous gérez cette pathologie chez vos patients. Nous ne sommes pas là pour vous évaluer ni vous juger. Ce qui nous intéresse, ce n'est pas ce que l'on doit faire, mais ce que vous, vous faites et surtout pourquoi.

Nous allons, si vous le permettez, enregistrer cet entretien à l´aide d´un dictaphone. L´entretien sera retranscrit puis analysé et l'enregistrement audio effacé. Votre identité sera rendue anonyme dès le départ. Il me faut cependant votre consentement.

Je vous propose donc d'essayer de vous rappeler d'un de vos patients dans cette situation d'insuffisance cardiaque avec un VG altéré. Vous l'avez vu en consultation ou en visite, vous l'avez examiné et vient le moment d'évaluer ses traitements, de renouveler son ordonnance. Je vous propose d'essayer de vous rappeler d'un de vos patients et de m'expliquer comment cela se passe en pratique. Ce que je vous propose c´est d´essayer de vous rappeler d´un patient insuffisant cardiaque que vous avez eu en consultation ici, ou à domicile dans cette situation, donc un patient avec une fraction d´éjection altérée, pour voir un petit peu comment vous vous y prenez pour renouveler son traitement ou le modifier quand il vient en consultation.

M : Ok.

I : Allez-y si vous voulez m´expliquer un petit peu. Si vous en avez un qui vous vient par l'esprit ou…

M : Ben, on va regarder sur les dossiers…Donc un patient de 92 ans, insuffisant cardiaque. Donc lui il a une ACFA associée. Voilà. Donc il est sous… je vous donne son traitement…donc Inspa, previscan, temerit 5, un le matin furosémide 40 un matin et midi, atacand 4. Donc voilà, le suivi essentiellement, c´est la tension, parce qu´il nous fait régulièrement des hypotensions, donc on essaie de voir… Voilà. On adapte l´atacand selon sa tension artérielle, donc ça m´est déjà arrivé de l´arrêter, de le reprendre et puis on adapte le furosemide selon l´essoufflement, la prise du poids, les œdèmes …

I : Les signes cliniques…

M : Voilà, les signes cliniques. Donc là il est à 40 le matin et 40 le midi mais bon, voilà, des fois on arrête celui du midi.

I : D´accord. Vous jouez à la fois sur l´IEC, sur le diurétique…

M : Voilà. Bon, l´IEC ça fait un moment qu´il l´a…

I : Ouais, le sartan...

M : Ouais. Et on adapte le furosémide, le temerit pour l´instant je ne l´ai jamais enlevé. Voilà. Et le Préviscan on adapte souvent.

I : En parlant de la tension, vous vous donnez quoi comme bornes ?

M : Ben, c´est surtout si elle est symptomatique, s´il y a une hypotension orthostatique, ben j´arrête l'atacand.

I : Si lui il se plaint, en fait ?

M : Comment ?

I : Si lui il se plaint de vertiges, de malaises …

M : Oui, ou si je vois que ça tourne un peu quand je lui fais sa mesure…

I : D´accord.

M : … Je l´arrête.

I : Il est à combien ? À 4 vous m´avez dit ?

M : 4 milligrammes le matin.

I : Et son bêtabloquant, du coup, lui, vous …

M : Le temerit 5, il a un demi donc il n´y a pas non plus un gros dosage.

I : Des petites doses ?

M : Ouais. Là ça fait un moment que c´est comme ça.

I :Vous avez de critères biologiques, qui modifient votre attitude thérapeutique, quand vous le voyez ?

M : mmm… Ben lui il a ses INR régulièrement, après on surveille la créat, le iono. S´il se met en insuffisance rénale j´imagine que j´arrêterais l'atacand.

I : Ouais, pour le moment il est stable ?

M : Oui. Pour l´instant ce n´est pas le cas.

I : Et au niveau de l'inspra, pareil. C´est…

M : Ça je n´ai pas touché.

I : Vous ne touchez pas ?

M : Non, pas pour l´instant.

I : En dehors de la créat, oui, il n´y a pas d´autre… de hyperkaliémie, de choses comme ça ?

M : Non, les iono étaient corrects, tout simplement.

I : D´accord.

M : Après j´en ai une autre patiente qui a une insuffisance rénale. Là on est un peu plus serré.

I : Qui a les mêmes traitements, du coup, cette patiente, ou…

M : Non, pas tout à fait. 81 ans. Elle est obèse, donc elle, même dyspnéique au repos. Tout le temps essoufflée. Donc il y a le désentraînement en plus de l'insuffisance cardiaque. Alors elle, elle a Kardégic, procorolan furosémide 40, amlor 5 le matin, atacand 4, voilà.

I : Est-ce que, concernant les bêtabloquants, il y a une fréquence cardiaque qui vous limite ou… ?

M : Ah, oui, non, ça je ne sais pas.

I : Vous ne regardez pas s´il bradycarde ?

M : Si, je regarde mais…

I : Vous n´en tenez pas vraiment compte s´il n´est pas symptomatique ?

M : Oui, s´il n´est pas symptomatique c´est vrai que… Et puis là il n´a pas un gros traitement…

I : Ouais.

M : Mais, peut-être que si c´était en dessous de 45 je m´affolerais.

I : La tension, vous dîtes, vous ne regardez pas particulièrement la valeur, c´est plutôt les signes …

M : Ah, ben si, s´il est en dessous de 10, 10.5, je pense que j´arrête…

I : Oui, vous le suspendez…

M : Je suspends l´IEC ou le sartan

I : Et dans ce cas-là vous le revoyez pour le réinstaurer, en général, quand c´est comme ça ?

M : Ouais, on contrôle … Ça c´est des patients qui ont des tensiomètres à la maison.

I : D´accord. Et quand vous le réinstaurez, vous remontez progressivement pour revenir, au moins à la dose initiale ou… ?

M : Je remets une petite dose… Bon, là ce n´est pas arrivé. Je mettrais une petite dose, je surveillerais la créat et puis…

I : Ouais, donc on peut dire finalement que ce qui vous limite vraiment chez ces patients-là c´est la tension ou, concernant les IEC, pour que ça soit …

M : Alors lui, c´est aussi… il fait souvent des bronchites donc c´est un peu difficile de faire la différence entre son insuffisance cardiaque et puis ça… enfin, voilà, quand il a une toux, quand il est essoufflé…

I : Vous pensez aux bêtabloquants ? Non ? Aux sifflements… ? Non ?

M : Non, non, c´est plus … Que des fois c´est un peu difficile de faire la part des choses, sur sa toux…

I : S´il est en décompensation, ou s´il est stable ?

M : Voilà. Donc j´utilise de temps en temps le BNP

I : Ouais ? Vous l´utilisez comme marqueur biologique ?

M : Ouais, pour m´aider.

I : Plus concernant les diurétiques ou …

M : Non. Voilà, quand il y a, comme ça, un essoufflement ou une toux qui persiste. Alors que je n´ai pas de foyer ou …voilà…

I : Et souvent il est augmenté le BNP ?

M : Ouais, ben après je me fie un peu à son BNP habituel

I : A sa valeur de basse ?

M : Oui.

I : D´accord. Oui, donc la tension vous vous basez plus sur les symptômes et puis, quand même, une valeur limite à 10.5.

M : Ouais, 10-10.5 je pense que j´arrête.

I : Vous parliez d´une autre dame obèse, ce sont des patients qui ont des comorbidités, est-ce qu´il y en a beaucoup qui ont des comorbidités, insuffisants cardiaques et BPCO, asthme, diabète, … ?

M : Elle, elle n´est pas diabétique. Non, je n´ai pas de BPCO, diabète, dans les trois patients …

I : L´âge, le premier il a 92 ans, c´est ça ?

M : 92, elle a 81 et j´en ai un qui est un peu plus jeune, un autre 83…

I : Est- ce que l'âge influence dans une certaine mesure vos choix thérapeutiques ou pas particulièrement ?

M : Après, souvent c´est les cardios souvent qui mettent le traitement initial, hein ?

I : Oui ?

M : Souvent ça arrive, donc moi, j´adapte selon l´état général, selon les pathologies associées…

I : D´accord.

M : Voilà, s´il a un bêtabloquant j´ai un petit peu du mal à l´arrêter quand même. Je pense que j´aurais un frein, sauf s´il est à 40. Auquel cas je passerais un coup de fil mais…

I : Tout l´heure on parlait de l'inspra, ça c´est le cardiologue qui l´a instauré…

M : Ouais

I : Oui, c´est le cardiologue. Celui- là vous ne le touchez pas... ?

M : Non. Ça je ne l´ai pas touché. Non.

I : Du coup, si le patient est stable ses traitements de fond vous les…

M : Alors, des fois j´essaie d´enlever les diurétiques, enfin, je diminue les diurétiques quand, voilà, ça fait un moment qu'ils sont stables, pour …

I : Oui, d´accord.

M : …Pour la fonction rénale.

I : La dose minimum efficace ?

M : Voilà. Oui.

I : Et sur le sartan et si ça se passe bien, vous essayez de l'augmenter ? Non ?

M : Non. Pas forcément.

I : D´accord.

M : Le problème c´est souvent le problème de la tension.

I : Ouais.

M : On est toujours confronté à ces hypotensions, pour l´insuffisance cardiaque… Non, je n´essaie pas forcément d´augmenter … pour protéger les reins ?

I : Non, pour arriver aux doses cibles entre guillemets.

M : Aux doses efficaces ?

I : Ouais. Est-ce que parfois vous avez envie de les modifier ces traitements de fond ou pas ?

M : Ben là ils ne sont pas mal, non ? (rires). Il y a un autre patient, je vais voir ce qu´il a… ?

I : Un troisième patient ?

M : Ouais. L´autre il a une ACFA aussi. Alors furosémide 40 le matin, previscan…il y a que ça en fait.

I : D´accord. Pas de bêtabloquant ni d'IEC. Et la deuxième, elle avait un inhibiteur calcique vous m´avez dit?

M : Oui. Elle a de l'amlor 5

I : Et elle avait un IEC ou pas, je sais plus…

M : Non, pareil. Elle avait de l´atacand.

I : Atacand ?

M : Oui.

I : Ils ont plus des sartans parce qu´il ont tendance à avoir de la toux sous IEC ?

M : Non, je ne crois pas. Ça a été initié comme ça.

I : Initié au départ ? Par vous, du coup, ou par le cardio ?

M : Ah, non. C´était le cardio. Ils ont tous les trois un cardio…je n´ai pas mis d´IEC.

I : D´accord.

M : Après la dame obèse, elle, elle a fait une insuffisance rénale, du coup on a été amené à tout arrêter et ça a été repris.

I : Elle a un suivi néphro, cette dame ?

M : Ouais.

I : Le néphrologue, lui, il a tendance à vouloir freiner sur l´atacand ou pas ?

M : Non, là il avait dit qu´on pouvait le reprendre.

I : D´accord. Au niveau communication avec les cardiologues, là c´est des patients qui sont suivi par cardio de ville ou par l´hôpital.

M : Donc elle c´est à l´hôpital, le premier monsieur c´est à l´hôpital aussi et… Je crois que c´est à l´hôpital aussi.

I : Vous avez de consignes dans les courriers qui vous…

M : Ouais. Souvent ils mettent « n'hésitez pas à reprendre d´IEC le sartan… »

I : D´accord.

M : …en cas d´élévation de la tension. Oui, ils mettent de petits conseils.

I : Globalement ça vous aide, les conseils en pratique?

M : Ah, ben ouais.

I : Vous n'avez pas de gêne particulière de communication avec l´hôpital ou les médecins de ville ? Ça se passe plutôt bien ?

M : Très bien.

I : Mais parfois vous avez recours aux cardiologues dans certaines situations un peu difficiles ?

M : Ben oui, oui, oui. Des fois j´appelle.

I : Ouais ? Un coup fil ?

M : Alors, c´est plus facile de joindre le cardio de ville qu´à l´hôpital mais oui, ça m´arrive d´appeler. Bon, après il n'y a jamais d´urgence pour une insuffisance cardiaque. Il faut qu´il soit vraiment décompensé …on adapte …

I : Bon, et là on parle plus de traitement de fond.

M : Voilà, après je le revois, on le suit et on voit si il y a une amélioration.

I : Donc, ouais, si on résume un petit peu ce qui freine, le fait que les traitements soient à leur poso maximale, concernant les IEC, c´est l´hypotension, symptômes et, concernant les bêtabloquants, plutôt une bradycardie.

M : Bon, après il n' y en a qu´un sur les trois qui a des béta bloquants. Alors, est-ce qu´il faudrait en mettre un ? J´en sais rien.

I : Théoriquement…

M : Après si c´est le cardio qui… je ne sais pas.

I : Est-ce qu´il avait des ECG, de choses comme ça, qui contre-indiquaient ?

M : Ce n´est pas noté, dans les courriers…

I : Ils sont tous insuffisants cardiaques systoliques?

M : Il y en a un qui a un pacemaker. Je ne peux pas vous dire…

I : D´accord. Est-ce que vous trouvez que les recommandations, les formations sur les insuffisants cardiaques sont aidantes, suffisantes ?

M : Moi j´en ai fait une mais il y a déjà longtemps…

I : Un petit moment ? Oui ?

M : Il avait… bon ils nous avaient parlé un peu de la consommation de sel…

I : Ouais, les règles hygiéno-diététiques ?

M : Limiter le sel sans faire de régime sans sel. Bas de contention éventuellement pour aider en cas d´hypotension orthostatique. C´est un peu vieux déjà.

I : D´accord. Je crois qu´on a fait à peu près le tour. Les patients institutionnalisés vous en avez ? Dans ces trois-là ? Non ? Ils sont tous les trois à la maison ? En gros c´est un peu les seuls patients que vous avez ? Qui vous viennent à l'esprit ?

M : Ouais… Je n'en ai pas beaucoup…

I : Oui, il n´y en a pas tant que ça ?

M : Peut-être j´en ai un ou deux autres mais je ne me rappelle pas mais…

I : Ce qu´on retient c´est que les médecins me disent que c´est assez rare.

M : Ben je pense 3-5, en tout cas je pense que les gens en ont moins de dix par patientèle. Il n´y en a pas autant que ça. Il et puis eux ils sont… Ben, ça va, je n´ai pas eu de grosse poussée d'insuffisance cardiaque, pour l´instant…

I : Plutôt stables…

M : … Plutôt stables…

I : Le fait de ne pas en avoir beaucoup ça vous met mal à l´aise parfois ?

M : Certainement, parce qu´on a moins l´expérience de les traiter. Peut-être plus de difficulté à changer les traitements… Pour une hypertension on y va facilement, on change... peut-être que là on a un plus de frein à changer les traitements initiés par les cardiologues, c´est sûr.

I : D´accord. Les diurétiques vous les considérez plutôt comme un traitement de…

M : Poussée ?

I : Oui, de la poussé, hein ? On est d´accord ?

M : Moi, j´essaie de les diminuer une fois que ça va mieux.

I : De les laisser à la dose minimum efficace.

M : Oui. Mais voilà, sur les trois que j´ai, ils ne sont pas à des grosses doses de lasilix. Pour l´instant ça ne va pas trop mal.

I : Ils n'ont pas été hospitalisés fréquemment ?

M : Non. Ben si. Il y en une qui a été hospitalisée pour sa dyspnée mais après c´était plutôt d´origine pneumo.

I : C´est elle qui n'a pas de béta bloquants du coup ?

M : Oui.

I : Vous savez s´il y a eu , à un moment , des contre-indications... ?

M : Ben non parce qu´elle n´a pas de trouble... enfin, elle a un syndrome restrictif lié à son obésité mais il n´y pas de trouble obstructif particulier.

I : D´accord. Bon, est- ce que vous êtes intéressée pour qu´on vous donne les résultats de notre thèse à la fin

M : Oui. Avec plaisir

I : On vous communiquera ça par mail. Et puis , pour notre échantillonnage, si vous connaissez de gens comme médecin dans votre entourage avec un profil un peu différent pour qu´on ait des choses variées, par exemple en montagne, campagne, plus âgées…

M : Mes copains ils ont mon âge…

Entretien 10

I :Bonjour. Clément, je suis interne en médecine générale.

Nous sommes ici pour discuter des patients insuffisants cardiaques et plus précisément ceux qui à l'échographie ont une fraction d'éjection diminuée.

En effet l´objet de notre thèse traite des traitements médicamenteux de fond des insuffisants cardiaques.

Ce qui m'intéresse aujourd'hui c'est de discuter avec vous de la façon dont vous gérez cette pathologie chez vos patients.

Nous ne sommes pas la pour vous évaluer ni vous juger.

Ce qui nous intéresse, ce n'est pas ce que l'on doit faire, mais ce que vous vous faite et surtout pourquoi.

Nous allons si vous le permettez enregistrer cet entretien à l´aide d´un dictaphone.

L´entretien sera retranscrit puis analysé, et l'enregistrement audio effacé. Votre identité sera rendu anonyme dès le départ.

Il me faut cependant votre consentement.

Je vous propose donc d'essayer de vous rappeler d'un de vos patient dans cette situation d'insuffisance cardiaque avec un VG altéré.

Vous vous rappelez d'un patient? vous voulez m'en parler un peu?

M : Alors attendez, il faut déjà que j'en sélectionne un. Le premier qui me vient en tête enfin c'est complexe. Il est complexe car il y a plus de 80 ans, il est diabétique et insuffisant rénal également. Alors comment je gère la réévaluation de son ordonnance. C'est complexe car déjà c'est un patient à multiples facettes donc il faut dire qu'il habite au troisième étage, il y a deux étages avec ascenseur et le dernier étage sans ascenseur. Son fils vit avec lui. Il est veuf. Je suppose qu'il y a de la maltraitance de la

part de son fils. Il refuse la prise en charge médicamenteuse enfin médicale globale car il doit passer en dialyse un jour ou l'autre. Donc parler juste de son insuffisance cardiaque c'est difficile. J'arrive chez lui ,j'essaye de comprendre ce qui se passe, comment il va dans sa vie ,notamment vis-à-vis de ce problème de maltraitance, savoir s'il y en a ou pas, s'il arrive à monter son dernière étage, s'il arrive à se lever le matin ou pas, le rapport avec l'infirmière et puis après tout ça s'il est en insuffisance rénale après je… après je l'examine. Je cherche s'il y a des signes d'insuffisance cardiaque avec une dyspnée qui augmente des crépitants des œdèmes. Je vais regarder un peu son ordonnance, là je n'ai pas son traitement devant les yeux donc il a des diurétiques est-ce qu'il a des IEC, je pense plus qu'il ait d'IEC donc il doit avoir que des diurétiques. Les bêtabloquants je ne sais pas. Après j'essaye de faire la part des choses est-ce que j'augmente le traitement diurétique au risque d'aggraver son incontinence ? En fait le problème c'est qu'on est dans des complexités car je ne crois pas avoir un patient qui est juste insuffisant cardiaque. Après j'ai un autre patient. Un patient ancien greffé du cœur .Deux greffes cardiaques. Et bien il continue à faire du ski et il y a encore pas longtemps il faisait du patin à glace.

I : Il a quel âge ce patient ?

M : Il a à peu près 70 ans. Donc lui il est plutôt juste insuffisant cardiaque enfin plutôt potentiel qu'autre chose. Qu'est-ce qu'il a comme traitement lui ? Plutôt des traitements anti rejet. Il doit être sous B-, il n'a pas de diurétique dans mes souvenirs .Un IEC je ne sais pas trop. Si on prend cet exemple, si je le vois en insuffisance cardiaque, si on prend cet exemple-là, je suis un petit peu contrarié car on est pas vraiment dans la médecine générale donc j'appellerais son cardiologue à Lyon et voilà. J'ai des exemples mais c'est des exemples difficiles. J'en ai un autre il est insuffisant cardiaque et insuffisant rénal. Sauf qu'il n'est pas veuf. Sa femme elle est gentille comme tout. Je ne sais pas si j'ai répondu à ta question ?

I : On va essayer de peaufiner par rapport à vos cas.

M : Est-ce que j'ai le droit de changer de cas ?

I : Oui on peut.

M : Je vais peut-être prendre le troisième qui est peut-être plus simple. Le troisième cas lui il est juste en ACFA , il est insuffisant rénal ,il a un cancer de la prostate avec une incontinence et puis l'insuffisance coronarienne bien sûr. Lui c'est peut-être plus simple. Il est peut-être pas diabétique lui.

I : Après on peut parler d'un peu chaque patient en même temps. Par exemple au niveau de la biologie est-ce qu'il y a certains critères biologiques qui vous font modifier vos traitements ? Diurétique ou autre *?*

M : Et bien creat ionogramme. Ca je le fais de manière relativement régulière et le BNP je le fais en fonction des symptômes, j'augmente pas… En général quand je vois un patient je prévois le bilan que je veux pour la fois d'après. Ce patient là donc le troisième je le vois et moi donc outre son INR je demande une créat iono. Après le néphrologue lui demande un bilan complexe, complexe. Je sais à quoi il sert vraiment mais tous les trois mois. Voilà. Donc en fonction du BNP oui oui .Enfin en fonction du BNP pour voir où est-ce qu'il en est de son insuffisance cardiaque et en fonction de la creat et de son iono pour voir s'il y a des déséquilibres induits par les diurétiques ou les IEC aussi.

I :S'il augmente sa créatininémie, les IEC, vous avez tendance à les modifier*?*

M :Et bien après je vais voir s'il n'y a pas d'autres facteurs. Après s'il n'y a que l'IEC, je vais peut-être changer de posologie ou de traitement.

I :Dans ces trois là ,il n'y en avait que un qui avait un bêtabloquant finalement ?

M :Alors là je....

I : Le greffé du cœur par exemple il est sous bêtabloquant ?

M :Oui le greffé du cœur il est sous bêtabloquants.

I : Est-ce que vous avez une fréquence cible ? Une cible niveau de la fréquence cardiaque ?

M :Alors lui il bradycarde pas s'il est en dessous de 50 et puis après c'est l'interrogatoire : est-ce qu'il fait des malaises ou pas. Je passe, j'ai l'impression que je passe plus de temps dans la première partie de l'entretien plus que dans l'examen à proprement dit. Je trouve que ça me permet d'avoir plus d'éléments. Examen proprement dit je vais avoir des crépitants, si j'ai des crépitants c'est que j'ai déjà dépassé la cote d'alerte donc il est déjà en insuffisance cardiaque vraiment donc c'est pas juste… c'est clinique.

I :Quand vous dites que vous passez plus de temps à l'interrogatoire c'est chez les insuffisant cardiaque ou en générale ?

M :En général. Bon après si tu veux tu as le problème de l'hypotension orthostatique en général tous âgés, sauf le greffé cardiaque qui n'est pas âgé mais les autres c'est des personnes âgés donc le risque de chute. Tu peux pas donner un hypotenseur ou un diurétique quelconque sans t'assurer qu'il ne va pas tomber et mourir d'une fracture du col du fémur.

I :Et ça ça revient, ils en parle d'eux même de ce traitement ?

M : Alors les patients je sais pas peut-être que je les intimide. Les patients ils vont dire qu'ils ont un truc un machin mais ils vont pas forcément te dire ce que tu cherches toi : est-ce que quand il se lève ça tourne ? Est-ce que de temps en temps il est fatigué , il n'arrive plus à avancer ? Est-ce qu'il est tombé chez lui ?Est-ce que voilà. Et s'il est tombé chez lui c'est peut-être juste qu'il s'est pris les pieds dans le tapis tout bêtement voilà. Ce n'est pas forcément le médicament. Et puis les patients ils ne vont pas te dire spontanément qu'ils ont arrêté un traitement. C'est à toi d'aller demander est-ce que le traitement…en fait je vous ai fait une ordonnance pour un mois et là ça fait six semaines. Oui c'est pas ce que j'en avais encore chez moi OK. Mais attendez c'est déjà ce que vous m'avez dit la dernière fois. Bon je sais pas enfin. Il faut vraiment aller

chercher car ils ne veulent pas te dire, pas te faire mal te faire de la peine. Ils veulent pas te dire que tu as prescrit un médicament et que le médicament que tu as prescrit il va pas bien donc il faut leur demander. Enfin c'est ma façon de voir les choses bien sûr.

I : Donc on a un peu parlé des bêtabloquants la fréquence cardiaque si elle est trop basse. Les IEC c'est la creat et les troubles ioniques..

M : Le potassium aussi

I ; Vous m'avez dit que dans vos patients, il y en a un qui était suivi par un néphrologue, est-ce que le néphrologue ne freine pas trop les traitements au niveau des IEC notamment?

M :Tu me poses des questions comme ça auxquelles je ne peux pas répondre. Il aurait fallu que je fasse ça au cabinet. (Rire) Alors pour ce patient là qu'est-ce qu'il dit le néphrologue là- dessus? je peux pas te répondre.

I :D'accord ce n'est pas très grave. Vous m'aviez dit tout à l'heure que vous aviez des patients qui avaient beaucoup de comorbidités. Est-ce que ça se peut freiner aussi l'optimisation des B-, des IEC sachant qu'il y a toute une ribambelle d'autres traitements ? Et pas forcément très observant non plus?

M :Alors lui je pense qu'il est relativement observant car il a une infirmière qui lui prépare son truc et son fils qui le contraint. Donc voilà il est un peu obligé. Non je parlais de l'observance en général. Les bêtabloquants, c'est ça la question ?

I :Oui les classes thérapeutiques en général est-ce que les comorbidités peuvent vous freiner aussi ?

M : Oui bien sûr. Les patients en général j'utilise peu les antidiabétiques oraux hypoglycémiants. Ca m'arrive mais ce n'est pas souvent. Je les passe vite sous insuline. Des patients diabétiques sous insuline en général j'ai un carnet et après je leur explique bien, j'essaye de pas trop les faire chuter. L'hypoglycémie enfin le

masquage des signes d'hypoglycémie, je ne me rappelle pas avoir eu de gag avec. J'ai pas de réponse ferme.

I : Donc ça vous freine pas vraiment

M :Non parce que je n'essaie pas d'avoir une glycémie normale. Je commence tout doucement et j'augmente au bout d'un mois, progressivement quoi.

I : L'âge de vos patients ça peut influencer votre pratique pour instaurer les bêtabloquants les IEC chez ces patients insuffisants cardiaques?

M :L'âge non pas vraiment c'est plutôt l'électrocardiogramme, ses comorbidités.

I :Ils sont tous à la maison où il y en a certains qui sont institutionnalisés ? Le premier il est à la maison et les autres ?

M : Ils sont tous à domicile. Je n'ai pas de patients maison de retraite.

I : Et ils sont très éloignés géographiquement ou pas vraiment.

M : Non il faut pas imaginer, cette ville est une station de sports d'hiver mais les patients sont en ville. Le premier dont j'ai parlé est à 10 km mais c'est près de l'hôpital. L'infirmière vient le voir souvent. Parfois même elle l'hospitalise le week-end parce que c'est le week-end et je ne suis pas là. En fait les patients, j'en vois pas beaucoup à domicile. Très peu très peu. Le troisième dont je t'ai parlé et j'ai un autre patient de 95 ans qui a pas grand chose d'ailleurs mais qui est très très âgé.

I :Donc pas trop d'éloignement géographique et pour les patients éloignés une bonne coordination des soins c'est cela ?

M :Coordination oui. Enfin je vais te raconter ce que j'ai fait. On a créé une maison de santé Pluri professionnelle avec les infirmières. Elles passent régulièrement on se rencontre donc c'est quand même un confort de travail. En fait c'est pas la proximité avec les infirmières, car elles sont pas à côté mais elles passent de temps en temps récupérer un papier. Mais ça a créé une dynamique de groupe. On mange une fois par mois ensemble et ça a resserré les liens .On se téléphone plus facilement où on s'envoie des sms. Les choses sont beaucoup plus, on a des rapports qui sont

beaucoup plus faciles même si c'est pas physiquement. J'insiste là-dessus car c'est tous les facteurs qui sont pas…qui sont pas quantifiables. La facilité à appeler quelqu'un. Et en fait la facilité à appeler quelqu'un, elles ne sont quasiment pas dans le bâtiment et c'est parce qu'on a plus de facilité.

I :Donc elle passe voir le premier patient et puis le surveille ?

M :Alors le premier patient il est à 10 km et donc si c'est une infirmière de S. et donc avec elle, elle m'envoie des mails. Je ne connais pas son visage mais de temps en temps elle m'appelle pour me donner des nouvelles notamment sur la maltraitance. Mais c'est pas la même proximité. Alors qu'elle est très impliquée dans les soins de ce patient là.

I :Et donc du coup le fait qu'elle surveille bien ça vous soulage vis-à-vis des traitements ?

M :Oui oui

I :Laisser certains médicaments ?

M :Oui mais j'ai quand même un petit peu plus de difficultés de suivi pour ces patients par ce que on n'a pas la même proximité avec l'infirmière. C'est des choix de vie, moi je le soigne depuis 20 ans. A ce moment-là il avait 60 ans il se déplaçait il avait sa voiture. Il m'a choisi moi alors qu'il y avait d'autres médecins je ne sais pas pourquoi. Donc c'est difficile maintenant de lui dire « écoutez vous devriez être suivi par un médecin de S. car c'est plus près ». C'est délicat quand même donc je me sens obligé de continuer à le suivre mais je suis un peu gêné. Ce qui me rassure c'est qu'il soit tout près de l'hôpital voilà. Si on était en position inverse c'est vrai que ce serait mieux mais là il est tout prêt de l'hôpital.

I :Alors après pour parler de la communication avec l'hôpital et avec les cardiologues de ville ça se passe comment ? C'est facile ? Les coups de fils par exemple ?

M :Les coups de fils c'est facile mais le problème c'est de savoir le choix du cardiologue

I :Il y a beaucoup de cardiologue de ville vers chez vous ?

M :Il y en a deux

I :Et à l'hôpital vos trois patients ils sont suivis par des cardios différents ?

M :Les deux sont suivis par le même cardiologue en ville. Après j'ai pas de problème relationnel avec lui. Mais après il y en a un avec qui j'ai pas envie de travailler car ça part dans tous les sens c'est n'importe quoi. L'autre il est un petit peu psychorigide mais je peux l'appeler il y a pas de problème. Il a un remplaçant avec qui ça se passe pas mal. Après avec l'hôpital on est parfois obligé de discuter un peu. On est pas forcément d'accord dans les changements de

I :Quand ils sortent d'hospitalisation?

M :Oui oui

I :Et il y a des courriers en général ? Il vous donnent des consignes ?

M : Les courriers de l'hôpital en général je les ai, pas rapidement mais je les ai. Le courrier du cardiologue avec lequel je travailel c'est toujours le même plan c'est très détaillé, c'est trop détaillé d'ailleurs, ce qui fait qu'on regarde que la conclusion. Après moi j'aime bien travailler comme ça donc ça me gêne pas. Le cardiologue avec lequel je travaillais, tu ouvres le courrier « ton patient va bien on continue le même traitement » donc ça ne va pas très bien.

I :Donc les consignes sont pas toujours très aidantes *?*

M :Il y en a un les consignes sont très aidantes, ceux de l'hôpital aussi. Ils ont décidé que, et puis c'est tout. Après je ne suis pas forcément d'accord avec eux et puis le troisième ce qu'il dit ou rien c'est à peu près pareil,

I : Après dans vos patients, si tout est stable vous ne touchez aux traitements ?

M : Non. Si tout est stable ? Pas que son insuffisance cardiaque ? mais tout le reste qu'il a pas d'IC, pas d'œdème, qu'il a pas de crépitants mais qu' en se levant il a des

vertiges il fait une hypotension orthostatique, son insuffisance cardiaque est stable mais pas le reste. Donc là je change quand même.

I :Est-ce que les traitement de l'insuffisance cardiaque et traitement de fond c'est des choses avec lesquelles vous n'êtes pas forcément très à l'aise ?

M : Je me sens relativement à l'aise même peut-être trop à l'aise, ca m´angoisse pas.

I :Donc si vous avez envie de les modifier vous les modifiez ?

M : Trois fois oui

I :En ce qui concerne le nombre vous m'avez dit que vous en aviez trois ou quatre des insuffisants cardiaques donc que vous en aviez pas beaucoup.

M : Oui car je suis en train de diminuer mon activité. Je travaille à mi-temps donc j'ai eu une activité de mi-temps j'ai une demie clientèle. Parce que j'ai plus envie, j'ai envie de faire autre chose. Donc là j'en ai vu trois dans ma tête il y en a certainement d'autres mais ne me viennent pas comme ça.

I : Donc en ce qui concerne vos ressources, on a parlé des cardiologues avec qui ça se passe plus ou moins bien.

M : Non avec qui ça se passe bien j'ai pas de problème avec eux.

I : Relation ville hôpital si vous en avez besoin pour les faire hospitaliser ?

M :Pas de problème.

I :Vous utilisez les recommandations sur l'insuffisance cardiaque ?

(coupure par évènement exterieur)

I : Donc on parlait de vos supports en cas de difficulté, est-ce que vous avez lu les recommandations récemment ?

M : Écoute non pas récemment. Ça c'est une question intéressante. Écoute je dois dire que dans ma formation médicale continue je m'intéresse plutôt à des sujets qui ne m'intéressent pas. Mais l'insuffisance cardiaque…Dans mon internat j'ai passé un an en cardio, on va dire que j'ai un bon bagage pour un généraliste. donc…longtemps je me suis intéressé à ça et c'est vrai que maintenant je suis peut-être moins à lire en

disant bon « ça c'est toujours pareil ». Moi il faut qu'il y ait un nouveau truc. En fait si il y a un truc que je ne comprends pas ,par exemple avec un des cardiologues, je lui dis « écoute je ne comprends pas pourquoi tu fais ç ». Donc je vais plutôt faire la formation au cas par cas sur des situations particulières. C'est un petit peu par habitude. Mais j'ai pas lu de recommandations depuis plusieurs années donc je peux pas te préciser (rire)

I :Pareil des formations continues sur la cardio ?

M : Non pareil je n'en ai pas fait récemment. Je vais plutôt m'intéresser à des choses que je ne connais pas. La dernière FMC pour te dire c'était sur les fibromyalgie. Je me suis dit que ce n'était pas super intéressant donc j'y suis allé. C'était très intéressant. Peut-être que je suis sur une routine qui fait que je laisse passer les trucs. J'ai l'impression de savoir mais peut-être que je ne sais plus.

I : Il y a quelque chose dont je n'ai pas parlé quand vous m'avez parlé de diurétiques. Les anti aldostérones est-ce que vous avez des patients qui en ont ?

M :Oui oui oui. Après tu te heurtes au problème de l'hyperkaliémie. Après c'était qui qui avait un truc de potassium ? Je ne me rappelle plus par compte qui c'était…

I : C'était pas vous qui lui aviez instauré ?

M :Effectivement en général c'est plutôt les cardio qui l´initient ça.

I :Bon je pense qu'on a fait le tour là. On a pas parlé des BPCO ?

M :Le premier à une BPCO en plus. Il est plus sous bêtabloquants. Il a fait des décompensations sévères donc c´est réglé ça

I :Donc il est plus que sous diurétique ?

M : Ouais je crois que les IEC ont également été arrêtés il y a longtemps.

I : Pour une intolérance ?

M : Je ne sais plus. je savais pas que ca allait être aussi précis sinon on l'aurait fait devant mon ordi.

I : Non mais c'est bien aussi comme ça car on discute davantage. Et bien je vous remercie.

Entretien 11

I : Bonjour. *Damien,* je suis interne en médecine générale. Nous sommes ici pour discuter des patients insuffisants cardiaques et plus précisément de ceux qui, à l'échographie, ont une fraction d'éjection diminuée. En effet l´objet de notre thèse traite des traitements médicamenteux de fond des insuffisants cardiaques. Ce qui m'intéresse aujourd'hui c'est de discuter avec vous de la façon dont vous gérez cette pathologie chez vos patients. Nous ne sommes pas là pour vous évaluer ni vous juger. Ce qui nous intéresse, ce n'est pas ce que l'on doit faire, mais ce que vous, vous faites et surtout pourquoi.

Nous allons, si vous le permettez, enregistrer cet entretien à l´aide d´un dictaphone.

L´entretien sera retranscrit puis analysé, et l'enregistrement audio effacé. Votre identité sera rendue anonyme dès le départ. Il me faut cependant votre consentement.

Je vous propose donc d'essayer de vous rappeler d'un de vos patients dans cette situation d'insuffisance cardiaque avec un VG altéré.

Vous vous rappelez d'un patient ?

M : oui

I : Vous voulez m'en parler un peu ?

M : OK. Donc c'est un patient que je suis, de 87 ans, qui a une cardiopathie ischémique depuis 2001, qui a fait une tachycardie ventriculaire dans les suites de cet infarctus. Je ne sais pas s'il faut que je dise les autres antécédents de ce patient ?

I : Oui, ça peut être intéressant.

M : Il a aussi eu de la radiothérapie pour un cancer de la prostate en 2003, il a une BPCO, et ça c'est vrai que c'est important car souvent c'est confondant dans les éventuelles décompensations. Une insuffisance rénale chronique avec une clairance

à 30 ml par minute dernièrement. Voilà, donc c'est plutôt un terrain vasculaire avec une néphropathie vasculaire une hypertension. Voilà.

I : D'accord donc du coup, là vous me disiez quelque chose d'intéressant là, c'est qu'il a une BPCO. Et du coup est-ce que ça vous gêne dans la prise en charge de ce patient?

M : Oui oui ça peut être effectivement délicat de faire la part des choses entre une décompensation respiratoire et cardiaque. Ce qui peut amener à faire… je suis souvent obligé de faire une prise de sang avec une CRP et un BNP pour vraiment distinguer la part cardiaque et pulmonaire quand il décompense.

I : Et au niveau des bêtabloquants est-ce que ça vous gêne ? Déjà est-ce qu'il en a ?

M : Très bonne question, alors il a du bisoprolol 2,5 mg. Je ne l'ai pas forcément remis en cause car il est tellement fragile sur le plan cardiaque que le cardiologue a jugé bon de le laisser. Je pense qu'il est plutôt, plus insuffisant cardiaque qu'il n'est BPCO.

I : D'accord et est-ce que augmenter le bêtabloquant ça a déjà été envisagé chez ce patient?

M : Je ne suis pas sûr qu'on ait augmenté d'ailleurs. bisoprolol 5 mg. (NDI cherche sur son ordinateur). Ah si, je dis une bêtise, il a déjà été augmenté. Puisque je vois que sur une prescription de septembre 2015 il était à 5 mg.

I : Donc ça a été diminué. Est-ce que vous savez pourquoi il a été diminué ? Est-ce que c'est vous qui avez diminué ?

M : Non ça semble être le cardiologue je vais vérifier dans les comptes rendus. (NDI recherche l'information sur son ordinateur). Je ne retrouve pas l'information dans les courriers du cardiologue.

I : Le cardiologue l'a diminué mais il ne vous a pas donné l'information ?

M : Je ne retrouve pas l'information non. bisoprolol 5, non... Alors peut-être que c'est moi ? Je vais vérifier si c'est moi. Non je n'ai pas renouvelé depuis. Non car ce cardiologue en question a tendance un peu à s'approprier les patients et il fait des renouvellements lui-même pour six mois sans problème et c'est lui qui les revoit. On a tendance à être shunté facilement par ce cardiologue.

I : D'accord et dans cette situation là est-ce que vous, sans avoir l'information sur le pourquoi de cette diminution, vous oseriez le remonter derrière ? Car jusque-là avec ce patient vous avez eu des soucis avec le bêtabloquant ou pas spécialement ?

M : Non ça ne m'a pas vraiment posé problème. Bon des décompensations de BPCO il n'en a pas fait tant que ça. Je suis en train de regarder s'il en a fait. Il a fait une pneumopathie en 2014. Non c'est vrai que chez ce genre de patient un peu fragile je laisse volontiers le maniement des bêtabloquants au cardiologue.

I : D'accord. Et est-ce que vous pourriez m'expliquer pourquoi chez ces patients là... Vous...

M : Alors déjà j'ai la notion que le bisoprolol, pour des raisons que je n'explique pas trop, enfin que le bisoprolol 1,25 mg et 2,5 mg sont des prescriptions réservées aux cardiologues. J'ai appris ça récemment en groupe de pairs. Et qu'en médecine générale pour la tension c'est à partir de 5 mg où la prescription peut être faite par le généraliste ce qui est un petit peu… étonnant car c'est des petites doses. Mais bon les petites doses de bisoprolol sont théoriquement réservées aux cardiologues. Non mais après pour répondre à la question directement… Je pense qu'avant d'augmenter un bêtabloquant je préférerais avoir une idée de la fraction d'éjection mais ça pourrait m'arriver d'y toucher mais non pas forcément. Plus facilement les diurétiques. Je joue plus facilement sur les diurétiques que sur le bêtabloquant effectivement.

I : Peut-être avez-vous plus peur du bêtabloquant que des diurétiques ?

M : Peut-être un maniement plus délicat en tout cas dans mon esprit.

I : D'accord donc une crainte d'effets indésirables ou de...

M : Oui oui sans doute. Ou pour ne pas interférer avec le suivi cardio, avec les prescriptions du cardiologue. J'ai l'impression, mais alors non fondée, que le maniement du diurétique est plus du recours du généraliste pour adapter, et que le bêtabloquant plus réévalué par le cardiologue.

I : D'accord c'est intéressant. Et puis, comme vous disiez, besoin d'avoir une évaluation cardiaque.

M : Voilà ça nécessite à ce moment-là une écho-cœur pour vérifier la fonction du ventricule gauche.

I : Qu'on n'a forcément pas au cabinet (rires)

M : (Rires) voilà c'est ça.

I : D'accord c'est intéressant. Chez ce patient-là, quels critères prenez vous en compte pour modifier son traitement ou réévaluer son ordonnance ?

M : Et bien les critères d'insuffisance cardiaque donc la dyspnée, les crépitants des bases pulmonaires, le degré de dyspnée selon les recommandations NYHA, le poids, les œdèmes, le ionogramme. D'ailleurs chez ce patient récemment il y a eu un problème d'hyponatrémie à 120 pour lequel il a refusé toute hospitalisation donc j'ai dû me débrouiller tout seul. Il était effectivement à ce moment-là desséché donc en arrêtant le diurétique, c'est rentré dans l'ordre mais il a fallu les réintroduire après.

I : C'étaient des diurétiques c'étaient lesquels ?

M : Alors il y en a plusieurs. Il avait Spironolactone et Eplerenone et Burinex. Donc il avait les trois diurétiques.

I : Il n'a pas eu d'autres troubles ioniques à part les troubles potassiques ?

M : Non le potassium n’a pas posé de problème à ce moment-là.

I : Au niveau des critères cliniques, dans ces patients-là, il y a des tensions limites qui vous font lever le pied au niveau des traitements ?

M : Alors la tension est toujours un peu limite chez lui mais c'est un peu la conséquence du lourd traitement pour l'insuffisance cardiaque et du coup il n'y a pas forcément de symptômes d'hypotension orthostatique ou de malaise. C'est vrai que la tension est toujours à peu près stabilisée.

I : Donc la tension, elle est à ?

M : Donc attendez je retourne autour de la compilation des données pour avoir la valeur. Donc la tension ça lui arrive de descendre à 90 /50 mais sinon il est à 110/60. Voilà il ne dépasse pas les 120/70.

I : Et il n’est pas symptomatique ?

M : Non il n'est pas symptomatique.

I : Donc vous ne modifiez pas particulièrement le traitement ?

M : Non sauf quand vraiment il est à 9 de tension et là ça peut être symptomatique et d'ailleurs c'était concomitant de son épisode d’hyponatrémie iatrogène. Il était un peu desséché voilà, y compris sur le plan de la tension.

I : Mais si à 9 il ne se plaint de rien ?

M : Non s’il ne se plaint de rien je considère que c'est le traitement de son insuffisance cardiaque qui est comme ça et qu'il doit maintenir une tension…

I : Et quand il est symptomatique il se plaint de quoi généralement ?

M : Au niveau de la tension?

I : Oui.

M : Pour lui je n'ai jamais suspecté une chute de tension. Ce n'est pas en l'occurrence pour lui. Mais pour d'autres, si c'est ça que tu voulais me faire dire, pour d'autres je suspecte ça quand il a la tête qui tourne quand il se lève, typiquement c'est ça. Qu'il faut s'asseoir. Voilà, ou en période de fortes chaleurs où elle peut descendre plus bas mais pour les mêmes symptômes. Voilà c'est à surveiller.

I : Au niveau de la fréquence cardiaque chez ces patients sous bêtabloquants, vous avez aussi des fréquences à partir desquelles… enfin des cibles. Faut pas descendre en dessous de…

M : Effectivement chez ces patients c'est vrai qu'ils ne doivent pas être trop tachycardes pour soulager le cœur mais après la cible… Je vérifie qu'ils n'aient surtout pas une bradycardie liée aux bêtabloquants puis qu'ils ne soient pas non plus tachycardes à 90 mais autour de 60 70 ç'est l'idéal mais après…

I : Et quand vous dites qu'ils ne soient pas bradycardes c'est quoi c'est en dessous de 60 ?

M : Non en dessous de 50. Ouais ça me semble idéal.

I : D'accord donc pas en dessous de 50 idéalement 60 70 et pas au-dessus de 80 c'est ça ?

M : C'est ça. Alors lui, que je regarde par curiosité il oscille entre 55 au plus bas et 88 au plus haut. Mais sinon c'est plutôt 60 70.

I : Sinon vous m'avez dit que ce patient qui a l'air d'être complexe, il a également une insuffisance rénale ?

M : Oui ça aussi c'est également à prendre en compte.

I : Et du coup avec l'IEC, vous faites comment pour vous en sortir ? S'il en a un d'IEC?

M : Oui il en a un d'IEC. Alors j'ai dit qu'il avait 30 ml de Clairance ? Là je vois que sur une prise de sang plus récente il était remonté à 52 donc c'est pas vraiment une contre-

indication aux IEC. Mais voilà il a fait des épisodes effectivement où ça descendait plus bas. Dans ce cas là ce qu'il faut faire c'est surveiller fréquemment la fonction rénale et c'est ce qu'on fait. Il est aussi sous Préviscan, sous anticoagulants. Donc il a beaucoup de prises de sang donc c'est pas très évident d'avoir une clairance régulière. Donc voilà au minimum tous les trois mois et tous les mois quand il n'est pas bien.

I : D'accord donc vous surveillez régulièrement, mais l'IEC il n'a jamais été diminué ?

M : Non.

I : Et donc dans vos patients vous en avez un autre qui a des problèmes d'insuffisance rénale ?

M : Oui

I : Et pour lequel ça avait été plus compliqué ?

M : Oui

I : Et pour lequel on avait été obligé d'arrêter l'IEC?

M : Oui tout à fait

I : Et du coup comment ça s'était passé ? Vous aviez pris l'avis du néphrologue ?

M : Oui. Il avait un diurétique et un IEC et donc on avait été obligé d'arrêter parce qu'il avait une clairance qui oscillait entre 20 et 25 millilitres.

I : C'était au téléphone ?

M : Non c'était en consultation l'avis néphro.

I : Le cardiologue, qu'est-ce qu'il en avait pensé ?

M : Le cardiologue… (Réfléchit)

I : Le néphrologue a dit on arrête, le cardiologue il n'a pas…

M : Voilà c'est ça du moment que le néphrologue dit on arrête c'est sûr que l'on ne remet pas derrière un IEC quoi.

I : D'accord c'est intéressant. Donc votre patient il a 87 ans, il a plein d'antécédents. Du coup dans vos consultations le fait comme ça, qu'il ait pas mal d'antécédents, est-ce que ça vous gêne lors d'une consultation ?

M : (Rires) Oui c'est toujours un peu complexe effectivement. Le problème des patients avec des antécédents comme ça un peu complexes c'est que ça monopolise la quasi totalité de la consultation et que du coup, on n'a pas beaucoup de temps pour s'occuper d'autres aspects du suivi de la personne âgée en l'occurrence.

C'est vrai que c'est… en plus je n'ai pas dit mais il est dépressif consécutivement à tous ces soucis de santé, des consultations récurrentes. Il dit qu'il en a marre, la preuve c'est qu'il a refusé d'aller à l'hôpital la dernière fois et c'est vrai qu'il y a pas mal de choses à gérer. Oui c'est vrai que c'est des patients lourds donc ils prennent du temps et qui nous font bien sûr creuser un peu la tête. Surtout quand il refuse d'être hospitalisé avec une hyponatrémie à 120.

I : Donc du coup il a 87 ans, dans quelle mesure l'âge influence vos choix thérapeutiques ? Voyez par exemple avec le même patient, mais s'il avait 60 ans au lieu de 87 ans, est-ce que votre prise en charge thérapeutique serait la même ou il y aurait des choses qui diffèrent ?

M : Non bien sûr on prend toujours en compte l'espérance de vie. En l'occurrence chez ce patient qui était sous Casodex et Avodart, vu son état cardio et pulmonaire j'avais pris la responsabilité d'arrêter le Casodex devant le potentiel iatrogène de tous ces médicaments et de l'espérance de vie forcément limitée aux vues de ses comorbidités. Mais après au niveau de ses traitements cardio ? (Réflexion) Non je dirais que le principal c'est le confort de vie, la limitation dans les activités quotidiennes. Non là je nuance dans la mesure où le rein est un peu fatigué et que ça va souvent un peu de

pair, mais s'il avait 60 ans, non je ne pense pas qu'il y ait quelque chose qui changerait fondamentalement.

I : Après peut-être que dans votre patientèle vous en avez un plus jeune même si dans l'insuffisance cardiaque c'est essentiellement des personnes âgées?

M : Non, c'est sûr que ça complique la chose dans la mesure où ils sont plus fragiles, plus sujets aux déshydratations parce qu'ils boivent souvent moins donc le maniement des diurétiques est d'autant plus périlleux à 80 ans qu'à 60 ans.

I : Et les autres traitements les bêtabloquants et les IEC notamment, est-ce que vous les maniez différemment ?

M : Non mais je dirais que tout est simplifié. Chez la personne âgée c'est encore plus difficile. Car plus de iatrogénie potentielle à mon avis.

I : Est-ce que, pendant ou après une décompensation cardiaque, il y a des traitements que vous enlevez ou que vous modifiez ? Dans les traitements de fond j'entends ? À part les diurétiques? Il y a des choses que vous enlevez ? Que vous modifiez ou pas ?

M : Non mais j'avoue que je n'ai pas eu l'occasion avec lui, et en règle générale la décompensation, très souvent ils sont hospitalisés ou alors c'est des compensations légères qui nécessitent d'après moi uniquement des modifications de diurétiques, de les majorer temporairement voir même de majorer le traitement mais ça, effectivement, c'est plus après avis cardio.

I : Dans ces patients insuffisants cardiaques vous en avez qui ont une démence ? Démence ou une artériopathie?

M : Oui le même quand on parlait tout à l'heure. Il a une démence.

I : Et du coup est-ce que ça change quelque chose dans votre façon de prendre en charge la maladie le fait qu'il ait des troubles cognitifs?

M : Alors c'est vrai que chez lui je passe essentiellement par sa femme pour communiquer sur la prise en charge et sur l'adaptation de traitement. Bah oui ça change dans le sens où c'est quand même, il faut quand même avoir toutes ses capacités cognitives car c'est des traitements qui s'adaptent souvent. On monte le traitement quelques jours puis on le redescend pour contrôler le ionogramme. Donc ça nécessite d'être réactif et d'avoir bien compris donc ça complique quand même les choses.

I : Donc c'est plus délicat de changer de traitement ?

M : C'est plus délicat et puis il faut s'assurer que tout le monde ait bien compris surtout l'aidant principal, que ce soit bien possible à la maison quoi.

I : Bon faut avoir un aidant qui soit...

M : Un aidant qui comprend oui.

I : Il y a d'autres difficultés à part qu'il y a besoin d'un aidant? D'autres choses qui diffèrent comparées à quelqu'un qui n'a pas de troubles cognitifs ? Vous allez essayer de monter le traitement pareil ?

M : On parle toujours des patients qui ont des troubles cognitifs ?

I : Est-ce que l'arsenal thérapeutique que vous allez utiliser est le même ? Volontairement ou involontairement? On n'y pense pas forcément au moment où on écrit l'ordonnance.

M : C'est ça. Moi je dirais que pas foncièrement non. Il y a sûrement quelques détails qui ne me viennent pas tout de suite mais pas foncièrement non.

I : Dans vos patients insuffisants cardiaques il y en a déjà que vous avez examinés et ça sifflait ? Celui qui est BPCO par exemple quand il siffle, le bêtabloquant ça vous a jamais chatouillé de le diminuer ?

M : Non car ça c'est plutôt du chronique. Soit on estime qu'il est contre-indiqué, on

pense qu'il y a un asthme sévère et qu'on a bien vu que ça faisait décompenser l'asthme mais une fois qu'il est instauré pour l'insuffisance cardiaque et que le patient était bien comme ça, ça ne me viendrait pas l'idée de l'enlever parce qu'il siffle.

I : Dans vos patients insuffisants cardiaques donc, vous avez eu parfois des fréquences cardiaques un peu basses ou des tensions un peu basses mais est-ce que vous avez eu d'autres soucis avec ces patients avec les bêtabloquants ou pas ?

M : Non

I : Et les IEC ?

M : La toux. Il y a des patients qui ne les tolèrent pas à cause de la toux. Je change pour un ARA2. Je n'ai pas eu d'hyperkaliémie majeure sous IEC.

I : Vos patients âgés ils sont à la maison ou en institution ?

M : Les deux. J'en suis une quinzaine à l'EHPAD et j'en ai quand même pas mal qui sont chez eux avec des aides bien mises en place.

I : Quand vous allez les voir à l'EHPAD, est-ce que cela change quelque chose au niveau des thérapies par rapport à une consultation au cabinet.

M : Le suivi est différent. On peut compter sur les infirmières pour être réactives dès qu'on demande un bilan ou une modification de traitement donc c'est sûr que c'est plus… Et puis on a l'avantage d'avoir une surveillance journalière de qualité, en tout cas professionnelle. Donc bien sûr.

I : Donc plus confortable qu'à la maison ?

M : Plus confortable effectivement.

I : Dans vos patients insuffisants cardiaques il y en a que vous allez voir à domicile ?

M : Je fais très peu de visites à domicile, donc dans mes patients insuffisants cardiaques non. Si j'en ai un mais il ne pose pas vraiment de problème sur le plan cardiaque. Il est insuffisant cardiaque mais il a un traitement qu'il tolère bien.

I : Des patients insuffisants cardiaques vous en voyez régulièrement en consultation ?

Alors régulièrement… enfin est-ce que vous diriez que c'est une pathologie que voyez fréquemment en consultation ?

I : Oui fréquemment. Enfin fréquemment.

I : Comme ça de tête vous, vous avez combien de patients insuffisants cardiaques qui vous viennent en tête ?

M : Alors je vais faire une petite recherche (NDI cherche sur son ordinateur). Avec la recherche cardiopathies, insuffisance cardiaque j'en ai 35.

I : D'accord très bien. Vous n'êtes pas passé en cardiologie c'est ça ?

M : Non.

I : Est-ce que vous pensez que ça joue sur notre façon de prendre en charge la pathologie le fait que vous ne soyez pas passé en cardiologie?

M : Je n'ai pas l'impression que ça me gêne mais peut-être que ça m'aiderait si j'y étais passé effectivement.

I : Donc vous vous sentez plutôt à l'aise ?

M : À l'aise c'est un grand mot mais pas particulièrement mal à l'aise.

I : D'accord. Vous m'aviez dit que lorsque vous aviez des questionnements sur certains patients vous aviez recours à des cardiologues. Ils sont en ville, à l'hôpital ?

M : Les deux. Il y en a qui sont en ville, d'autres à l'hôpital.

I : Du coup ils réagissent assez rapidement lorsque vous avez besoin d'aide, lorsque vous avez des questions ?

M : Oui, oui ils sont joignables facilement.

I : Vous avez des courriers après ces consultations ?

M :Oui

I :On vous donne une conduite à tenir dans ces courriers ?

M :Alors conduite à tenir, pas tout le temps. Des courriers pas forcément détaillés pour un en ville. Et un cardiologue en ville très bien détaillé.

I :Vous avez également des patients hospitalisés parfois en cardiologie ?

M :Oui

I :Vous avez les courriers rapidement après leur hospitalisation ?

M : Oui maintenant ça marche très bien car c'est par mail donc c'est rapide.

I : Donc quand ils viennent vous voir après leur hospitalisation vous avez le courrier?

M : Oui oui.

I : Vous avez une conduite à tenir derrière ?

M : Une conduite à tenir, c'est pas si fréquent mais un compte rendu de ce qui s'est passé durant l'hospitalisation avec les traitements de sortie, mais une conduite à tenir c'est pas si fréquent, non.

I : Et quand vous avez besoin, vous voyez, le traitement ne se passe pas bien, le patient n'est pas stable pour gérer ses traitements, vous avez besoin qu'il soit hospitalisé, comment ça se passe ?

M : Alors ça passe toujours par les urgences. J'ai eu beau appeler quelquefois pour avoir des entrées directes, on me dit qu'il faut passer par les urgences. Malheureusement ce n'est pas toujours l'idéal. Quelquefois il a l'UHCD, ils sont vus par un cardiologue et puis il repart c'est pas forcément…

I :Ça vous a déjà gêné pour adapter les traitements le fait comme ça de devoir passer par les urgences ?

M : Non non. Voilà quand il faut hospitaliser il faut hospitaliser.

I : D'accord. Au niveau de vos ressources, est-ce que vous trouvez que les recommandations sur l'insuffisance cardiaque sont adaptées à la pratique des médecins généralistes ou pas ? Vous voyez les recommandations des sociétés savantes ou autres est-ce que vous trouvez qu'elles sont adaptées à la pratique de la médecine générale?

M : Peut-être pas forcément, non. Mais je n'ai pas de recommandation récente en tête. Enfin je connais les principaux axes de traitement. Après non c'est pas forcément dédié aux généralistes.

I : Donc les recommandations de la HAS, ça c'est plutôt dédié aux cardiologues ?

M : Plutôt, oui plutôt.

I : Et du coup cette notion vous incite moins à aller les voir ?

M : Non pas forcément, car même en sachant que c'est dédié aux spécialistes, ça nous permet d'être tenus au courant de ce que fait le spécialiste. Des bonnes façons de faire quand même. Ça ne nous dispense pas d'aller les voir, non je ne dirais pas ça.

I : On arrive vers la fin. Vous m'avez dit que vous avez des patients sous anti aldostérone, c'est le cardiologue qui les a introduits ?

M : Oui oui

I : Vous avez déjà modifié les posologies de ses traitements?

M : Alors j'ai déjà arrêté dans un contexte d'hyponatrémie sévère.

I : D'accord. Pas eu d'autres problèmes avec cette famille de molécules ?

M : Non non je ne crois pas, en tout cas pas identifié comme ça. Je n'ai qu'un patient sous Eprelenone.

I : D'accord. Est-ce que ça vous est déjà arrivé de vouloir modifier un traitement de

fond type bêtabloquant ou IEC chez un patient, de vouloir le faire, mais de ne pas le faire ?

M : Oui ça m'est déjà arrivé, tout à fait.

I : Et vous vous rappelez un peu pourquoi vous avez voulu l'augmenter ?

M : Alors… Bonne question… Je sais que j'ai déjà eu cette situation… Je pense que c'était principalement niveau rénal pour pouvoir monter l'IEC. J'avais peur au niveau d'un patient à la fonction rénale fragile alors que sur le plan cardiologique je l'aurais bien fait pour essayer de l'améliorer. La tension devait être également un peu haute donc je voulais augmenter l'IEC. Dans ce cas là je l'ai peut-être fait quand même je ne sais plus. Non j'avais demandé l'avis du cardiologue, est-ce que l'on ne pourrait pas introduire un IEC ? Mais pareil, c'était quelqu'un avec une fonction rénale trop basse, je l'avais demandé mais ça n'a pas été retenu.

I : Et pareil le bêtabloquant, ça vous est déjà arrivé de vouloir l'augmenter sans forcément le faire ?

M : Oui, aussi. Je n'ai pas d'exemple récent. Je n'ai pas d'exemples précis pour ça.

I : Alors dernière question. Voilà vous m'avez dit que parfois vous aviez besoin du cardiologue ou du néphrologue, que le traitement de fond c'est plutôt du recours du cardiologue. Est-ce que vous diriez que les traitements de fond c'est quelque chose qui vous fait peur ou que vous n'êtes pas à l'aise?

M : Les traitements de fond de l'insuffisance cardiaque ? Oui oui on pourrait dire ça comme ça. C'est de maniabilité difficile. C'est quelquefois un équilibre précaire. Oui oui on peut dire ça comme ça oui.

I : D'accord parce que c'est difficile à manier. Quand vous dites équilibre précaire… C'est le patient…

(Réflexion)

I : Elle est difficile celle-là de question pourquoi on a peur.

M : Oui elle est difficile c'est ça. Peut-être qu'on se dit… la réponse elle est simple on a que notre stéthoscope et notre patient en face. On n'a pas la compétence du cardiologue évidemment sur ce sujet, on n'a évidemment pas l'échographie et on sait qu'au niveau cardiaque ça peut vite être préjudiciable au patient si on fait une erreur. Je pense qu'on ne manie pas un traitement de l'insuffisance cardiaque comme on manierait un traitement pour un adénome de prostate. On joue plus, entre guillemets, avec la vie du patient, que ça peut être plus vite préjudiciable chez les patients fragiles car ils sont souvent fragiles du fait de leur pathologie principale l'insuffisance cardiaque et éventuellement de leurs comorbidités et qu'on marche sur des œufs quand même. Mais du coup un peu plus prudent par rapport à un éventuel changement même mineur. On essaye de pas forcément prendre des risques en tout cas je parle pour moi.

I : Très bien c'est très intéressant et bien on va s'arrêter là.

Entretien 12

I: Bonjour donc Damien je suis interne en médecine générale on est ici pour discuter des patients insuffisants cardiaques et plus précisément de ceux qui à l´échographie ont une fraction d'éjection diminuée. Donc l'objet de notre thèse c'est le traitement de fond de ces insuffisants cardiaques, la manière dont vous gérez cette pathologie chez vos patients dans votre cabinet, on n'est pas là pour juger ou évaluer mais vraiment pour comprendre ce qui se passe dans les cabinets. On va enregistrer cet entretien, tout sera anonymisé. Là je vais vous donner la feuille pour votre consentement. Alors ce que je vous propose pour commencer c' est d´essayer de vous rappeler d'un de vos patients et de m´en parler un petit peu…

M: J'en ai un qui me vient en tête effectivement un patient que je voyais en visite regulièrement quand je remplaçais sur A. vous vouliez savoir pour sa prise en charge?

I: Oui si vous vous rappelez de son âge, ses antécédents …

M: Oui, son nom même mais ça c'est pas nécessaire. Son âge il devait avoir 79 même 80 ans assez âgé donc, avec une insuffisance cardiaque globale, post ischémique et puis dilatée et rythmique puisqu'il avait également une ACFA. Donc il faisait régulièrement des allers-retours entre les services hospitaliers ou la clinique et son domicile. On essayait tant bien que mal d´équilibrer son traitement et sa rétention hydrosodée, jusqu´au prochain épisode.

I: D´accord. Et à part de l'insuffisance cardiaque de l'arythmie, c'était ischémique son …

M: Une partie ischémique et puis une partie dilatée sur la cardiopathie rythmique je pense.

I: D'accord et vous savez s'il avait d'autres antécédents ce patient là?

M: Oui il avait une apnée du sommeil qui était appareillée, et puis il n'était pas diabétique, il avait un athérome carotidien pour lequel il avait été opéré. Il avait également une hypertrophie de prostate pour laquelle il avait été opéré également à la suite d'un épisode de rétention. Il avait également une artériopathie oblitérante des membres inférieurs et pendant un temps il avait eu un ulcère qu´on avait réussi à prendre en charge.

I: D´accord et du coup avec son artériopathie est-ce que cela vous a gêné vis a vis du bêtabloquant ou pas. Est-ce que ce patient déjà il avait un bêta-bloquant?

M: Oui il avait un bêta-bloquant, et oui c'était embêtant il avait un périmètre de marche très diminué il ne sortait pas de chez lui. Mais j'étais un peu gêné effectivement.

I: D'accord dans quelle mesure ça vous gênait ce bêta-bloquant?

M: Bien ça nous évoque toujours les contre-indications les claudications des membres inférieurs. Après c'est un ulcère qui n'était pas d'origine artérielle mais d'origine veineuse d'après ce que concluait son angiologue. Donc c'est peut-être pour ça qu'on a réussi à le faire cicatriser…

I: D'accord et du coup son bêta-bloquant vous n'avez pas été ammené à le diminuer vis-à-vis de son AOMI?

M: Euh non pas moi directement.

I: D'accord.

M: J'avais interpellé son cardiologue à ce sujet là, mais de mémoire je crois il n'a pas été diminué.

I: D'accord en tout cas personne n'a essayé de l'augmenter?

M: Non.

I: C'était vis-à-vis de son AOMI où il y avait une autre raison pour ne pas augmenter le bêta-bloquant.

M: Je vois pas d'autre raison parce que il avait une apnée du sommeil mais il n´avait pas d'autres contre-indication à augmenter son bêta-bloquant.

I: D'accord et chez vos patients insuffisants cardiaques est-ce qu'il y a quelque chose qui vous gêne, avec les bêta-bloquants qui vous empêche de les augmenter, ou qui vous a deja amené à les diminuer?

M: J'avoue que c'est une des classes thérapeutiques que j'essaye de ne pas trop toucher, seul sans avis cardiologique ou sans réévaluation récente de la fonction VG justement. Autant les diurétiques ça on a l'habitude de les modifier de façon assez importante parfois, autant les bêta-bloquants un peu moins …sauf sur réelle consigne quoi…

I: Du cardiologue

M: Oui, si dans son compte-rendu de consultation il nous laisse sous-entendre qu'il faut monter jusqu'à 10 mg de bisoprolol progressivement on va se charger de le faire.

I: D'accord.

M: Mais s'il n'y a pas de consigne claire et précise on ne sait pas si il faut atteindre la dose optimale ou rester à des petites doses, là j'avoue que du coup par peur de la iatrogénie probablement je pense que je ne suis pas sûrement.. pas le seul à mon avis à ce sujet, on a tendance à moins y toucher.

I: D´accord, c'est une classe thérapeutique que vous craignez plus que les diurétiques par exemple?

M: Oui pour autant je sais pas si c'est justifié puisque les diurétiques peuvent avoir également leurs effets secondaires, la preuve chez ce patient. Non c'est pour éviter de tout dérégler je pense, et lui pourtant il avait une arythmie qui justifiait d'avoir des bêta-bloquants en plus…je ne me rappelle plus de mémoire le dosage et quel bêta-bloquant il avait. Peut-être une classe avec laquelle on ose moins modifier les doses effectivement…

I: D' accord, une peur peut-être pas forcément justifiée, une peur de déséquilibrer le patient?

M: Une peur peut être de mauvaise tolérance, d'hypotension… en dehors du cadre de surveillance hospitalier. Meme si c'est pas une introduction de traitement, normalement ça se passe quand même mieux on a peut-être en nous quelque part cette crainte là…

I: D'accord.

M: Et surtout les critères quels sont les critères pour pouvoir augmenter ou diminuer. Autant sur la rétention hydrosodée on arrive à peu près à se trouver des critères d'augmentation ou de diminution assez facilement. Autant critère d'augmentation d'un bêta-bloquant je vous avoue que… c'est parfois un peu flou pour moi.

I: D´accord. Et au moment de réévaluer un traitement d´un patient insuffisant cardiaque, quels sont les critères que vous prenez en compte pour savoir s'il faut augmenter ou diminuer un traitement.

M: Bien déjà ses signes fonctionnels, l´ état dans lequel il se trouve, sa dyspnée, son autonomie et puis principalement sur les critères objectifs : sa prise de poids j'essaie personnellement d'être assez strict là-dessus et pour la rétention hydrosodée le profil tensionnel. Mais régulièrement elle est relativement stable et pas forcément très élevée, c'est principalement ça mes critères.

I: Tension artérielle vous avez une tension moyenne cible en tête globalement chez vos patients? Une tension à partir de laquelle on va se dire, là, je diminue les traitements antihypertenseur?

M: Une tension limite inférieure vous voulez dire?

I: Oui.

M: Je sais qu'on peut aller relativement bas avec ces patients d' autant qu'ils ont une fonction relativement altérée. Jusqu'à 9: 90 mm de systolique.

I: D'accord.

M: Je m'affole pas.

I: D'accord, ils peuvent se plaindre d'effets indésirables au niveau des traitements antihypertenseurs ces patients?

M: Quand ils sont trop hypotendus je pense que quelque part ça doit jouer sur leur bas débit cérébral sur l´ hypotension orthostatique.

I: Oui c'est des choses que vous avez déjà croisées chez ces patients?

M: Oui, alors est-ce que c'est lié directement aux hypotenseurs où a une insuffisance rénale fonctionnelle et qu'ils sont un petit peu déshydratés et que cela joue la dessus, difficile de dire.

I: Et au niveau des IEC est-ce que vous avez eu des soucis avec cette classe thérapeutique chez ces patients?

M: Alors ça ça pose surtout des problèmes (je m'en réfère à ce patient) quand on arrive vers les syndromes cardio-rénaux avec des patients qui donc se mettent en surcharge hydrosodée, on augmente les diurétiques de façon importante, on les sèche, et puis on se retrouve en insuffisance rénale fonctionnelle, du coup ils

augmentent leur creat. Et à ce moment-là on est toujours embêté et on se dit est-ce que l´IEC, qu'est-ce que je dois en faire? Est-ce que je dois le laisser à pleine dose, est-ce que je dois le baisser temporairement tant qu'il a sa fonction rénale un petit peu altérée ? C'est plus dans ce sens-là quoi.

I: D'accord du coup comment vous faites pour vous débrouiller dans cette situation là ?

M: Rire… pas évident, c'est pas évident en l'occurrence pour ce patient il avait besoin d'avoir recours de temps en temps à des cures de dobutamine pour relancer la machine…, on était un peu au-delà de la prise en charge classique. C'était une prise en charge palliative je pense, mais pareil, encore une fois moi je n'ai pas de critères. Je ne sais pas s'il en existe d´ailleurs mais en tous cas je ne les connais pas, pour modifier le traitement IEC. J'essaie de le maintenir le plus longtemps possible pour éviter de dérégler le traitement sans cesse, que ce soit dans un sens ou dans l'autre. Bon j'avoue que ça m'arrive de le suspendre ou au moins de le baisser temporairement quand la fonction rénale se dégrade de façon importante.. Mais en général, ça, cela signe un recours hospitalier très prochain donc…

I: D'accord.

M: Donc euh je sais pas après ce qui se passe dans le service hospitalier.

I: D'accord. Vous avez jamais demandé l'avis par exemple d´un néphrologue?

M: C'est compliqué ça, un avis de néphrologue dans notre région!

I: Au niveau consultation, ou du téléphone?

M: Au niveau délai de consultations oui. Après effectivement par mail on peut obtenir des avis, mais en consultation c'est plus de 6 mois.

I: D'accord ça vous déjà arrivé d'être gêné de vous dire : là je l´enverrai bien chez un néphrologue mais du coup la consultation été trop loin quoi ?

M: A oui c'est assez fréquent et pas que pour ce patient là.

I: D'accord. Ok. Et puis aussi quelque chose qui est intéressant vu que vous remplassez, moi je m'étais posé une question : est-ce que en tant que remplaçant vous osez modifier les traitements de fond des médecins que vous remplaçez?

M: Oui effectivement très bonne question. On peut se poser la question effectivement. Oui moi je suis pas trop gêné vis-à-vis de ça, en tout cas pour ce type de classe thérapeutique. On parle pas de traitement à visée psychiatrique, où c'est un petit peu différent puisque le rationnel intervient peut-être un petit peu plus. Mais là sur les traitements à visée cardiotrope, sans problème. Sans problème.

I: D'accord.

M: D'en rajouter, en supprimer ou en modifier.

I: D'accord.

M: Peut-être je ne me rappelle plus comment je fonctionnais au début de mes remplacements, si c'était déjà le cas ou pas, en tout cas ça fait plusieurs années que ça ne me gêne plus.

I: D'accord. Euh pour le bêta-bloquant, on en a pas parlé vous avez eu des épisodes de bradycardie ou des choses qui vous ont limité, pour monter les bêta-bloquants?

M: Ça m'est arrivé effectivement d'avoir des patients qui répondaient très vite sur le plan de la fréquence cardiaque, et qui me limitaient puisque dès qu´on augmentait un peu les béta bloquants, même s'ils étaient sélectifs on devenait vite iatrogène sur la

fréquence cardiaque pas pour celui ci en particulier, mais pour d´autres effectivement. Plus que sur le plan tensionnel d' ailleurs.

I: Vous avez déjà eu des patients qui avaient par exemple et une insuffisance cardiaque systolique et des problèmes de BPCO par exemple?

M: Oh oui effectivement c'est assez fréquent. Je n´en ai pas en tête qui me viennent, mais…

I: Vous pensez en avoir croisés?

M: Oui.

I: Cela vous avait gêné? bêta-bloquant et BPCO par exemple?

M: Ça interpelle toujours effectivement, on a en tête que c'est plutôt des contre-indications alors ensuite et bien c'est là où il faut faire intervenir les spécialistes concernés, et quelle est la pathologie qui prédomine, que ce soit à la BPCO ou l'insuffisance cardiaque et puis parfois en s´appuyant sur ces avis là on arrive à trouver un compromis sur la thérapeutique.

I: D'accord.

M: Mais je crois effectivement avoir déjà vu des patients BPCO qui malgré tout avaient un traitement bêta-bloquant, parce que leur cardiopathie le justifiait.

I: D'accord, et vous vous rappelez si vous cela vous a gêné, si vous avez dû envoyer votre patient, pour monter le béta bloquant, vers un pneumologue ou un cardiologue avant de faire quoi que ce soit?

M: Oui ou à l'inverse de découvrir un patient qui était sous bêta-bloquant et que je connaissais comme BPCO de se poser la question de savoir si c'était bien justifié de poursuivre ce traitement. Plus dans cette situation là effectivement.

I: Là on a parlé plutôt de choses cliniques et au niveau biologique on a parlé de l'insuffisance rénale est-ce qu'il y a biologiquement d'autres facteurs qui peuvent vous limiter dans l'optimisation des traitements?

M: Hormis l'insuffisance rénale et les troubles ioniques? Une dysthyroidie…

I: Ça vous est arrivé avec quelle thérapeutique la dysthyroïdie?

M: Certains antiarythmique je pense à la cordarone, tous n'en ont pas, mais c'est assez fréquent, et puis sur une cardiopathie rythmique même s'ils n'ont pas de cordarone il faut quand même que l'on vérifie la fonction thyroïdienne. Ensuite je cherche des choses qui sur le bilan pourraient me faire modifier la thérapeutique…hormis une grosse anémie je ne vois pas de choses qui me sautent aux yeux.

I: Tout à l'heure vous m'avez parlé de votre patient, il a 80 ans, il est assez âgé. Dans quelle mesure l'âge influence votre façon de prescrire? Est-ce que vous traitez différemment un patient de 80 ,85 ans ou de 60 ans? Est-ce qu'il y a des choses qui diffèrent dans votre attitude thérapeutique?

M: On se méfie un petit peu plus de la iatrogénie en tout cas ces patients sont un petit peu plus sensibles aux modifications de traitement, aux introductions, augmentations de dose, avec des signes cliniques qui sont souvent un peu appauvris, et bon malheureusement des cardiopathies qui sont souvent évoluées et de mauvais pronostique et pour lesquelles des traitements qui sont somme toute palliatifs.Bon après les classes thérapeutiques sont les mêmes. On est peut-être un petit peu plus prudent sur l'augmentation des doses. Il faut voir comment ils vont supporter les thérapeutiques. Mais de mémoire j'utilise les mêmes produits chez le jeune et chez les plus âgés.

I: Et les posologies voilà…

M: Voilà et puis il y a plus d'interactions également puisqu'ils ont plus de comorbidités, d'autres pathologies, d'autres traitements et puis on sait vite plus trop qui interagit avec qui.

I: D'accord.

M: C'est surtout cette part là principalement.

I: D´accord et là on va effectivement sur un autre problème qui est la polythérapie avec toutes les pathologies. Dans quelle mesure le fait que ce soit des patients qui sont souvent polypathologiques, est ce que cela vous gêne en consultation?

M: Ça nous gêne, c'est très intéressant! Ca nous gêne parce que c'est plus compliqué parce que c'est plus long, ça nous gêne parce qu'elles sont toutes intriquées en général les unes avec les autres et que pour en équilibrer une il faut équilibrer la deuxième voire la troisième et que du coup cela multiplie aussi les intervenants spécialisés et donc ça nécessite plus de coordination, et ça c'est le rôle du médecin généraliste d´essayer de coordonner tout ça. Les consultations c'est d'ailleurs souvent des visites puisque celui dont je parle était suffisamment dépendant pour nécessiter d'être vu en visite. Des visites qui sont longues, qui sont répétées des patients qu'on revoit souvent qui nécessitent aussi de multiplier les intervenants paramédicaux, les infirmières, pour s'assurer de l'observance des traitements, la bonne délivrance, la surveillance de la tension, la surveillance du poids. Il faut faire intervenir beaucoup de monde parfois, y compris la famille, pour nous aider et dépister les signes précoces de déséquilibre, pour modifier rapidement la thérapeutique avant de se trouver dans des situations trop tardives.

I: D'accord, donc des patients complexes et chronophages.

M: Oui, c'est ça!

I: D´accord est-ce que vous pensez que le fait que cela prenne beaucoup de temps, parfois vous avez l'impression de ne pas tout faire comme il faut, ou vous arrivez et vous prenez le temps qu'il faut?

M: Heu, je pense que j'essaie de prendre le temps qu'il faut puisque j'aime ça en plus. Rires. Mais on peut se dire qu'on pourrait passer tous les jours. On peu faire des petits réglages tous les jours c'est comme un moteur pour qu'il tourne parfaitement bien. Là c´est un vieux moteur il a ses propres capacités on pourra pas le faire revenir en arrière. Mais oui cela pourrait nécessiter un suivi presque en télémédecine. Je sais pas si c'est envisagé ce genre de choses mais ça pourrait.

I: Et là vous dîtes c'est un patient que vous voyez à la maison, est-ce que entre un patient que vous voyez au cabinet ou à la maison, est-ce que votre prise en charge est différente au niveau thérapeutique ? Consciemment ou inconsciemment, mais est-ce que cela change quelque chose dans votre pratique le fait de voir quelqu'un à la maison plutôt qu'au cabinet?

M: Dans la pratique ce qui change c'est juste que c'est beaucoup moins pratique et que l'on perd beaucoup de temps. On est moins bien installé on perd de l'information parce que forcément la prise de sang s'il n´a pas pensé à l'imprimer, on l'a pas… on n'a pas forcément les numéros de téléphone des correspondants sous la main s'il faut prendre un contact avec quelqu'un. Les antériorités, en général on utilise des carnets de suivi qui sont laissés chez le patient pour pouvoir communiquer avec les infirmières et la famille. Mais je trouve qu'on fait une médecine quand même de moins bonne qualité à domicile qu´au cabinet, on perd du temps et peut-être aussi de l'information.

I: Et du coup ces insuffisants cardiaques, c'est plutôt des patients que vous êtes amenés à voir à la maison?

M: On en voit aussi au cabinet mais effectivement les plus lourds, parce qu'ils sont âgés, parce qu'ils ont aussi des comorbidités, parce qu'ils sont pas forcément très bien équilibré, c'est des patients qu'on voit à la maison effectivement.On pourrait imaginer les voir au cabinet.

I: Et dans les patients que vous suivez pour une insuffisance cardiaque est-ce qu'il y en a qui ont une démence?

M: Je ne m'en remémore pas… Oui aux urgences j'en ai vus mais pas dans le suivi général.

I: Et vous en avez qui sont également institutionnalisés que vous avez vus dans des EHPAD ?

M: Oui.

I: Et cela changeait quelque chose dans votre attitude par rapport au cabinet?

M: Non, ça change pas grand-chose sauf qu'on a la surveillance. L'infirmière au lieu d'être libérale elle est présente en on a un suivi qui est bien fait, il y a des échanges et donc un peu moins de perte d'information. Mais sinon sur la qualité des soins, les dossiers de maison de retraite sont pas forcément très bien tenus. Je trouve que ce n'est pas forcément très adapté. C'est plus confortable qu´au domicile, mais c'est pas la panacée.

I: De la perte d'information?

M: Oui.

I: C'est quelque chose qui peut gêner cette perte d'information dans le dossier si on veut changer des traitements?

M: Oui, alors même qu'il devrait y en avoir plus puisque il a le suivi pluriquotidien par des infirmières. On a des informations qu'on n'aurait pas si on les suivait au cabinet mais est-ce que c'est les informations les plus importantes ? je suis pas persuadé… Le dossier médical qui est au cabinet qui est informatisé, qui est bien tenu, je pense qu'on peut avoir un suivi qui me semble plus fiable.

I: D'accord. Vous avez des patients sous anti-aldostérone ?

M: Oui.

Je suppose que c'était le cardiologue qui les a introduits ?

M: Oui.

I: Cela vous arrive de les modifier?

M: Oui.

I: Qu'est-ce qui pousse à modifier ses traitements sur quels critères vous vous dites là je vais le monter le diminuer?

M: C'était principalement sur des troubles ioniques ou des modifications de la fonction rénale, c'est pas forcément des critères cliniques, plutôt biologiques.

I: Les troubles ioniques et qu'est-ce que c'était?

M: Des troubles de la kaliémie principalement, hyperkaliémie.

I: D'accord. Et du coup une dégradation de la fonction rénale?

M: Oui.

I: D'accord, ok. Dans vos patients insuffisants cardiaques est-ce qu'il y en a qui sont stables?

M: Oui! (rires)

I: Et chez vos patients stables est-ce que vous modifiez les traitements de fond ou pas?

M: A la baisse quand ils sont stables c'est ça?

I: À la baisse ou à la hausse.

M: Non. Non j'ai pas un gros panel de patients en tant que remplaçant. Mais de mémoire non, un patient qui est stable à la fois sur le plan clinique sur le plan biologique qui se trouve en bonne forme je ne modifie pas ses traitements.

I: D'accord.

M: Devrais-je le faire? Je ne sais pas.

I: Vous m'avez dit vous n'avez pas un gros panel d´insuffisants cardiaques en tant que remplaçant, est-ce que le fait de ne pas avoir beaucoup de ces patients, cela vous gêne dans votre pratiqu, vous êtes moins à l´aise que par exemple une pathologie que vous croisez tous les jours en fait?

M: Non je ne crois pas, enfin effectivement plus on fait plus on est à l'aise, ça c'est sûr mais je pense qu'avec la formation universitaire et puis malgré tout ce sont des patients qu'on recroise régulièrement que ce soit au cabinet ou aux urgences. Non je ne pense pas. Après c'est sur les réseaux éventuellement qu'on pourrait s'améliorer, sur les échanges entre les intervenants. Et puis probablement sur ma prise en charge aussi ça c'est sûr que les choses ont dû évoluer depuis quelques années.

I: Donc le fait… vous dites votre formation universitaire…

M: Je suis passé en cardiologie oui ça cela m'a aidée c'est évident.

I: Et puis aussi les urgences parce que du coup?

M: C'est des patients qu'on voit régulièrement hospitalisés.

I: Donc si vous n´en voyez pas beaucoup en consultation vous en voyez beaucoup à côté, donc vous êtes plus à l'aise, enfin assez à l'aise dans cette pathologie c'est ça?

M: Oui éventuellement, après en prise en charge d'urgence on n'a pas tout à fait la même prise en charge que les petits réglages qu'on peut faire au quotidien. Évidemment quand il arrive dans un service d'urgence les tableaux sont plus importants, les prises en charge sont pas les mêmes.

I: Oui c'est de l´IV c´est du pouce seringue.

M: Oui. C'est pas les mêmes prises en charge mais c'est souvent les mêmes drogues.

I: En cas de difficulté vous m'aviez dit que vous pouviez éventuellement voir avec le cardiologue? C' est des cardiologues en ville, à l'hôpital?

M: Les deux.

I: D'accord est-ce qu'il sont facilement joignables quand vous avez un souci ? C'est anonyme!(Rires)

M:. Relativements joignables par téléphone sans problème, après sur les délais de rendez-vous c'est assez variable en fonction des périodes de l'année et des cardiologues. En règle générale ce sont des patients qui sont déjà suivis, ce n'est pas des premières consultations, donc le cardiologue connaît leur état. Parfois il nous conseille par téléphone, sans voir le patient. Parfois il le prend en hospitalisation que ce soit à la clinique où l'hôpital.

I: Vous arrivez à les faire hospitaliser du coup directement ?

M: Directement dans les services? Ça j'aimerais bien ! C'est difficile, très difficile, mais, non on arrive relativement facilement à avoir une consultation cardiologique.

I: Et du coup à l'hôpital vous arrivez facilement à les avoir au téléphone ?

M: Les cardiologues ? Oui oui relativement facilement mais il faut pas passer par le secrétariat, mais par les lignes directes ou par les numéros privés. C'est un peu biaisé.(Rires.)

I: Vous avez des numéros directs, pour les joindre directement?

M: Par les DECT, même si bon l' accueill ne veut pas les donner, mais on finit par les connaître !

I: D'accord.

M: Il faut bidouiller un peu, déjà avoir été confronté à un blocage pour savoir comment le contourner. Et puis en ville on a moins de problèmes puisqu´on appelle directement le cabinet, et en général on arrive à parler au cardiologue concerné sauf s'il est en vacances.

I: Et vous avez des courriers après les consultations, les hospitalisations ?

M: Oui.

I: Est-ce que l´on vous donne une attitude thérapeutique est-ce qu'on vous explique ce qu' il faut faire derrière?

M: Le plus souvent, oui. C'est assez rare qu'on ne connaisse pas la conduite à tenir. Non c'est relativement bien cadré.

I: Quand il sort de l'hôpital après une hospitalisation est-ce que le courrier vous l'avez assez rapidement ou pas? Est-ce que quand le patient revient vous voir (si ça vous est déjà arrivé en tant que remplacant) est-ce que vous avez déjà le compte rendu?

M: Pas toujours. Mais je pense qu'il faudrait absolument, si ce n'est pas le cas encore, développer les envois de courriers par mail. Mais je sais que moi je travaille à l'hôpital de S. Tous les courriers sont envoyés par mail sur les boîtes mails des médecins. Le

patient sort du service, le médecin a déjà reçu le courrier. Parce qu'effectivement régulièrement la première chose que va faire le patient en sortant de l'hôpital, c'est qu'il va aller voir son médecin traitant pour savoir ce qu'il en pense. Alors qu'il a déjà vu huit spécialistes à l'hôpital.

I: Et du coup cela vous gêne ?

M: C'est un peu gênant oui.

I: C'est un peu un frein pour derrière votre travail thérapeutique?

M: Oui bien sûr, d'autant plus que le patient a eu plusieurs avis de spécialistes à l'hôpital, que la situation est compliquée. Il a vu le néphrologue, le cardiologue, le diabétologue…

I: Au niveau de vos ressources est-ce que vous trouvez que les recommandations sur l´insuffisance cardiaque des sociétés savantes telle la HAS et tout ça, sont adaptées à la pratique du médecin généraliste?

M: Adaptées… Au sens?

I: Pratico-pratique.

M: On pourrait peut-être faire effectivement des recommandations un petit peu plus pratiques mais je vous avoue que je ne me suis jamais vraiment penché sur la question.

I: Est-ce que vous trouvez que c'est accessible pour la pratique du médecin généraliste dans son cabinet, si vous les avez lues récemment?

M: Je ne les ai pas lues récemment mais de mémoire c'était effectivement pas forcément très ciblé prise en charge pratique. Sans outils biologiques, sans outils échographiques. Mais encore une fois je les ai pas lues récemment.

I: Non sans les avoir lues récemment mais euh… votre ressenti vis-à-vis de la *pratique du médecin généraliste en fait.*

M: On pourrait les imaginer plus dirigées dans la pratique clinique effectivement. Mais les conseils des spécialistes cardiologues sont en général plus ciblés à la condition du patient, à son entourage, à son mode de vie, ses co-pathologies.. je me fie plus en fait au compte-rendu du cardiologue.

I: Est-ce que ça vous est déjà arrivé de vouloir modifier un traitement de fond bêta-bloquant ou IEC de vouloir le faire et de pas le faire en fait?

M: Parce que j'aurais été contraint par un élément extérieur ?!

I: Non, mais vous dire par exemple, là ça me démange de vouloir monter son bêta-bloquant ou sont IEC, mais finalement de dire et ben non je le fais pas.

M: Non en général quand je pense aussi fortement à faire quelque chose, je le fais quitte à faire derrière une surveillance plus rapprochée si je n'étais pas sûr de mon fait. Mais je ne crois pas avoir été contraint de faire marche arrière quand j'étais persuadé de faire quelque chose qui était bon pour le patient.

I: D'accord et pendant ou après une décompensation il y a des traitements qui par exemple, là vous m'avez parlé de l´IEC quand la fonction rénale flanche que vous pourriez être amené à diminuer? est-ce que le bêta-bloquant ou l'anti-aldostérone en cas de décompensation c'est quelque chose que vous pouvez être amené à modifier ou pas?

M: Non, non car personnellement dans mon cabinet sans outils complémentaires c'est des choses que je ne modifie pas sans un avis extérieur.

I: Quand vous dites sans outil?

M: Échographique ou biologique parce que parfois on est amené à voir les patients en décompensation et on a encore rien comme outil biologique. C'est difficile de modifier ces thérapeutiques, on aimerait bien pouvoir évaluer la fonction, le remplissage…

I: Bon ben écoutez c'est tout bon je vous remercie.

Entretien 13

I : Bonjour, Damien, je suis interne médecine générale, d'ailleurs, même, aujourd'hui, remplaçant. Aujourd'hui, nous allons discuter des patients insuffisants cardiaques systoliques, c'est à dire ceux qui ont un ventricule qui est fatigué à l'échographie. Ce qui nous intéresse aujourd'hui ce sont les traitements médicamenteux de fond de l'insuffisance cardiaque. Ce qui m'intéresse ce ne sont pas les recommandations ni comment l'on doit faire mais comment vous, vous gérez cette pathologie. Qu'est-ce que vous faites et surtout en quoi vous le faites. L'entretien sera retranscrit puis analysé et l'enregistrement audio effacé. Donc votre identité sera anonymisée dès le départ. Donc ce que je vous propose c'est d'essayer de vous rappeler d'un de vos patients insuffisant cardiaque. Est-ce-que vous vous rappelez d'un de vos patients et voulez-vous m'en parler ?

M: Oui, oui bien sûr. Ben oui j'ai un patient qui est insuffisant cardiaque, Ça doit faire une dizaine d'années qu'il est insuffisant cardiaque. Il a déjà fait 2 OAP. Et bien moi, ma politique habituelle, quand j'ai une insuffisance cardiaque, tout dépend du grade. Et bien si c'est une découverte sur un événement aigu comme un OAP ou quelque chose comme ça, et bien là je l'hospitalise, il n'y a pas 36 solutions. Si c'est une insuffisance cardiaque relativement bien supportée jusqu'à présent et si ce n'est pas trop urgent, j'attends gentiment le rendez-vous du cardiologue en donnant moi-même un traitement en première intention.

I: D' accord.

M: Par contre si c'est une insuffisance cardiaque qui est déjà un peu inquiétante, je me débrouille avec le cardiologue pour avoir un rendez-vous un peu plus rapide. Pour qu'il le voie où elle, (parce qu'on a deux cardiologues sur A.) assez rapidement.

I: D' accord et quand vous dites que vous mettez déjà des traitements vous pensez à quels traitements ?

M: Bon, en priorité, Lasilix, Furosémide et après ça peut être IEC, ça peut être bisoprolol, mais ça dépend un petit peu des conditions. Si c'est déjà quelqu'un qui est bradycarde, je ne vais peut-être pas lui donner du bisoprolol. Par contre s'il n'y a pas de contre-indication j'en donne un peu, mais plutôt en deuxième intention. En première intention, c'est toujours, pour moi, le Furosemide.

I: D' accord, ça peut vous arriver d'introduire...

M: Ca peut m'arriver d'introduire un bêta-bloquant en attendant l'avis du cardiologue oui bien sûr, ou un IEC oui.

I: D'accord, et du coup, votre patient, vous vous rappelez un petit peu de son âge, de ses antécédents ?

M: Il doit avoir 78 ans maintenant. Ses antécédents, heu, c'est une cardiopathie primitive. Il n'y a pas eu d'évènement ischémique avant, d'infarctus, de choses comme ça. Par contre il a une cardiomyopathie dilatée quoi. En dehors de ça, au départ, ça s'est révélé sur des œdèmes importants sur une dyspnée, une dyspnée de décubitus, enfin il avait tous les signes classiques d'insuffisance cardiaque quoi.

I: Et il avait d'autres pathologies, à part son insuffisance cardiaque ?

M: Il a une hyperlipidémie qui est bien jugulée, non il n'a pas d'autre problème.

I: D'accord, d' accord, alors tout à l'heure vous me disiez s'il est bradycarde, est-ce que vous avez des fréquences cardiaques à partir desquelles vous ne montez plus les traitements ?

M: Bien je n'introduirai pas de bisoprolol si c'est déjà quelqu'un qui est en dessous de 48 ou à peu près quoi, même 50.

I: D’ accord 48-50. Et peu importe s'il a des symptômes ou pas de symptômes, c'est plutôt sur le chiffre de fréquence cardiaque ?

M: Disons que je vais y aller avec plus de précaution dans ces cas-là ou je vais prendre l'avis du cardiologue avant, quand même.

I: D’ accord .Et vous avez d'autres patients comme ça avec une insuffisance cardiaque et des comorbidités?

M: Oui et bien il y a les insuffisances cardiaques post infarctus ou post cardiopathie ischémique quoi. Donc ça oui, je dois en avoir quelques-uns, comme ça je sais pas je pourrai pas te donner un chiffre mais j'en ai quelques-uns ouais

I: Vous vous rappelez en particulier d'un qui a des antécédents chargés on va dire ?

M: Bien j'en ai un qui est greffé du cœur il est en insuffisance cardiaque maintenant mais ça fait plus de 30 ans qu'il est greffé. Il a eu pas mal de problèmes déjà avant qu'on lui greffe un cœur parce qu'il avait fait déjà deux AVC liés à une arythmie complète, c'était un gars qui était jeune qui avait au départ 30... En fait, ce gars-là, je l'ai connu il y a 37 ans quand j'étais interne à l'hôpital d'A. , juste avant d'arriver ici. C’était avant que je m'installe, j'ai fait un an à l'hôpital d'A. , ce type-là est arrivé, j'étais aux urgences. A l'époque l'hôpital d'A., c'était la catastrophe. Donc quand il est arrivé je lui avais fait un électro aux urgences, je lui avais trouvé une arythmie complète. En fait il avait été envoyé de son travail. Il travaillait aux aciéries d'U. Il avait été envoyé directement par le médecin du travail alors qu'il avait fait un coma sur le lieu du travail avec une hémiplégie. Quand il est arrivé il avait fait manifestement un AVC d'origine fibrillaire. Et moi je l'ai fait transférer directement sur G. après lui avoir fait prendre un anticoagulant en urgence à l'hôpital. C'était, à l'époque, le chef du Samu de Grenoble, je sais pas s'il est toujours en service actuellement, il s'appelait M. qui était venu le chercher lui-même et qui l'avait emmené sur Grenoble. Ce type-là moi, je l'avais perdu

de vue, je me suis installé sur U. et puis un jour j'ai vu arriver une brave femme que je n'avais jamais vue qui me dit:" il faut que je vous embrasse", un peu simplette ... Il faut que je vous embrasse... je me dis, c'est quoi cette folle? Elle me dit : "vous avez sauvé mon fils. Oui vous étiez interne à l'hôpital vous l'avez pas gardé à l'hôpital d' A. Vous avez su ce qu'il fallait faire tout de suite il est parti là-bas et heureusement il a récupéré de son hémiplégie." Mais il avait quand même gardé des séquelles. Puis son cœur c'est complètement délabré, il a été greffé du cœur c'était il y a 36 ans parce que ça fait 37 ans que je suis installé et cela devait être l'année suivante. Et malheureusement, sur la greffe, il est maintenant en insuffisance cardiaque quoi.

I: D' accord. Du coup tout à l'heure vous m'aviez dit que vous jongliez aussi avec les IEC. Est-ce qu'il y a des choses qui vous gênent chez vos insuffisants cardiaques avec les IEC, par exemple, pour monter les IEC ? Est-ce que vous avez des difficultés avec ces molécules parfois chez certains de vos patients ?

M: Bien disons que moi je ne dépasse pas la dose habituelle, je ne vais pas monter sur des doses supra… Je respecte les règles du Vidal, dans ces cas-là, je reste avec des doses normales. Et puis bien en dehors de ça et ben non il n'y a pas vraiment contre-indication. A part peut-être parfois si il y a déjà une insuffisance rénale importante.

I: D'accord et quand il y a des problèmes d'insuffisance rénale alors comment vous faîtes pour vous en sortir avec les IEC?

M: Ah ben alors là je vois avec le cardiologue, éventuellement, avec le néphrologue, ça dépend un petit peu... j'ai dû avoir le cas 2 fois je crois, si mes souvenirs sont bons, où j'ai hésité à donner des IEC parce qu'il y avait une insuffisance cardiaque, mais c'est toujours difficile de savoir si l'insuffisance rénale elle est fonctionnelle ou pas, si secondaire à l'insuffisance cardiaque ou pas, enfin bon mais il peut y avoir quand

même pas mal de choses donc dans ces cas-là je prends quand même l'avis du spécialiste, je vois le cardiologue ou le néphrologue ou les deux.

I: D'accord et avec le néphrologue vous arrivez à avoir des avis ou des rendez-vous facilement ?

M: Pff.. Facilement, oui, si c'est un problème urgent, de toute façon on a toujours une antenne à C. où on peut appeler et puis on tombe sur un médecin de garde qui nous, qui juge avec nous si c'est vraiment urgent ou pas ou qui nous donne des conseils quoi. Donc si c'est urgent, ben il le voit sinon il nous donne des conseils de traitement, éventuellement modifier le traitement ou des choses comme ça, et puis en fonction de ça on régule quoi, d'accord ?

I : D'accord

M : Ce qui permet d'attendre en attendant qu'il ait un rendez-vous sur la néphrologie quoi

I: D' accord.

M: Par téléphone, on arrive à faire beaucoup de choses.

I: D'accord et du coup vous me l'avez dit plusieurs fois, quand vous avez besoin vous demandez l'aide du cardiologue. Est-ce que du coup après les consultations, le cardiologue vous fait des courriers ?

M: Oui, bien sûr.

I: Est-ce que dans ces courriers il y a une conduite à tenir vis-à-vis des traitements? Est-ce que l'on vous dit quoi faire?

M: Oui, oui, bien sûr. Des conseils : tu devrais baisser ça, augmenter ci, ou introduire ça. Oui, oui ça c'est régulier.

I: Et est-ce que lui, il fait les changements ? On vous laisse faire les changements ?

M : Et bien si lui le juge urgent il le fait lui-même. Et puis après il me renvoie le patient et moi, après, je suis ses conseils. Par contre sinon il me dit : et bien tu devrais faire ci ou tu devrais faire ça.

I: D'accord et cela vous est déjà arrivé qu'il vous conseille de monter un traitement et que du coup vous ne le fassiez pas ? Que vous soyez gêné pour le faire ?

M: Moi il m'est arrivé et de suivre ses conseils mais parfois de faire un petit peu machine arrière car cela crée des effets secondaires, avec le Furosémide on a parfois des déshydratations. Des problèmes de potassium ou des choses comme ça même parfois en rajoutant du Diffu-k ou en donnant de l'Aldactone avec, on n'est pas toujours au top. Donc il y a des fois où on est obligé de réduire les doses.

I: D'accord, et l'Aldactone, par exemple vous avez des soucis avec ? Chez vos patients insuffisants cardiaques ?

M : Non, les seuls soucis que j'ai eus avec l'Aldactone c'était chez des patients qui étaient à la fois insuffisants cardiaques et insuffisants rénaux et après le néphrologue m'a dit : et bien il vaut mieux arrêter l'Aldactone quoi.

I: D' accord et avec les bêta-bloquants et les IEC vous avez déjà rencontré des difficultés en augmentant les traitements ?

M : De toute façon le bêta-bloquant, moi je me fixe, c'est le bisoprolol de toute façon. Donc je dépasse pas 10 de toute façon, mais j'y vais progressivement, on commence à 2,5, on passe à 5 mais je ne dépasse jamais 10. Je crois que ce n'est pas recommandé.

I: Après ça on en discutera après. Et du coup vous n'avez jamais eu de soucis comme ça en montant progressivement chez vos patients cardiaques, avec les bêta-

bloquants. Cela se passe bien ? Au niveau tension par exemple vous n'avez pas eu de souci particulier ?

M : Non, je n'ai pas eu de cas d'hypotension, de choses comme ça ou de malaises vagaux non.

I : Et euh..... ils supportent globalement plutôt bien leur traitement alors ?

M : Oui quand on a bien posé les contre-indications au départ.

Bon si c'est quelqu'un qui fait de l'asthme je vais pas lui donner du bisoprolol. Rires...

I:Vous avez comme ça d'autres contre-indications qui vous viennent en tête?

M: Pour les Béta bloquants?

M: Bien la bradycardie, en dehors de cela pas tant que ça.

I: D'accord.

M: Ou alors s'il y a déjà un traitement par exemple le Verapamil ou quelque chose comme ça: Soit on supprime le Verapamil et on met le bisoprolol ou inversement quoi. S'il a déjà une tendance à la bradycardie, moi j'y vais doucement quand même. J'ai eu une fois où j'avais mis les deux et où j'ai eu un petit problème quand même. bisoprolol plus Verapamil et là il y a eu quelques petits problèmes. Une bradycardie sévère.

I : D'accord. Et au niveau de l'IEC, vous utilisez toujours le même ?

M : Souvent le TRIATEC. Ouais

I: et au niveau posologie ?

M: Bien c'est pareil. On y va un petit peu sur la pointe des pieds. 2,5, 5, j'y vais doucement quoi. Je n'attaque pas d'emblée à des doses importantes.

I : D'accord, et vous avez aussi une posologie cible que vous vous fixez chez vos insuffisants cardiaques ?

M: Je ne dépasse pas 10 non plus là.

I : D’ accord, OK.

M : Alors je sais qu'il y a parfois des cardiologues qui font des ... J'ai déjà vu des gens revenir avec des traitements qui dépassent la dose prescrite, la dose prônée on va dire, mais moi non, tout seul je ne fais pas ça.

I : D' accord, et quand vous dîtes la dose prônée, c'est vis-à-vis de qui ?

M : Et bien moi je m'en tiens à la référence du Vidal en général quoi ...euh que ce soit TRIATEC ou bisoprolol, je ne dépasse pas 10.

I : D'accord. Très bien, vous avez déjà eu des patients qui se plaignaient de cauchemars sous bêta-bloquants ?

M : Non.

I : Des Syndromes de Raynaud, des choses comme ça ?

M : Oui Raynaud, oui et puis il a des problèmes un petit peu d’érection ça arrive aussi.

I; D'accord. C'était chez vos patients insuffisants cardiaques ? Ou chez d'autres patients ?

M : Ah, et bien les deux.

I : Et alors qu’est- ce que vous avez fait ?

M : Et bien chez les insuffisants cardiaques, difficile de les arrêter...alors je leur dis et bien ma foi, il faut prendre...et si c'est un Raynaud très très gênant alors tant pis on arrête. Si c'est un problème d'érection, on en discute. Ce n'est pas toujours bien vécu non plus. Bon alors en général les insuffisants cardiaques, ce n’est pas non plus des fous du sexe. Je veux dire ils sont déjà un peu limités. Donc par contre ils aiment au

moins avoir un minimum .Cela a dû m'arriver une fois où j'ai dû supprimer le bisoprolol parce que le gars, ça lui posait trop de problèmes.

I : D'accord. Très bien, vous réalisez parfois dans votre cabinet des électrocardiogrammes ou pas ?

M : Oui mais c'est rare.

I : D'accord, et il y a des choses sur l'électrocardiogramme qui vous ont déjà fait lever le pied ? Sur les bêta-bloquants par exemple ?

M : Et bien s'il y a un espace PR allongé oui mais en dehors de ça non.

I : D'accord et vous avez certains de vos patients cardiaques qui ont une artériopathie par exemple ? Où de l'AOMI quelque chose comme ça ? Cela vous gêne avec les bêtabloquants ou pas?

M : Non, en général non.

I : D'accord, et des troubles cognitifs ?

M : Avec les bêta-bloquants ?

I : Des troubles cognitifs associés au traitement de l'insuffisance cardiaque.

M : Bien mon greffé du cœur il est... Il est un peu ralenti quand même mais comme il avait fait un AVC avant... alors est-ce que c'est d'origine cardiaque ou pas hein...je ne sais pas. Sinon, non à part des grands vieillards à l'EHPAD qui sont à la fois Alzheimer et insuffisants cardiaques je dois en avoir un ou deux il n'y a pas de lien direct quoi.

I : Oui sans lien direct, mais est-ce que cela change quelque chose pour vous ?

M : Ça change rien non, non, non.

I : Vous montez les traitements de la même manière ?

M: Je ne m'occupe pas du problème cérébral s'il faut monter les traitements. bisoprolol…

I: D' accord. D'une manière plus large, est-ce que l'âge influence vos choix thérapeutiques ou pas? Est-ce que vous avez une attitude différente, chez les personnes très âgées que chez les personnes moins âgées ?

M : Et bien le Furosémide quoi, si c'est des personnes très âgées, je ne voudrais pas les déshydrater non plus, il est vrai que des fois on est un peu le cul entre deux chaises. Il faudrait augmenter le Furosemide parce que il y a des œdèmes et en dehors de ça, on se demande si on va pas le déshydrater de l'autre côté. C'est quand même un peu difficile quoi

I: Et bêta-bloquant, IEC, anti-aldostérone, cela change quelque chose ?

M: Non.

I: Vous faites pareil, d'accord. Et du coup dans vos patients à l'EHPAD je pense qu'il y en a qui ont plein de pathologies associées. Est-ce que cela vous gêne que ce soit au moment des visites au cabinet, des patients avec plein de pathologies? Est-ce que cela vous gêne dans votre prise en charge thérapeutique ou pas ?

M: En ce qui concerne l'insuffisance cardiaque ? On est bien d'accord ?

I: Oui

M: Non. Non, non. De toute façon en ce qui concerne les médicaments de l'insuffisance cardiaque, que ce soit les diurétiques IEC ou bêta-bloquants, il n'y a pas vraiment de gros gros problèmes avec. Une fois qu'on a éliminé les contre-indications classiques. Mais en dehors de ça non.

I : Et d'une manière plus large est-ce que cela vous gêne dans vos consultations, ce patient qui vient avec toutes ses pathologies en plus de l'insuffisance cardiaque ? Est-ce que là ça vous gêne de manière plus globale on va dire.

M : Non.

I : Entre une consultation que vous faites au cabinet ou une visite à domicile, est- ce qu'il y a des choses qui changent?

M : En ce qui concerne le traitement de l'insuffisance cardiaque, non.

I : Votre prise en charge on va dire de manière générale entre une prise en charge que vous faites au cabinet ou à domicile?

M: Non, au niveau médical non. Au niveau humain, oui peut-être, mais au niveau médical non.

I : D'accord, c'est-à-dire au niveau humain ?

M : Bien moi j'aime bien voir les gens chez eux. Ils se livrent plus facilement, on comprend mieux un petit peu les choses quand on voit dans quel cadre ils vivent. Comment cela se passe chez eux, s'il y a des escaliers à monter, des choses comme cela par exemple, cela on le comprend mieux, si c' est des gens qui habitent au 4e étage sans ascenseur, cela peut parfois être gênant…Il y a certaines choses qu'on comprend mieux et puis globalement j'ai de meilleurs rapports avec mes patients à domicile qu'au cabinet. Enfin au cabinet ça se passe très bien, mais j'aime bien faire des visites à domicile, j'aime bien voir les gens un petit peu chez eux parce que c'est différent, ce n'est pas de la curiosité malsaine.

I: Cela vous apporte plus d'informations si j'ai bien compris?

M: Oui il y a un côté humain qui échappe un peu au cabinet parce qu'on a un côté formaté.

I: D' accord et vu que vous les voyez à domicile, en plus du côté médical, est-ce qu'il y a des patients qui ont des problèmes sociaux intriqués à tout cela?

M : Alors en ce qui concerne l'insuffisance cardiaque pas forcément non. Par contre oui quand on voit les gens parfois dans le cadre dans lequel ils vivent, on comprend mieux certaines choses. Il y a des gens qui vivent vraiment dans des conditions pas toujours faciles. Ça permet de comprendre mieux certaines choses, oui bien sûr.

I: D'accord vous avez un exemple en-tête par exemple ?

M: J'en ai plein. Alors insuffisance cardiaque honnêtement non, je pense pas que l'environnement puisse jouer Sauf, je vous dis, si c'est déjà quelqu'un qui doit montrer 4 étages tous les jours qui est déjà insuffisant cardiaque. Ca peut poser quand même quelques problèmes quoi. J'ai déjà eu plusieurs fois des certificats médicaux à faire pour des gens insuffisants cardiaques qui étaient logés au 4e étage sans ascenseur et qui demandaient un logement au rez-de-chaussée, ça c'est des choses qui sont déjà arrivées

I : Du coup je pense qu'il y a des infirmières qui passent voir vos patients à domicile ? Du coup elles vous apportent des informations ? Elles vous aident un peu à gérer la pathologie ou chacun fait son travail de son côté ?

M : Globalement, chacun fait son travail de son côté mais par contre elle n'hésitent pas à m'appeler quand il y a un problème en me disant "vous devriez peut-être passer le voir parce qu'il me semble qu'il ou elle ne va pas bien, il est essoufflé il ne tient pas couché." C'est des choses qui arrivent, pas tous les jours, mais c'est déjà arrivé oui.

I : D'accord. Est-ce que avec certaines infirmières vous avez des rapports plus fréquents, vous avez créé des liens avec plus d'affinité avec certaines infirmières que vous connaitriez un peu mieux ?

M : Il y a une ou deux infirmières que je connais mieux parce que je les soigne. En dehors de ça non il n'y a pas vraiment…

I : Chez vos patients du coup, est-ce que ça change quelque chose quand vous connaissez l'infirmière ? Même au niveau du téléphone sur la prise en charge?

M : Par contre parfois il faut savoir faire un peu la part des choses, mais quand tu connais un peu les infirmières on sait lesquelles sont plus anxieuses que les autres, on arrive déjà par téléphone à débrouiller un peu le terrain.

De toute façon dès qu'il y a un doute moi j'y vais et puis parfois les infirmières quand elles sont inquiètes elles vous appellent une première fois puis le lendemain parce qu'on n'est pas passé. Donc en général moi j'y vais au bout d'un moment.

I : Et le fait vous dîtes qu'il y ait des infirmières qui sont anxieuses et d'autres moins, est-ce que cela change quelque chose dans le fait dont vous gérez la situation?

M : Oui, oui, parce que quand on sait que l'infirmière est une anxieuse et qu'elle a tendance à aggraver un peu le problème, on fait un peu la part des choses.

I : D' accord, alors qu'une infirmière qui n'est jamais inquiète...

M : Oui alors quand on connaît un petit peu les infirmières on sait qu'il faut prendre ça au sérieux ou pas.

I : Pareil avec les cardiologues est-ce qu'il y en a certains avec qui vous avez plus d'affinité ?

M: Alors sur A. il y a deux cardiologues. Il y en a un sur l'hôpital avec lequel j'ai de très bons rapports. Bon j'envoie plutôt chez le cardiologue de ville. Il y en a un, c'est un copain donc avec lui je suis plus libre et l'autre, c'est une femme et il n'y a aucun problème, je dois en envoyer autant chez elle que chez lui. Comme de toute façon tous les deux ils débordent, il n'y a pas de problème. C'est celui qui peut des fois le

plus vite possible. Quand c'est des gens qui sont déjà suivis, on se débrouille avec le cardiologue qui les suit. Par contre quand j'ai des nouveaux cas, je prends le cardiologue qui peut y aller le plus vite.

I: D' accord, et le fait que vous en connaissez un qui soit un ami, est-ce que le fait que les patients soient suivis par lui ou chez l'autre cardiologue... est-ce que cela change quelque chose dans votre attitude ?

M: Non.

I : Vous les appelez aussi facilement l'un que l'autre ?

M : Oui et puis je reste professionnel.

I : Oui tout en restant professionnel d'accord… Dans vos patients, est-ce que vous en avez qui ont du mal à verbaliser leur plaintes, qui ne savent pas vous dire s'ils sont essoufflés ou pas, s'ils sont mieux ou pas?

M : Ce n'est pas vraiment qu'ils ne verbalisent pas leur plainte. En général ils savent bien dire qu'ils sont essoufflés. Par contre, ils ne voient pas le rapport avec le cœur. Si ils sont essoufflés c'est les poumons ou c'est parce qu'ils vieillissent, c'est ceci ou cela, mais on a du mal parfois à leur faire comprendre que c'est leur cœur qui ne fournit pas le boulot. Ce n'est pas la formulation de la plainte, c'est après, pour leur expliquer qu'on va leur donner un traitement pour le cœur, alors qu'ils sont essoufflés. Ils ne voient pas toujours le rapport. Et puis des fois, ils veulent voir le pneumologue parce qu'ils se demandent si c'est bien que cardiaque ou si il y a pas un problème à côté, pulmonaire.

I: D'accord alors ça vous oblige parfois à ...

M : Parfois, alors on a des problèmes sur A. parce qu'on n'a qu'un pneumologue, et il est quand même bien occupé et en plus il a des problèmes de santé maintenant.

Donc, moi, si je veux un pneumologue rapide c'est plutôt sur C. Quand on sait qu'il n'y a pas un gros problème pulmonaire et que c'est plutôt bien cardiaque.. Ce n'est pas toujours facile d'avoir un rendez-vous rapide.

I : Et bien du coup quand vous expliquez à vos patients que c'était un problème de cœur et qu'ils pensent que c'est un problème de poumon ?

M: Des fois on arrive à les convaincre mais ils veulent quand même avoir un avis pneumo. Même si on sait que cela ne va pas servir à grand-chose, ils le veulent.

I: Après, c'est peut-être un problème de confiance ?

M : Ce n'est pas un problème de confiance. Les gens veulent vraiment être rassurés et avoir fait le tour de la question. Il y a beaucoup de gens qui sont anxieux, qui se demandent si ils n'ont pas autre chose au niveau pulmonaire quoi.

I: D'accord, d'accord. Quand vous voyez vos patients en prise en charge ici ou à l'EHPAD, est-ce que cela change quelque chose dans votre prise en charge des patients ?

M : Non la seule chose c'est qu'à l'EHPAD on a des infirmières qui sont là sur place 24 heures sur 24. Donc on sait que la prescription va être tout de suite mise en route. Donc c'est la seule chose qui change. En dehors de ça il n'y a pas de différence. Peut-être une surveillance de plus... On peut se permettre d'avoir des coudées plus franches parce qu'on sait que le malade va être surveillé. Il y a toujours quelqu'un qui est là, les infirmières me re-téléphonent pour me dire "ça va pas, vous lui avez donné ça il ne supporte pas" etc... Tandis qu'en ville on ne sait pas quand on va revoir le patient, et la différence elle est là. Autrement en ce qui concerne la prise en charge, non.

I: D'accord et du coup globalement vos patients qui ont de l'insuffisance cardiaque, si je comprends bien, ils sont tous à 10 mg de bisoprolol pas plus sauf si le cardiologue...

M: Non ils ne sont pas tous à 10 mais disons qu'au maximum oui

I: Et ceux qui ne sont pas à 10, vous savez pourquoi on n'a pas pu monter le traitement au-delà ?

M: Bien c'est moi, que jugeant que leur état n'est pas trop mal, je reste parfois à 5 mg. Ça arrive.

I: S'il est bien c'est cela?

M: Si il est bien, si la personne se sent mieux, il a moins de dyspnées, moins d'œdèmes, moi je reste à 10, euh à 5.

I: D' accord. Et pour le TRIATEC c'est pareil ?

M : Oui c'est pareil C'est en fonction du résultat quoi. Quand j'instaure un traitement, je demande aux gens de revenir tous les mois, et puis une fois qu'on a trouvé un état satisfaisant, après c'est tous les trois mois voire même tous les 6 mois parfois.

I : D' accord, et les antialdosterone c'est des choses aussi, l'Aldactone par exemple, que vous introduisez?

M: Ouais...

I: Et ça aussi vous avez une dose que vous vous fixez à atteindre ?

M: En général je ne dépasse pas 50 moi.

I: D'accord et puis c'est pareil dans vos insuffisants cardiaques, vous en avez qui sont à 25 et pas à 50?

M: Oui alors moi l'Aldactone en fait c'est pour contrecarrer un peu les hypokaliémies, donc je ne le donne pas en tant que traitement de l'insuffisance cardiaque, c'est pour palier au problème du Furosémide quoi.

I: D'accord. Plus un traitement des œdèmes quoi ?

M : Oui, non, quand on demande du Furosémide, s'aperçoit qu'il y a une hypokaliémie, il y en a qui donnent du diffu-k, moi je donne parfois de l'Aldactone, ça dépend un petit peu comment je le sens.

I: D'accord, et le cardiologue chez vos patients que vous avez laissé à 5 mg, qu'est-ce qu'il vous dit quand vous les envoyez au cardiologue ?

M: Pour le bisoprolol ?

I: Ou le Triatec.

M: Bien il n'augmente pas toujours. Si lui il juge que les résultats sont satisfaisants, on en reste là.

I : D'accord, donc il ne vous demande pas de modifier les traitements particulièrement.

M : Non à part s'il le juge utile, mais en dehors de ça c'est déjà arrivé qu'il me dise " et bien non il est bien comme ça, tu ne touches pas."

I : D'accord, et vous osez modifier les traitements ? Vous avez déjà eu peur d'interférer avec le cardiologue ou, pour vous c'est aussi le rôle du médecin généraliste ?

M: Ben non il m'arrive de modifier le traitement même sans l'avis du cardiologue. Ou des fois je lui retéléphone un peu plus tard. Non, si je juge que c'est urgent et qu'il ne faut pas trainer ça m'arrive.

I: D' accord.

M : C'est surtout pour le médicament pour moi, enfin je me trompe peut-être... le médicament d'urgence dans l'insuffisance cardiaque, c'est quand même le Furosémide. Donc c'est un peu là-dessus que je joue, moi, au départ. Après on introduit le bisoprolol, on introduit le Triatec doucement mais c'est surtout sur les doses de Furosemide que ça peut jouer.

I: D'accord, et vous êtes passé en cardiologie, pendant votre formation initiale ou pas?

M: Pendant mes études ?

I: Oui

M: Non, par contre, j' ai beaucoup travaillé, j' ai fait mes études mais en même temps il fallait que je vive, je n'avais rien pour gagner ma croute, donc je travaillais comme infirmier. J'ai travaillé dans plusieurs services comme infirmier et externe en même temps dans le même hôpital, des fois infirmier la nuit, externe dans la journée. J'ai passé comme ça trois quatre années un peu difficiles, mais en fait ce n'est pas des mauvais souvenirs parce que j'en ai presque appris plus en tant qu'infirmier qu' en tant qu'externe donc j'ai été infirmier dans les services de cardiologie.

I: D'accord et donc ça, vous avez l'impression que cela vous a rendu plus à l'aise avec les pathologies cardiaques en général?

M : Oui et puis j'ai fait beaucoup d'infirmerie aux urgences. Les urgences de Créteil. Ce n'étaient pas des petites urgences. Donc on voyait passer de tout quoi. Cardiologie, quand il y avait un problème cardiaque, je venais, je faisais mon travail d'infirmier, mais en même temps je m'intéressais au problème quoi.

I: D'accord, c'est intéressant oui, et le fait d'avoir un ami cardiologue, est-ce que vous pensez que cela vous rend plus à l'aise avec l'insuffisance cardiaque?

M : Disons que je sais que je peux compter sur lui si j'ai un problème aigu ou si j'ai besoin d'un conseil, je lui passe un coup de téléphone et il me répond dans les 5 minutes.

I: Des fois vous avez échangé sur l'insuffisance cardiaque d'un point de vue théorique?

M: Il y a eu des fois des repas de médecins, des choses comme ça, où on a eu l'occasion de parler, mais enfin je n'ai pas de souvenir précis là-dessus.

I: D'accord, il n'y a pas eu un moment ou vous avez parlé de l'insuffisance cardiaque et cela vous aurait appris des choses particulièrement ?

M: Non... alors la seule chose que j'ai fait quand j'ai débuté mes études c'était le début des B-, le Propranolol, l'Avlocardyl, on l'appelait. On nous disait "il ne faut surtout pas donner de bêta-bloquants dans l'insuffisance cardiaque" C'était contre-indiqué et puis après il a bien fallu s'habituer au fait que dans l'insuffisance cardiaque on pouvait donner des bêta-bloquants.

I: Au début vous osiez ?

M: J'étais un petit peu sur la pointe des pieds! C'était contre tout ce que l'on nous avait appris... Et puis maintenant il n'y a plus problèmes.

I: Et il y a une période où vous en prescriviez moins ?

M: Ce n'était pas ce que je donnais en premier. Maintenant cela ne me pose plus trop de problèmes. Puis il y avait nous, à l'époque, un traitement que maintenant on n'utilise plus : les dérivés nitrés qu'on utilisait beaucoup nous, dans l'insuffisance cardiaque, il y avait le Lenitral, et le.... je ne me souviens même plus des noms. On ne le voit même plus, je crois qu'il n'est plus dans le Vidal. C'était des dérivés nitrés, on traitait beaucoup l'insuffisance cardiaque par des dérivés nitrés.

Il y avait même les OAP, alors par contre moi j'ai fait un stage en réanimation médicale, on voyait un peu les urgences cardiaques qu'on traitait beaucoup par dérivés nitrés à l'époque

I: Bon après dans les OAP on continue encore d'en mettre quand ça va pas.

M : Et puis après on nous parlait je me souviens de la pré-charge, de la post-charge, c'était le grand truc les dérivés nitrés... on les a complètement oubliés maintenant mais c'était à l'époque un des traitements majeurs dans l'insuffisance cardiaque

I : Oui c'est sûr. Et quand ils sortent de l'hôpital, vous avez une conduite à tenir aussi ? Les hospitalisés, quand ils sortent, déjà est-ce que vous avez le courrier assez rapidement?

M: Disons que en général quand le patient est sorti j'ai le courrier 8 à 10 jours après quoi, en général le patient me téléphone je lui dis "ben écoutez je n'ai pas encore reçu votre lettre, rappelez dans 3 jours." Sinon et bien si j'ai reçu son courrier, il vient tout de suite quoi.

I: D'accord et il y a une conduite à tenir dans le courrier l'hôpital ?

M: Oui, oui,... enfin conduite à tenir, disons qu'il y a le traitement de sortie et puis tous les résultats des examens, après bon on se débrouille.

I: Et, vous êtes toujours d'accord avec les changements que font les cardiologues ?

M : Parfois il y a des choses qui nous étonnent un peu, mais moi je ne suis pas non plus... je ne prétends pas être meilleur que les autres donc en général, si c'est un spécialiste qui l'a introduit, je me plie aux règles du spécialiste quoi.

I: D' accord.

M : C'est plus en néphro qu'en cardio, des fois en néphrologie on a du mal à comprendre.

I: D'accord, je pense qu'on a déjà fait un bon tour. Vous avez déjà eu des patients avec une BPCO et un bêta-bloquant pour leur insuffisance cardiaque ?

M: J'ai eu des patients en même temps BPCO et insuffisants cardiaques oui, tout à l'heure on parlait des pneumos. Moi j'ai l'impression que si c'est le gars qui a fumé un paquet de clopes toute sa vie pendant 40 ans et qui manifestement a en plus de son insuffisance cardiaque, une insuffisance cardio-respiratoire, il y en a quand même, donc ça j'en ai oui.

I: Vis-à-vis des bêtabloquants cela vous gêne si l'on une BPCO ou pas?

M : Alors si c'est une BPCO vraie, non, si c'est de l'asthme oui.

I: Et un patient BPCO qui siffle quand vous l'examinez, cela vous est déjà arrivé?

M: Alors en général, je prends quand même l'avis du pneumo quand c'est comme, ça quand même. Pour être certain que c'est une BPCO stricte et qu'il n'y a pas une composante asthmatique derrière.

I: D' accord et chez ceux-là, cela vous est déjà arrivé en les examinant qu'ils aient un sibilant expiratoire ?

M : Là je ne suis pas capable de dire, enfin si c'est quelqu'un qui a fait de l'asthme depuis son enfance parce qu'il est allergique à je ne sais pas quoi, bon il n'y a pas de problème. Par contre si c'est la première fois qu'on trouve des sibilants, on n'est jamais capable de dire si c'est cardiaque ou pulmonaire.

I: D'accord et si c'est quelqu'un cardiaque connu et BPCO, si il siffle... cela vous...

M: Pas toujours facile.

I: Qu' est-ce qu'on fait avec les béta bloquants?

M : Alors s'il est déjà sous bêta-bloquants depuis longtemps et que c'est la première fois qu'il a des sibilants, je m'affole pas. Par contre si on lui a introduit son bêta-bloquant 15 jours avant et qu'il se met à siffler là je me dis attends... Va peut-être falloir réduire la dose ou arrêter quoi.

I : D'accord. Cela vous est déjà arrivé de monter votre traitement bêtabloquant où IEC chez vos patients et que cela se passe mal ?

M: Euh avec les bêtabloquants c'est arrivé. Il avait en plus du Verapamil, donc là c'était embêtant.

I : Vous avez essayé d'augmenter le bêta-bloquant derrière, qu'est-ce que vous avez fait ?

M: J'ai arrêté le Verapamil, parce que c'est ce qui me semblait le moins important. Oui j'ai tout arrêté déjà pendant 3 jours et puis j'ai réintroduit le bêta-bloquant sans le Vérapamil et puis après ça s'est passé beaucoup mieux. Il était quand même à 36 ou quelque chose comme ça.

I: Bonne bradycardie effectivement…Et au niveau des IEC, pareil, cela vous est déjà arrivé d'augmenter, et que cela se passe pas bien ?

M : Non avec les IEC, à part la toux cela ce passe bien, mais ça c'est pas un problème majeur.

I: Quand ils toussent, qu'est-ce que vous faites?

M: Et bien j'essaye un Sartan. Mais alors parfois, on a quand même moins de toux avec les Sartans ~~que~~ qu'avec les IEC.

I: Il y en a qui toussent avec les deux?

M: Il me semble que cela tousse plus avec les IEC qu'avec les sartans quand même.

I: Et ça vous est jamais arrivé que votre patient soit sous IEC, que vous le passiez sous Sartan et qu'il tousse encore?

M: En général ça va mieux, par contre sur l'insuffisance cardiaque, en elle-même, il me semble que les IEC sont plus efficaces quand même. Mais bon, sur quoi ça joue, ce n'est pas facile…

I: Et bien écoutez je pense que ... Dans vos patients cardiaques il y en a qui sont inobservants, qui font un petit peu ce qu'ils veulent avec leurs traitements?

M: Non, non, les vrais non.

I: D'accord. Ça vous est déjà arrivé de vouloir monter le traitement bêtabloquant IEC ou anti-aldostérone, de vouloir le faire et ne pas le faire ? De dire, là je monterai bien le traitement, d'hésiter et puis finalement ne pas le faire? Ce genre de situation ?

M: Non, non, non, je ne crois pas non.

I: Si vous voulez le monter, vous le faites?

M: Oui, oui, oui, sous surveillance, en demandant au patient de revenir.

I: Et pendant ou après une décompensation, il y a des traitements que vous enlevez ou modifiez?

M: Au cours d'une décompensation cardiaque ? S'il y a un OAP par exemple, quelque chose comme ça? Je monterais le Lasilix dans ces cas-là, mais si c'est vraiment un OAP, j'hospitalise. On a des fois des sub OAP, les gens viennent ils sont très dyspnéiques, ça crépite de partout, parfois je monte le Lasilix mais je vais pas diminuer.

I: Les autres traitements, vous allez les laisser ?

M: À partir du moment où je me suis fixé 10 au bisoprolol et 10 au Triatec, je m'arrête là

I: D'accord, bon ben écoutez, c'est bon je vous remercie.

Entretien 14

I: Bonjour, je suis Clément DESBOIS, Je suis interne en Médecine Générale.

Nous sommes ici ce soir pour discuter des patients insuffisants cardiaques et des insuffisants cardiaques qui ont une fraction d'éjection altérée uniquement.

L'objet de notre thèse va être de traiter des traitements médicamenteux de fond de ces insuffisants cardiaques et ce qui m'intéresse aujourd'hui, c'est de discuter de la façon dont vous gérez cette pathologie chez vos patients quand vous remplacez et on n'est pas là pour vous évaluer, ni pour vous juger : en fait ce qui nous intéresse c'est vraiment le pourquoi du comment…ce que vous, vous faites. Voilà, si vous le permettez, nous allons enregistrer cette conversation avec le dictaphone après ce sera retranscris puis anomymisé dès le départ.

Il me faudra votre consentement sur la feuille que je vous ai donnée.

Ce que je vous propose pour rentrer dans le vif du sujet, c'est de parler d'un patient qui vous viendrait en tête, un patient que vous avez vu lors d'un remplacement ou une situation particulière chez un insuffisant cardiaque avec une fraction d'éjection altérée. Est-ce que vous voyez quelqu'un…..

M: Oui j'ai une patiente, plutôt dans le cadre d'une décompensation cardiaque aigüe, ce n'était pas du suivi…. j'ai eu très peu de patient dans le suivi d'insuffisance cardiaque, en renouvellement peut-être, alors là ils ne me viennent pas à l'esprit, j'ai dû en avoir c'est sûr…mais….

I: On va parler de la patiente…alors cette patiente, est-ce que vous vous rappelez des traitements qu'elle avait par exemple…

M: Alors qu'est-ce qu'elle avait cette brave dame ? Elle avait du LASILIX, c'est certain….Elle avait …je pense qu'elle avait des bêtabloquants, elle avait de L'ALDACTONE…..je pense….c'est ce dont je me rappelle en tout cas, c'était il y a 2 ans, la patiente m'a marquée mais moins son traitement….

I: Et du coup, qu'est-ce qui vous avait marquée… ses antécédents… ?

M: Je l'avais vue à domicile pour une grosse décompensation cardiaque aigüe, c'est une patiente qui m'avait appelée parce qu'elle était essoufflée et en fait c'était vraiment la grosse décompensation majeure, elle avait des œdèmes jusqu'au milieu du dos, elle avait pris je ne sais combien de kilos et elle était hyper dyspnéique, cela avait été un petit peu compliqué car c'était une dame qui ne voulait pas être hospitalisée donc il avait fallu pas mal négocier. Le cardio voulait à tout prix l'hospitaliser, c'était une dame qui était en plus insuffisante rénale et puis voilà cela m'avait pas mal occupée….

I: Vous l'aviez fait hospitaliser du coup ?

M: Du coup, j'avais fini par la faire hospitaliser, j'avais d'abord augmenté le LASILIX en surveillant sa créat et puis on avait fini par la faire hospitaliser parce qu'on n'arrivait pas à s'en sortir à domicile.

I: Au bout de quelques jours…. ?

M : Oui, au bout d'une semaine à peu près, le temps qu'il y ait une place qui se libère en cardio et qu'elle soit prête à y aller.

I: D'accord…on ne va pas suivre tout à fait le plan de l'interrogatoire…mais est-ce que du coup, là,... j'ai la question à l'esprit…elle était en décompensation, les autres traitements bêta-bloquants et aldactone….qu'avez-vous fait ?

M: Alors bêta-bloquant, je crois bien que je l'avais arrêté parce qu'elle était en décompensation cardiaque….

L'ALDACTONE, je crois que je l'avais adapté à sa fonction rénale, si je me rappelle bien mais je ne l'avais pas arrêté…il ne me semble pas.

I: D'accord…vous sauriez me dire pourquoi vous l'aviez arrêté le bêtabloquant…

M: Parce que j'avais la notion... enfin il me semblait qu'en cas de décompensation cardiaque il fallait arrêter les bêtabloquants et en plus de ça elle avait une tension qui n'était pas hyper haute…

I: D'accord…ok… ok… on va reprendre un peu traitement par traitement….peut-être plus chez les autres patients que vous voyez, ceux qui viennent pour des renouvellements. Quels critères cliniques et biologiques vous prenez en compte pour modifier les traitements de fond chez les insuffisants cardiaques ?

M: Alors…au niveau clinique, je regarde plutôt la tension, s'ils ont des hypotensions, la fréquence cardiaque aussi, s'ils sont sous bêta-bloquants et qu'ils ont une fréquence cardiaque trop basse et puis après…les signes de décompensation cardiaque aigüe plutôt les œdèmes, les crépitants, la dyspnée…

I: D'accord….concernant tension et fréquence cardiaque….vous donnez quelle valeur ?

M: Fréquence cardiaque, je dirais inférieure à 45 pour les bêta-bloquants et la tension cela sera….c'est aussi ce qu'ils me disent eux…si j'ai une tension à 11 au cabinet et qu'ils me disent que souvent ils ont des vertiges…etc, c'est vrai que je vais avoir tendance à diminuer…

I: D'accord….le ressenti du patient…aussi. Si on va plus sur les bêta-bloquants, est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous gênent…si par exemple vous avez envie de les monter ?

.M: Non…alors, j'ai la notion qu'il faut le faire très progressivement, peut-être un patient que je vais revoir dans la semaine ou dans les 8 à 10 jours pour vérifier, mais si c'est un patient qui est fragile, cela ne m'est pas arrivé en cabinet en pratique, mais je crois que je ferai peut-être une surveillance de la fréquence cardiaque par une infirmière…si c'est un patient un peu isolé…

I: D'accord, oui oui….

M: Voilà la tension et la fréquence cardiaque…voilà, en pratique….cela ne me fait pas trop peur de les augmenter mais c'est vrai que selon le patient je prendrai plus ou moins de précaution.

I: D'accord….vous n'avez pas d'effets secondaires relatés par les patients….sur les bêta-bloquants ?

M: Sur les bêta-bloquants ? Souvent ils se plaignent d'une dyspnée, des fois, ou si cela a trop fait baissé la tension, d'une asthénie, les patients que j'ai eus, les principales plaintes, c'était cela…

I: Cela ne vous a pas conduit à modifier la posologie…

M: Du coup, cela dépendait un petit peu du contexte, il y avait d'autres critères qui pouvaient expliquer la fatigue, moi en pratique je n'ai jamais eu à les diminuer sauf en cas d'hypotension associée à vertiges, asthénie ou de bradycardies, cela m'est arrivé une fois aussi, après sur juste la plainte de la fatigue ou de la dyspnée, c'est vrai que je pense que j'avais dû temporiser et je n'avais pas baisser immédiatement.

I: D'accord…Est-ce que parfois quand vous parlez de tension basse, est-ce qu'ils ont d'autres molécules anti-hypertensives associées. ?

M: Oui, ils ont souvent des IEC aussi. Enfin souvent ils ont des IEC, c'est vrai que si je dois en diminuer un, généralement pour la tension, cela va être d'abord un IEC, je

ne sais pas pourquoi cela me parait souvent plus simple à diminuer, c'est ce que je diminuerai en priorité…

I: D'accord…Est-ce que chez ceux qui sont sous bêta-bloquants, vous êtes amenée à faire des électrocardiogrammes, des fois ?

M: Ben ça je le ferai plutôt à l'introduction ou….c'est vrai que en suivi, je n'en ai jamais fait…à part un pouls hyper bas, c'est vrai que dans ce cas je vais avoir tendance à vérifier qu'il n'y ait pas un trouble du rythme autre….

I: D'accord, les critères ce serait une bradycardie…

M: Voilà, vraiment plus importante….

I: On parlait des IEC et des ARA 2 du coup, un peu les mêmes questions pour les bêta-bloquants. Est-ce que il y a des choses qui vous font les moduler, à la hausse comme à la baisse ?

M : Les IEC, principalement des problèmes de tension, effectivement, tension trop élevée j'aurais tendance à les augmenter, trop basse, j'aurais tendance à les diminuer, après cela va être au niveau de la fonction rénale aussi, je serais amenée à les diminuer insuffisance rénale aigue ou insuffisance rénale chronique qui se majore et après ce sera plutôt les effets indésirables, soit si vertiges, avec les IEC, une toux, ce genre de chose….

I: Si il y a de la toux…vous faites…

M: Si il y a une toux, sans autre contexte, qui dure sans que j'ai aucun autre point d'appel…c'est vrai que je vais avoir tendance à essayer une autre molécule….

I: essayer un ARA 2 ?

M: Oui.

I: Et en cas d'insuffisance rénale, comment vous faites du coup ? Si il y a une décompensation cardiaque ?

M: Et bien cela dépend de l'importance de la décompensation…soit je diminue, soit je vais arrêter complètement le temps de réguler la poussée de l'insuffisance rénale aigüe.

I: Vous avez tendance à les réinstaurer après du coup ?

M :Oui, si l'on retrouve une fonction rénale identique, oui j'aurai tendance à les réinstaurer, après s'il est vraiment contre indiqué je passerai à une autre molécule

I: D'accord…..je ne sais plus si vous m'aviez dit…..est-ce que vous aviez déjà tenté de majorer les bêtabloquants ou des IEC et que cela se soit mal passé ?

M: Des IEC, oui, j'ai déjà tenté de les majorer…que cela se soit vraiment mal passé, je ne crois pas…il y a plus des fois ou cela n'a pas été suffisant en terme d'efficacité, donc là cela m'est arrivé de rediscuter du traitement avec le cardiologue plutôt….

Et les bêtabloquants…..en tout cas, je pense que, il me semble les avoir des fois augmentés, mais c'était sur avis du cardiologue….

I: Sur avis du cardiologue….

M: Oui c'est vrai, c'était plus si j'avais une question, j'appelais le cardiologue pour savoir comment optimiser le traitement et il me proposait de l'améliorer.

I: Les bêtabloquants, vous avez l'habitude de les modifier ou, d'après ce que vous venez de dire, plutôt sur l'avis du cardiologue…

M: Oui, après les diminuer je pense que je n'aurai pas de soucis à les diminuer…voilà. Les augmenter….je crois que cela va dépendre du patient….si je le sens un petit peu fragile ou que je suis pas sûre que ce soit la meilleure option dans tout son traitement je prendrai plus facilement l'avis du cardiologue….après c'est pas tant par peur des

effets indésirables, ce serait plus pour être sûre que c'est la bonne chose à faire pour optimiser le traitement

I: Après, concernant du coup des patients, toujours ceux qui vous viennent à l'esprit….pathologies associées comorbidités …..Est-ce que ça vous vient à l'esprit…par exemple BPCO, asthme artériopathie….?

M: Oui, c'est vrai, pour les bêtabloquants je vais être un peu plus prudente, je ne vais pas forcément aller mettre des….enfin je me poserai la question des bêtabloquants, oui…

I: Chez un BPCO, par exemple ?

M: Oui, alors après je crois que cela dépend du grade de BPCO aussi, j'en discuterai peut-être plus volontiers avec le cardiologue, ça c'est sûr….

I: Si jamais il se met à siffler, par exemple….vous prendriez un avis, ou… ?

M: Non, pas pour….s'il se met à siffler……après s'il se met à siffler, est-ce que je diminuerai directement ses bêtabloquants, je ne suis pas sûre, je pense que j'essaierai de gérer la crise et si vraiment je vois que c'est la grosse décompensation de BPCO, là peut-être que je modifierai ses bêtabloquants mais je ne crois pas que je les modifierai initialement.

I: D'accord…..IEC et insuffisance rénale….est-ce que vous allez prendre un avis, ou…

M: Non….de moi-même, je vais peut-être déjà essayer de diminuer ou d'arrêter s'il y a une grosse insuffisance rénale aigüe c'est vrai que je vais facilement les arrêter….

I: La patiente dont vous me parlez, on n'a pas parlé de son âge. Est-ce que l'âge cela pourrait influencer vos choix thérapeutiques dans les 2 molécules principales dont on a parlé ?

M: IEC et Bêtabloquants ?

I: J'ai oublié de vous parler des anti-aldostérones, mais même question ?

M: Les anti-aldostérones, c'est vrai que je les manipule moins, cela m'est arrivé d'en reconduire mais qui avaient déjà été instaurés par le cardiologue.

I: Elle en avait votre dame….

M: Oui, elle en avait….c'est vrai que j'étais moins amenée à les modifier, éventuellement je me poserai la question des insuffisances rénales, des choses comme ça… mais, j'ai pas dû modifier beaucoup de traitements…..

I: Il n'y a pas eu de soucis sous anti-aldostérones ?

M : Non, il ne me semble pas, peut-être pour des hyper kaliémies, j'ai dû peut-être arrêter….

I: Parfois ?

M: Oui, il me semble qu'une fois cela m'est arrivé……mais c'est vraiment anecdotique…..cela ne m'est pas arrivé souvent….Mais oui, du coup pour ma patiente, l'âge …..oui forcément, j'y réfléchis à deux fois avant de faire des modifications, mais après si c'est quelqu'un de…voilà qu'il n'y a pas trop de comorbidités ou alors que je pourrai surveiller facilement, s'il faut faire des modifications thérapeutiques, je vais les faire, notamment diminuer des traitements si la tension a diminué et qu'ils ne sont pas bien et qu'il y a des risques de chutes. Oui je vais le faire, quitte à avoir un suivi plus rapproché pour être sûre que cela ne déséquilibre pas l'insuffisance cardiaque.

I: D'accord…donc essayer peut-être de les voir plus souvent…..

M: Oui… de rapprocher le suivi mais de toute façon quand je fais des modifications thérapeutiques, j'ai tendance à les revoir, cela dépend de la modification mais entre quinze jours et un mois, pour faire le point avec eux.

I: Est-ce qu'il y a des insuffisants cardiaques avec des problèmes sociaux qui pourraient vous gêner aussi dans l'adaptation des traitements ?

M: Oh, et bien c'est sûr…..c'est ce que l'on disait tout à l'heure, monter par exemple des bêta-bloquants, si le patient il ne comprend pas son traitement, il est complètement isolé et que je ne suis pas sûre de pouvoir le réévaluer derrière, je vais y aller un peu plus précautionneusement,

I: C'est un peu limité….

M: Voir même je me poserai peut-être la question si vraiment il y a décompensation cardiaque, d'une hospitalisation pour adapter le traitement, qu'il soit surveillé, mais oui effectivement l'environnement, la capacité de compréhension du patient, ça peut limiter je pense l'adaptation du traitement.

I: Oui par exemple entre une prise en charge en institutionnalisation, à la maison ou au cabinet est ce que cela change aussi pour vous ?

M: Oui en institution, on a quand même moyen d'avoir une surveillance, donc c'est quand même plus confortable, on va avoir des constantes, les infirmières vont être réactives en cas de soucis . A la maison, s'il est bien entouré, ou alors s'il est capable de gérer son traitement et de revenir en rendez-vous….etc, ce n'est pas ça qui m'inquiéterait, c'est plus le patient isolé.

I: Ou faire passer une infirmière ?

M: Ou faire passer une infirmière, voilà, pour vérifier les constantes, donc ça, ça dépend aussi de l'endroit où l'on est…c'est vrai, des fois les infirmières, c'est un peu dur de les faire passer régulièrement pour un contrôle tension ou une fréquence cardiaque.

I: L'inobservance, cela pourrait changer aussi…..vous me l'avez suggéré…

M: C'est vrai, un patient qui va avoir des troubles cognitifs ou autres, où je ne suis pas sûre qu'il va bien prendre son traitement, qu'il va le prendre comme il faut, qu'il ne va pas en prendre trop... oui, cela pourrait poser problème, alors cela se résout quand même assez facilement, éventuellement avec un pilulier ou le passage de infirmières pour les traitements….mais forcément cela complique un peu les choses

I: D'accord….par rapport aux plaintes des patients, justement, les patients qui ont des troubles cognitifs, ou pas nécessairement, est ce qu'il y en a qui ont du mal à verbaliser, par exemple des malaises, une hypotension…

M: Oui, ben souvent les patients vont dire qu'ils ne se sentent pas bien, qu'ils se sentent fatigués ou qu'ils se sentent faibles….du coup c'est toujours un peu difficile de savoir….est-ce qu'il y a des vertiges, est-ce qu'il y a des hypotensions, est-ce que c'est la dyspnée, est- ce que c'est l'évolution de l'insuffisance cardiaque qui fait ça aussi, c'est vrai que des fois il faut….. La plainte de la dyspnée aussi, elle est quand même assez fréquente chez les patients vieillissants, ce n'est pas toujours que l'insuffisance cardiaque, ou que les traitements, c'est aussi la désadaptation à l'effort, donc c'est vrai que des fois….c'est un petit peu dur de faire la part des choses…

I: D'accord….concernant vos habitudes thérapeutiques….si par exemple vous voyez un patient qui vient pour un renouvellement d'ordonnance dans ce contexte d'insuffisance cardiaque et qu'il est stable ? Est-ce que vous lui posez des questions, vous modifiez les traitements de fond ou pas nécessairement ?

M: Ben,c'est vrai que moi je vais toujours vérifier la créat, par exemple au niveau biologique qu'il n'y ait pas de contre-indications, après s'il est stable et qu'il est bien et qu'il supporte bien son traitement, c'est vrai que je vais pas forcément……..et que je ne vois pas de grosse erreur par rapport à sa biologie, ou à son âge ou à ses antécédents, je vais pas forcément les modifier.

I: En cas de décompensation, on en a parlé un peu tout à l'heure….les médicaments que vous avez enlevés,

M: Ben chez la dame c'était les bêtabloquants….Voilà…et puis j'avais majoré son Lasilix

I: Majoré le Lasilix…….

M: Et majoré son potassium du coup, c'est une dame qui avait du potassium….

I: Est-ce que pendant que vous êtes passée en tant qu'interne, vous aviez été amenée à manipuler beaucoup les bêtabloquants ou pas ?

M: Non quasiment jamais, je ne suis jamais passée en cardiologie, par exemple, non franchement, j'ai presque jamais manipulé….peut-être un peu en gériatrie…et encore…..

I: Vous pensez que ça joue sur la façon de les manipuler ?

M: Oui, je pense, je pense que si on est dans un stage où on les a manipulés, notamment en cardiologie ou autre, je pense que l'on est aussi plus à l'aise.

I: D'accord….Est-ce que parfois, cela peut vous faire peur de modifier ces traitements de fond ?

M: Non, cela ne va pas me faire peur et de toute façon si cela m'angoisse, je peux facilement prendre l'avis du cardiologue référent et voilà.... mais c'est vrai que si je pense que le traitement n'est pas adapté, je ne vais pas laisser un patiente comme ça….donc oui pour me rassurer je vais peut-être prendre l'avis du cardiologue mais….

I: Voilà, si vous avez un……est-ce que cela vous est déjà arrivé de vouloir les modifier, sans le faire mais d'avoir l'idée de le faire ?

M: Pour une insuffisance cardiaque….non.

I : Pas trop…..

M: Non, pas trop, c'est vrai que quand j'avais les vraies raisons de les modifier, je mettais en œuvre, voilà soit j'étais sûre de moi, je les modifiais, soit je n'étais pas sûre et je prenais l'avis du cardiologue mais voilà….après dans les cas de remplacements, c'est vrai qu'il y a des fois des molécules où moi je modifierais bien et si je ne suis pas sûre que ce soit le cas du médecin traitant que je remplace, je vais peut-être mettre un mot dans le dossier, mais dans le cadre d'une insuffisance cardiaque si il y avait eu vraiment quelque chose qui me gênait, je le modifierais…

I: Là, vous me parliez d'une manière générale ou…

M: Oui, d'une manière générale mais pour l'insuffisance cardiaque, par exemple je ne sais pas si il est en insuffisance rénale aigüe, je vais modifier le traitement, je ne vais pas avoir peur de le modifier.

I: Et sur un renouvellement, par exemple si il y a quelque chose qui vous choque un petit peu, est-ce que vous le faite ou… ?

M: Si cela me parait être dangereux pour le patient, oui je vais le faire….si je suis sûre de moi aussi, je vais le faire…si c'est quelque chose qui peut se discuter, une modification de traitement qui peut se discuter par exemple, je ne sais pas.... dans la classe des bêtabloquants, un bêtabloquant plus que l'autre, je vais plutôt mettre un mot dans le dossier en proposition de modification.

I: D'accord…

M: S'il y a quelque chose de moins urgent, je ne vais pas forcément le faire….je préfèrerai en discuter avec le médecin traitant.

I: Ben vous avez un peu répondu à la prochaine question… est-ce que vous avez beaucoup croisé d'insuffisants cardiaques à fraction d'éjection altérée dans….

M: Non pas tant que ça…ou alors c'était des patients qui étaient stabilisés depuis longtemps et du coup c'était un renouvellement un petit peu plus systématique où je ne me suis pas forcément posée de questions, ou il n'y a pas eu de problème sur leur ordonnance.

I: Du coup, dans votre pratique quotidienne, est-ce que cela change quelque chose de ne pas en croiser beaucoup ?

M: Ben, je pense que plus on en croise, plus on doit être plus à l'aise, surtout quand on a les retours, voilà, que l'on a pu faire les modifications, que l'on a vu comment cela s'était passé, je pense que l'on est plus à l'aise sur les fois d'après… c'est sûr que si j'introduis, si je modifie ou que j'augmente les bêtabloquants, les premières fois, je vais être un peu plus stressée, si toutes les fois précédentes cela c'est bien passé, cela va devenir quelque chose de pas plus perturbant qu'une autre modification thérapeutique.

I: D'accord, concernant vos ressources en cas de difficultés dans la gestion d'un cas…par exemple d'un patient, vous vous appuyez sur qui plutôt ?

M: Alors moi très facilement sur Prescrire, je dirai en premier, après si c'est vraiment adapté pour un patient en particulier, un cas particulier, si ce n'est pas un manque de connaissance générale, ça va être voir avec son cardiologue traitant…

I: Cardiologue traitant…oui

M: Je trouve que c'est toujours mieux quand on fait ça en équipe, cela évite qu'il remodifie les modifications la fois d'après, voilà je dirai que c'est principalement ça…mes ressources pour l'insuffisance cardiaque.

I: Alors là peut-être que c'est plus difficile dans le cadre du remplacement, les courriers des cardiologues traitants, est-ce que vous les trouvez clairs ? Est-ce qu'il y a des consignes sur les traitements de fond ?

M: Ben, cela dépend des cardiologues, il y a des cardiologues où c'est hyper clair, effectivement ils ont marqué pourquoi ils ont fait telle ou telle modification et ce qu'il y a à surveiller dans les mois d'après….il y en a d'autres, voilà, c'est modifié, on n'a pas forcément le courrier tout de suite, voire pas de courrier et c'est pas forcément détaillé.

I: Oui cela peut vous poser problème de ne pas voir les courriers ?

M: Ah oui, surtout si il y a des modifications et que je ne comprends pas forcément pourquoi il y a eu les modifications et que le patient n'est pas capable de l'expliquer, oui, cela peut être préjudiciable pour le patient.

I: Est-ce que vous avez en mémoire des courriers où les cardiologues vous disaient d'augmenter les traitements ?

M: Oui, cela m'est arrivé, oui, notamment les IEC, c'est arrivé, les diurétiques aussi…

I: Vous suivez les consignes et cela se passe plutôt bien ?

M: Si cela ne me choque pas, oui, si je suis d'accord, oui je vais le faire….

I: Du coup, vous devez avoir globalement de bonnes relations avec les cardiologues ? Est-ce que il y en a avec qui vous avez plus d'affinités ? Et est-ce que pour vous le fait d'avoir plus d'affinités avec certains cardiologues, cela joue un rôle dans la prise en charge thérapeutiques des patients qui sont suivis par ces cardiologues?

M: Plus d'affinités, c'est comme tous les spécialistes, il y en a qui sont plus ou moins disposés à expliquer leurs choix thérapeutiques et en discuter, ou plus ou moins disponibles. C'est vrai que certains, on finit par les connaitre un petit peu et on peut facilement les appeler, ou envoyer un mail ou autre, pour avoir un retour une explication. C'est sûr que quand cela se passe bien et dans de bonnes relations, on est plus à l'aise pour poser des questions et du coup c'est plus avantageux pour le patient. Voilà, c'est vrai que si c'est…..après il m'est arrivé d'avoir de vieux

cardiologues où je n'étais pas bien d'accord, c'est vrai que dans ce cas, je vais peut-être avoir plus tendance à modifier moi-même les traitements sans forcément être en concertation avec eux. Je vais moins demander leur avis, si je sais que je vais me faire rembarrer ou qu'ils me diront « c'est ça et point ».

I: Avec l'hôpital ? Est-ce que vous avez des consignes en général dans les courriers de sortie ?

M: Oui, les courriers sont quand même assez complets je trouve, à l'hôpital, alors le courrier d'hospitalisation surtout dans le cadre de la conduite à tenir, j'ai jamais eu de gros soucis…Effectivement après je n'ai peut-être jamais eu à…enfin, j'ai pris des avis mais peut-être pas dans le cadre de l'insuffisance cardiaque, cela s'est toujours plutôt bien passé après c'est comme partout, il y en a avec qui c'est plus facile que d'autres.

I: Est-ce que…tout à l'heure vous parliez que vous aviez réussi à faire hospitaliser la dame, finalement c'était difficile plus par rapport à elle ou par rapport à la filière ?

M: C'était les deux, c'était les deux. C'était elle dans un premier temps, ensuite on attendait une place, c'est cela qui était très long, d'attendre la place et puis après il a fallu quand même être là pour bien encadrer…jusqu'au moment de ….où la dame je l'ai appelée la veille en lui disant bon vous allez être hospitalisée, ce soir, euh non je l'ai appelée le jour même en lui disant, « on a une place qui se libère en fin de journée, vous êtes hospitalisée, je vous envoie un transport. » Et puis là ça avait été un petit peu la panique, du coup il avait fallu aller à domicile pour encadrer son départ, pour la rassurer…

I: Ah, vous vous êtes déplacée, carrément ?

M: Oui, après c'était en milieu rural, du coup, c'était une patiente qui était vraiment isolée, je sentais bien que sinon elle n'allait pas partir…

I: D'accord, alors on a presque terminé…du coup, on parlait du travail d'équipe avec les infirmières à domicile, cela vous est déjà arrivé finalement ce que vous me disiez tout à l'heure, d'envoyer une infirmière pour faire une surveillance tensionnelle ?

M: Oui, cela m'arrive, voilà ce n'est pas forcément dans le cadre de l'insuffisance cardiaque ou de modifications thérapeutiques.... mais qui va avoir des modifications au niveau de sa tension artérielle, je ne sais pas bien s'il faut augmenter ou diminuer ou il y a eu introduction d'un nouveau traitement, c'est vrai que je vais facilement prescrire quinze jours ou un mois de surveillance tensionnelle pour faire le point, si le patient n'est pas capable de gérer tout seul.

I: Cela, ça facilite la prise en charge….

M: Oui.

I: Ok, en cas de questionnement, vous me dites, vous consultez PRESCRIRE ? Est-ce que les recommandations de l'HAS sur l'insuffisance cardiaque, vous les avez consultées, déjà ? Est-ce que cela vous a convenu ?

M: J'ai dû les consulter, c'est vrai que je ne suis pas toujours d'accord avec les recommandations de l'HAS, donc c'est vrai que j'ai tendance maintenant à aller directement sur PRESCRIRE, j'ai l'impression que c'est plus fiable que les recommandations de l'HAS. Et notamment sur l'insuffisance cardiaque, ils ont réactualisé en début d'année et c'est hyper clair sur Prescrire.

I: D'accord, Est-ce que parfois en modifiant les traitements, vous avez peur d'interférer avec le cardiologue ?

M: Ben du coup, quand il m'arrive de modifier et que je sais qu'il va y avoir un contrôle du cardiologue dans le mois qui suit, je vais faire un courrier expliquant pourquoi j'ai modifié. Après souvent je pose quand même la question au cardiologue avant de modifier quand c'est possible et puis souvent si je fais une modification parce qu'il y a

eu un souci, c'est vrai que si il n'y a pas de rendez-vous avec le cardiologue de prévu je vais avoir tendance à proposer au patient de reprogrammer un rendez-vous. Donc finalement, je n'ai pas vraiment l'impression de faire ça dans mon coin.

I: D'accord

M: La plupart du temps c'est fait en concertation avec le cardiologue, sinon, en tout cas, j'explique dans un courrier pourquoi j'ai fait les modifications.

I: D'accord, vous m'avez dit que vous n'étiez pas passée en cardiologie ? Est-ce que cela change quelque chose dans votre prise en charge ? Un petit peu ?

M: Oui, je pense que je serai plus à l'aise si j'avais géré ça…..c'est comme tout stage, on l'a fait en pratique de façon encadré, c'est toujours plus facile.

I: Du coup, j'ai une dernière question. Est-ce que dans les courriers des cardiologues et de l'hôpital, on vous rappelle les doses cibles des bêtabloquants, IEC et anti aldostérones ?

M: Non.

I: Et est-ce que vous saviez qu'il y avait des doses à atteindre ?

M: Non, des doses cibles, je ne savais pas…je pensais que c'est en fonction de la clinique que l'on évaluait, enfin qu'il y avait des doses à ne pas dépasser, et des doses minimales mais…non je n'avais pas cette notion.

I: Bon, et bien merci beaucoup.

M: Et bien merci

I: Est-ce que vous voulez que l'on vous adresse nos résultats de thèse ?

M: Ah oui, je veux bien.

I: On prendra votre adresse mail.

M: Très bien.

Entretien 15

Entretien 15 D

I: Bonjour je m'appelle Damien on est ici pour parler des patients insuffisants cardiaques et plus précisément de ceux qui à l'échographie ont une fraction d'éjection altérée. L'objet de notre thèse c'est le traitement de fond de l'insuffisance cardiaque. Ce qui nous intéresse aujourd'hui c'est de discuter avec vous de la façon dont vous gérez cette pathologie. On n'est pas là pour juger, en fait ce qui nous intéresse ce n'est pas les recommandations mais ce que font les médecins. Tout ce que l'on dit sera retranscrit analysé et puis rendu anonyme. Ce que je propose c'est d'essayer de vous rappeler d'un de ces patients avec une fraction d'éjection diminuée. Je pense que vous avez un patient, donc est-ce que vous pouvez m'en parler?

M : Alors c'est une dame de 86 ans qui a pour antécédent un diabète de type 2, un flutter et des antécédents de TVP, qui a fait un épisode d'insuffisance coronarienne aigu, c'était une ischémie silencieuse suite à un malaise et qui a été hospitalisée après à l'hôpital de Chambéry, a eu une coro, a eu un stent et a majoré son insuffisance cardiaque à la suite de cette insuffisance coronarienne. Du coup tout le traitement de la pathologie cardiaque a été revu après cet épisode là.

I : D'accord.

M : Donc son traitement actuel c'est du Préviscan pour ses TVP à répétition plus le flutter, du Tahor dans les recommandations. La Metformine 850 x 2 pour son diabète qui est plutôt bien équilibré. Le Plavix par rapport au stent, le Bisoce 2.5 sur son insuffisance cardiaque, le Valsartan 20 comme IEC dans les traitements de recommandation de l' insuffisance cardiaque et l' Eupanthol sur Plavix- Préviscan.

I : D'accord ok très bien, elle avait déjà des bêtabloquants avant?

M : Alors avant elle n'avait pas le bêta-bloquant elle avait l' Hémigoxine pour le traitement de son arythmie supra ventriculaire.

I : Alors du coup est-ce que vous vous rappelez, si ... ils ont donné après sa sortie d'hospitalisation, et sinon si elle a revu le cardiologue depuis la sortie de l'hôpital?

M : Alors elle a revu le cardiologue qui n'avait pas modifié le traitement. Moi j'ai modifié parce qu'elle est sortie sous IEC. EIle se plaignait d'une toux sèche. Du coup j'avais remplacé par le Valsartan, et il y a eu modification à des symptômes de la toux. Au niveau cardiaque je n'avais pas noté de décompensation ou de choses comme ça et j'en avais parlé à la cardiologue de référence.

I : D' accord et c'est à peu près il y a combien de temps ?

M : Le stent... Je me rappelle d'ailleurs de l'infarctus...c' était le 22 avril 2016.

I : D' accord

M : C'était le jour de la fermeture de la station!

I : Du coup est-ce qu'elle a déjà eu des doses plus élevées de bisoprolol que le 2,5 ou pas ?

M : Non, et j'ai pas monté parce que elle avait une maladie de l'oreillette et elle tapait un peu bas de temps en temps. J'ai pas majoré, la tension était bien, donc...

I : Elle avait tendance à être un peu bradycarde, c' est ça avec le...

M : C'était pas avec le Bisocé, c' était déja.

I : Elle avait une maladie de l'oreillette en fait ?

M : Oui je l'avais étiquetée, j'avais eu l'étiquette flutter mais elle avait fait deux trois petites choses...

I : D' accord, elle tapait à combien ?

M : Alors attends je vais surtout fouiller dans le dossier parce que alors là... Avant son épisode coronarien j'avais même dû réintroduire du Lasilix après l'été. Elle tapait à 100 à la consultation en avril 2016 et le coup d' après... Je l'ai pas. A non, 111, en juillet elle était à 111.

I : D'accord si je comprends bien c'est une patiente qui avait tendance à des fois avoir des tachycardie et du coup il y a une crainte...

M : Une fois après son infarctus je l'ai vu basse donc... J'avais un peu des réticences à monter de moi-même, à monter le traitement par Bêta-bloquant.

I : D'accord et vous avez d'autres patients insuffisants cardiaques qui ont aussi des bêta-bloquant dans leur traitement?

M : Ben pratiquement tous.

I : Et du coup ils ont, enfin, vous en avez d'autres qui n'auraient pas…

M : Pas d'arythmie associée ?

I : Et bien pas de maladie de l'oreillette.

*M : Attends, lui, on va voir, mais lui il a un suivi un peu "pas top top", il vient pas toujours. Ce monsieur IDM en 96, sous Kardegic et bisoprolol, HTA sous Aprovel, ACFA sous Préviscan, goutte sous Zyloric... je suis désolée il a encore une arythmie mais lui, c'est pas une maladie de l'oreillette, il est plus stabl*e

I : Non, non il y a aucun souci.

M : Et il avait fait dans l'hiver 2015, une décompensation cardiaque. Il avait fallu quand même le mettre sous Furo, un petit peu en IV et puis après encore un peu en per-os, suite à un épisode viral, une grippe.

I : D' accord.

M : Il avait pas été vacciné...

I : Et lui il est aussi sous bisoprolol?

M : Oui, 1.25. Je crois que je l'avais monté après. Oui, après ça a été monté à 2.5

I : Qui est-ce qui l'avait augmenté, c'était le cardiologue ?

M : Non c' est moi, mais après l'épisode en fait.

I : D'accord, et du coup quels critères vous prenez en compte, pour modifier les Bêta-bloquants chez vos patients insuffisants cardiaques ?

M : Heu, déjà les effets secondaires, c'est-à-dire la tension, qu'elle soit pas basse, la fréquence cardiaque de base, qu'elle ne soit pas basse. Et puis je commence toujours à la plus petite dose. Je monte de petits paliers en petits paliers, je laisse passer 15 jours et je les fais revenir en consultation, non pas en consultation, entre deux, et je prends la tension, je vois comment ils tolèrent, et voilà.

I : Et du coup, vous continuez à monter ?

M : Si il n'y a plus d'oedème des membres inférieurs, qu'il n'y a pas de prise de poids et que je peux descendre les diurétiques, et que le patient me dit "je suis bien", alors je ne monte pas plus.

I : D' accord. Et en ce qui concerne les Bêta-bloquants ? Vous m'aviez dit que vous êtes montée de 1,25 à 2,5 c'est ça ?

M : Oui

I : Et du coup qu'est-ce qui vous a fait monter en fait les traitements?

M : L'œdème des membres inférieurs plus les crépitants des bases. Plus la majoration, en fait des signes d'insuffisance cardiaque aiguë.

I : D'accord, alors en fait vous aviez monté et les diurétiques et les bêta-bloquants?

M : En fait j'ai monté d'abord les diurétiques, je l´ai révalué une semaine, 15 jours après, ça allait un peu mieux donc j'ai remonté les Bêta-bloquants à ce moment-là et j´ai recontrôlé toujours le poids, enfin les patients contrôlent d´eux-mêmes du coup.

I : D'accord, d'accord. Ok, donc là du coup il est à 2,5 le patient ?

M : Oui

I : Ok. Et le cardiologue il a donné son avis là-dessus? Il vous a dit de monter les traitements?

M : Ce monsieur a un suivi un peu.....one again, J'ai fait la lettre pour le cardio et, tu vois, je ne l'ai pas reçue.

I : D´accord, donc un patient qui est difficile

M : Oui, en fait, la dernière fois que je l'ai vu c'était en mars 2016. En fait il vient quand il fait des décompensations. Il n'y a pas forcément de suivi. Je le vois toujours pour un problème aigu. Je vois, la dernière fois, infection urinaire ou des choses comme ça mais...

I : En fait vous ne le voyez pas très souvent, c'est ça?

M : Ouais même les bios quand je change de traitement, ou des choses comme ça, il le fait quand il ne va pas trop bien.. mais s´il va bien...

I : D'accord, d'accord.

M : Par contre il est observant au niveau du traitement

I : D'accord, c'est le suivi qui est irrégulier et du coup c'est gênant pour le cardiologue qui ne l'a pas forcément vu...

M : Ouais

I : D´accord

M : Après,...si, ..., ça fait un petit moment, je crois, qu'il n'y est pas allé. Tu vois, depuis juin 2015 je n'ai pas...

I : D'accord, d´accord, et du coup est-ce que c'est gênant ça pour vous, pour adapter ses traitements, ce profil de patient?

M : J'aime bien, après, avoir, soit quand c'est un polypathologique polymédiqué j'appelle souvent le cardiologue pour demander son avis au moins valider une prise en charge que j'ai envie de faire.

I : D'accord

M : Soit j' introduis et je renvoie vers le cardiologue au bout d'un mois, si par exemple il y a une introduction d' IEC je vais faire la prise de sang à 3 semaines pour voir le potassium, la fonction rénale, je lui dis "vous allez à la prise de sang et vous allez voir le cardiologue dans un mois" et à ce moment-là, comme ça, le cardiologue peut réévaluer une modification de traitement, soit j´appelle directement le cardiologue en disant est-ce que je peux faire ça?

I : D'accord, d'accord. Donc sur les patients qui sont polypathologiques c´est ça.

M : Par exemple j'introduis rarement le bêtabloquant dans l'insuffisance cardiaque seule, sans l'aval du cardiologue. Je vais introduire le bêta-bloquant sur une tachycardie supra ventriculaire...

I : Mais pas sur l'insuffisance cardiaque ?

M : Non

I : D'accord d'accord. Au niveau des IEC, par exemple, est-ce qu´il y a des choses qui vous gênent quand vous voulez monter les traitements?

M : La toux, enfin ce n'est pas à monter mais à l´introduction surtout.

I : A l´introduction, ouais?

M : Sinon...

I : D'accord d'accord.

M : Après, une ou deux fois, je suis tombé, effectivement, sur des problèmes de kaliémie et de créat.

I : D'accord. Et du coup vous avez fait comment, pour vous en sortir dans cette situation?

M : Euh, ben, échographie rénale et, genre, j'ai baissé de moitié, recontrôlé la créat et le potassium à 3 semaines et si... enfin, j'avais regardé dès le départ c'était une diminution de plus d´un tiers à ce moment-là je passais la main directement.

I : Daccord et vous passez la main à qui alors, du coup?

M : A des cardio.

I : D'accord. Et les cardios vous savez un peu ce qu´il vous avaient conseillé, du coup à ce moment-là?

M : Il y avait eu échographie des artères rénales, et puis après il avait eu changement de traitement, je crois. Ouais...

I : Vous ne savez pas s'ils étaient restés aux mêmes doses ou s'ils avaient changé les molécules ?

M : Non, non ça avait été changé après.

I : D'accord. Et à la place des IEC ils avaient changé quoi?

M : Je ne sais plus

I : D'accord. Donc les Bêta-bloquants vous m'avez dit c'est... la fréquence cardiaque et puis la tension qui... du coup...

M : Mmuh

I : D'accord et au niveau de... il y a des critères sur les électrocardiogrammes parfois qui…, vous faites déjà des électrocardiogrammes à ces patients parfois ? ou...

M : Oui.

I : Ouais? Et il y a des critères qui vous ont déjà gênée au niveau de l´électrocardiogramme pour modifier le traitement de fond ?

M : Une bradycardie, oui.

I : D'accord d'accord, et la bradycardie à partir de combien vous commencez à dire ... là... soit je diminue soit j' augmente pas son traitement ?

M : Euh...55- 60... ouais c'est ça.

I : D'accord d'accord. Dans vos patients insuffisants cardiaques il y en a qui ont une insuffisance rénale chronique?

M *: Elle non... Lui... elle est légère il y avait eu quand même...l'insuffisance rénale était sûr la HTA vieillie.*

I : D'accord

M : Je n'ai pas de gros insuffisants rénaux , ici c'est un peu paumé, donc le suivi est toujours un peu délicat.

I : C'est délicat du fait de l'endroit, ça vous change comparé à …

M : Comparé à la ville?

I : Ouais

M : Ah, oui! Ici ils viennent quand ils sont vraiment dans un état catastrophique. J'ai encore un exemple, l' année dernière j'ai une dame qui est venue. Je ne l'avais jamais vue. Elle n'avait pas vu de médecin depuis vingt ans. Et sa soeur me dit : Ouh là.. je

ne peux pas la sortir du camion, elle est dans la voiture. On va la chercher. Effectivement elle était toute violette et c'était un OAP massif sur un... on n'a pas su ce que c'était, il n'y a pas eu de douleurs tho...mais bon...

I : D'accord. C'est un suivi donc, là, en médecine de station, les gens viennent moins souvent chez le docteur...

M : Les gens qui habitent ici à la montagne, consultent très rarement ou alors vraiment quand ça va pas ou alors quand ils ont vraiment attendu et après il y a des touristes, ceux-là on a quelques petites décompensations, des cardiaques connus mais on ne les suit pas. On va traiter la décompensation et puis après il rentrent chez eux ils vont voir leur cardiologue traitant.

I : D'accord, d'accord... du coup ça vous est déjà arrivé chez l'un de vos patients insuffisant cardiaque de monter les Bêta-bloquants, que ça ne se passe pas bien, de les rebaisser?

M : Oui.

I : Et du coup, derrière est-ce que vous avez essayé de les augmenter?

M : Mon, je suis resté là. Et puis j'ai envoyé... j' ai passé la main aux confrères.

I : D'accord d'accord, et pareil, avec les IEC, ... Oui, de toute façon, c'est ce dont on a discuté tout à l'heure, les montées de traitement, si sa créât est montée de plus d'un tiers c´est le cardiologue qui...

M : Oui

I : Les Bêta-bloquants ce sont des traitements que vous avez l'habitude de modifier chez vos patients d´une manière générale?

M : Non. Non.

I : D'accord. Vous savez pourquoi cette classe là, vous la manipulez moins que d´autres? Ce n'est pas facile comme question…

M : Je réfléchis... non je ne vois pas de... Je n'ai pas la réponse. Je ne sais pas.

I : D'accord, d'accord. Tout à l'heure vous m'avez parlé de beaucoup de vos patients qui étaient polypathologiques. Est-ce que ce caractère polypathologique vous gêne pour vos consultations ou pas?

M : Ah, oui! Surtout...ouais ouais...ben hormis le temps que ça prend, ça demande quand même une grande réflexion, donc oui.. ce n'est pas gênant, ça demande une réflexion, c'est plutôt intéressant mais on a quand même souvent des craintes de faire des bêtises en terme de traitement ou d'oublier des choses importantes.

I : D'accord, ouais, donc... C'est intéressant mais hormis les temps, justement les temps des consultations, du coup, ces patients polypathologiques... le temps vous gêne pour optimiser leur traitement en consultation?

M : Oui, oui parce que...quand il y a du diabète, plus l´insuffisance cardiaque plus un petit peu d´insuffisance rénale voire une autre pathologie par-dessus, une polyarthrite... (c´est souvent le patient âgé, d'ailleurs) ou des choses comme ça, en un quart d'heure on ne fait pas le tour. Et le problème c'est que la salle d'attente est toujours pleine à craquer, que en trois quart d'heure, parce que c'est à peu près ça qu' il faut pour moi, 45 minutes pour une polypathologie de plus de 80 ans c´est facile 40 minutes. Le temps après de faire les modifications et surtout d´ expliquer les changements, le pourquoi du comment.. parce que si on veut que ça soit de l'observance, que ça soit bien suivi, il faut expliquer pourquoi. Ca prend facile 40min , trois quart d'heure et du coup ça ,en saison, on ne peut pas se le permettre.

I : Parce que la salle d´attente elle est pleine...

M : Oui, des deux côtés, côté traumato, côté médecine !

I : D'accord d'accord. Et dans vos patients insuffisants cardiaques, est-ce qu'il y en a qui ont une BPCO, par exemple?

M : Ben, celui-là. Est-ce que j'en ai un...? Ben, je ne sais plus. Alors lui, je soupçonne une BPCO, mais il n'est pas allé voir le pneumologue donc je n'ai pas d'EFR de référence. C'est un ancien fumeur. Chaque hiver il me fait une ou deux bronchite et ben ça serait bien qu´on aille faire des épreuves fonctionnelles respiratoires pour voir si on ne peut pas introduire quelque chose mais ..

I : Et du coup est-ce que ça vous gêne par exemple pour modifier les Bêta-bloquants cette suspicion de...

M : Non parce donc elle n'est pas forte, il ne siffle pas à chaque fois, il n'est pas dyspnéique ...que si c'était même une BPCO, stade 1 ou n´importe, j'aurais quand même monté les Bêta-bloquants.

I : D'accord, d´accord. Et dans vos patients insuffisant cardiaques il y en a qui ont un problème de démence, par exemple, ou des troubles cognitif importants, ou qui sont artériopathes

M : Je réfléchis... j´en ai pas. Je suis installée depuis un an alors je n'ai pas tout le panel...

I: Dans quelle mesure l'âge influence... Tout à l'heure vous m'avez dit que c'est une personne âgée, ...dans quelle mesure l'âge influence vos choix thérapeutique? Est-ce que ça a une incidence sur votre façon de prescrire?

M : Oui. Le moins possible, donc vraiment je réfléchis à celui qui est indispensable.

I : D'accord et au niveau de traitement de l'insuffisance cardiaque par exemple il yen a pour qui ça va changer sur les traitements de fond?

M : Peut-être les statines qui vont sauter. Bien bien réfléchir au traitement antiagrégant ou anticoagulant il y a une pathologie rythmique sous-jacente, et les Bêta-bloquants c'est vrai que je peux avoir tendance à pas les monter facilement par rapport au risque de chute sur les hypotensions, des choses comme ça.

I : D' accord.

M : Les IEC, je vais vraiment contrôler la fonction rénale mais c´est vrai que je vais avoir tendance à ne pas les monter.

I : La crainte...les IEC c'est que vous craignez chez la personne âgée?

M : La dégradation de la fonction rénale, l' hyperkaliémie et les choses comme ça.

I : D'accord, d'accord. Ok. C'est intéressant. Dans vos patients plus âgés insuffisants cardiaques est-ce qu' il y a en plus des problèmes sociaux, parfois, qui s'intriquent aux problèmes médicaux?

M : Oui.

I : C'est-à-dire?

M : Souvent dans la prise de traitement ils ne veulent pas beaucoup de médicaments, quand il y a des débuts de démence, c'est vraiment au tout début Alors c'est sa fille qui fait le piluliers, mais de temps en temps il y a des cases qui sautent ou des cases qui sont prises deux fois, et le lendemain il n'y a plus rien.

I : Le pilulier il est moins bien fait? La personne qui les prend a des troubles cognitifs ?

M : Non non l´exemple que j'ai en tête c'est sa fille qui fait le pilulier

I : Du coup c'est... ?

M : Non non, là il est bien fait, parce qu´elle vient en consultation avec sa mère, je lui explique tout elle est très demandeuse donc...

I : D'accord du coup il y a des patients qui prennent pas trop les traitements, qui veulent pas trop de médicaments, qui font un peu le tri ?

M : Ils ne font pas le tri dans les médicaments mais des fois il va y avoir des sauts de prises, mais ça va pas être un tri "je ne prends pas l' IEC, je ne prends pas le Bêta-bloquant".

I : D' accord, des problèmes plus d'observance, en fait

M : Oui

I : D'accord d'accord, mais du coup est-ce que ce problème d'observance va changer votre façon de prescrire? Ou vous prescrivez comme les autres? Chez ces patients qui sont moins observants? Est-ce que ça change votre attitude thérapeutique?

M : Pas sur, forcément que sur l'insuffisance cardiaque, sur toute l'ordonnance oui, c´est obligé, je vais en mettre le moins possible.

I : D'accord, d'accord et pour vos patients âgés, du coup ils sont à la maison, ils sont en institution?

M : Il y en a beaucoup qui sont, comparé à la ville, il y en a beaucoup qui sont à la maison avec la famille.

I : D'accord, du coup vous les voyez en visite, ils viennent au cabinet ?

M : Un peu des deux. Ça dépend. Tant qu'ils peuvent venir, même si c'est avec la famille, accompagnés avec la canne et que c'est difficile, je préfère les faire venir au cabinet pour garder un peu d'autonomie et après on trouve des solutions, on se gare à ras du cabinet, je les prends tout de suite, mais tant qu'il peut y avoir encore un peu d'autonomie, je leur laisse.

I : Est-ce que dans une consultation pour insuffisance cardiaque que vous faites au cabinet ou que vous faites à domicile, est ce qu'il y a des choses qui changent ?

M : Oui, à domicile je n'arrive pas à me concentrer, ou à voir… déjà je n'ai pas le dossier sous les yeux j'aime bien les peser, j'aime bien avoir le poids habituel. C'est moins confortable. Je me sens moins à l'aise.

I : Pour les peser, du coup, parfois ils n'ont pas de balance ou la balance elle est loin c'est ça ?

M: Oui et c'est surtout le fait de les peser une fois chez eux, une fois au cabinet... si ce n'est pas sur la même balance ça vaut pas grand choses.

I: D'accord, donc l'équipement qui est différent en fait... Je sais pas si ici il y a des structures, un EHPAD ou des choses comme ça.

M : Un EHPAD, à B., c'est tout en bas dans la vallée...

I : Vous y allez ?

M : Non, déjà il y en a pour plus de 20 minutes quand il n'y a pas de neige. Et puis l'hiver il y a tellement de monde, que je ne peux même pas aller en visite .. mais les gens ils comprennent ici, il savent.

I : D'accord, ok, je suppose que vous avez des patients stables au niveau de l' insuffisance cardiaque? Chez les patients stables, est-ce que vous modifiez les traitements de fond?

M : S'ils sont bien tolérés non.

I : D'accord. Et pendant ou après une décompensation, est-ce qu'il y a des traitements que vous modifiez à part les Bêta-bloquants que vous aviez augmenté, il y a d' autres traitements que vous êtes amenée à moduler?

M: Oui si il y a du Furosémide

I : Est-ce que cela vous est déjà arrivé de vouloir modifier un traitement de fond mais de ne pas le faire ? Vous vous dites " là je le ferais bien mais..."

M : C'est peut-être arrivé mais je n'ai pas de souvenir précis, là, récent.

I : D'accord, et en tant que médecin généraliste, est-ce que vous osez modifiez les traitements du cardiologue ?

M : Pas trop, la digoxine, j'avais envie de l'enlever, j'avais très envie de l'enlever mais j'ai attendu que ce soit le cardiologue qui le fasse. Parce que c'était elle qui l'avait introduit, et voilà ... Après ça a été fait donc ça m'arrangeait, mais je ne l'aurais pas fait de moi-même.

I : D'accord. Et est-ce que ça vous est déjà arrivé, avec d'autres molécules instaurées par le cardiologue, et du coup de ne pas oser les modifier ?

M : D' autre exemple, je n' en ai pas.

I : Les Bétabloquants, les IEC ?

M : Quand c'est une introduction d' IEC, en général je vais me permettre de le faire. Les Béta bloquants un peu moins.

I : Alors modifier la prescription par exemple la posologie du bêta-bloquant qui a été mise par le cardiologue ?

M : Oui si c' est post IDM et que ça a été introduit par exemple à 1.25 en sortant de l' hôpital, je vais essayer de monter mais vraiment tout doux et revoir le patient très souvent.

I : D'accord et du coup vous montez jusqu'à quand? Quand est-ce que vous vous arrêtez ?

M : Et bien quand ils sont bien.

I : D'accord. En cas de difficulté, vous m'avez dit que vous les envoyez chez le cardiologue, c'est plutôt ville ou hôpital ?

M : Non c'est en ville.

I : D'accord, ils sont facilement accessibles ?

M : Oui, oui.

I :D'accord.

M : Que ce soit par mail ou par téléphone.

I : Et Ils font des courriers ?

M : Oui

I : Et est-ce que dans les courriers il y a une conduite à tenir au niveau thérapeutique ?

M : Oui

I : Et est-ce que vous le faites systématiquement ?

M : Je regarde si je suis d'accord mais en général oui, la plupart du temps oui

I : D'accord et si vous n'êtes pas d'accord avec le cardiologue?

M : Et bien je prends mon téléphone et je le rappelle.

I : D'accord et est-ce qu'il y a un échange pour trouver une solution ?

M : Oui, oui, oui!

I : D'accord, et les cardiologues à l'hôpital vous travaillez avec eux ou pas ?

M : Euh, oui pour les problèmes aigus. Les chroniques c'est le suivi avec leur cardiologue en ville.

I : Et du coup pourquoi vous ne travaillez pas avec eux sur le suivi des chroniques ?

M : Parce qu'ils ont beaucoup de travail. Du coup ils sont un peu moins disponibles.

I : D'accord, ils sont moins facilement joignables.

M : Après c'est vrai que j'ai un bon rapport avec la cardiologue de la ville en bas donc du coup elle est réactive à mes appels ou à mes sollicitations, du coup c'est vrai que je vais vers là où j'ai le plus facilement de réponse et où le dialogue s'établit bien et où ses prises en charge...

I : D' accord. Du coup le fait que vous ayez comme cela un bon rapport avec le cardiologue, comparé avec d'autres spécialistes avec qui vous avez moins d'affinité.... Est-ce que cela joue dans la façon de traiter vos patients ? Sachant qu'il y a une cardiologue, voilà, avec qui cela se passe très bien ?

M : Oui.

I : Et dans quelle mesure ça joue sur votre façon de prendre en charge les patients cette bonne entente avec la cardiologue?

M : Sur des modifications de traitement, ou des introductions de traitement. Que je peux faire en cabinet où habituellement j'aurais attendu que ce soit le cardiologue qui voit le patient à sa consultation et qui fasse ça lui-même.

I : D'accord. Alors du coup, vous vous sentez plus à l'aise pour modifier les traitements sachant que vous vous entendez bien avec quelqu'un, la cardiologue?

M : Oui parce-que des fois lorsque j'ai envie de modifier un traitement et que j'ai des réticences, que je ne suis pas sûre, je lui pose la question et elle me répond, souvent

ou peut faire directement là. Ça arrive qu'elle me dise "vas-y, introduis et puis moi je le vois dans 15 jours, je lui fais une écho et on verra bien ce qu'on en fait."

I : D'accord, il y a une très bonne relation et du coup il y a un travail en réseau.

M : Oui

I : C'est intéressant ça... et du coup en cas de difficulté avec un questionnement sur un patient, est-ce que vous êtes amenée à consulter les recommandations ? Sur l'insuffisance cardiaque ? Ou du coup ça va être coup de téléphone au cardiologue? Est-ce que c' est dans vos habitudes en fait?

M : De consulter les reco ?

I : Oui sur l' insuffisance cardiaque.

M : Non, ce n'est pas une habitude, cela pourrait m'arriver ponctuellement. C'est pas une habitude, je ne vais pas le faire à chaque fois.

I : Si vous avez une question, du coup vous allez plutôt appeler la cardiologue ?

M : Si c'est un patient suivi par elle, oui.

I : Et du coup, qu'est-ce qui fait que vous allez plus appeler la cardiologue que regarder sur l'ordinateur pour trouver?

M : Si effectivement le patient et suivi de façon chronique avec elle, et qu'elle connaît sa pathologie, qu' elle se rappelle la dernière échographie, que voila... C' est personalisé. C' est de la prise en charge personnalisée que je recherche et pas des recommandations, parce que les recommandations effectivement c'est bien, c'est un guide de prescription, mais parfois c'est pas tout à fait adapté au patient lui même.

I : D'accord, d'accord c'est intéressant. Du coup quand ils sortent de l'hôpital, il y a aussi des consignes dans les courriers de vos patients ? On vous dit quoi faire avec les traitements ?

M : Oui. Oui en général, oui que cela soit à l'hôpital ou à la clinique oui.

I : Les patients qui sont à la maison, il y a des infirmières qui les suivent ?

M : Oui.

I : Et il y a des infirmières avec qui vous vous entendez mieux que d'autres ?

M : Il y en a qu'un, et on s'entend bien, il travaille avec nous dans le cabinet !

I :D'accord, et du coup cela vous aide aussi dans la prise en charge.

M : Oui, oui parce que quand il se trouve sur place, s'il y a quoi que ce soit il nous appelle.

M : D'accord, et du coup vous pensez que cela améliore la façon dont vous gérez la pathologie?

M : Ah oui. On a un suivi tensionnel presque journalier ou tous les 2 jours parce qu'il y a les toilettes. Et puis il va m'appeler me dire: « monsieur machin il va pas très bien », "et bien prends sa tension et ses constantes et puis j'irai le voir… "

I : D'accord, d'accord. Est-ce que pour vous la modulation du traitement de fond de l'insuffisance cardiaque, est-ce que c'est du rôle du médecin généraliste ?

M: Non.

I : C'est plutôt le cardiologue qui va s'occuper des traitements de fond?

M : Oui

I : Qu'est-ce qui vous donne cette impression là ?

M : Peut-être une moins bonne connaissance des traitements de fond eux même, des effets secondaires de leurs actions un peu plus précises. Moi je vais pas savoir forcément choisir entre tel ou tel Bêta-bloquant parce qu' il y en a qui sont plus à visée anti arythmique, d' autres, plus pour l'insuffisance cardiaque mais coronarienne... Donc ça c'est de la subtilité que je ne maitrise pas du tout.

I : D'accord, donc le fait que les connaissances du cardiologue dans ce domaine là soient ...

M : Oui.

I : D'accord, et j'avais une autre question qui vient tout juste de partir de ma tête... Oui si vous êtes passés en cardiologie durant votre internat ?

M: Oui.

I : Et cela joue dans votre façon de prendre en charge les patients?

M : Oui, plus à l'aise. Oui c'était l'objectif du stage !

I : D' accord.

M : Est-ce que... voilà.. que ce soit les cardiologues ou les hôpitaux, est-ce qu'on vous fait comprendre ou est-ce que vous savez qu' il y a des posologies cibles à atteindre par molécules, est ce que cela on vous le fait savoir ou pas?

M : Non.

I : D'accord, d'accord, alors ça c'est très intéressant c'est très très intéressant.

M : Ca pourrait faire partie des courriers de cardiologue à ce moment-là...

I : Que cela soit dans les courriers de cardiologue?

M : Oui

I : Bon, je regarde mais je pense qu'on a fait le tour.

I: Super et du coup est-ce que vous avez des patients qui sont sous anti-aldostérone ?

M : Euh, non.

I : Non, d'accord c'est pas des traitements que vous introduisez ?

M : Que j' introduis moi toute seule, non. Je peux des fois les monter effectivement quand il y a un épisode de décompensation avec des crépitants à l'auscultation, mais je suis un peu frileuse.

I : Parce que vous les connaissez pas très bien ?

M : Oui voilà et puis je contrôle systématiquement la bio.

I : D'accord, et vous avez déjà eu des soucis avec cette classe-là.

M: Non, mais parce que je les manipule peu.

I : D' accord parce que vous les connaissez pas très bien. OK

Entretien 16

I : Bonjour, je suis Clément DESBOIS, comme je vous le disais, je suis interne en Médecine Générale Remplaçant, là je travaille sur ma thèse. On est ici pour discuter des insuffisants cardiaques et ceux qui ont une fraction d'éjection altérée donc insuffisants cardiaques systoliques. Le but de notre thèse, cela va être de traiter des traitements médicamenteux, des traitements de fond de ces insuffisants cardiaques. Ce qui m'intéresse, c'est de discuter comment vous gérez cette pathologie chez vos patients. On n'est pas du tout là pour juger, en fait c'est surtout pour savoir comment vous pratiquez avec les insuffisants cardiaques.

On va enregistrer l'entretien, si vous le permettez et puis ce sera anonymisé dès l'enregistrement sur ordinateur, puis retranscrit sur papier. Voilà.

Donc, ce que je vous propose c'est d'essayer de vous rappeler ou de prendre un patient dans cette situation, un insuffisant cardiaque systolique avec une altération de la fonction VG.

Donc si vous pouvez me parler un peu d'un patient, on va commencer d'abord par les traitements qu'il a et puis ses antécédents.

M : Alors on va parler de Monsieur M. donc qui a 83 ans et que j'ai vu en urgence pour une poussée d'insuffisance cardiaque, donc c'est un patient qui était suivi de longue date par un cardiologue pour un problème de myocardiopathie dilatée et qui a eu pendant un certain temps un traitement de Ramipril 10 et de bisoprolol 1.25 mais qui avait été modifié début Juin par la cardiologue parce que sa tension était trop basse, donc il ne prenait, au moment où il a fait sa poussée d'insuffisance cardiaque, qu' un demi Ramipril 10.

Comme autres antécédents ce patient, il a une colite chronique post amibiase qui est suivie par un gastro-entérologue, il a eu une résection endo-urétrale de prostate pour un cancer suivi d'un ablatherme en Juin 2005, de ce côté-là tout est stabilisé et il a également une BPCO post-tabagique, son tabagisme avait été arrêté en 1981 et chiffré à 2 paquets année pendant 30 ans et il est équipé d'une C-PAP

I : D'accord….

M : Donc voilà pour les antécédents. La poussée d'insuffisance cardiaque s'est manifestée sur un probable BAV. Il est venu au cabinet pour une dyspnée d'effort avec une prise de poids de 4 kg 500 et au cabinet j'ai constaté des signes d'insuffisance cardiaque cliniques ainsi qu'un pouls entre 30 et 35 et confirmé par l'électro, donc j'ai appelé directement le service de cardio de l'hôpital pour l'hospitaliser. Alors la suite de la prise en charge à l'hôpital…

I : Ils l'ont pris tout de suite en cardio ?

M : Ils l'ont pris tout de suite, le samedi matin, donc j'ai négocié ça et c'est sa femme (plutôt que d'appeler une ambulance), sa femme, je lui ai demandé si elle conduisait, si sa voiture était loin, elle l'a emmené directement en cardio.

I : D'accord.

M : Donc il a été pris en charge immédiatement, alors la suite, donc il est quand même…ça c'était le 30 juillet et il est sorti le 12 Août de l'hôpital, entré le 30... non sorti le 5 en fait, voilà.

Donc, facteurs de risque, hormis l'âge c'est l'hypertension, syndrome de l'apnée du sommeil appareillé….donc à la prise en charge le patient a une tension de 160/60, une fréquence cardiaque à 30 des crépitants des bases. L'échographie retrouve une fraction d'éjection de l'ordre de 50 à 55 % avec un ventricule gauche à 53 mm, une

hypertrophie modérée sur le septum, une oreille gauche dilatée, pas de valvulopathie mitro-aortique un cœur droit non dilaté, pas d'HTAP.

Alors, ce qui a compliqué la prise en charge, à l'hôpital, c'est qu'à l'admission il était en insuffisance rénale qui s'est améliorée après la stimulation cardiaque, donc, avec une clairance qui est passée de 35 à 59. Donc il avait une tropo à 38 et un NT pro BNP à 3000 qui a baissé ensuite à 2700. Une petite anémie…voilà

Donc, du fait de l'absence d'amélioration de l'état clinique du patient, du fait de l'intrication avec la BPCO, donc…

I : Ils l'ont laissé ressortir ?

M : Ils ont du coup mis une sonde…..

I : Ils n'en parlent pas en fait….

M : Mais je l'ai eu après….

I : Oui, il a dit pose de sonde…

M : Pose de sonde, c'est mal expliqué, là-dessus…

I : Du coup, ils lui ont mis un pacemaker…

M : Oui, du coup, il a eu un pacemaker. Alors, attends, on va voir peut-être, il y a un autre……ça c'est le cardio, attends je l'ai peut-être eu….ça c'est ce que je reçois par Apicript, donc des fois c'est un peu mélangé….qu'est-ce que j'ai mis là…suite d'hospitalisation….

I : Sinon, on parle de la suite d'hospitalisation…..si vous l'avez revu après…

M : Moi, je l'ai revu à J12 en fait. Donc il était sorti depuis 1 semaine de l'hôpital, avec une auscultation normale, poids revenu à la normale, pas d'œdème, il a toujours sa dyspnée de BPCO, mais qui n'était pas d'origine cardiaque, son hémoglobine était un

peu remontée, son pouls restait encore un peu rapide. Du coup, je l'ai revu 15 jours après et du coup, là, il avait complètement récupéré.

I : Et du coup vous n'aviez pas remodifié le traitement qu'ils avaient mis à la sortie ?

M : Alors, à la sortie il avait….j'ai dû diminuer quand même le LASILIX, parce que à la sortie, il est sorti donc, avec le traitement de RAMIPRIL 5 et de FUROSEMIDE 40, 1 le matin, 1 le midi et ½ le soir, donc il avait une forte dose de diurétique, donc ils n'ont pas modifié la dose d'IEC….

I: Ils n'ont pas remis le bêtabloquant, du coup

M : Ils n'ont pas remis le bêtabloquant, et moi quand je l'ai vu, alors là, donc à J12, de la sortie suite d'hospitalisation donc le 12, j'ai déjà diminué…voilà j'ai déjà diminué un petit peu le diurétique en supprimant le ½ comprimé du soir parce qu'il se levait toute la nuit, j'ai rajouté du potassium qui n'avait pas été mis, continuée le RAMIPRIL et puis son traitement D' ONBREZ et D'AVODART pour ses autres problèmes et quand je l'ai revu le 24…alors le 24… en fait oui, j'ai diminué un peu son DIFFU-K, il avait des crampes, mais son potassium était normal et du coup j'ai rajouté un peu de…..

I : Magnésium….

M : Magnésium. Je l'ai revu 1 mois après…le 27/09. Là j'ai nettement diminué la dose de LASILIX, laissé le DIFFU-K et le RAMIPRIL.

I : Il a monté, non il est pareil le RAMIPRIL.

M : RAMIPRIL, pareil à 5. Alors, si tu veux les paramètres donc le 12, alors il avait 14/8 de tension, il avait un pouls un peu rapide que j'avais pas noté là mais que j'avais noté dans l'observation. Le 24 il était à 12,5 comme le 27/09.

I : Des tensions qui sont correctes.

M : C'est un Monsieur qui n'avait jamais été…il avait plutôt un problème de myocardiopathie dilatée avec une tension plutôt basse, il n'a jamais eu un gros traitement antihypertenseur. Le bisoprolol et le RAMIPRIL avaient été instaurés pour sa myocardiopathie.

I : Et du coup ils ne lui ont pas réinstauré….

M : De bêtabloquant.

I : De bêtabloquants. Ca c'est intéressant…

M : Mais parce qu'il a une pile, il était en BAV, donc le BAV contre-indique le bêtabloquant. Une fois qu'il est appareillé, on peut le remettre si il y a une indication. L'indication prime toujours la contre-indication. Mais là, du coup, ils ne lui ont pas remis.

I : Oui, ils parlent d'une fonction VG à 50 environ….

M : Alors, oui, par contre effectivement, est-ce qu'il a eu un nouveau contrôle cardiaque?...oui, par la cardiologue, le 12 octobre…

I : D'accord

M : Parce qu'elle est attachée à l'hôpital de C., du coup, c'est elle qui l'a revu en consultation à

l'hôpital…voilà.

I : Elle a réinstauré du coup…

M : Si tu veux, je t'anonymise, je vais te l'imprimer et puis on l'anonymisera en supprimant le nom. Ce sera plus

simple pour toi…

I : Du coup, elle a réinstauré le bisoprolol pour…

M : Alors, elle a…. voilà parce qu'en fait il avait quand même des accès, non, il n'a pas d'accès.... si , il a quelques accès de FA, donc en fait, elle a mis du bisoprolol pour limiter ses accès mais je ne l'ai pas revu depuis en fait, et ma remplaçante non plus…ah si ma remplaçante l'a vu le 27. Voilà…contrôle prévu le 4 octobre, voilà... donc elle a poursuivi le même traitement et lui a conseillé de surveiller son poids qui était un bon critère dans les poussées d'insuffisance cardiaque car ce monsieur est quand même stable sur le plan du poids donc effectivement….Morpho physiologie, c'était un Monsieur qui était monté à 88kg alors qu'il était à 83 et donc en sortant de l'hôpital il avait

retrouvé son poids initial, pratiquement, bon il a maigri un peu après, mais je pense qu'il était un petit peu stressé par…alors que son poids habituel c'est entre 82 et 84kg.

I : D'accord, du coup, vous m'avez déjà parlé….

M : Je vais t'imprimer la lettre à distance du cardiologue et puis la lettre de sortie du cardio, mais c'est dommage ils ne mettent pas la fraction d'éjection de sortie... si si il y a des trucs après, que j'avais pas vus, il y a 4 pages, alors…la fin de la lettre... mais il y a peut-être le détail de l'implantation du pace maker…

I : Ce n'est pas intéressant, pour moi, c'est surtout les traitements médicamenteux….c'était à C. ?

M : Oui, c'est à C. Non, ils n'ont pas mis la fraction d'éjection, c'était ça en fait que je cherchais, si ils avaient refait une écho détaillée…

I : Donc après le courrier, on l'a vu un peu ensemble, ce qui m'intéresse, c'est surtout aussi ce que vous me racontez…

M : Ce qui t'intéresse, toi, c'est quand même l'âge et les paramètres patient…je te les laisse comme ça, cela te servira de repères…. Est-ce que tu as d'autres questions à me poser ?

I: Bien, j'ai une trame toute faite…..

M : Est-ce que tu veux que l'on voie l'autre patient ?

I : Je vais peut-être un peu poser les questions, vous avez déjà répondu un petit peu… Les critères cliniques et biologiques que vous prenez en compte pour modifier les traitements de fond chez les insuffisants cardiaques ?

M : Alors, le poids c'est un critère très important parce que quand il y a une prise de poids c'est de l'œdème…Le deuxième critère, c'est l' auscultation et la présence ou pas de crépitant, la dyspnée, qui va avec, la fréquence cardiaque qui permet d'adapter le traitement parce que fréquence cardiaque élevée, c'est vrai qu'on va monter le bêtabloquant, une fréquence cardiaque basse, on va faire l'inverse…Oui, dans les critères de surveillance…les critères biologiques, puisque l'on introduit souvent des diurétiques à fortes doses à l'hôpital en poussée d'insuffisance cardiaque, nous, notre rôle en tant que médecin c'est de surveiller particulièrement la kaliémie, alors le NT Pro BNP , c'est vrai que c'est un….comment dire…c'est des données, moi c'est vrai que je n'ai pas été éduquée avec ça, je suis un vieux médecin donc la clinique était essentiellement…..le diagnostic de l'insuffisance cardiaque était essentiellement clinique et complété par l'échocardiographie qui montre effectivement une fraction d'éjection systolique très abaissée…je pense que c'est les critères actuels de l'insuffisance cardiaque alors le NT Pro BNP, c'est quand même important parce que nous c'est quand même un témoin….alors celui-là, tu le veuxpeut-être pour le patient précédent ?

I : Non…

M : Cela ne rentre pas dans tes critères de suivi post- hospitalisation ?

I : Que vous l' utilisiez, si c'est intéressant, mais les valeurs, j'ai pas de besoin particulier…

M : Alors effectivement, moi je m'en sers quand même….Alors tu vois là, par exemple, ce patient, il a été…je l'ai vu en visite post-hospitalisation pour insuffisance cardiaque, donc en fait, il a été hospitalisé en urgence. Donc ma remplaçante l'avait vu le 3/10 et en fait, il a vu le cardiologue en urgence le jour même qui n'a pas relevé d'insuffisance cardiaque ….

I : A l'écho ? Non, ça c'était…

M : Oui, je ne sais pas si il lui avait fait une echo, ça c'était au mois de ….il l'a vu le 30, le 26…

I : C'est le même patient ?

M : Non, c'est un autre patient…

I : Ah oui, parce que je me disais…septembre….

M : Le 26/09, c'est un truc plus récent…

I : D'accord…

M : 26/09, voilà il était dyspnéique sans majoration des œdèmes des membres inférieurs sans signe d'insuffisance cardiaque gauche à l'examen, avec une tension normale et il a pensé que c'était une décompensation de sa bronchite chronique…en réalité, le…donc il l'a mis sous macrolide…le lendemain, comme il n'y avait pas de changement, sa femme a appelé le 15, il était vraiment très très très dyspnéique, il étouffait, il ne pouvait plus respirer, du coup, elle aappelé le 15 et ils l'ont hospitalisé, donc après l'hospitalisation, et bien je n'ai pas encore la lettre post-hospitalisation,

c'est toujours le problème…

I :Ah, les courriers, oui…

M : Et Bien voilà, les courriers…tu vois même par Apicript on ne les a pas toujours, ils ne savent pas toujours comment ça fonctionne. Avec l'hôpital d'A. cela marche mieux Apicript, eux ils sont bien rodés maintenant, mais l'hôpital de C. , pas bien….

I : Mais justement, j'avais des questions sur les courriers, la relation avec les cardiologues…

M : Alors, moi, je suis un peu une emmerdeuse, je téléphone…ou par mail, là tu vois j'ai envoyé un mail à LYON, un patient qui a été opéré, par un certain Professeur B., d'une tumeur de la moelle, en fait, un anévrisme de la moelle entre T4 et T11 et je n'avais pas le compte rendu de sa dernière consultation, donc moi, comme je suis une emmerdeuse, j'ai envoyé un mail et bien il m'a répondu illico.

I :Oui, c'est un moyen pour vous de…

M : Alors moi, je fonctionne beaucoup maintenant avec internet même si je suis un vieux médecin…Alors tu vois par exemple….courrier envoyé et suite du message précèdent, donc voilà, alors là j'ai oublié de mettre le nom du patient, j'ai envoyé un courrier en demandant ….j'ai retrouvé les adresses mails sur le courrier, le compte-rendu opératoire, heureusement maintenant, c'est un peu marqué partout….

I : Et du coup, ce moyen-là vous permet de récupérer rapidement…

M : De récupérer beaucoup de courriers, je leur mets que « vous pouvez le faire par ZEPRA Apicript », puisque moi ça fait depuis le début que ZEPRA existe que je suis abonnée, alors…Apicript cela fait longtemps aussi, depuis que je suis informatisée…

I : C'est comme SISRA ce système ?

M : SISRA c'est ZEPRA, c'est zéro papier Rhône-Alpes, c'est la plateforme SISRA mais au départ cela s'appelait ZEPRA-SISRA.

I: D'accord…oui, effectivement, vous pouvez être gênée quand vous n'avez pas le courrier…

M : Voilà et donc du coup, il m'a répondu…alors j'ai peut-être déjà supprimé... non, suite du message précèdent, il m'a répondu illico, elle m'a envoyé en pièce jointe le compte-rendu.

I : Puis donc finalement c'est quand même…

M : Que j'ai mis dans le dossier du patient.

I : Ah oui, donc validé…

M : Ben oui parce qu'il n'a certainement pas….ça c'était le courrier qu'il avait fait mais tu vois il l'avait adressé au Professeur P. qui lui avait adressé et au médecin SSR. Alors il m'avait bien mis moi en premier mais j'ai jamais reçu le courrier, donc il y a des trucs comme ça qui sont un peu bizarres. Moi, je fonctionne beaucoup comme ça, moi je marche avec l'hôpital de C. et D'A., l'hôpital de C., par exemple, tu vois l'autre jour, j'ai eu une urgence infectieuse, c'était une jeune fille de 17 ans que j'avais vu pour une mononucléose infectieuse mais qui pouvait vraiment plus respirer, qu'avait vraiment des amygdales qui se touchaient, j'ai compris pourquoi elle ne pouvait plus respirer parce qu'elle avait un œdème laryngé, qui a été montré aux ORL quand elle était en infectieux, donc, moi on a à A. enfin on à C.…alors il faut aller sur le site, parce que moi j'aime pas passer par les URGENCES pourtant je les connais les urgentistes puisque comme je fais de la régulation au centre 15 à l'hôpital de C., comme ils tournent entre les URGENCES et le SAMU, je les connait en fait….mais c'est une perte de temps énorme donc moi je vais directement…

I : Pour le patient…

M : Là j'étais sûre qu'il fallait l'hospitaliser, donc infectiologie, je clique ok et je pensais appeler directement un de mes confrères quand j'ai vu un numéro d'urgence téléphonique.

I : D'accord…

M : Donc, j'ai appelé ce numéro, on m'a mis en relation avec un des infectiologues qui était de garde, le Docteur F. que je connais parce que je lui ai déjà envoyé un SIDA système, une découverte de SIDA et donc, du coup, il m'a répondu : « je la prends cet après-midi à 15 heures ». Si je l'avais envoyée aux URGENCES, elle aurait trainé aux URGENCES, ils n'auraient pas su s'il fallait la mettre en ORL, ils auraient discuté mon diagnostic parce que je ne tombais pas forcément sur quelqu'un qui me connaissait, donc là, moi j'ai joins tous les documents, j'ai donné la lettre à la mère avec les photocopies des résultats d'analyses et du coup l'affaire a été réglée tout de suite.

I : Et en cardiologie, c'est le même principe ?

M : *Même principe, moi j'appelle directement la cardio, alors la cardio en fait, il n'y a pas de numéro d'urgence, mais comme je sais que le week-end c'est difficile d'avoir un cardiologue, mais qu'il y a quand même un cardiologue de garde, donc du coup j'ai appelé dans le service…je crois…..*

I : Vous passez…., vous « shuntez » les URGENCES…

M *: Oui, moi, je « shunte » souvent les URGENCES. J'ai pas appelé l'USIC mais appelé le….si je crois que j'ai appelé là.*

I : D'accord

M : J'ai appelé ce numéro et la secrétaire, enfin ou l'infirmière, sur laquelle je suis tombée m'a passé directement le cardiologue de garde.

I : Ok

M : Quand j'ai dit que c'était une urgence…

Parce que, j'ai eu un autre cas, j'ai une patiente fortuitement que j'ai trouvée en BAV, elle vient au cabinet, elle était légèrement dyspnéique et je l'examine, je trouve qu'elle a quand même un cœur très lent, je fais un enregistrement, elle était en BAV 2 donc, et du coup j'ai appelé directement le service de cardiologie, la secrétaire…j'appelle le secrétariat de cardiologie pour qu'elle soit vue par un cardiologue. Elle me répond « pas de place avant 15 jours » alors là j'ai dit

« non, cela ne va pas attendre 15 jours, faut me trouver….vous me passez le cardiologue de garde et cela va être réglé dans la journée »

Alors, elles n'aiment pas les secrétaires quand on leur dit ça mais, cardiologue de garde je suis médecin, elles te le passent….et bien il l'a prise à 13 heures 30. C'était 10 heures le matin…13 :30 le problème était réglé.

I: Donc finalement, vous n'avez pas trop de difficulté à faire hospitaliser….

M : Alors que je l'aurais envoyée par les urgences elle aurait trainé, l'interne s'il est pas un peu mordant si il ne connait pas bien la cardio, si il ne sait pas s'imposer, il aurait attendu qu'il y ait un lit, donc elle se serait retrouvé peut-être dans un autre service qui n'avait rien à voir avec la cardio, c'est une perte de temps, quoi et quelque part une perte d'argent…là, elle est restée 24 heures, ressortie le lendemain avec son stimulateur qu'il lui a monté dans l'après-midi.

I : Oui c'est efficace…

M : Il faut, il faut un peu bousculer alors moi je….ça demande du….comment dire…il faut être réactif mais je trouve qu' internet nous aide bien parce que comme j'ai tout enregistré, je vais directement sur les bons téléphones, tandis qu'avant quand tu étais obligé de chercher dans le courrier, dans le formulaire papier de l'hôpital, on a des listes comme ça de…des médecins hospitaliers…tu sais jamais si tu….là c'est

beaucoup plus simple…moi je trouve qu'internet nous a…enfin moi, cela m'a changé la vie.

I : Cela vous a facilité la vie… ok, on va peut-être reprendre un peu ma trame juste pour les questions un peu….donc concernant les bêtabloquants dans l'insuffisance cardiaque ? Est-ce que vous avez déjà été embêtée pour les augmenter par rapport à certains éléments cliniques ou…

M : Alors moi je ne maîtrise pas bien les bêtabloquants dans l'insuffisance cardiaque. Je sais que c'est une indication, d'abord sur le plan…comment dire primo-prescription, tu sais que dans l'insuffisance cardiaque c'est réservé à l'hôpital, nous on n'a pas le droit d'initier un traitement par bêtabloquants dans l'insuffisance cardiaque alors que l'on peut dans l'hypertension.

I : Ca c'est bizarre…

M : C*'est complètement bizarre. Tu peux prescrire du bisoprolol 10 ou 5 mais tu peux pas prescrire du 1.25*

*I : E*xact…

M : En primo-prescription et les pharmaciens, ils y en a certains qui sont un peu procéduriers sur A., il leur faut toujours la confirmation annuelle de la bonne prescription pour le renouvellement du bisoprolol.

I : Ah bon ?

M : Parce que.. il faut une… c'est soumis à ….

I : Et ils demandent quoi alors les pharmaciens ?

M : Ben, l'ordonnance du cardiologue ou tout au plus la lettre du cardiologue confirmant la poursuite du traitement.

I: Et si vous décidez de l'augmenter, ils vont vous embêter ?

M : Alors pour l'augmenter, aucun problème c'est ça qui est complètement crétin, enfin bizarre.

I : Oui

M : C'est….par exemple, j'ai pas d'exemple précis en tête….

I : Mais effectivement…

M : On va aller sur….

I :Du coup, là ce patient il a été réinstauré..

M : Ah voilà, il a été réinstauré après mais par la cardiologue…

I : Oui.

M : Donc monographie, tu vois que la primo-prescription, voilà, médicaments soumis à une surveillance particulière pendant le traitement, médicaments soumis à une prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et en médecine interne.

I : Le 1,25…Du coup, là vous ne l'auriez pas réinstauré…..

M : Alors, si, parce que du fait que l'indication prime la contre-indication donc si je n'avais pas pu avoir le cardiologue en urgence, j'aurai réinstauré le bêtabloquant, du fait qu'il en avait déjà eu avant, ça posait pas de problème dans ce cas-là, mais quelqu'un qui n'en aurait pas eu avant, la primo-prescription je ne l'aurai peut-être pas faite.

I : D'accord, Oui. Après l'hypotension sous bêtabloquants ? Est-ce que vous avez déjà eu ?

M : Non, pas à ces doses-là, non, non, ça c'est vraiment théorique, moi je ne l'ai jamais vu en pratique, l'hypotension elle est due aux diurétiques pas aux bêtabloquants.

I : Pour les IEC et ARA II, est ce que vous avez des difficultés ?

M : Non, moi je maitrise bien, dans certaines poussées d'insuffisance cardiaque quand les gens, ils n'avaient pas de traitement antérieur et que les …..moi, j'ai eu un cas….faudrait que je me rappelle du nom, que l'on avait traité en ambulatoire…ben il est mort ce patient….c'était aussi une myocardiopathie primitive…c'est un patient…qui avait cette myocardiopathie qui était connue, il a fait une poussée d'insuffisance cardiaque qui a été traitée….je ne sais pas s'il a été hospitalisé mais en tout cas après le relai a été pris très vite en ambulatoire alors lui, il ne supportait pas ni les diurétiques ni les bêtabloquants…

I : Quels étaient les effets secondaires du bêtabloquant, c'était… ?

M : C'était l'impuissance….

I : Ah c'est intéressant ça…

M : Et comme c'était un patient qui picolait, on a compris après…. enfin moi je l'ai su par sa compagne et il ne supportait pas les diurétiques parce que ça le faisait uriner, voilà il est décédé il n'y a pas longtemps. Alors, c'était un patient... alors, c'était vieux parce que c'était quand j'avais….

I : Du coup, vous n 'aviez pas la marge….

M : En interne, on l'avait suivi très longtemps, voilà, donc arrêt du Cardensiel, alors il a eu une implantation de…voilà… Il ne supportait pas le Cardensiel, cardiomyopathie non obstructive depuis 2002, poussée d'insuffisance cardiaque2006, pose de stimulateur défibrillateur implantable fin 2006.

I : Oui, il était bien…

M : Après il a fait un AIT, après un poly trauma par chute, mais du coup…

I : Mais du coup, vous aviez monté les IEC ?

M : Alors, tu vois : contrôle post-hospitalisation, traitement de sortie de l'hôpital pour insuffisance cardiaque avec épanchement pleural, Cardensiel en 1,25 à augmenter progressivement à 10, KENSEN 16 à augmenter progressivement jusqu'à 32, LASILIX 40, KARDEGIC 75…

I : Ça c'était les consignes du cardiologue ?

M : Du cardiologue de l'hôpital. Donc on l'a vu toutes les semaines et en fonction de la biologie et de la tension, voilà, on a augmenté très progressivement, comme il avait une tension basse, voilà, « la semaine prochaine si la tension est bonne on augmentera le CARDENTIEL à 2,5 » donc…

I : D'accord…

M : *Donc suite traitement après OAP et on a fait ça avec l'interne de médecine générale qui était là à ce moment là parce que lui cela l'avait bien intéressé…*

I: C'était intéressant…

M : Donc, alors en plus, voilà le problème c'est qu'on lui avait instauré un Alpha II urinaire puisqu'il était….voilà, donc la bio était normale, la tension était bonne, on a augmenté le CARDENSIEL à 2,5…alors après…

I : Et vous avez titré au maximum…sauf le bêtabloquant…

M : Renouvellement du traitement, prise de tension, toux sèche auscultation normale, essoufflé à l'effort, début de conjonctivite, en fait, là c'était un problème infectieux, asthénie intense, dyspnée d'effort minime, crépitant dans les

basses turgescence jugulaires, il a refait une poussée d'insuffisance cardiaque et c'est là où ils ont décidé de lui mettre un…

I: Un Défibrillateur, et du coup le bêtabloquants c'était au cours de la titration qu'il s'est plaint de l'impuissance…

M : Voilà, et donc alors... attends on va voir comment on a….alors non, c'est pas comme ça qu'il faut que je fasse…..on peut revoir toutes les ordos prescrites….

I : Ah c'est bien ça…

M : Alors…donc là, on était en 2006, voilà alors moi, je lui avais instauré du NATISPRAY déjà avant sa poussée d'insuffisance cardiaque parce que justement il se plaignait d'une dyspnée intermittente mais il avait toujours que

son KENSEN, son KARDEGIC, donc il a fait sa poussée d'insuffisance cardiaque là, au mois de Septembre, donc en sortant de l'hôpital il était au KENSEN 16, au LASILIX 40 et au bisoprolol 1,25 et toujours sous KARDEGIC. Donc après une semaine plus tard, on avait augmenté le KENSEN, conservé la même dose de CARDENTIEL…une semaine plus tard…tu vois en 2006 on ne faisait pas encore des NT Pro BNP, c'est venu après…

Donc on a augmenté un petit peu le bisoprolol à 1 matin et soir, pour……et puis 1 comprimé et demi de KENSEN et une semaine plus tard on est passé….

I : A du 2,5…ah oui vous aviez bien monté à 2,5 1 le matin….

M : Voilà, on est passé au 2,5 puisqu'il le tolérait relativement bien et après pourquoi il le tolérait pas…donc là c'était pour son problème de….voilà KENSEN à 32, reprendre le FUROSEMIDE et c'est là où il a arrêté…alors peut-être que c'était à cause du problème pulmonaire intercurrent qu'on avait arrêté le….là, je ne vois pas bien, là….

I : D'accord, ah c'est pas facile….

M : Pourquoi on avait arrêté?... et du coup après…

I : Mais vous vous rappelez…

M :Il a été hospitalisé, là, entre les deux, tu vois…

Entre le 17 et le 15, c'est là où il a eu….il est ressorti de l'hôpital avec simplement 16 mg de CANDESARTAN donc d'ARAII et 40 mg de LASILIX et toujours le KARDEGIC…Après on a arrêté le LASILIX petit à petit….

I : ANTI-ALDOSTERONE ça n'existait pas à l'époque ?

M : Si, mais là je ne sais pas pourquoi il n'en a pas eu…si, si des petites doses d'ALDACTONE c'était aussi une indication de l'insuffisance cardiaque.

I : Vous avez eu des patients qui en avaient eu….

M : Alors moi, j'ai connu l'insuffisance cardiaque, j'ai traité des OAP à domicile avec du LASILIX intraveineux et des bouffées de NATISPRAY et puis à l'époque les IEC étaient en expérimentation à l'hôpital même. On les mettait sous DOBUTREX Sous ALPHA stimulants et puis ils ressortaient de l'hôpital, ils étaient à peu près bien et un mois après ils y retournaient parce que…..les IEC nous ont changé la vie…

I : Vous avez remarqué…

M : Ah oui, parce que au départ, même en expérimentation à l'hôpital, les patients allaient chercher leur ordonnance à l'hôpital, c'était des petites doses d'IEC que l'on augmentait progressivement et bien les patients étaient considérablement améliorés.

Moi, j'ai eu des patients en insuffisance cardiaque qui ne pouvaient aller que du lit au fauteuil et qui ont trainé comme ça des mois à domicile avant de mourir parce que l'on avait rien d'autre à leur proposer…

I : Du coup, vous n'avez pas de peur à titrer les IEC et les bêtabloquants ?

M : Non, en y allant progressivement, tu vois, quitte à faire venir le patient toutes les semaines au cabinet…Et ça permet de le surveiller, alors nous, on a de la chance, on est à A., on a un laboratoire d'analyses pas très loin, donc effectivement toutes les

semaines effectivement on surveille la tolérance au niveau rénal et de l' IEC parce que ils n'ont pas forcément eu une écho des artères rénales avant…

I : Bien sûr…

M : Donc, en général ces gens, ils ne sont pas tout neufs, ils sont poly-pathologiques potentiels donc on est obligé d'aller très progressivement en surveillant non seulement la clairance mais la kaliémie…

I : Sous ALDACTONE aussi ?

M : Voilà, Sous ALDACTONE c'est pareil, même schéma…

I : Des patients à domicile un peu éloignés vous en auriez de ces cas-là qui posent problème ?

M : Et bien ils sont tous dans un rayon quand même assez près…avant j'en avais au M. mais maintenant il y a un médecin là-bas. Donc M. c'est un petit peu dans la montagne, ça faisait à peu près une douzaine de kilomètres d'ici quoi, dans la montagne un peu perdu, c'est un village un peu perdu…mais là, on a une consœur qui s'est installée….

I : Vous n'y allez plus trop….

M : Je n'ai plus de patient là-bas…

I : D'accord…les patients et l'observance dans l'insuffisance cardiaque c'est par rapport aux effets secondaires, ce que vous me disiez ?

M : Alors lui c'était un patient hautement inobservant parce qu'en plus il avait tout un tas d'idées préconçues sur les médicaments et il s'est retrouvé souvent en poussée d'insuffisance cardiaque parce qu'il arrêtait les médicaments, ilne se rendait pas compte qu'il était extrêmement fragile et il a quand même vécu 10 ans après cette grosse poussée d'insuffisance cardiaque, il a quand même vécu 10 ans…

I : Est-ce que vous arriviez à lui faire.... à essayer de lui faire….

M : Alors très difficilement et même avec l'aide du cardiologue, alors attends je vais te montrer un des derniers courriers du cardiologue parce qu'en fait il empile tous ses courriers, tu vois….donc décompensation cardiaque en 2006, donc celui-là tu as tout le résumé du patient, donc stimulation triple chambre alors tu vois à l'époque lui il metfraction d'éjection à 31…

I : Ah, lui il était bien altéré…

M : Donc après fraction d'éjection 35 en 2009…

I : Sous traitement ?

M : Sous traitement. 33 en 2011. Mais ce patient il était quand même à domicile.

Bon après sa chute il est allé à T. en SSR, donc polytraumatisé, AIT type aphasie, ah voilà, après arrêt du KARDEGIC….

I: Ah oui…

M : Parce qu'il avait des hématomes post-chute et du coup, il y a quelqu'un qui a arrêté le KARDEGIC en disant « Oh là la il n'en a pas besoin » : moralité il a fait un AIT. Tu vois il faut se méfier, à l'hôpital, ils font des fois des trucs, nous on sait…moi, je ne suis pas quelqu'un qui est un gros prescripteur, je pèse le pour et le contre de ce que je dois enleverdans les ordonnances, mais des fois à l'hôpital, effectivement, on a quand même des ordonnances parfois à rallonge…

I : Bien sûr…

M : Même si on essaye d'élaguer, à l'hôpital ils hurlent quand ils voient des ordonnances comme ça, tu es passé à l'hôpital tu sais ce que c'est…ben évidemment oui, donc ils essayent d'arrêter. J'ai plusieurs cas moi, j'ai une patiente, bon elle avait quand même 92 ans, elle est rentrée à l'hôpital pour insuffisance rénale et intoxication

à la Digitaline parce qu'en fait elle avait beaucoup maigri, du coup sa dose de Digitaline n'était plus adaptée et elle s'estmise en insuffisance rénale, ils ont arrêté tous les médicaments en disant qu'à son âge les statines étaient pas indispensables. Or elle avait un réseau artériel complètement mité donc puisque elle avait eu une coro qui montrait une atteinte, elle avait eu des échos des TSA et des membres inférieurs, elle avait vraiment…sa vie tenait à un

cheveu.... et bien cela ne l'a pas tenue longtemps parce que le jour même où elle a arrêté tous les médicaments elle a fait un AVC massif. Parce qu'en fait la statine, c'est pas seulement pour faire baisser le cholestérol, cela a un effet anti-plaque, moi je suis persuadée que cela a un effet majeur.

I : Oui c'est intéressant, et quand vous êtes des fois contre une modification de traitement ou de sortie d'hospitalisation ?

M : Ah bien je le modifie…

I : Vous modifiez…

M : Ah oui, par exemple, le patient dont je te parlais qui est rentré à domicile, il a fait une poussée d'hypertension à l' hôpital à 20, ce patient il est toujours plutôt hypotendu, chaque fois qu'il voit le cardiologue en ambulatoire il lui met un traitement anti hypertension. J'ai dit à sa femme « vous ne lui donnez pas sans mon accord, moi je repasse vérifier ou je l'enlève »…en sortant de l'hôpital il l' a pris, il a fait un malaise hypotensif et il a fallu appeler les pompiers pour le relever parce que sa femme ne pouvait pas le relever et quand les pompiers sont arrivés il avait une tension à 10 alors qu'il était allongé par terre depuis un bon moment, donc elle était déjà certainement remontée... tu vois sur un type de 90 ans ça peut faire des dégâts cérébraux quand même ce genre de gymnastique, donc, du coup moi, j'ai supprimé, j'y suis allée le

lendemain matin, j'ai supprimé l'antihypertenseur, en plus c'était de l'AMLOR, tu vois un peu c'est quand même puissant l'AMLOR.

I : D'accord.

M : Donc tu vois c'était vachement intéressant parce que lui il avait une fraction d'éjection…

I : Altérée…

M : Très très altérée, voilà, L'ARA II avait été arrêté pour hypotension, poursuite du KARDEGIC, du coup moi, j'avais remis après l'ARA II, malgré ça il a refait des poussées d'insuffisance cardiaque, mis sous LASILIX et INSPRA voilà, de nouveau dyspnéique mais avait arrêté le traitement depuis 15 jours…

I : Oui…donc il n'était pas observant…

M : Tu vois : patient inobservant. Le nitré était mal toléré parce que cela lui donnait des maux de tête, c'est souvent l' inconvénient…des dérivés nitrés…ou les fluschs, ça donne des grosses bouffées vasomotrices et des maux de tête.

I: En fréquence cardiaque, vous vous donnez une cible à atteindre avec les bêtabloquants ?

M : *Ben, en dessous de 50 je me méfie quand même,*

I : Oui, vous allez jusqu'à…

M : Mais jusqu'à 50 je ne m'affole pas.

I : Donc pour terminer, vous m'avez dit ; pas de soucis pour oser modifier des traitements instaurés si vous considérez qu'ils ne sont pas parfaitement adaptés…Et à l'état stable, est ce que vous…si le patient est stable... Par exemple, ce patient,

quand il était stable, est ce que vous aviez quand même tendance à essayer de titrer les médicaments si c'est pas à dose cible ?

M : *Non, je laissais le même traitement. Un patient qui est stable, je ne me pose vraiment pas de question parce que chaque fois que je m'en suis posé, que j'ai voulu bricoler ça c'est terminé en catastrophe. Un patient qui est stable,bon, je vais me poser des questions par exemple, s'il a une forte dose de diurétiques en me demandant pour sonconfort, parce que il ne faut pas oublier que…Moi, j'ai un patient qui a aussi un problème d'HTAP, qui est un patientâgé, il avait 500mg de LASILIX, le FUROSEMIDE 500 que j'ai essayé de diminuer mais dès que je divisais la dose par*

deux ça se passait moins bien…Tu vois, là c'est des trucs que je maitrise pas bien par contre 500 mg de LASILIX, mais bon, du coup quand le patient est stable je touche pas trop, je bricole pas trop.

I : En général, oui…. Et quelles ressources vous utilisez, sur quoi vous vous basez chez l'insuffisant cardiaque ? les recommandations, les courriers des cardiologues ?

M : *Essentiellement les courriers des cardiologues, parce que les cardiologues avec lesquels je travaille ils sont au courant des dernières nouveautés et de ce qui se fait dans les congrès, maintenant on parle beaucoup de l' ENTRESTO mais encore un médicament hospitalier enfin à délivrance par la pharmacie de l'hôpital. C'est pas encore disponible en ville même si nous on pourrait le prescrire parait-il, mais moi, je ne m'y risquerais pas. J'ai trop l'habitude de travailler…tu vois autant instaurer de l'ALDACTONE, du LASILIX, un dérivé nitré, un bêtabloquant à la*

limite, un IEC, ça ne me pose aucun problème, autant…surtout que j'ai un électro donc je peux faire un électro

avant…

I : Vous faites un électro ?

M : *Mais autant, je ne me risquerais pas à prescrire un traitement tout nouveau même l'ENTRESTO qui en fait reprend d'anciens médicaments, c'est pas non plus une nouveauté, hein puisque c'est un mélange d'IEC….*

I : De Sacubitril

M : Oui il y a quand même un nouveau médicament, je ne sais pas si il y est déjà l'ENTRESTO, là…tu as déjà l'habitude toi, de l'utiliser ?

I : Non, et puis on n'en parle pas dans notre thèse justement parce que c'est trop récent…

M : C'est tout nouveau……SACUBITRIL sur la pharmaco….moi je suis une passionnée, enfin passionnée c'est un grand mot de pharmaco…

I: Il joue sur le BNP, je crois…

M : E*t je trouve que vous les jeunes internes vous êtes très mal formés en pharmaco….*

I : Oui, ce n'est pas faux.

M : J'essaye de donner l'habitude à mes patients d'aller sur la rubrique pharmacodynamie et pharmacocinétique. Je pense que c'est vraiment très très important, c'est des données qu'il faut connaître et quand tu les connais pas il faut aller les voir, surtout savoir à quelle classe appartient le médicament donc ce médicament c'est un nouvel antagoniste de l'angiotensine qui agit sur le système rénine angiotensine…

I : Sur le BNP… d'accord bon et bien on a fait….presque le tour….

M : Mais là, je ne maitrise pas du tout, moi, même si cela m'intéresse…

I: Donc, oui, si vous avez envie d'augmenter, vous augmentez... et puis les consignes du cardiologue. Oui le fait d'avoir des cardiologues avec qui vous vous entendez bien, cela change les choses pour vous…

M : *Par exemple le cardiologue avec qui je travaille préférentiellement, et ma remplaçante elle le sait, c'est une de mes anciennes internes... Quand elle est embêtée, elle envoie le tracé de l'électro par mail et il lui répond en lui disant « tu peux faire ça ou tu me l'envoies ». Il trouve toujours un créneau pour voir les patients en urgence…ce qui est pratique, parce que quand on est au fin fond de la campagne, on est obligé de se débrouiller…*

I : Bien sûr…concernant les recommandations de l'HAS sur l'insuffisance cardiaque, vous trouvez qu'elles sont adaptées ?

M : Alors cela fait longtemps que je n'y suis pas allée, alors bonne question, je ne sais pas si il y a des reco réçentes…

I : Pas très….non…

M : *Il ne me semble pas…Alors HAS…recommandations….alors je trouve qu'en plus….ça a changé…la présentation…*

I : C'est pas très…

M : C'est merdique au possible, alors qu'avant je t'assure, ils avaient une présentation hyper simple…

I : C'est pas très clair…oui

M : Pour les reco, tu les trouvais tout de suite, là tu trouves rien, on va mettre insuffisance cardiaque et on va voir si on trouve ce qu'on veut…..du coup, j'y vais très peu….alors on peut aller là-dessus, alors insuffisance cardiaque parcours de soins, comment organiser la sortie des patients, alors ça date du 15/05/2012, là du

26/06/2015, c'est pour ça que depuis il y a une cotation pour le généraliste. Pour le généraliste, il y a une cotation pour suivi, sortie d'hôpital, quand tu vois le patient tu côtes, alors je ne me souviens plus, l'autre jour j'ai cherché, je ne me rappelle plus…

I : Mais c'est que pour l'insuffisance cardiaque, non ? C'est dans toutes les sorties d'hôpital ?

M : Non, il y a une cotation spécifique insuffisance cardiaque…je ne me rappelle même plus comment on côte ça…après ils ont fait aussi pour sortie de l'hôpital…tu vois MIC, la cotation MIC…

I : Deux consultations…

M : Voilà, c'est 2C, c'est spécifique de l'insuffisance cardiaque alors on va aller sur la nomenclature…

I : Ça ne vous donne pas plus de temps pour la consultation….

M : Si, justement le fait d'avoir 2 C, moi cela me permet de…

I : D'adapter un peu le traitement… c'est tout récent en fait…

M : Oui, c'est tout récent…

I : Je l'avais vu dans le quotidien du médecin…

M : Aide à la cotation, voilà, alors est- ce que c'est là que je vais le trouver? …situation particulière….

I : C'est pas très clair….non plus….

M : Non, mais j'ai galéré pour trouver la réponse à ma question….post-hospitalisation, on va voir…alors tu as un suivi post-hospitalisation mais tu avais un truc spécifique suite d'hospitalisation pour décompensation d'insuffisance cardiaque et c'est MC….

I : Ils ne disent pas ce que l'on doit faire par contre, au cours de cette consultation….d'accord…

M : Voilà, si : évaluer le niveau d'information du patient et sa compréhension de la pathologie et des signes d' alarme. Réévaluer les principes d'efficacité et les signes d'intolérances du traitement, mise en œuvre d'un plan de soins en concertation avec le cardiologue correspondant sur la nécessité de consultation éventuellement et veille de l'adéquation entre les besoins du patient et les moyens mis en place.

I : Ah c'est qu'une fois évidemment….

M : Et c'est dans les 2 mois suivants la sortie de l'hôpital.

I : D'accord…

M : Tu vois, donc cela répond à des besoins bien spécifiques du suivi du patient.

I : C'est plutôt un bon point.

M : Oui mais ce n'est pas vieux, cela date de 2015…moi, c'est la première année que je l'applique, je l'ai appliqué deux fois et pourtant des patients en insuffisance cardiaque... Bon, là tu vois je t'ai donné les deux plus marquants mais j'ai eu une autre patiente qui n'était pas une insuffisante cardiaque connue, c'est une dame qui avait une HTA, qui a une prothèse de hanche et en sortant de l'hôpital, c'est pareil, c'est quand même relativement récent, et donc on a géré ça en ambulatoire avec le cardiologue. Donc et bien on va aller sur sa plaquette : voilà , dyspnée d'effort et

de repos, ah oui, elle était quand même déjà en fibrillation auriculaire, tu vas voir la suite. Voilà le courrier il est là, donc, pas de signes cliniques d'insuffisance cardiaque donc ça c'était au mois de janvier, donc elle était en FA, je l'avais envoyé pour FA donc, avant sa pose de prothèse de hanche, du coup fraction d'éjection 65% , CHADS

VASC à 4, XARELTO 15, biologie demandée pour évidemment la filtration, LODOZ à poursuivre. Voilà donc il l'a revoit une semaine après, non,

deux semaines après, prise de 4 kg, crépitants pulmonaires toujours en FA, décompensation cardiaque globale mise sous LASILIX 80, hémigoxine, ALDACTONE 25 et toujours son LODOZ et son XARELTO.Alors une semaine après, non, un mois après : stabilité cardiovasculaire, pas de signes cliniques et arrêt du XARELTO minimum cinq jours avant la chirurgie. Donc on l'a revue quand elle est sortie de l'hôpital, moi, je l'ai vue à domicile, elle a fait une poussée d'insuffisance cardiaque en sortant de l'hôpital que j'ai traitée parce qu'ils avaient tout arrêté, évidemment. Et du coup, là il l'a revue il n'y a pas longtemps mais en fait son Pro BNP n'avait pas beaucoup bougé.

Moi, je l'avais revue, tu vois, visite après, donc elle a eu sa prothèse le 19/03 donc moi je l'ai vu le 01…. Sortie hier de l'hôpital sans autre traitement que LOVENOX, sans explication sur l'arrêt des autres traitements. Donc elle était en FA rapide, j'ai repris l'HEMIGOXINE, donc examen négatif pas d'OMI, grosse cuisse en rapport avec l'hématome, ça c'était le 1er Avril et donc du coup, 1er Avril, je l'a revois une semaine après OMI bilatéraux depuis 3 jours avec dyspnée, prise de 3 kg, polyurie nocturne, reprise du LASILIX pendant 5 jours à 2 puis 1 seulement le matin,

ALDACTONE…

I : ALDACTONE…

M : LODOZ 5 et poursuite de l'HEMIGOXINE donc j'ai recommencé les deux à plus faible dose parce qu'elle était à 10 mais exprès pour pouvoir surveiller. Donc je l'ai revue une semaine après, enfin deux semaines après, entre temps il y avait eu l'arrêt du LOVENOX et la reprise du XARELTO, donc la tension était correcte, elle avait encore un petit peu des œdèmes surtout du côté opéré, urgenturie ancienne donc

j'ai introduit une anticholinergique à visée urinaire… et poursuite de la l'HEMIGOXINE…

I: Et pourquoi elle a eu du LERCAN après…

M : Du LERCAN où ?

I : Et bien j'ai vu après….

M : Non, ça c'était avant…

I : Ah, c'est avant, pardon…

M : Si tu veux, ça monte comme ça, c'est dans l'ordre…..Et donc, trois semaines après : marche sans canne sans boiterie, elle est venue au cabinet, elle se trouve dyspnéique mais en fait elle avait de franc crépitant des bases, elle avait quand même des œdèmes stables, tension normale, donc du coup, je n'ai pas modifié le traitement, là.

I : Si c'est stable….

M : Bon après, elle a eu une sciatique, hop….Au mois, de Juin, dyspnée d'effort et de repos même la nuit, donc mais elle avait une Sat. normale, moi j'ai un saturomètre au cabinet, donc toujours en arythmie pas trop rapide, pas d'OMI, en fait elle avait une hypotension orthostatique et je pense que j'ai allégé le traitement.

I : D'accord…

M : En fait, après, si tu veux, elle avait tellement peur de faire une poussée d'insuffisance cardiaque que dès qu'elle avait la moindre dyspnée, elle pense qu'elle refait une poussée, tu vois on l'a trop bien éduquée finalement, onlui a dit que dès qu'elle était essoufflée, fallait quand même qu'elle re-consulte, hein dans les consignes…

I : C'est bien….

M : Pour éviter une hospitalisation, nous, cette dame tout à été géré en ambulatoire, elle n'a pas été hospitalisée pour l'insuffisance cardiaque.: Donc, on peut gérer ça. Bon, il faut bien connaître les médicaments que l'on utilise.

I : La notion qu'il y a des doses cible, ça vous le saviez ?

M : Non.

I : Sur le bêtabloquant, l'IEC…

M : Non.

I : Vous essayez de les augmenter en fonction…

M : De la tolérance et puis du résultat de chez le cardiologue en fait…parce que moi, je n'ai pas d'écho cardiaque, donc la fraction d'éjection c'est quand même un critère de surveillance qui rentre dans la surveillance. Il y a la clinique mais après...d'ailleurs les cardiologues en général, c'est des gens qu'ils veulent revoir tous les deux à trois mois dans les suivis de poussées.

Voilà, je ne sais pas si j'ai répondu à toutes tes questions ?

I: Merci bien. Parfait.

Entretien 17

I : On va discuter des patients insuffisants cardiaques et plus précisément de ceux qui à l'échographie ont un ventricule qui est fatigué. Le but ce n'est pas de juger les gens, de savoir ce que l'on devrait faire mais de savoir ce que vous faites, vous, dans votre cabinet et pourquoi vous le faites. C'est ça qui est intéressant. Donc moi, ce que je vous propose c'est d'essayer de vous rappeler d'un de vos patients dans cette situation d'insuffisance cardiaque et puis ensuite on discutera autour de ce patient-là. Vous avez un patient en tête ?

M : Euh comme ça concrètement, je vais essayer de trouver…on en a tous pas mal….

I : Vous avez beaucoup de patients qui sont dans cette situation d'insuffisance cardiaque ?

M : Oui, insuffisance cardiaque à fraction….

I : D'éjection altérée…

M : Cliniquement on voit plein de formes d'insuffisance cardiaque et c'est parfois un peu confusiogène toutes les formes d'insuffisance cardiaque…je vais rechercher par antécédents….il y en a qui sont décédés…..

I : Ils peuvent être décédés…c'est pas du tout un souci, le premier patient qui vous vient en tête dans cette situation.

M : On peut prendre le premier de la liste….c'est une insuffisance cardiaque récente…

I : D'accord, ce patient là il a quel âge ?

M : C'est un patient de 82 ans, de sexe masculin, euh qu'est-ce que tu veux savoir sur ce patient ?

I : Et bien notament s' il a des comorbidités... tout cela.

M : Oui tout a fait, c'est un patient qui est poly artériel, qui a…l'insuffisance cardiaque elle a été diagnostiquée en Janvier 2016, il a un antécédent de fibrillation auriculaire en 2004, il a surtout une artérite des membres inférieurs en 2003 qui a bénéficié d'une sympathectomie lombaire droite, il a une hypertension artérielle, il a une insuffisance coronarienne avec un double pontage en 1983 et un triple pontage en 1997, donc d'un point de vue cardiaque voilà à peu près ces antécédents.

I : D'accord, du coup je vois qu'au niveau de ce patient, au niveau de ses traitements…vous savez un peu…

M : Je reprenais un courrier parce que il a eu des soucis ce brave patient, il a en fait, à force de…..avec son insuffisance cardiaque, il a une insuffisance coronarienne du coup il a aussi une insuffisance rénale chronique qui va commencer à s'aggraver d'ailleurs, stade 4, et du coup on a pris un avis néphrologique. Il a un syndrome cardio-rénal et puis une anémie, un contexte qui ne favorise pas l'affaire. Comme traitement, il a du PREVISCAN enfin on parle en DCI, il a de la FLUINDIONE, il a de la PRAVASTATINE 40 mg, il a du CLOPIDOGREL 75, il a AMLODIPINE 5mg….tu veux les dosages ou pas…

I : Oui.

M : Je sors l'ordonnance.....PREVISCAN il en prend un demi le soir, PRAVASTATINE 40 mg 1 comprimé le soir, le CLOPIDOGREL 1 par jour, AMLODIPINE 1 par jour, FUROSEMIDE 40 mg il est à 2 comprimés le matin et 1 comprimé le midi, il a du chlorure de potassium 2 gélules par jour après je ne sais pas si cela t'intéresse, il a un complément de traitement avec de la PAROXETINE, du PANTOPRAZOLE, de la tamsulosine et puis des traitements locaux bétaméthasone et cromoglicate de sodium.

I : Bon, je vois que c'est un patient, effectivement qui a de multiples antécédents. Est-ce que dans les consultations ce caractère poly pathologique vous gêne ou pas ?

M : Dans la consultation ?

I: Oui

M : Oui ça gène parce que cela rajoute à la complexité, c' est-à-dire que….parce que du coup le patient est potentiellement fragile, il a…il peut facilement décompenser, l'un de ses éléments et puis tout est imbriqué, on voit bien que l'insuffisance coronarienne engendre à la fois un insuffisance cardiaque, à la fois un bas débit qui va engendrer une insuffisance rénale qui elle-même va nécessiter une adaptation des traitements, qui va limiter les traitements pour l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance coronarienne et puis voilà du coup c'est…cela rajoute beaucoup de complexité. A cela se rajoute éventuellement les effets secondaires des traitements et puis et bien du coup dès que l'on veut modifier ou introduire un nouveau médicament, on est obligé de tenir compte de l'ensemble des pathologies du patient et de tenir compte de son âge, de son environnement, donc en plus de la complexité biomédicale il y a une complexité biopsychosociale qui interfère.

I : Et bien justement, j' allais poser la question, est ce que l'âge intervient dans votre façon de traiter, dans votre façon d'utiliser les traitements de l' insuffisance cardiaque.

M : Oui, bien évidemment, l'âge influence forcément, déjà de par le fait qu'il y a souvent plus de pathologies avec l'âge, il y a aussi une moins bonne tolérance éventuellement des traitements, il y a aussi une fragilité qui peut s'installer donc il faut en tenir compte, il peut y avoir aussi la solitude, de l'isolement cela rajoute à la fragilité donc il faut tenir compte de tout ça. Par rapport à l'âge il va y avoir éventuellement une fonction rénale altérée donc par rapport aux thérapeutiques par rapport à l'insuffisance cardiaque, il va y avoir éventuellement plus de complications, voilà, forcément l'âge cela joue dans

beaucoup de choses. Après dans les thérapeutiques elles-mêmes, à savoir l'utilisation des molécules, il y a l'insuffisance cardiaque, les diurétiques on peut les utiliser, les IEC si la fonction rénale le permet il n'y a pas de contre-indication liée à l'âge, les bêtabloquants en général on n'adore pas avec l'âge mais on peut tout à fait les utiliser, voilà on peut utiliser normalement la plupart des molécules…..de l'insuffisance cardiaque…..

I : D'accord

M : Donc du coup, ce sera plutôt sur l'environnement du patient et sa tolérance clinique…

I : D'accord, il y a quelque chose qui est intéressant c'est que les bêtabloquants, « on n'adore pas avec l'âge », est-ce que vous pourriez m'en dire plus ?

M : Alors, si je ne dis pas de bêtises…..

I : Vous dîtesce que vous pensez, c'est ce qui est intéressant pour…

M : C'est ce qui est intéressant pour….en fait, on se rend compte que dans les études qui ont été faites sur l'insuffisance cardiaque et sur les bêtabloquants, on sait que l'on a tout intérêt, même avec l'âge, à introduire des bêtabloquants. Pour autant, quand on regarde ces molécules et que l'on regarde les précautions d'emploi, généralement l'âge rentre en compte et on sait qu' il y a certains patients qui tolèrent mal, avec l'âge, les bêtabloquants. Mais ça arrive aussi avec les jeunes, mais avec l'âge les conséquences sont plus marquées, puisqu' on voit qu' il y a certains patients qui sont extrêmement ralentis, j'ai en tête une patiente assez fragile chez qui on a dû introduire des bêtabloquants et qui s'est retrouvée complètement grabataire. Voilà.... donc il y a quand même une précaution d'emploi, il n'y a pas une contre-indication mais une précaution d'emploi chez ces patients potentiellement fragiles et qui sont peut-être plus sensibles aux effets secondaires.

I : D’accord est-ce que cela les fatigue ?

M : Certains patients effectivement sont fatigués, d’autres peuvent faire éventuellement des malaises, d’autres encore vont se retrouver ralentis sans forcément que l’on identifie exactement le médicament mais c’est vrai que en général on est quand même prudent.

L : D’accord…

M : En tout cas à l’introduction…

I : Et vous parliez aussi de l’isolement des personnes âgées, est-ce que cela va changer quelque chose dans votre attitude thérapeutique ?

M : Ben, l’isolement, justement cela veut dire que……l’isolement peut jouer dans le retentissement déjà de l’insuffisance cardiaque, parce que il va peut-être être plus essoufflé ou moins autonome et puis peut-être plus vulnérable. Et puis effectivement quand on introduit ce type de molécule, il faut quand même s’assurer qu’il n’y ait pas un retentissement sur l’état général, sur son tonus, sur son état de fatigue parce que s’il est plus fatigué, qu’il se dénutrit, faut pouvoir s’en assurer.... ou qu’il fait moins les courses, moins autonome, si aussi, il peut faire des risques de chutes, des risques de malaises, forcément en étant seul à domicile ce n’est quand même pas l’idéal.

I : D’accord, donc au niveau des traitements du coup, vous êtes plus……quand ils sont tout seuls…isolés vous êtes…..

M : Je ne pense pas que cela soit une contre-indication absolue aux médicaments puisque ce qui est important c’est quand même leur santé, mais par contre on va tenir compte de tous les cercles de l’EBM (Evidence Based Médecine) c’ est à dire pas seulement tenir compte des recommandations scientifiques sur l’insuffisance cardiaque, mais tenir compte du patient et puis effectivement de son état de santé en général et de son environnement. Donc les médicaments, on va les utiliser avec

précaution. A savoir un médicament qui pourrait être très bien indiqué mais qui va être compliqué à introduire ou qui va interagir avec d'autres médicaments et que l'on n'a pas moyen d'évaluer : je pense qu'il faut y réfléchir à deux fois.

I : D'accord, donc ce patient-là vous avez dû prendre un avis nephro lié à son insuffisance rénale, du coup est-ce que c'est facile d'avoir un avis néphrologique ?

M : Non, la réponse est non, à la limite c'est pas aussi difficile que ça, c'est un peu compliqué…là en l' occurrence sur G. , cela se passe maintenant principalement par le CHU et il faut faire un courrier assez complet de demande de consultation. Alors après ils peuvent dispenser soit un avis, soit demander des renseignements complémentaires, sur des éléments que l'on n'a pas toujours parce que l'on n'est pas des néphrologues dans l'âme. Voilà... mais c'est l'occasion de les demander et puis voilà... et en fait, finalement ils sont assez réactifs à nos demandes par courriels, cela demande juste le temps de faire cette demande mais normalement cela marche pas si mal que ça.

I : D'accord donc c'est possible mais un peu chronophage….

M : C'est possible, un peu chronophage, un peu compliqué parfois mais pertinent.

I : Et du coup cela vous arrive des fois d'avoir besoin d'un avis néphro mais de vous dire « cela va encore me prendre du temps…. »

M : Alors là où ça joue c'est que autant avant, vous avez dû connaître un peu toutes ces phases, c'est-à-dire que avant on ne demandait pas si facilement un avis néphro parce que quelque part l'altération de la fonction rénale avec le temps et avec l'âge et avec certaines pathologies étaient plus ou moins physiologique.... Après il y a eu la mode du…..dès que la créatinine, dès que l'insuffisance rénale était modérée il fallait un avis néphro donc la plupart des patients avaient vus un néphrologue. Puis après, face à l'offre médicale de néphrologues sur le secteur, il a fallu que

l'on s'adapte, on a, à nouveau, moins demandé d'avis néphrologiques et puis là ma conduite moi, personnellement, c'est de demander un avis néphrologique dès qu'il y a une aggravation de la fonction rénale ou alors une dégradation de la fonction rénale suffisamment significative pour qu'il y ait besoin d'une intervention. Voilà. Après, les éléments à surveiller chez des patients en insuffisance cardiaque, en gros on les sait à peu près, c'est-à-dire les médicaments qu'il faut surveiller qui sont potentiellement néphro-toxiques, c'est ceux-là que l'on va modifier en priorité.

I : Et du coup, comment vous vous débrouillez pour manipuler les IEC chez ces patients insuffisants rénaux ?

M : Et bien en fonction du DFG, la clairance de la créatinine, en gros si on a une insuffisance rénale modérée, on essaye de maintenir les IEC à dose normale en adaptant bien sûr, aux précautions d'emploi. Et puis, dès lors que l'insuffisance rénale devient plus importante, à ce moment-là on arrête les IEC et puis on se débrouille avec le cardiologue, parce que les choses deviennent un peu plus complexes, pour essayer d'optimiser le traitement du patient.

I : D'accord, si l'insuffisance rénale est trop sévère, vous voyez avec le cardiologue ?

M : Oui éventuellement avec le cardiologue, éventuellement avec le néphrologue pour adapter le traitement.

I : D'accord, d'accord et au niveau limite que vous vous accordez, pour la tension par exemple avec les IEC ou les bêtabloquants, vous avez un chiffre au-dessous duquel vous vous dites « là j'augmente plus ou je baisse les traitements » ?

M : Non, non, pas de chiffre maximal, enfin en l'occurrence la question c'est plutôt sur la minimale, non je n'ai pas de chiffre minimal pour moi c'est la tolérance clinique que j'ai en tête. C'est-à-dire que l'on sait, les études qui ont été faites avec des fortes doses de médicaments et l'on sait que si on n'utilise pas ces doses là, on ne sait pas vraiment

ce que l'on va donner et on rentre un peu plus dans l'inertie thérapeutique. Et donc l'idée c'est quand même de les mettre à pleine dose et éventuellement de les diminuer s'ils sont mal tolérés d'un point de vue clinique ou éventuellement au niveau de la fonction rénale bien évidemment, mais voilà c'est un peu la notion que j'ai.

I : D'accord, donc là vous essayez d'atteindre des doses cibles si j'ai bien compris et du coup cette notion de dose cible, est ce que vous vous rappelez où vous en avez entendu parler…

M : De dose cible….

I : De dose cible dans l'insuffisance cardiaque….

M : Où est ce que j'en ai entendu parler ?

I : C'est pas une question facile….

M : J'en ai entendu parler et dans les études, alors lesquelles ?....sur l'insuffisance cardiaque, il y en a eu pas mal, alors dans les études que l'on a pu lire, sur les formations sur le sujet, que l'on a pu voir soit par les cardiologues référents, par les formations dispensées soit par les organismes de formation, G form…..

I : D'accord, d'accord et au niveau fréquence cardiaque, notament avec les B- vous avez une fréquence cardiaque au-delà de laquelle vous dites, là je ne bouge plus, ou vous descendez les traitements ? Dans votre pratique à vous ?

M : Alors en théorie, j'ai peu de patients avec des fonctions cardiaques très altérées, en dessous de 40 %, j'ai généralement. Du coup je ne peux pas généraliser, en général quand la fraction d'éjection commence vraiment à s' altérer c'est une question que l'on discute avec le cardiologue, pour justement essayer d'optimiser les traitements. Mais effectivement, c'est quand même quelque chose que moi personnellement, je travaille beaucoup avec le cardiologue.

I : D'accord. Votre patient dans ses antécédents il avait notamment une AOMI, du coup à un moment il avait eu des bêtabloquants, est- ce que cela vous gêne cet antécédent d'AOMI et puis les bêtabloquants ?

M : Il y a 5 ans, 10 ans cela m'aurait gêné, extrêmement gêné, maintenant on sait que c'est une contre-indication relative et voir même qu' il serait question d'introduire les bêtabloquants dans les AOMI, après c'est sûr que l'introduction elle est délicate et je la délègue volontiers aux cardiologues.

I : D'accord, du coup si vous avez un nouveau patient insuffisant cardiaque qui vient vous voir et qui est stable, est ce que, du coup, vous essayez de modifier les traitements ou pas? Les traitements de fond ?

M : Un patient qui a une insuffisance cardiaque qui est stable, bien tolérée, enfin qui n'évolue pas avec un traitement que j'ai instauré ou qui a été instauré par le cardiologue ? Non ? Dans les 2 cas ?

I : Oui les 2 cas….

M : Alors si c'est le cardiologue qui l'a instauré, j'aurai tendance à respecter les doses déjà, par règle un peu de courtoisie et d'éthique….

I : D'accord…

M : Mais en ayant un regard un petit peu critique, c'est-à-dire, je pense qu'il faut un échange entre le cardiologue et le médecin traitant parce que il n'a pas forcément connaissance de tout. Après quand c'est moi qui l'ai instauré, oui je vais être d'autant plus critique sur mon traitement si je suis à dose optimale et que le patient est stable, je n'ai pas de raison de modifier le traitement.

I : D'accord, vos patients, insuffisants cardiaques, ils viennent au cabinet, ils sont à domicile, en maison de retraite ?

M : Mes patients en général ? Insuffisants cardiaques ? Je regardais dans la liste des patients, ils y en avaient qui étaient effectivement….alors il y en a qui sont décédés, il y en a qui sont…il y en a que je fais à domicile, j'en ai pas….si j'en ai 1 en EPAHD et puis le reste au cabinet.

I : D'accord. Est-ce que cela change quelque chose, le fait de voir les patients à domicile par rapport au cabinet ?

M : Dans le traitement Adaptation des traitements à l'état général du patient, et sinon sur les molécules elles-mêmes cela ne change pas…..

I : Les doses ?....Et à l'EPAHD ? Est-ce que votre attitude thérapeutique est différente ?

M : Non, à l'EPAHD en plus, on bénéficie en plus d'une surveillance clinique de la part des infirmières et puis éventuellement les regards croisés avec un médecin de la structure donc j'ai moins de complexes pour modifier ou majorer…

I : D'accord, tout à l'heure vous m'avez dit que vous n'aviez pas beaucoup de patients insuffisants cardiaques à fraction d'éjection altérée, du coup est-ce que vous pensez que le fait d'en avoir peu, d'en croiser peu cela change quelque chose dans votre façon de gérer cette pathologie ?

M : J' entends très altéré, c'est-à-dire ceux qui sont en insuffisance cardiaque mais ils ne sont pas au stade ….Est-ce que cela change quelque chose dans ma pratique ? Et bien c'est plus facile à

gérer…

I : Quand il y en a beaucoup c'est ça ? Le fait que vous ayez peu de patients insuffisants cardiaques systoliques à fraction d'éjection altérée, est- ce que dans votre

façon de gérer la pathologie…est-ce que cela change quelque chose, comparé à une pathologie que vous croiseriez beaucoup plus fréquemment ?

M : Dans la mesure où je serais plus à l'aise ou moins à l'aise ? Non, parce que la prévalence reste très importante et que c'est des patients que l'on voit régulièrement. Donc finalement, on reste assez familiarisé à l'approche de cette pathologie.

I : D'accord, vous êtes passé en cardiologie durant votre formation ou pas ?

M : Oui, mais c'était il y a longtemps….

I : C'était il y a longtemps, vous pensez que cela vous sert quand même ou finalement c'était il y a trop longtemps et que les….

M : Non, je pense que cela sert, c'est-à-dire, je pense que passer en cardiologie cela permet de dédramatiser l'utilisation des médicaments à visée cardiologique, leurs effets secondaires, leurs indications etc..... et je pense que, du coup, cela permet de mieux appréhender, je pense, la thérapeutique cardiologique lors de l'insuffisance cardiaque.

I: D'accord…

M : Même si c'est un peu vieux et que parfois il faut relire….mais c'est plus sur les troubles du rythme, je trouve, que sur l' insuffisance cardiaque qui finalement a pas trop trop évolué depuis.

I : D'accord. Tout à l'heure vous m'avez dit que si le traitement avait été mis en place par le cardiologue, du coup, par courtoisie vous n'oseriez pas forcément le toucher…. Est-ce que vous pensez que c'est le rôle quand même du médecin traitant de toucher les traitements de fond du patient insuffisant cardiaque ou c'est le rôle du cardiologue ?

M : Je crois que c'est un rôle partagé. Je pense que le cardiologue c'est généralement un bon technicien et qui saura adapter le traitement. Après nous, notre rôle c'est de

l'adapter aux patients parce que c'est notre rôle est que l'on est censé connaître un peu mieux le patient. Parfois l'on peut voir que c'est inversé, le cardiologue connaît mieux le patient que le médecin traitant donc voilà, je pense que c'est vraiment notre rôle.

I : D'accord.

M : Oui et puis je pense qu'il faut que l'on ait un regard critique sur ce que font les spécialistes d'organes.

I : D'accord, donc pour vous si il y a besoin de modifier, vous modifierez le traitement…

M : Oui, j'essayerai de prévenir le cardiologue.

I : D'accord, donc en cas de difficulté ou de questionnement, vous avez recours au cardiologue de ville c'est ça ? Ils sont facilement joignables ?

M : Ils sont facilement joignables par téléphone, par mail ou par le patient parfois, de lui donner l'information.

I : D'accord, vous avez des courriers en retour de ces consultations ?

M : Oui.

I : Est-ce que dans ces courriers, vous avez une conduite à tenir sur le fait d'optimiser les traitements ou pas ? Est-ce qu'on vous dit d'essayer de monter tel ou tel traitement, par exemple ?

M : Je ne pense pas que ce soit spécifiquement établi comme un système de protocole, je pense que c'est souvent le cardiologue, il donne l'état des lieux et il préconise un traitement mais il n'y a pas vraiment de conduite à tenir. C'est assez rare, après j'ai l'impression que l'on a quand même une confiance réciproque surtout avec les cardiologues ambulatoires sur la façon de gérer ou d'appréhender le patient dans sa pathologie.

I : D’accord, et en cas de difficulté vous avez aussi recours au service de cardiologie de l’hôpital ? Ils sont facilement joignables ?

M : Ils sont facilement joignables, oui, les peu de fois où j’en ai eu besoin, j’ai pas eu de soucis particulier.

I : D’accord, pareil en retour d’hospitalisation, par exemple, dans les courriers on vous donne une conduite à tenir ?

M : Je dirai pareil.

I : Pareil pas forcément, oui et puis vous me disiez du coup, vous lisez la littérature médicale, les lectures d’articles vous utilisez aussi les sociétés savantes pour les recommandations?

M : Oui bien sûr.

I: Vous les trouvez adaptées à votre pratique de médecin généraliste ?

M : C’est une très bonne question, je les trouve adaptées, c’est- à dire pour les sociétés savantes, elles donnent…..elles font des recommandations en fonction des données scientifiques qui sont elles-mêmes forcément pas toujours exhaustives, et donc elles donnent un état des lieux, enfin une synthèse de ces recherches adaptées à notre pratique. Après je pense que c’est quand même notre rôle de les adapter à notre patient et à notre pratique.

I : D’accord

M : Dans leur rôle, je pense qu’elles font leur rôle.

I : D’accord, vous travaillez aussi avec les infirmières pour gérer vos patients, notamment ceux qui sont à domicile par exemple ?

M : Alors, on travaille ici dans le pôle de santé avec des infirmières, des infirmières asalee et puis il y a des infirmières de santé publique et puis le réseau d'infirmières que l'on connait bien avec qui on peut avoir des échanges facilités, des concertations à domicile donc ça, ça facilite. Pour autant, je ne me souviens pas forcément avoir utilisé tous ces outils pour voir des patients en insuffisance cardiaque en tout cas pas précisément pour insuffisance cardiaque. J'ai peu utilisé les services du réseau RESIC parce que pour moi, c'était dans les patients que j'ai eu à gérer et qui nécessitaient éventuellement des échanges, je n'ai pas toujours trouvé que c'était pertinent, j'ai plus utilisé les rapports avec le cardiologue, avec le patient et l'entourage du patient.

MI: D'accord, vous leur faites des électrocardiogrammes parfois à ces patients insuffisants cardiaques pour le suivi ?

M : Oui, en général, j'essaie de les faire suivre par le cardiologue pour évaluer la fonction d'éjection par l'échographie et puis justement pour faire l'ECG. Parfois, la vie fait qu'ils ne peuvent pas avoir leur suivi annuel par le cardiologue et…ou alors une pathologie intercurrente à ce moment-là je leur fais l'électrocardiogramme.

I : D'accord, les anti-aldostérones c'est quelque chose que vous avez l'habitude de manipuler ?

M : Oui

I : Vous avez eu des soucis avec ou... ?

M : Non, jamais eu de soucis.

I : Et au final, vous diriez que vous êtes à l'aise pour manier les traitements de fond chez les patients insuffisants cardiaques systoliques ?

M : Sur une échelle de Likert, je mettrais plutôt favorable, non, je n'ai pas de gros soucis. Après, ce qui pourrait me gêner, c'est plus de prioriser en tenant compte de

spécificités très particulières de l'insuffisance cardiaque. Si on doit prioriser les traitements, lequel on va utiliser en priorité, bêtabloquants, IEC, anti-aldostérone….etc. J'ai à peu près une idée mais je ne suis pas cardiologue non plus.

I : D'accord. Bon très bien je pense que l'on a fait le tour.

Entretien 18

I: Bonjour Docteur, je suis Desbois Clément, je suis médecin remplaçant, généraliste. Je voulais vous rencontrer pour discuter des patients insuffisants cardiaques et principalement de ceux qui ont une fraction d' éjection altérée.

L' objet de notre thèse traite des traitements médicamenteux de fond de ces insuffisants cardiaques. Ce dont je voulais discuter avec vous aujourd'hui c' est de la façon dont vous gérez la pathologie, surtout les traitements.

Ce n' est pas une thèse pour juger ou évaluer les médecins, c' est un travail pour savoir, non pas ce que l' on doit faire mais ce que vous, vous faîtes et pourquoi. Donc, si vous le permettez nous allons enregistrer l'entretien. Les données seront ensuite retranscrites puis anonymisées et l'enregistrement effacé. Donc ce que je vous propose, pour que ce soit un petit peu interactif c'est que vous nous parliez d'un de vos patients insuffisants cardiaques que vous auriez en tête.

M: Oui

I: On peut utiliser l'ordinateur pour avoir ses antécédents et ses traitements.

M: Oui, donc c'est un monsieur que j'ai vu la semaine dernière, qui a comme antécédents un cancer du colon, une fibrillation auriculaire une hypertension artérielle, et voilà... qui a beaucoup de trauma divers.

I: Il a bien une fraction d'éjection altérée ?

M: Oui, très altérée, puisque je crois que, je devrais pouvoir vous dire...la fraction d' éjection elle est où ? …

I: Ce n'est pas très grave, le tout c' est qu' elle soit altérée, elle est inférieure à 40 ?

M : Non … Il faut que j' en trouve un autre alors ?

I : Pas forcément… mais un qui ait une fraction d’ éjection altérée, savoir un petit peu ses traitements, qu’ est-ce que vous avez fait pour lui ?

M:Alors lui, il était sous Préviscan, pour son ACFA, Furosémide 40, Kaléroid, et sous bisoprolol.

I: D' accord.

M: Je l' avais envoyé...il devait avoir une fraction d'éjection basse, je la trouve pas sa fraction d'éjection... C'est con, mais bon. Je l'avais envoyé parce que je pensais que c'était peut-être un candidat à avoir de l'Entresto.

I: Oui, du coup là il était au décours d'une sortie d'hospitalisation ?

M: Ah le dernier coup, non, là il est venu car il a décompensé. Oui une décompensation, je l'ai revu ce matin. Il est passé du lasilix 40 à du 250. Il avait un BNP à 4000 je crois et voilà.

I: Ca, c'est des modifications que vous avez faites vous, entre les deux ?

M : C'est des modifications que j'avais faites moi, en attendant puisque j'avais appelé, non, j'avais même pas appelé le cardio là, puisque je l' ai vu un soir, alors j' ai pas appelé.

I : Donc du coup, dans ce contexte, quels critères cliniques et biologiques vous prenez en compte pour modifier les traitement de fond?

M: La clinique, déjà les œdèmes, le reflux hépato-jugulaire, la surcharge pulmonaire c'était son cas d'ailleurs, puisque j'aurais bien aimé qu'il aille à l'hôpital mais il n'a pas voulu. Euh... Voila.

I: D'accord, concernant les bêta-bloquants, le bisoprolol, qu'est-ce que vous en avez fait ? Est-ce que vous l'avez augmenté ?

M: Non.

I : Laissé pareil?

M: Laissé pareil.

I: Il était à quelle dose?

M: 2.5.

I: Est-ce que du coup, quand vous l' avez envoyé, les cardiologues ils ont modifié les traitements à l'hôpital ?

M: Il n'est pas suivi à l'hôpital, il est suivi par D.

I: D' accord. Il n'a pas d'effets secondaires de son traitement ? type hypotension, bradycardie ?

M: Non, ce matin il était en pleine forme il m'a dit "ça y est j'ai dégonflé, je veux ressortir de ma maison. " (Rires...)

I: Du coup, chez ce patient là, vous avez juste joué sur le Lasilix ?

M: J'ai exclusivement joué sur le Lasilix, et puis je vais lui demander de reprendre rendez-vous avec D.

I: Dr D. n' a jamais instauré d' IEC , ou donné de consignes par rapport au ...

M: Il n' a pas instauré d' IEC, il n'a pas donné de consignes de ce côté-là.

I: Il a des tensions qui sont élevé ou plutôt basses?

M: Il a des tensions, normales quoi, 120/70. C' est plutôt normal.

I: D' accord, est ce que vous auriez un autre patient qui a plus de traitements de l'insuffisance cardiaque?

M: Oui, sûrement, qu' est-ce que je vais trouver? Il faut que j' en trouve un avec une fraction d'éjection basse ...ah bien oui, C. Voilà, donc il a une nécrose myocardique, une dislipidémie, et si je regarde bien, le cardio qui le suivait, c' était D. La tension à 9/7. Il est sinusal lui, fraction d'éjection à 40%.

I: Et ses traitements?

M: J'y vais tout de suite... Alors avec D., c'est toujours le problème, c'est lui qui fait les ordonnances directement mais je devrais la trouver.

I : C'est-à-dire qu'il shunte un petit peu votre prescription des traitements ?

M : C'est lui, bien... il est à la retraite maintenant... bien c'est un peu lui qui fait l'ordonnance directement pour être sûr de le revoir je pense...

I: Ah oui, alors c'est intéressant ça. Du coup, est- ce que vous cela vous incite à modifier les traitements ou pas trop dans ce contexte?

M: Bah oui, si il faut.

I: Si besoin, oui cela ne va pas vous...

M: Moi je suis pas trop...

I: Il vous transmet quand même le contenu des traitements ?

M: Non. C'est le problème de D. C'est pas forcément bien... il me dit par exemple là ça va être « je ne modifie pas le traitement ».

I: Oui, sans vous dire pour autant ce qu'il fait ou qu' il a.

M : « Cardiopathie ischémique bien compensée, je ne modifie pas le traitement…. ». Alors, là j' avais augmenté le diurétique. Donc il avait, là, début 2016, pareil, là je l' avais envoyé pour voir si l' introduction du traitement par Entresto était à discuter. Il a justement paru délicat compte tenu de l' hypotension artérielle.

I: D'accord.

M: Là je lui avais introduit du Lasilix 40 quand je l'avais vu. C'est la seule chose que j'ai au niveau des traitements, et je pense que ça va tout le temps être comme ça, sur tous ses courriers...

I: Pas évident de savoir exactement ce qu'ils ont.

M: C'est chiant ça, excusez-moi le terme, mais c'est très pénible.

I: Bon alors après, on peut parler de manière un peu plus générale sur les traitements.

M: Alors il a fini par substituer le 22 mars le Coversyl, il était Lasilix/Coversyl, et il a introduit l' Entresto.

I:D'accord, donc ça c'est une décision du cardio.

M: Oui

I: Alors après, on n'en parlait pas dans notre thèse, car c'est une nouvelle molécule. Ok, on va peut-être parler un petit peu des classes thérapeutiques. Est-ce que, par exemple, les patients qui ont des bêta-bloquants pour de l'insuffisance cardiaque, est-ce que vous avez une appréhension pour monter les traitements ?

M: Non, tant que c' est bien supporté, j' y vais.

I: Et vous vous basez sur ? La clinique ?

M: I y a la tension quand même, le rythme, quand ils sont vraiment lents, dès que l'on descend au-dessous de 52 moi je commence à avoir la trouille, donc voila.

I : Cela vous est arrivé d'avoir des effets secondaires à type d' hypotension, bradycardie sous B-?

M: Oui, oui, une fois.

I: D' accord. Le patient que vous me parliez, il est à 2,5, est-ce qu'il a déjà eu des doses plus élevées lui ?

M: Il n'a pas eu de doses plus élevées, non.

I: D' accord , il est resté à cette dose.

M: Il est parti à 1.25, il est resté à 2.5.

I : Là il n'y avait pas de frein particulier à le monter ?

M: J'aurais pu le monter oui, mais pareil, si D. ne me dit pas "tu le montes", je me dis c' est qu' il avait trouvé cela bien quoi.

I: Oui, d'accord.

M: J'avoue que je suis quand même beaucoup le cardiologue.

I : Dans le contexte de l'insuffisance cardiaque, en général?

M: Oui bien bon, au moins au départ, je veux une fraction d'éjection. Ce n'est pas moi qui vais la faire. Et après je trouve logique qu'il revoie au moins le cardiologue une fois par an. Et puis bon si entre-temps il faut adapter, moi j'adapte.

I: Avec des fois des consignes peut-être un peu plus claires ?

M: Oui.

I: Concernant les IEC, un petit peu la même question, est-ce qu'il y a des freins, à la titration des IEC ?

M: Insuffisance rénale.

I: Et vous vous donnez des limites ?

M: Oui, une clairance inférieure 30, j'ai vraiment peur.

I: Dans ce contexte, vous prenez un avis néphro, ou cardio ?

M: Pas systématiquement.

I: D'accord, est-ce que les anti-aldostérone, Eplérénone Spironolactone, est-ce que vous les maniez un petit peu ?

M: Un peu, encore un peu, oui.

I: Et chez ces insuffisants cardiaques, par exemple?

M: Oui.

I: Là il n'en n'avaient pas?

M: Ni l' un ni l' autre.

I: D'accord, on va parler un petit peu du patient, je ne vous ai pas demandé son âge?

M: 78.

I: D'accord, alors pas très âgé. Est-ce que un patient très âgé cela vous freinerait sur la montée du traitement ?

M: Pas du tout. L'âge n' influence pas, j'ai une mère, d'ailleurs j'aurais pu la prendre qui a 95 ans et qui est insuffisante cardiaque. Elle a quand même des belles doses, en principe.

I: Pas d'appréhension face à l'âge.

M: Non, pas vraiment.

I: Comorbidités, ils n' avaient pas de BPCO ces gens là?

M: Non

I: Ca, cela vous freinerait?

M: Si si, cela me freinerait sous B-, surtout sous B-.

I: Des patients isolés, à domicile.. pareil pour le suivi, la surveillance est-ce qu'il y aurait des...

M: Alors les patients isolés s' ils sont âgés je crois que je leur fait mettre une téléalarme. Ca c'est clair. S' ils sont seuls, c'est la bonne solution, sinon et bien j'essaye de leur conseiller d'alerter dès que la dyspnée augmente, dès que les œdèmes des membres inférieurs augmentent. J'essaie d'établir quelle est leur limite normale, entre guillemets. Je leur dis "maintenant si tu montes à l'étage d'habitude sans être essoufflé et que tu es obligé de t'arrêter parce que tu es essoufflé, il faut me prévenir tout de suite", ...quoi j'essaie de leur donner des critères d'alarme. Appeler oui, consulter, et puis je leur explique qu'il ne faut pas attendre 3 jours voir si cela s'améliore.

I: Oui. Alors ça, cela n' influence pas votre mode de prescription thérapeutique, a priori.

M: Non, je pense que non.

I: Et des patients avec des troubles de compréhension, par exemple qui ne verbalisent pas leur plainte ?

M: Alors des patients qui aurait des troubles de compréhension, je pense que je ferais distribuer les médocs, par l'infirmière.

I: D'accord, toujours un moyen de trouver une solution.

M: Il faut essayer de trouver une solution. Celui qui ne suit pas son traitement c'est pas bien.

I: Ok, donc toujours dans le cadre du suivi de vos patients insuffisants cardiaques, concernant vos habitudes thérapeutiques, si vos patients sont stables en dehors des décompensation, est-ce que vous avez tendance à augmenter les traitements ou ne pas y toucher ?

M: Ne pas y toucher.

I: D' accord.

M : Cela très franchement si cela se passe bien lors de la visite chez le cardio, l' écho , la fraction d'éjection ne s'est pas modifiée, ou s'est améliorée encore mieux , non je ne modifie pas.

I: En cas de décompensation, vous m'avez expliqué un petit peu, vous ajoutez du Lasilix, le bêta-bloquant vous ne le touchez pas, à priori il n'y a pas de raison?

M : A priori, je ne le touche pas, pas de grosse modification. Une décompensation pour moi, de toute façon, je dois le remontrer au cardio. Hein, je fais l' urgence entre guillemets, l' aigu, mais je pense qu'il faut reprendre un avis.

I: Concernant votre formation initiale, est-ce que vous manipuliez beaucoup les bêta-bloquants, étant jeune médecin ?

M : Non, pas du tout, parce que moi je suis d'une génération où on nous disait "jamais de bêta-bloquant dans l' insuffisance cardiaque." Donc on les manipulait dans l'hypertension, mais sûrement pas dans l' insuffisance cardiaque. Puisqu'on nous avait appris qu'il fallait vite les enlever. Moi c'est ce que j'ai appris.

I: Autrefois.

M: Il y a longtemps. D'accord, c'est gentil de me le faire remarquer !

I: Est-ce que ces traitements de fond, bêta-bloquant, IEC, anti-aldostérone, est- ce que c'est un maniement qui vous fait un petit peu peur ?

M: Non, non.

I: Par contre vous avez quand même un petit peu tendance à laisser la main au cardiologue à l'instauration ?

M: Alors à l'instauration, je pense que quand je vois quelqu'un avec une insuffisance cardiaque, il faut qu'il ait une écho. Comme il faut qu'il ait une écho, le cardio va me donner les grandes indications. Et après je peux être amené à modifier un peu, ça m'arrive de rajouter un IEC oui, oui et puis ça m'arrive aussi de passer un coup de fil au cardio et de lui dire "qu'est-ce que tu en penses ?"

I: Oui. Donc du coup vous osez, sans trop de questions, modifier les traitements instaurés par le cardiologue si vous jugez nécessaire.

M: Si je le juge nécessaire oui, et si j' ai une héstation j'appelle le cardiologue. On a la chance qu'ils répondent, même à l'hôpital on arrive à faire.

I: Oui entre ville et hôpital, pas plus de difficulté ?

M : La ville, ils répondent plus, peut-être plus facilement.. Enfin on les a plus facilement. L'hôpital, il faut essayer de respecter des horaires, plutôt le matin. Tôt le matin, je dirais.

I: Mais globalement vous arrivez à les joindre ?

M: Je n'ai jamais eu de refus, ni dans un endroit ni dans un autre.

I : D'accord. Donc justement, au niveau de vos ressources, vous n'hésitez pas à appeler si besoin. Est-ce que....on l'a abordé tout à l'heure c'était intéressant, alors les courriers pas toujours très ...

M: Alors non mais là, sur les courriers, je pense que l'exemple que j'ai pris n'était pas bon parce que, lui systématiquement il ne nommait jamais le traitement. Il ne mettait jamais le traitement, puisque maintenant il est à la retraite. Par contre, tous les autres il y a, à chaque fois ,le traitement qui est marqué.

I: C'est globalement bien carré ?

M: Alors là c'est beaucoup plus facile, que quand ils ne donnent pas le traitement et qui ne se font pas renouveler chez moi, chez le cardio, je risque pas de le savoir. Et puis comme vous le savez si...j'ai des fois tendance à ne pas tout noter...donc...

I: Et est-ce que dans les courriers il y a parfois des consignes d'augmenter les traitements?

M: Oui, ça arrive.

I: Et ça vous le suivez en général ?

M: Oui, j' obéis!

I: Ok, est-ce qu'il y a des cardiologues avec qui vous êtes plus proche, dans la communication, est-ce que cela change un peu la prise en charge, ou pas forcément ?

M: Oui cela change un peu, parce qu'on demande plus facilement, en parle plus facilement quand on se croise, euh oui.

I: Un peu plus à l'aise quoi.

M: Et bien on est plus à l'aise, c'est vrai oui. Il y a deux ou trois cardiologues avec qui je suis très à l'aise, et je sais que je peux appeler n'importe quand, il n' y a pas de problème. Avec les autres aussi mais, il y a plus de distance, j' ai peur de déranger. Souvent je me dis, je dérange pour un truc où je suis sûr.

I: Donc là, dans ces traitements vous osez peut-être pas, des fois, appeler?

M: J'ose toujours appeler mais, je dirais qu'avec certains je suis plus à l'aise. Je me dis, "même si je dis une bêtise, ça m'est égal. "

I: D' accord. Hôpital, pareil vous m'avez dit que globalement les courriers de l'hôpital sont assez...

M : Les courriers de l'hôpital sont bien détaillés, il arrivent assez vite maintenant par email je ne sais plus comment cela s'appelle…SISRA là. Cela marche bien, et des deux cabinets de groupe de cardio cela arrive pareil que cela soit le cabinet de l'avenue de F. ou de la rue J. J., cela arrive dans la journée, c'est sympa. On sait tout de suite les modifications qu'ils proposent, ou qui ont été apportées. On sait... non c'est bien. Cela, la transmission du courrier via SISRA cela a changé la vie aussi.

I: Oui c'est vrai. Je le vois un peu en remplacement aussi. Est-ce que vous avez beaucoup de ces patients insuffisants cardiaques, ou pas tant que cela finalement, puisque vous avez réfléchi un petit peu?

M: Jétais surpris d'hésiter pour en sortir parce que je pense que j'en ai pas mal oui.

I: Et est-ce que cela change quelque chose dans votre pratique quotidienne finalement, est-ce que vous êtes plus à l'aise avec le maniement des médicaments?

M : Et bien c'est sûr que, je suis plus à l'aise dans l'insuffisance cardiaque que dans le Parkinson oui ! (Rires.) D'abord j' en vois plus et ensuite aussi je suis plus à l'aise.

I: D' accord. Alors après on avait parlé un petit peu des patients à domicile, est-ce que vous avez le travail d' équipe avec les infirmières par exemple pour la surveillance? Vous parliez du pilulier des choses comme cela?

M: Oui oui, le pilulier, la surveillance de la tension notamment quand on augmente le traitement.

I: Donc là cela permet de....

M: Bien cela permet de ... et puis je note "passez-moi un coup de fil si la tension est inférieur à 10", par exemple. Voilà.

I: Et puis en EHPAD ou maison de retraite, c'est plus simple encore?

M: Oui, ça c'est encore plus simple.

I: Le patient dément, est-ce que il y a des choses qui peuvent vous freiner par exemple par rapport à la verbalisation des symptômes, des choses comme cela?

M : Oui probablement parce que la Dyspnée il en a pas forcément conscience mais autrement l' œdème il restera toujours là, heu, non, je pense que oui cela gêne, mais je pense que le patient dément il est en EHPAD pour moi. Autant j'essaie de maintenir au maximum les gens à domicile. Autant quand ils sont déments, j'essaie de convaincre la famille que ce n'est pas une solution de les garder à domicile. Et en général j' y arrive.

I: Ok, est-ce que dans votre pratique quotidienne quand vous avez un questionnement sur l'insuffisance cardiaque, est-ce que vous consultez les recommandations de la HAS ou des sociétés savantes sur l' insuffisance cardiaque?

M: Bien je me disais, que quand M. m'a dit que vous alliez venir, je me disais "il faudrait que tu les regardes, parce qu'il y a longtemps que tu ne les as pas regardées! "

I: Et vous les avez regardées ou pas du coup ?

M: Non, je ne l'ai pas fait !(Rires)

I: Bon, d'accord.

M: Non mais je le dis! Je ne l'ai pas fait mais c'est vrai que c'est toujours pareil, dans les pathologies où l'on se sent presque à l' aise j'ai tendance à moins regarder, et c'est probablement une erreur.

I: On l' a déjà abordé un petit peu mais est-ce que pour vous les modifications de traitement de fond de l'insuffisance cardiaque c'est plutôt du rôle du généraliste ou du cardiologue ?

M: Alors je pense que c'est du rôle du généraliste mais je pense qu' il y a des cas ou il y a un contrôle obligatoire du cardiologue. Je ne me verrais pas introduire l'Entresto

par exemple. Enfin pour l'instant en tout cas. Par contre cela m'arrive d'introduire un bêta-bloquant ou un IEC oui. C'est vrai que je dis systématiquement "on reprend un rendez-vous avec le cardiologue pour faire valider. "

I: Entendu, est-ce que vous êtes passé en cardiologie durant votre internat ?

M: Jamais, euh si, j'ai même fait trois mois de remplacement en tant qu' interne en cardio à Lyon.

I: D'accord, est-ce que vous pensez que cela a changé quelque chose dans votre gestion de la pathologie ou pas trop ?

M: C' était il y a 40 ans mon cher! (Rires.) Oui oui, probablement, oui si cela a au moins changé, j' ai au moins une meilleure lecture des électro. Ce qui à l'époque était pas toujours le cas de tout le monde.

I: Les électro, on n' en a pas parlé, vous les faites si vous avez un doute ?

M: Oui, je les fais.

I : Et dernière question : est-ce que dans les courriers des cardiologues de ville ou hospitaliers, on vous fait savoir qu'il y a des doses cibles pour B- et IEC à atteindre?

M: Alors souvent, oui, cela peut arriver avec le bisoprolol il peut dire: jusqu' à au maximum. Cela arrive. Avec les IEC aussi cela arrive. Mais enfin souvent la plupart c'est jusqu'à dose maximale tolérée.

I: C' est-ce que vous faites en général. Merci bien, on va s'arrêter là.

Focus group

On étudie la façon dont les médecins généralistes s'occupent de l'insuffisance cardiaque dans leur cabinet. Ce qui nous intéresse, ce ne sont pas les recommandations c'est vraiment la façon dont vous, vous avez de vous occuper de vos patients. Qu'est-ce que vous faites avec leurs traitements et pourquoi vous le faites. D'accord ?

Le but ce n'est pas de nous apporter des réponses mais c'est aussi, si vous le voulez, de discuter entre vous, c'est-à-dire qu'on ne cherche pas de consensus, si vous faites différemment vous, de la personne qui est en train de parler, voilà dites-le, dites comment vous, vous faites, si vous n'êtes pas d'accord aussi n'hésitez pas à vous interpeller, à échanger entre vous. Donc le but c'est que tout le monde parle, il y en a peut-être qui sont plus à l'aise avec l'insuffisance cardiaque que d'autres, mais vu que nous ce qui nous intéresse c'est vos expériences individuelles, on considère que tout le monde est expert de par son expérience individuelle. Voilà tout le monde doit prendre la parole et exprimer sa façon de faire. Alors étant donné, comme vous l'avez compris, qu'on enregistre toute la discussion c'est plus simple si tout le monde ne parle pas en même temps, pour tout retaper c'est quand même plus simple, voilà d'éviter de couper trop souvent la parole pour que cela soit plus facile derrière pour nous de travailler. D'accord ?

C'est anonyme, donc nous on est prêt à tout entendre, il faut vraiment nous raconter ce que vous faites parce que c'est vraiment ce qui se passe dans les cabinets, d'accord ?

On va faire un petit tour de table avec votre nom, votre prénom et puis l'endroit où vous travaillez parce que cela nous permettra nous aussi de nous faire notre petit plan.

M1 : 65 ans exerçant la médecine générale depuis 32 ans, enfin installé depuis 32 ans.

M2 : 61 ans, médecine générale depuis 1985.

M3 : 33 ans, installée ici depuis…un peu en pointillé 2-3 ans.

Clément DESBOIS : Je fais ma thèse avec Damien sur l'insuffisance cardiaque, je suis remplaçant dans la région, j'habite à Cuvat et puis en ce moment je fais la saison aux Ménuires en tant qu' adjoint médecin de montagne.

M4 : 57 ans, médecine générale depuis 8 ans.

Mme B : Je suis interne en médecine générale 1er semestre à S.

M5 : Généraliste depuis 1994, 53 ans.

Damien MATHIEU : Moi j'ai fait un de mes stage ici, il y a quelques temps déjà… Je suis remplaçant en médecine générale, je bosse sur Thônes et les environs depuis 2 ans.

M6 : 29 ans, j'exerce depuis 1 an et demi, collaboratrice depuis 2 mois. J'ai fait 1 an de remplacement avant et là depuis Janvier.

I : Du coup, ce que je vous propose c'est qu'il y en ai certains qui nous parlent de leurs patients insuffisants cardiaques, il y en a peut-être qui ont des patients insuffisants en tête…et bien allons-y…

M1 : Georges B. 63 ans qui souffre d'un diabète de type II, d'une obésité qui a commencé à avoir des troubles rythmiques il y a 3 ans, fibrillation auriculaire paroxystique qui a récidivé plusieurs fois et qui a présenté une insuffisance cardiaque il y a environ 2 ans environ, je ne sais plus exactement la date, avec des problèmes respiratoires classiques, dyspnées pour lesquels il a été pris en charge par les cardiologues de ville et ensuite par l'hôpital, enfin maintenant il est pris en charge à la

fois par un cardiologue de ville et par l'hôpital. Et puis son insuffisance cardiaque s'est aggravée à telle point qu'il en est arrivé à avoir un traitement diurétique majeur à savoir 500 mg de Furosémide le matin, 250 mg à midi et 125 mg le soir, actuellement c'est ce qu'il a, plus régime hyposodé avec des consignes de faire vachement gaffe à son sodium.

I : Il a d'autres traitements à part le Furosémide pour son insuffisance cardiaque ?

M1 : Je suis en train de réfléchir, je pense surtout à ça, mais il n'a pas de nouveau traitement, j'ai remarqué qu'il y avait de nouveaux traitements dans l'insuffisance cardiaque mais il n'en a pas. J'ai une patiente à l'EHPAD qui a un nouveau traitement là-dessus, mais pas lui.

I : D'accord, il a que, ce patient-là, pour son insuffisance cardiaque du Furosémide ?

M1 : Il a du potassium, évidemment, alors il est aussi en insuffisance rénale depuis quelques mois et ça j'ai un petit peu du mal à vous le préciser et puis il a aussi des anti-vitamine K pour prévenir les complications de…

I : C'est un patient qui a des… il a pas forcément des bêta-bloquants, des IEC dans son traitement ?

M1 : Alors, si, je pense qu'il a un IEC mais je ne me souviens plus lequel ? Et les bêtabloquants, il a une toute petite dose de bisoprolol, il doit avoir 2.50 ou 1.25.

I : Du coup, vous dites que ce patient il a été vu déjà par le cardiologue de ville, ensuite par l'hôpital, c'est vous qui l'aviez adressé au cardiologue ?

M1 : Oui, c'est moi qui l'avais adressé au cardiologue et puis il avait été hospitalisé plusieurs fois parce qu'il avait fait des poussées d'insuffisance cardiaque majeures avec la prise de 10 kg en 4 jours.

I : D'accord et du coup vous aviez décidé de…

M1 : Alors une fois c'est le cardio qui l'a fait hospitaliser, qui l'avait vu en consultation et qui l'avait fait hospitalier directement, une fois c'est moi qui l'ai fait hospitaliser…

I : D'accord. Et la première fois, c'est vous qui aviez décidé de l'envoyer chez le cardiologue ?

M1 : Oui.

I : Et qu'est-ce qui vous avait fait choisir plutôt le cardiologue de ville que l'hôpital ?

M1 : Alors là, je ne me souviens plus franchement…

I : Est-ce que vous, en cas de découverte d'un patient en insuffisance cardiaque... quelle est votre attitude vis-à-vis de qui va vous aider en premier en fait, vous avez plutôt tendance à les envoyer…?

M1 : On demande des fois aux patients, parce que des fois on n'a pas d'hospitalisation, cela dépend du degré d'urgence, donc on laisse le choix au patient…

I : D'accord…

M3 : Sauf s'il n'est pas en train de Rhhh… (NDI : patient en œdème du poumon)

M1 : D'accord, c'est bien ce que je dis cela dépend du degré d'urgence, s'il ne te fait pas un OAP, si c'est un OAP, c'est plutôt le SAMU.

I : Si je comprends bien, sauf si il y a urgence, vous allez demander au patient s'il préfère aller à l'hôpital, voir un cardiologue à l'hôpital ou voir un cardiologue en ville, c'est ça ?

M5 : Si il connait un cardiologue mais c'est pareil pour un urologue…

M1 : C'est le même principe, le libre choix.

I : Est-ce que il y en a d'autres qui ont un patient en tête avec une insuffisance cardiaque ?

M2 : On en a tous plus ou moins, il faut essayer de rassembler ses souvenirs pour être le plus précis possible, mais moi je trouve que souvent surtout chez les gens âgés, c'est quelque chose qui dégénère un jour, les gens se retrouvent à l'hôpital et on les récupère à leur sortie de l'hôpital, cela m'est arrivé plusieurs fois comme ça. Une dame de 86 ans, cela s'est passé comme ça en fait. Elle était traitée depuis longtemps pour de la tension, je ne sais plus, elle devait voir un cardiologue de temps en temps et cela allait bien, puis un jour elle a décompensé, elle s'est retrouvée à l'hôpital et elle est ressortie avec un traitement comme le tien, du Furosémide 500, un IEC, elle devait avoir de l'Hémigoxine aussi, elle n'a pas de bêtabloquants et c'est bizarre parce que depuis cela va très bien, elle n'a pas récidivé et elle se porte comme un charme.

I : Il faut bien qu' il y en ait de temps en temps qui aillent bien… et justement chez ces patients qui sont stables, est ce qu'il y a des traitements que vous modifiez ou pas ?

M3 : Moi, j'ai baissé le LASILIX récemment chez une dame qui était en hypotension, cela arrive quand même régulièrement, ils étaient hypertendus pendant longtemps et puis finalement on les retrouve à 9 en train de nous dire qu'ils font des malaises. Clairement, le Lasilix, les infirmières à domicile, elles sont « il faut le prendre, il faut le prendre, il faut le prendre, il faut le prendre … » et puis en fait, non, on va se calmer avec le Lasilix, donc là, j'en ai une en tête qui avait… mais ce n'était pas des aussi grosses doses que ça, je ne me souviens plus exactement mais j'avais vraiment diminué le Lasilix. Après je l'avais envoyé voir la Cardiologue parce que je voulais qu'elle refasse un point échographique pour cette dame et finalement elle m'avait dit « vous avez bien fait de baisser le Lasilix, je suis d'accord avec ça, on va réévaluer régulièrement cette dame » parce que en vieillissant son insuffisance cardiaque s'était un peu stabilisée et du coup on avait un peu enlevé aussi tous les traitements anti-hypertenseurs qu'elle avait.

I : D'accord, sur les hypotensions, c'est ça et les autres traitements pour la tension que vous avez enlevés, à part le diurétique, est ce qu' il y avait des bêtabloquants, IEC…

M3 : Je ne suis pas sûre qu'elle était sous… en fait, cette dame elle a un pacemaker, moi tous les patients que je vois pour une insuffisance cardiaque, c'est des patients…..ce n'était pas mes patients à la base, ce sont les patients de François P. que je vois ou des nouveaux patients qui n'ont plus de médecin et qui viennent me voir mais ils ont déjà tous un traitement donc moi je n'ai jamais instauré un traitement sauf en cas de décompensation ou là… mais sinon des gens connus pour insuffisance cardiaque parce que je n'ai pas assez d'expérience, je n'ai pas une longue carrière qui fait que j'en ai vus plein et souvent c'était des gens qui avaient déjà un traitement alors là, cette dame-là, est-ce que il y avait un bêtabloquant, un IEC ?... Je ne sais plus.

I : D'accord, quand vous dites que vous n'avez pas beaucoup d'expérience, du coup c'est dans l'insuffisance cardiaque, ou bien c'est de manière générale ?

M3 : Ben dans l'insuffisance cardiaque aussi mais oui, j'ai peut-être plus d'expérience dans d'autres domaines que ça, mais oui je trouve qu'en cas d'insuffisance cardiaque on délègue assez vite aux cardiologues.

I : D'accord. Les autres ?

Réponse collégiale : Oui collectif murmuré

I : C'est pareil, c'est une pathologie ou vous pensez que vous avez… voilà de l'expérience dans le domaine de l'insuffisance cardiaque ?

M5 : En insuffisant cardiaque à proprement parler, j'en ai pas en tête, on n'en a assez peu, je me demande si ce ne sont pas les cardiologues qui trustent…

I : Du coup vous pensez que cela joue sur la façon dont vous gérez cette pathologie, le fait vous ayez l'impression de ne pas en croiser beaucoup…

M4 : Ben oui mais quand on dit surtout M2, ben il y a l'urgence, on sait tous injecter ou prescrire du FUROSEMIDE sauf qu'après…

M1 : Ça fait longtemps que j' ai pas eu d' OAP…

M2 : On en voit chez des gens âgés qui ne peuvent pas sortir de chez eux, qui ne vont pas chez le cardiologue comme cela, tu as pas cette impression là ?

M4 : Non mais des sub-OAP, des crépitants sur deux travers de main.

M2 : On voit des gens âgés qui ne vont pas chez le cardiologue comme ça on est donc obligé de les suivre…

M3 : C'est des décompensations un peu nocturnes aussi, moi j'en voyais tout le temps quand j'étais de garde, en tant que généraliste en ville les OAP décompensées, on en voit moins…

M4 : Nous ce que l'on voit c'est les hypokaliémies qu' il faut régler…

I : Mais du coup, vous nous parlez des situations d'urgence mais le patient qui n'est pas urgent…

M4 : Non, non pas du tout, c'est sans urgence…

I : Ah oui d'accord, donc c'est essentiellement pour des troubles ioniques des choses comme ça. Mais du coup, est-ce que vous modifiez leur traitement de fond ou vous laissez le cardiologue le faire ? Tout à l'heure j'ai entendu que vous déléguiez au cardiologue, est ce que c'est des choses… vous touchez ces traitements là ?

M2 : Oui bien sûr on y touche.

M4 : Ajuster le Diffu-K.

I : Les traitements, cela veut dire les bêtabloquants, les IEC par exemple c'est… est ce que chez vos patients insuffisants cardiaques, c'est des choses que vous manipulez ?

M5 : La dernière fois que je l'ai fait c'était pour une mamie qui voulait absolument mourir chez elle, elle avait 96 ans et qui avait monté son insuffisance cardiaque, c'est la seule fois où j'ai utilisé les comprimés à 500 mg et elle voulait mourir chez elle cela faisait au moins trois ans qu'elle n'avait pas vu le cardiologue. Toute la famille était d'accord, j'ai augmenté le LASILIX parce que… on ne peut pas laisser cette dame se noyer, c'était épouvantable…

I : C'était le diurétique que vous aviez modifié à ce moment là ? D'accord.

M5 : Le cardiologue lui avait donné du Métoprolol, 50mg par jour et puis du Furosemide donc elle, c'est la seule personne pour laquelle je n'ai pas demandé l'avis supplémentaire.

M1 : C'est pas toujours évident parce que on voudrait de temps en temps, on pense à modifier une thérapeutique et puis on aurait plutôt envie d'échanger avec le cardiologue qui a prescrit mais dans l'instant, tu échanges, tu fais une concertation tu ne vas pas la faire 4 jours après, tu vas la faire sur le moment et donc c'est toujours bon d'avoir le cardiologue en ligne.

I : D'accord, si je comprends bien c'est pas toujours facile d'avoir un cardiologue au bout du fil…

M1 : Si c'est faisable d'avoir un cardiologue en ligne, mais le cardiologue en question, il n'est pas toujours dispo, il n'est pas toujours présent, la coordination des soins c'est un gros problème.

M5 : C'est en ça que l'on dit qu'on y touche vachement souvent aux traitements, tu as un patient qui se déséquilibre, qui fait un effet secondaire tu es bien obligé de changer quelque chose même si tu n'as pas le cardio au bout du fil, par la force des choses.

M1 : Ne serait-ce qu'une bradycardie sous B- par exemple, on va pas le laisser battre à 40 hein !

M5 : Modifier la dose de Lasilx, ça on le fait.

M2 : Moi je trouve le plus difficile, c'est quand même d'initier un traitement. Quand tu as un diagnostic d'insuffisance cardiaque chez quelqu'un d'âgé qui est peut-être en insuffisance rénale aussi, initier un traitement par IEC lors d'une insuffisance cardiaque moi je trouve que c'est… enfin je me fais peut-être une idée un peu exagérée mais je trouve que c'est potentiellement casse gueule et ça me fait un peu peur moi de faire ça sans l'avis d'un cardiologue voilà.

M5 : Oui, je fais toujours avec avis du cardiologue, avec avis du cardiologue.

M3 : Oui, moi aussi.

M2 : Oui mais c'est initier justement qui est difficile, modifier c'est moins difficile…

M5 : Généralement on a un rendez-vous rapide si on téléphone soi-même, pour quelqu'un qui nous fait soucis que ce soit en ville ou même à l'hosto c'est plus difficile quand même…

M3 : Initier le traitement moi, je ne le fais pas toute seule.

M5 : Mettre en place du Lasilix oui, mais au-delà j'initie pas un traitement de fond…

I : Vous laissez au cardiologue…

M1 : Je parle de cordarone sur une arythmie, je ne parle pas d'insuffisance cardiaque…

M3 : Non, non, je n'aime pas les bêtabloquants, je sais qu'ils font souvent des effets indésirables…

M5 : Je fais partie d'une génération ou mettre un bêtabloquant sur une insuffisance cardiaque, on était fusillé !

M4 : Oui, c'était une contre-indication, c'était une faute absolue, tu faisais ça à l'internat... ! mais tu étais boulé !

I : Et cela vous gêne ?

M5 : Les choses évoluent en médecine.

M1 : Heureusement que les choses évoluent…

I : (S'adresse à M3) tu nous disais que quand tu leur mets des bêtabloquants ils ont souvent tendance à faire des effets secondaires, du coup tu as des exemples d'effets secondaires qui vont arriver en montant un bêtabloquant ou en en instaurant un ?

M3 : C'est plus des brady., en général des bradycardies vraiment avec des malaises. Les gens appellent en disant cela ne va pas, on les voit et en fait ils tapent à 35-40.

I : Est-ce que vous avez une fréquence cardiaque à partir de laquelle vous vous dites là je diminue les bêtabloquants, est ce que vous avez un chiffre, est-ce que c'est le même, vous avez un chiffre différent à partir duquel vous êtes prudent ?

Réponse collégiale : Entre 50 et 60.

M3 : Moi c'est pas un chiffre c'est plutôt… Je regarde surtout comment est la personne parce que il y en a à 50 ils sont bien. Par contre, c'est vrai que s'il est bien à 35, je vais quand même me dire attends là…

I : Et tout à l'heure on parlait que l'on devait faire hospitaliser les patients quand ils ne sont pas bien ? Est-ce que vous avez déjà eu des expériences où vous avez dû faire

hospitaliser des patients insuffisants cardiaques et savoir un peu comment cela s'était passé ? Ou si vous avez besoin déjà d'un avis de l'hôpital ?

M1 : Oui mais en urgence, c'est quand même exceptionnel, on a le temps de faire des pro BNP en ville, on voit pas ce qui se passe.

M4 : Des OAP monstrueuses, je n'en ai pas vues depuis longtemps, des gens qui effectivement respirent un peu moins bien, ont un peu d'eau dans les poumons, tachycardent un petit peu, oui on en voit mais il n'y a pas le feu non plus…

M1 : Moi j'ai vu un patient qui a amené sa femme pour que je lui fasse une infiltration, j'ai penché l'oreille, et j´ai appelé le SAMU !

Rires

Elle faisait un OAP « du feu de dieu », elle est ressortie avec de l'Inspra, c´était la première fois que je voyais cette molécule, Inspra + IEC, j'étais tout surpris, c'était il y a une douzaine d'années.

I : D'accord et quelle est votre expérience du coup avec cette famille de molécule comme l'Inspra, vous avez déjà éprouvé des difficultés, ce sont des choses que vous maniez ?

M1 : C' est vraiment des trucs que je laisse au cardio.

I : (s' adresse à M1), l' Inspra c'est quelque chose avec lequel vous êtes à l'aise ? Pas vraiment ?

M1 : Pas du tout à l'aise, pas du tout. Quand j'ai vu ce patient insuffisant cardiaque avec une poussée d'insuffisance cardiaque droite, des œdèmes absolument pffff historiques qui suintaient de partout, elle est revenue de l'hôpital, elle était sèche, avec ce truc là, mais c'est quoi ça ? Je suis allé au Vidal ! Et voilà, j'ai appris que c'était une thérapeutique, alors je sais pas de quelle classe ça fait partie.

M4 : C'est de l'Aldactone qui ne donne pas de gynécomastie, c'est ce que j' ai retenu.

M1 : Comme je ne reçois pas du tout les laboratoires…

M4 : Non mais des gynécomasties sous Aldactone, tu n'en as jamais vues ?

M1 : Gynécomasties ? Rires.

I : C'est quelque chose que vous manipulez ?

Réponse collégiale : Pas du tout.

I : Et alors qu'est ce qui fait que vous n'y touchiez pas trop à cette molécule ?

Réponse collégiale : Aucune compétence et expérience.

M1 : Pas d'expérience pas de formation.

M2 : C'est ce qu'en dit PRESCRIRE aussi pour moi.

I : C'est-à-dire ?

PRESCRIRE dit que mieux vaut en rester à l'ALDACTONE quand on en a besoin, quand on en a besoin.

M1 : Oui, mais enfin le gars il sort de l'hosto avec ça…

M4 : Mais tu ne vas pas….est-ce que tu changes pour de l' Aldactone ?

M2 : Oui je ne vais pas le changer si le cardio l'a donné mais moi, personnellement je ne l'initie pas.

M1 : Ça c'est sûr, je suis complètement de ton avis.

I : Théoriquement ils mettent de l' Aldactone en première intention.

M1 : Le patient dont je te parle, je suis pratiquement certain qu'il est sorti de l'hôpital avec l'Inspra, je ne connaissais pas la molécule, c'est là que je l'ai connue.

M2Théoriquement ils devraient mettent aussi des IEC en première intention, ils ne le font pas non plus les cardios. Ils sont passés aux Sartans rapidement.

M1 : Inspra et Enalapril, je me souviens très bien.

I : Et du coup (s'adresse à M1) vous disiez que vous ne recevez pas les laboratoires, du coup vous pensez que les nouvelles molécules ou les choses comme ça, ça fait que vous êtes moins au courant ?

M1 : Non, non, je dis simplement que je suis passé sur l'article de PRESCRIRE, parce que je ne lis plus PRESCRIRE d'une façon soigneuse, c'est un peu de la lecture transversale et comme je n'avais jamais entendu parler du médicament et que l'on ne me l'avait pas présenté quelque part et je n'avais pas lu dans la presse là-dessus, et bien je ne savais pas très bien à quoi m' en tenir et comme je me méfie des nouveaux médicaments.

I : D'accord, d'accord

M1 : C'est un peu l'habitude des lecteurs de PRESCRIRE, c'est un peu une seconde nature…

M5 : Cela décourage d'aller chercher plus loin quand on lit Prescrire…

M3 : On a l'impression que c'est un peu marketing.

M4 : Oui, il peut y avoir de vraies qualités dans de nouveaux produits mais des fois on peut être découragé de…

M1 : En tout cas la patiente de 95 ans qui a reçu cette molécule là et depuis elle est sortie de l'hosto depuis 6 mois, elle va bien, elle est vachement stabilisée, elle est super stabilisée.

M2 : Elle a de l'Inspra ?

M1 : Oui.

I : Ils n'ont pas de perturbations ioniques sous ces molécules ?

I : Oui du coup , vous aviez un patient en tête ?

M4 : Ah si, c'est un patient qui a fait deux épisodes d'hypocalcémie avec hypo-magnésémie, que je n'avais pas dosée…

M1 : Ah oui, c'est pour cela qu'ils donnent du calcium.

M4 : C'est le labo qui a dosé le magnésium, moi je ne le fais jamais doser et il s'est retrouvé à l'hosto, les néphrologues ne savaient pas pourquoi et Sandrine F., l'endocrinologue qui s'est penchée dessus, elle n'a pas pu expliquer pourquoi, alors je ne sais pas si…

I : C'était avec quelle molécule ?

M1 : L'Inspra ça fait baisser le calcium.

M4 : Calcémie et magnésium.

M1 : Elle avait un traitement de supplémentation en calcium, en plus.

M4 : Il est sorti avec du MAG2, pas remboursé et puis du carbonate de calcium.

I : Tout à l'heure M1 nous a parlé de son patient, la soixantaine qui avait son arythmie, une insuffisance rénale assez récente et un patient qui était sous IEC. Chez vos patients insuffisants cardiaques du coup, comment vous faites pour…voilà, chez vos patients insuffisants qui ont une insuffisance rénale et une insuffisance cardiaque pour gérer un peu les IEC ?

M1 : Alors c'est une insuffisance rénale discrète, c'est complètement stabilisé.

I : D'accord.

M2 : De toute façon, il faut… 3 semaines après introduction des IEC, il faut faire une créatinine, si elle augmente de plus de 30 % il faut changer le traitement.

I : Oui c'est surtout à l'instauration.

I : (S' adresse à M5) D'accord et je crois que vous aviez aussi un patient ?

M5 : Comme celui de M1, un Monsieur de 81 ans qui a une insuffisance cardiaque, alors lui c'est plutôt droit, lui, une insuffisance cardiaque droite, donc il a des œdèmes… Et donc il se trouve sous diurétiques donc il est sous Burinex et Furosémide.

Réponse collégiale : Les deux ?

M5 : C'est vrai qu'une fois ou deux il était en réplétion hydro sodée, il avait pris quelques kilos, je lui ai fait prendre Burinex et Furosémide pour faire dégonfler ses œdèmes. Donc il avait aussi une fibrillation auriculaire et un BAV qui était apparu récemment il n'avait pas de pacemaker et pour sa FA il est sous Préviscan, Candésartan et Lercan.

I : D'accord, il a donc 80 ans, c'est ça ?

M5 : 80 ans.

I : 80 ans FA, BAV, il a d'autres antécédents, ce patient ?

M5 : Non.

I : D'accord, tout à l'heure il y a une discussion qui est apparue sur les patients que vous voyez à domicile, les personnes âgées. Du coup qu'est-ce que ça change entre le patient que vous voyez au cabinet et le patient que vous allez voir à domicile ? Est-ce qu'il y a une différence dans la prise en charge que vous avez noté ?

M4 : Comme je l'ai dit tout à l'heure mais c'était un cas très particulier, à la fin je ne dosais plus rien.

M3 : Je sais pas combien il pèse.

I : Le fait d'améliorer le poids, le fait de ne pas avoir de balance…

M2 : Les patients que tu vois à domicile, ils ne peuvent pas se déplacer, ils sont déjà soit plus âgés, soit plus polypathologiques, soit plus précaires et donc tu fais ce que tu peux. Tu ne peux pas les peser, tu as oublié ton électrocardiogramme, tu ne l'as pas avec toi, tu n'as pas ton saturomètre, tu n'as pas grand-chose, tu fais de la médecine plus au pif quoi des fois, faut bien le reconnaître, c'est qu'en visite, c'est la merde...

M1 : Peut-être, tu vois c'est les cliniciens qui s'expriment…

M4 : Tu goûtes les urines ? (Rires)

M2 : Tu as besoin d'apprécier tous les symptômes cliniques.

I : Du coup, l'électrocardiogramme, c'est quelque chose que vous faites chez vos patients insuffisants cardiaques régulièrement ou de temps en temps les électrocardiogrammes ?

M1 : Chez eux ? Ah non…. Chez les patients insuffisants cardiaques ou en consult ?

I : Oui ou chez eux peu importe.

M5 : S' ils vont pas bien oui, douleur thoracique oui, sinon de façon régulière, non.

M4 : Si on pense décompensation sur FA oui.

M3 : Sinon ils sont suivis par le cardio, ils ont leur ECG chez le cardio en général, écho, ECG annuel chez le cardio et nous on fait que si on a un doute.

I : D'accord.

M3 : Si on l'ausculte et qu'on entend le cœur qui bat dans tous les sens est que cela n'est pas censé être, on vérifie…

I : D'accord, donc sauf situation particulière comme douleur thoracique ou vous avez l'impression qu'il y a une arythmie sinon vous, si je comprends bien... vous me corrigez si cela n'est pas le cas pour tout le monde, mais vous avez tendance à laisser le cardiologue faire l'électrocardiogramme de manière régulière ?

Réponse collégiale : acquiescement.

I : D'accord, du coup, vous voyez à chaque fois dans les patients que l'on a évoqués, c'était jamais un patient qui avait juste une insuffisance cardiaque, ils ont toujours un petit « package » avec, j'ai l'impression vous voyez…

M1 : C'est rarement une pathologie isolée, ils ont souvent des insuffisances cardiaques sur pathologies, sur cardiopathies existantes.

M4 : Le gars dont je te parlais, le Samu est venu, il n'avait que une insuffisance cardiaque.

I : D'accord, donc parfois cela arrive.

M4 : Ah oui oui, oui, c'est un gars qui ne prenait aucun médicament.

M1 : Il n'était ni hypertendu ni diabétique ?, Il avait peut-être une cardiopathie hypertrophique sous-jacente…

M4 : Je suis désolé, je n'ai rien préparé, je ne connais pas son dossier par cœur…

I : Du coup chez les patients que vous m'avez décrit que vous voyez avec plusieurs pathologies ensemble, est ce que cela change quelque chose à la consultation le fait qu'il y ait comme ça plusieurs pathologies ?

Réponse collégiale : Oui, oui.

I : Alors on va laisser un petit peu parler M6. Du coup qu'est-ce que ça change du coup dans la consultation ?

M6 : Alors cela complique les choses…

I : D'accord**.**

M6 : Parce que oui souvent ils sont insuffisants rénaux notamment sous Lasilix qu'on baisse on monte, qui sont en insuffisance rénale puis après en insuffisance cardiaque, il y en a quand même pas mal je trouve et c'est dur de trouver le juste milieu, ils sont souvent diabétiques, un peu multi-compliqués et du coup c'est des consultations de base qui sont compliquées en fait. Enfin c'est pas lié spécialement à l'insuffisance cardiaque, c'est lié au fait qu'ils ont des comorbidités, quoi mais oui notamment les insuffisants rénaux et cardiaques, c'est compliqué de trouver le juste milieu.

I : D'accord, et en cas de problème entre l'insuffisance rénale et le cœur, est-ce que du coup vous prenez l'avis d'un néphrologue ? Est-ce que c'est quelque chose que vous faites en pratique courante ou pas ?

M6 : Non.

M1 : Si il s'aggrave oui.

M6 : Oui peut être.

M1 : En cas de complexité d'association de traitements, sinon non.

M2 : C'est plus rare, déjà l'avis du néphrologue, je trouve.

M1 : C'est à un stade plus avancé déjà d´insuffisance rénale.

I : (S'adresse à M1), vous mimiez un problème de temps tout à l'heure ?

M1 : Ça c'est sûr, les consultations de ces cas polypathologiques complexes, c'est extrêmement chronophage.

Réponse collégiale : Acquiescement.

M1 : Mais bon, là je suis en train de dire une banalité.

Réponse collégiale : Non il faut le dire.

I : Est-ce que vous vous fixez, chez ces patients insuffisants cardiaques avec des polypathologies, des consultations de 20 minutes ou un quart d'heure ou plus, où vous vous adaptez un peu en fonction ?

M4 : Le propre de l'homme, surtout s'il est médecin généraliste c'est de s'adapter !

I : Donc des consultations qui prennent plus de temps, d'accord d'accord.

M3 : Il faudrait une bonne heure, souvent si tu veux tout faire.

I : Et c'est des choses que vous pouvez faire, prendre une heure avec les patients ? C'est les choses que vous faites ?

M3 : On le fait, mais à contrecœur, dans le sens où ce n'était pas prévu dans l'emploi du temps.

M4 : Moi je les revois, je les revois, c'est plus simple.

M3 : Moi ça m'arrive, peut-être pas 1h mais, 45 minutes, parce que je ne comprends rien à la situation. Les gens ne savent pas me l'expliquer non plus, il faut que je relise tout le dossier. Et que je sens qu'il y a un tas de trucs tout entremêlés, et que je n'arrive à rien comprendre je mets des plombes quoi et les gens ils nous parlent de ça, et mélangent avec d'autres choses, leurs petits maux quotidiens. Tout est noyé, le problème et l'insuffisance cardiaque, mais ils sont venus parce que ça les gratte je ne sais pas où. Donc on se dit là, la priorité ça va pas être ce pourquoi il est venu. Et du coup, c'est des consultations hyper longues et hypercomplexes pour moi. Du coup cela me fait prendre du retard dans ma consultation, je n'avais pas prévu de le voir 45 minutes. C'est ce genre de consultation- là qui est la plus longue je pense.

M1 : De toute façon il est tout à fait sage de les revoir ces gens-là, ne serait-ce qu'une semaine après. Quand tu as modifié un traitement et que ça va modifier des paramètres biologiques ne serait-ce que la kaliémie etc... Il est logique de les revoir avec un dosage je sais pas, j'ai dit une semaine mais même deux semaines tu vois, pour réévaluer la situation. Et c'est quand même plus prudent de faire comme ça. Plutôt que de vouloir tout serrer dans une consultation. Où tu as 4-5 motifs de consult, c'est pas possible ! On peut pas faire du travail correct.

M3 : Typiquement c'est quand même le genre de consultation hyper longue, mais je les revois la semaine d'après tu vois. Mais la première chez des gens que tu connais pas trop, ou c'est des patients de ton associé que tu connais à peine, là tu les revois quand même, mais c'est long à chaque fois.

M1 : J'ai une pensée pour ma jeune associée qui me succède, là elle va se marrer !

I : Et du coup cela fait plusieurs fois que vous voyez les patients de votre associé, est-ce que cela change quelque chose dans votre façon de travailler avec eux ? Comparé à vos propres patients ?

M3 : Personnellement, je suis associée avec F. qui est ici depuis 30 ans, j'ai beaucoup de ses patients. Je peux les voir quand il est pas là, et du coup c'est vrai que c'est plus complexe qu'avec un patient que je connais moi, et qui est venu me voir même si c'était un autre médecin avant. J'ai beaucoup de patients qui viennent me voir car leur médecin est à la retraite. Et du coup ils viennent me voir moi avec un très grand dossier et du coup, il faut fouiller là-dedans quoi. Et pour moi ça, c'est les consultations, honnêtement que je déteste.

M5 : Et ben moi j'aime bien, ça prend du temps, mais j'ai l'impression de reprendre l'histoire depuis le début reconstituer un truc…

M1 : Once upon the time!

M3 : Une fois de temps en temps ça va, mais...

M5 : Oui quand tu en as cinq qui s'affilent dans la salle d'attente...

M3 : J'en ai vraiment beaucoup oui.

M5 : Oui c'est intéressant, mais il faut y passer du temps c'est vrai.

M3 : Mais une fois que cette personne-là, si par exemple elle est venue d'un autre médecin et que j'ai débroussaillé tout le truc, une fois que je me suis approprié son histoire, un peu et que je connais mieux le patient, après ça va beaucoup plus vite les consultations.

I : Oui oui oui.

M5 : Bien sûr, il faut le temps d'appropriation. Il faut ingurgiter le dossier.

I : Du coup on avait parlé d'insuffisance rénale, mais il y a aussi un problème qui est l'insuffisance respiratoire, ou de BPCO par exemple est-ce que c'est quelque chose qui vous gêne chez les patients sous bêta-bloquant ? Est-ce que vous avez des patients comme ça qui ont des problèmes de cœur et de poumons et qui sont sous bêta-bloquant ? Et comment vous gérez cette situation là?

M2 : Et bien c'est difficile. Moi je trouve que ce n'est pas évident, parce que j'ai eu le cas avec un patient âgé. Qui a été mis par le cardiologue de l'hôpital sous bêta-bloquant plus d'autres traitements que je ne me souviens pas trop... Enfin bref, d'autres traitements et que j'ai vu pour une espèce de bronchite asthmatiforme. Il n'avait aucun antécédent d'asthme ce monsieur, et en fait sur le coup, et bien évidemment je n'ai pas pu joindre le cardio avec qui j'aurais aimé parler de ça, donc j'ai dit à son fils qui l'accompagnait "on diminue le bêta-bloquant on va pas l'arrêter d'un seul coup on diminue progressivement sur trois à quatre semaines etc... Parce que avec ce qu'il nous fait là, on ne peut pas le continuer." Donc j'ai traité sa bronchite et en fait je n'ai

pu contacter le cardiologue que le lendemain. Et le cardiologue m'a dit "non non tu lui laisses son bêta-bloquant, il ne court aucun risque au niveau bronchique". Et bien il fallait vraiment qu'un cardio me dise ça pour me rassurer.

I : Parce que cela sifflait, c'est ça ?

M2 : Oui, il m'a dit "non non tu n'auras pas de problème tu peux lui laisser". Et puis je l'ai rappelé je lui ai dit "bon on annule tout, on garde le bêta-bloquant", mais moi personnellement je n'aurais pas osé.

M5 : Et il allait bien après le patient ?

M2 : Et bien sa bronchite asthmatiforme est passée et il n'en a pas refait depuis.

I : Du coup vous avez d'autres expériences, avec des patients qui sifflent sous bêtabloquant. Est-ce que cela vous est déjà arrivé ?

M5 : Moi j'ai des problèmes avec les bêta-bloquants chez les plongeurs. Un bêta-bloquant qui leur est indispensable pour de l'hypertension par exemple mais qui est tout à fait contre-indiqué pour la plongée et à ce moment-là c'était discussion compliquée avec le cardiologue, entre autre pour leur laisser faire la plongée. Il faut que je négocie entre le plongeur, le cardiologue, les recommandations de la fédération de plongée.

M1 : Il te reste encore des cheveux ?

M2 : Alors moi j'ai eu le cas une fois, j'ai posé la question au cardiologue...

J'ai posé la question au cardiologue, tu dois le connaître, il était sous bêta-bloquant en post-infarctus. Et il lui a arrêté son bêta-bloquant. Il a arrêté de plonger je crois entre-temps.

M5 : Oui mais ce n'est pas à cause de ça. Il avait pas envie de prendre un médicament qui le ralentissait, il fait de la montagne.

M2 : Oui aussi. Mais il l'avait arrêté, si je me trompe ? J'ai un mauvais souvenir ou pas ? Le cardio il l'avait arrêté ? Il me semble qu'il avait accepté de l'arrêter.

M5 : En fait il était pas du tout d'accord avec le bêta-bloquant, la statine, alors peut-être le cardiologue a été dans son sens. De toute façon c'est un têtu qui a dit qu'il arrêterait de voir le cardiologue si on continuait de lui donner son bêta-bloquant.

M1 : Rires, il savait ce qu'il voulait !

I : C'était un choix du patient en fait.

M2 : Je sais pas, moi je ne l'avais pas vécu comme ça.

M5 : En tout cas connaissant le carafon…

I : D'accord, et notamment dans l'insuffisance cardiaque avec des patients qui...

M5 : Il était coronarien lui.

I : D'accord, du coup après son infarctus il n'avait pas d'insuffisance cardiaque.

M2 : Non, non, non.

I : D'accord. Donc vos patients sont vus régulièrement par le cardiologue et peut-être beaucoup par les cardiologues puisque vous n'en voyez pas beaucoup. Est-ce que derrière, quand les patients reviennent de la consultation avec le cardiologue, est-ce que vous avez les courriers ?

Réponse collégiale : Oui.

M2 : C'est pas les pires.

M1 : Les cardios ils écrivent bien.

M3 : Oui c'est systématique.

I : Et du coup, ces courriers, vous les avez rapidement ?

M3 : Oui, dans la semaine.

M2 : C'est pas les pires les cardiologues. Il n'y a pas trop à se plaindre.

I : Est-ce que s'ils font un changement de traitement, ils vous l'expliquent ou pas ?

Réponse collégiale : Oui

I : Est-ce qu'ils vous donnent une conduite à tenir avec ce qu'il faut faire avec leur traitement de fond dans les courriers ?

M3 : Non pas trop.

M4 : C'est un peu stéréotypé.

M1 : Ça c'est un peu à généraliser aux spécialistes d'organes, qui ont un peu tendance à oublier leur côté pédagogique des courriers.

M3 : Il y en a quand même qui mettent en conclusion : son traitement serait ceci, serait cela, et qui ne represcrivent pas. Je sais plus lequel, mais il y en a un qui fait tout le temps ça.

M6 : Ils attendent que ce soit nous qui le faisions donc ç' est pas mal, ils disent "je vous propose tel traitement."

M2 : C'est ce qu'ils devraient tous faire.

I : Et est-ce que vous, derrière vous appliquez ces recommandations, est-ce que vous le faites ?

M3 : Et bien oui en général oui.

M4 : Pas pour les statines.

I : En ce qui concerne l'insuffisance cardiaque s'il vous dit "son traitement serait tel ou tel traitement ? "

Réponse collégiale : Oui.

I : Et du coup parfois est-ce que vous avez problème de tension ? On a parlé de fréquence cardiaque est-ce que vous avez des problèmes d'hypotension ?

M2 : Oui c'est fréquent ça.

I : À partir de quelle tension vous avez tendance à lever le pied ?

M2 : Je dirais que ça dépend de l'âge des gens, s'ils ont une hypotension orthostatique ou pas.

Réponse collégiale : brouhaha.

M5 : Moi je leur donne un tensiomètre et leur fait prendre la tension pour rechercher une hypotension chez eux.

I : Donc l'hypotension orthostatique c'est ça ?

M5 : Quand il le décrit, quand il dit que ça tourne, pas systématiquement.

I : D'accord. Il y a d'autres symptômes associés à la tension que vous recherchez ou pas ?

M3 : Les malaises.

M4 : Les malaises et vertiges.

M1 : Asthénie, il l'exprime comme ça mais ça veut dire qu'il faut aller plus loin, des fois il parle de vertiges alors qu'il n'y en a pas du tout, c'est des faux vertiges et des fois c'est de la fatigue.

I : D'accord, et du coup, quand vous prenez la tension ils sont hypotendus, ou pas forcément ?

M1 : Et bien celle que j'ai vue ce matin clairement ! 7,5 debout après 5 min... Je lui ai dit "et bien c'est normal que vous soyez fatiguée !". Mais elle n'était pas insuffisante cardiaque.

I : Donc si j'entends bien ce n'est pas tant le chiffre qui va vous inquiéter, mais les symptômes qui accompagnent c'est ça ?

Réponse collégiale : Oui.

I : D'accord, bon. Donc vos patients insuffisants cardiaques il y en a certains qui sont passés à l'hôpital, on a vu ça dans la discussion. Est-ce que au retour de l'hôpital, vous avez des courriers aussi, rapidement ?

M3 : Oui ça va.

M2 : Non ce n'est pas rapide.

M1 : C'est très simple : l'hôpital engage beaucoup de médecins, mais peu de secrétaires.

M5 : Oui c'est vrai. Tous les services sont concernés, c'est rare d'avoir le courrier rapidement.

M3 : Non moi je ne trouve pas.

I : On n'est pas d'accord, il faut le dire aussi.

M2 : Toi tu as pas de problème avec les courriers ?

M3 : Je sais pas, ça fait pas longtemps que je reçois des courriers, mais pour l'instant...

M5 : Il y a le système SISRA qui marche bien. Ça c'est très bien ça.

M3 : Oui ça marche vachement bien.

M2 : Non mais un des plus gros problèmes, c'est la communication avec les hôpitaux, et A. c'est le champion du monde. La pédiatrie à A., le courrier c'est 6 mois!

Réponse collégiale : Rires.

I : Restons dans le cœur, j'entends qu'il y a des problèmes de secrétariat pour la durée pour avoir les courriers. Est-ce que ces problèmes de secrétariat se manifestent autrement que par les courriers ou pas, puisque ça manquait probablement de personnel ?

M1 : Et bah bien sûr, le problème c'est pour la prise des rendez-vous.

M3 : Déjà pour les avoir au téléphone.

M1 : Alors pour une insuffisance cardiaque, on appelle en général les cardio. Les patients ils appellent, ils ont un rendez-vous (la secrétaire faisant barrage) dans 6 mois. Si c'est toi qui appelle, il a un rendez-vous la semaine prochaine.

M3 : Du coup ils viennent tous pour que ce soit toi qui appelle...

M2 : Conclusion…

M4 : A l'hôpital ? Et bien tu as de l'influence toi!

M1 : J'ai une ligne directe avec Dieu !

M4 : Mais personne n'a tant d'expérience que M1 !

M1 : Je suis un peu rentre-dedans !

M3 : Non mais je suis d'accord, tu arrives à avoir des rendez-vous beaucoup plus rapide que les patients.

M5 : (S adresse à M1) Tu me donneras ton numéro de téléphone maintenant, tu vas pas t'en servir vu que tu vas être en retraite !

I : (S'adresse à M5) Donc, vous disiez que vous aviez du mal à avoir un rendez-vous cardiologue rapidement ?

M5 : Ah bien oui moi j'envoie chez les cardiologues en ville, clairement c'est beaucoup plus rapide et puis ils sont extrêmement nombreux je n'ai jamais compris pourquoi ils sont aussi long.

M1 : Oui, ils sont nombreux mais je pense qu'ils ont peu de places de consult., ils privilégient les consultations en ville, ils préfèrent que nous on envoie en ville.

I : (S´adresse à M6) D'accord, et vous m'aviez pas dit des problèmes pour les avoir au téléphone ?

M6 : Ah non, les avis ça marche bien, les secrétaires, oui.

I : C'est-à-dire ?

M6 : Et bien je trouve c'est global, les secrétaires de l'hôpital on arrive pas à les avoir. Quand tu passes un quart d'heure où tu attends, et bien tu raccroches.

M5 : Ce que je fais souvent quand je veux un compte-rendu et bien je faxe la demande. C'est au bon endroit, la secrétaire a le temps de regarder et de répondre rapidement. Ça, ça marche bien.

I : Donc des difficultés à avoir déjà la secrétaire au téléphone c'est ça déjà. Il y en a d'autres qui ont cette impression ?

M4 : Moi oui c'est horrible.

M1 : Mais tous les services, pas qu'en cardio, si bien que maintenant on travaille beaucoup par courrier électronique. On donne déjà une idée de la pathologie et de sa situation au spécialiste, et il voit en direct, donc il rappelle ou il donne une réponse tout de suite. Donc là on shunte la difficulté du secrétariat.

I : D'accord.

M4 : Bien les neurologues en ville si tu as besoin tu fais un mail à la secrétaire il y a un neurologue qui pourra voir rapidement ton patient.

M1 : C'est ce que je fais.

I : Donc dans les courriers que vous recevez en retour de vos patients hospitalisés, est-ce qu'ils vous donnent une conduite à tenir les cardiologues ou pas ? Au niveau des traitements ? Est-ce que c'est quelque chose que vous avez régulièrement ?

Réponse collégiale : Non, pas trop, pas plus qu'en ville.

M1 : C'est plus un compte-rendu de consultation détaillé, avec une thérapeutique mise en place. Pas à mettre en place, mais mise en place.

M5 : C'est très technique hein : électrocardiogramme échographie, Holter... tous les examens et puis en conclusion le traitement sera tel et tel...

M4 : "En l'absence de problème, je reverrai le patient dans un an."

M5 : Exactement. Je trouve que c'est plus les néphrologues qui donnent des consignes. Sur les IEC par exemple ils donnent des conseils en cas de déshydratation, de diarrhée, pensez à les baisser. Ils sont beaucoup plus pédagogiques les néphrologues. Les courriers sont beaucoup plus complets.

M1 : C'est vrai très complets, et les gériatres aussi.

M5 : Les gériatres bien sûr : 4 pages recto-verso !

Réponse collégiale : Rires.

I : Alors pour revenir sur le cœur, du coup ça c'est quand ils sont en consultation à l'hôpital, mais quand ils reviennent d'hospitalisation ?

Réponse collégiale : Pareil !

M1 : Souvent on revoit le patient après qu'il soit sorti de l'hôpital avant l'arrivée du courrier.

Acquiescement collégial.

M4 : C'est le grand classique ça.

M3 : Et on sait pas tout.

M1 : Alors n'oubliez pas de coter MIC. (NID : Majoration Insuffisance Cardiaque)

M5 : C'est vrai je l'ai jamais fait.

I : Certains de vos patients insuffisants cardiaques sont à l'EHPAD ou pas ?

Réponse collégiale : Oui.

I : (S'adresse à M6) Alors, dis-moi si cela change quelque chose entre un patient que tu vois en consultation à ton cabinet ou à l'EHPAD. Est-ce que la façon dont tu exerces la médecine ou dont tu traites cette pathologie est différente ?

M6 : Et bien c'est un petit peu ce que l'on disait tout à l'heure. Les patients à l'EHPAD sont peut-être moins autonomes, sont potentiellement déments donc on est peut-être un peu moins interventionniste, je ne sais pas si c'est comme ça qu'il faut le dire. Peut-être qu'on fait plus de traitement symptomatique chez ces gens-là. Par contre, ce qui est pas mal, c'est qu'il y a la surveillance avec les infirmières et donc moi je me repose vachement là-dessus. Du coup tu fais une modification de traitement, elles te prennent la tension le pouls, c'est plus confortable qu'en ville sur ce plan-là.

I : D'accord c'est quelque chose qui vous gêne le côté surveillance qu'on a à l'EHPAD et pas en ville dans votre façon de gérer la pathologie ?

M2 : Ben non au contraire c'est mieux. Tu peux te permettre d'être plus symptomatique moins technique et d'avoir moins recours au cardio puisque tu auras le retour immédiat

de ce que tu as fait. Si tu as fait une bourde, l'infirmière te rappelle le lendemain pour te le dire. Non c'est bien ça, ils sont surveillés.

I : D'accord, il y en a qui sont passés en cardio pendant leur formation ou pas ?

3 réponses positives.

I : Du coup est-ce que vous pensez que cela vous aide dans la prise en charge de la pathologie ou pas ?

M1 : C'est tellement vieux...

M2 : On a honte de le dire, mais quand on est passé en cardio il y avait quoi le Lasilix ?

M1 : Pas d'IEC.

M4 : Il y avait la Digoxine.

M1 : Il y avait les bêtabloquants mais ils étaient formellement contre-indiqués dans l'insuffisance cardiaque.

M2 : Et il y avait la Digoxine point barre.

M4 : Si il y avait l'Aldactazine, l'Adactone.

M2 : Donc on se posait moins de questions. (Rires) Donc on se disait si il est insuffisant cardiaque, il a trop d'œdèmes, et hop : le traitement de digitalo diurétique

M1 : Le Karcher et hop!

M2 : Attends je crois bien qu'il n'y avait même pas d'échographie à l'époque.

M1 : Ça débutait.

I : Vous aviez l'habitude du coup d'utiliser les bêta-bloquants dans votre formation initiale ? Est-ce que c'est une molécule que vous avez manipulée régulièrement ou pas spécialement ?

M2 : Oui mais à l'époque l'indication c'était HTA c'est tout.

I : D'accord. Si vous touchez un traitement que le cardiologue a instauré est-ce que vous avez peur d'interférer avec le cardiologue ? Dans la gestion du traitement de fond ? Est-ce que vous considérez que c'est votre travail, que c'est celui du cardiologue, est-ce que modifier le traitement de fond cela vous paraît être de votre domaine ou de celui du cardiologue ? C'est quoi votre ressenti vis à vis de cela ?

M3 : C'est notre domaine.

Acquiescement collégial.

M1 : Dans la mesure où il y a un échange, moi cela ne me choque pas de modifier le traitement. Il faut voir le bien-être du patient.

M5 : Oui pas d'état d'âme à changer un traitement.

M3 : On les revoit. On peut les voir facilement donc...

M2 : Oui de toute façon, comme tu disais tout à l'heure, quand tu as un doute (ma bronchite asthmatique) tu le rappelles et puis voilà. Tu corriges le tir si dans la discussion tu te rends compte que ce n'est pas ce qu'il faut faire

I : Et est-ce que l'âge intervient dans votre façon de traiter les patients, tout à l'heure j'entendais sur l'EHPAD ou ailleurs, est-ce qu'une personne très âgée ou plus jeune ça va changer quelque chose à votre attitude thérapeutique ?

Réponse collégiale : murmures.

M3 : Ça dépend de son état général.

M4 : Cela nous influence toujours l'âge, la condition physique, ne serait-ce qu'inconsciemment cela nous influence.

M5 : On n'a pas le même degré d'agressivité thérapeutique si je peux me permettre.

M2 : De toute façon tu vas même conseiller plus, ne serait-ce qu'un réentrainement à l'effort, à une personne d'âge moyen qu' à une personne très âgée.

M4 : Voilà, très bon exemple. On va pas imposer un régime sans sel à quelqu'un de 90 ans, on s'en fout complètement. Alors qu´avec quelqu'un de 50,60 ans ce sera autre chose, avec un régime hyposodé à 90 ans il ne mangera rien. On peut se soucier des érections d'un homme de 35 ans qui est sous bêta-bloquant depuis peu, un homme de 78 ans ou 80 ans on y pense moins.

I : Moins agressifs sur les traitements qu'il soit médicamenteux ou non médicamenteux. Et puis certains effets secondaires pour être plus tolérés en fonction de l'âge ? D'accord c'est très intéressant tout ça.

I : D'accord j'aurais bien rebondi sur ce que disait Philippe. A un moment donné il parlait par exemple de la plongée, de la montagne, est-ce que des fois les souhaits du patient sont un peu à l'encontre de ce que vous voudriez prescrire ? Dans le cas du bêta-bloquant pour la plongée, ce n'était pas un insuffisant cardiaque, mais est-ce que parfois vous en avez qui refusent, par rapport à leur activité, les traitements?

M1 : Ah oui oui.

M : De pas vouloir un traitement de peur de ne pas arriver à...

M2 : Oui on en a tous.

M4 : Moi le record c'est un gars de 42 ans, un stent, un angor assez typique il devait courir l'après-midi même, on a eu un mal fou à lui dire de pas aller courir, le lendemain il était stenté. Mais, il refuse tout traitement mais il suit à la lettre l'alimentation méditerranéenne.

M2 : Mais c'est un coureur de trail ?

M4 : Oui je l'ai vu un matin il voulait courir l'après-midi, j'ai eu un mal fou à lui dire de ne surtout pas aller courir et le lendemain matin il était stenté.

M2 : Il avait des symptômes ?

M4 : Oui il avait un angor bien typique.

M2 : Quel âge ?

M4 : 42 ans, et il ne prend rien, et il refuse même l'Aspirine. Il se porte comme un charme, mais il suit... Je crois que c'est mon record de l'observance de l'alimentation méditerranéenne !

M2 : Alors tu fais quoi dans ces cas-là, tu notes quelque chose dans ton dossier ?

M5 : Bien sûr et c'est Henri B. qui le voit de temps en temps et qui constate qu'il va très bien "je ne propose même plus au patient aucune molécule, qui de toute façon refuse tout" et c'est pas un huluberlu... Il est loin d'être con, mais il a beaucoup lu, il est ingénieur de formation, il a beaucoup regardé sur internet, et comme je suis assez branché nutrition donc ça fait longtemps que je le suis... Je suis aussi son épouse. Il suit à la lettre le régime méditerranéen et il est en pleine forme.

I : Même si là on est en dehors de toute recommandation !

M4 : Oui mais c'est mon record mais je le cite. Et il voit en relais Henri B. tous les 3 ou 4 ans.

I : Il lui fait des coros plus souvent ?

M5 : Non, il refuse les coros, il a fait une épreuve d'effort une fois je crois.

I : Et du coup, je change un petit peu de sujet...

M4 : Non non, c'était un aparté.

I : On était hors recommandations et on va profiter de cette transition un peu recherchée. Est-ce que du coup, en cas de difficultés vous allez consulter les recommandations sur l'insuffisance cardiaque ou pas ? Si vous vous posez des questions par exemple ?

M4 : Moi ça m'arrive d'aller dans la banque de données PRESCRIRE oui.

I : D'accord, et sinon les recommandations des sociétés savantes par exemple ?

M4 : Dans l'insuffisance cardiaque particulièrement je les regarde pas. Je demande plus un avis cardio par exemple.

M2 : Si, moi je les regarde régulièrement.

M5 : Je regarde plus PRESCRIRE.

M3 : Pour plein de choses oui pour l'insuffisance cardiaque pas spécialement.

I : Parce que ?

M3 : Je sais pas, j'ai l'impression que je ne gère pas trop l'insuffisance cardiaque.

I : Parce que vous n'avez pas beaucoup ?

M3 : Oui peut-être.

M2 : Et parce que tous ceux qu'on a ont leur cardiologue traitant.

M6 : Et puis les patients aussi, ils aiment leur cardiologue, le cardiologue c'est un peu...c'est le cœur. Et du coup ils ont pas confiance en nous pour ça, je trouve par rapport à d'autres choses que l'on peut faire.

M5 : Ceci dit c'est aussi à nous de montrer que l'on sait faire aussi. C'est cette image de suggestion du généraliste par rapport au cardiologue.

M4 : Lundi dernier avec Marine, on a eu un patient quadruple pontage, et vous savez mon amour pour le Crestor... et c'est le seul de mes patients qui prend encore du

Crestor, parce que c'est le cardiologue qui lui a prescrit du Crestor, et moi je peux aller me rhabiller. Mais à côté de ça je lui represcris du Crestor puisque, lui aussi, a super bien adopté l'alimentation méditerranéenne. Il ne fume pas, il fait du ping-pong 4 fois par semaine, il a 77 ans il est en super forme et pour moi le Crestor c'est tout à fait secondaire. J'ai pas envie de me battre avec lui, je lui ai proposé 2-3 fois, lundi dernier, à deux on a essayé de lui en parler, mais on a bien compris que ça le faisait chier.

M5 : Mais il a adopté tes recos à toi, c'est-à-dire marcher suivre le régime méditerranéen.

M4 : Ah oui, ah oui, j'ai conclu comme ça, j'ai regardé Marine et c'est tellement mineur à côté du fait qu'il ne fume pas, qu´il soit actif, qu´il suive un régime méditerranéen hyper strict et puis franchement, la statine, c'est peanuts... C'est vraiment très modéré, alors si il refuse de prendre la meilleure statine... Et puis il a le droit de préférer la statine du cardiologue que la mienne, il faut le respecter aussi.

I : Si je comprends bien, il y a aussi une question de confiance entre le généraliste et le cardiologue ?

M3 : On va dire que le patient, pour des questions cardio, en tout cas mon ressenti, parce que moi aussi je suis, enfin... c'est pas ma tasse de thé la cardiologie, on sent quand même que les patients ils tiennent beaucoup à ce que leur dit le cardio.

M4 : Oui je suis tout à fait d'accord avec toi. Bon, moi j'adore la nutrition, et j'ai donc pas mal de patients qui ont accepté d'arrêter le Crestor, le Tahor pour Simvastatine ou Pravastatine mais surtout en adoptant une alimentation méditerranéenne puisque c'est mon dada. J'ai mon interne là, donc je blague pas ? Et le monsieur dont je viens de parler, c'est le seul patient qui a tenu à garder son Crestor.

I : Est-ce que vous diriez du coup, car j'entends "c'est pas mon dada, j'envoie chez le cardiologue", est ce que la gestion du traitement de fond de l'insuffisant cardiaque c'est

quelque chose qui vous fait peur ou pas. Vous voyez, de modifier un traitement de fond d'un insuffisant cardiaque ?

M4 : Et bien il n'y a pas que les médicaments puisque on peut recommander une demi-heure de marche par jour... Faire gaffe à sa consommation de sel, encore une fois je parle de nutrition. Entre ceux qui mangent que des conserves et ont une ration sodée bien supérieure.

I : Oui il n'y a pas que les médicaments, mais on va dire dans la gestion des médicaments est-ce que toucher l'IEC, toucher le bêta-bloquant, est-ce que c'est quelque chose qui... ?

M2 : C'est pas que ça fait peur, on y va peut-être un peu plus prudemment que dans d'autres traitements ? Je dirais pas que ça fait peur.

M4 : Moi je me sens pas très compétent comme l'évoquait tout à l'heure c'est M1, quand il y a un effet secondaire manifeste, bronchite asthmatiforme sous bêta-bloquant, moi j'aurais fait exactement comme toi mais non, moi j'ai pas la compétence.

M3 : Après pourquoi pas varier si on sent qu'il faut ajuster un petit peu le dosage, je pense que ça on le fait un peu tous mais faire des gros changements moi je fais pas...

M2 : Tu vas quand même pas appeler le cardiologue à tout bout de champ, pour une hypokaliémie...

M3 : Oui c'est ça. Ça non.

M4 : Mais modifier, à moins qu'il ait une insuffisance cardiaque qui apparaisse moi je ne touche pas à l'IEC je ne touche pas au béta bloquant.

I : D'accord. Donc, si j'entends bien, sauf s'il y a un effet secondaire qui vous oblige à modifier le traitement ?

M2 : Par exemple quelqu'un qui est bien équilibré sous IEC mais qui se met à tousser ? Tu l'envoies au cardiologue? Ou tu le passes sous sartan ?

M3 : Oui je le passe sous sartan. Dans l'insuffisance cardiaque, j'ai pas de souvenir précis, mais un hypertendu qui tousse, oui.

M2 : Non dans l'insuffisance cardiaque ?

M3 : Non ce n'est pas pareil c'est quand même pas fréquent. Et bien pour un insuffisant cardiaque je suis peut-être d'accord que je le ferai peut-être voir au cardiologue quand même. Par rapport à un hypertendu.

M4 : Parce que à ma connaissance les meilleurs protocoles c'est quand même l'IEC le mieux que le sartan.

M2 : Les sartans ils vont tousser aussi avec.

M3 : Je crois que si le bêta-bloquant et l'IEC sont insuffisants tu peux rajouter aussi un sartan. Donc après est-ce que tu enlèves l'IEC dans un insuffisant cardiaque ? C'est ça que je ne sais pas

I : (S'adresse à M2) Et, c'était intéressant ce que tu disais, dans l'hypertension tu le ferais et pas dans l'insuffisance cardiaque du coup pourquoi ?

M3 : Et bien parce que cela me fait plus peur. L'insuffisance cardiaque me fait plus peur que l'HTA. Parce que l'HTA c'est des choses que l'on voit tout le temps, l'HTA tu en as plusieurs par jour

M4 : Et puis l'HTA tu leur donnes un tensiomètre électronique, c'est nous qui leur donnons le traitement.

M6 : Et là si tu leur donnes un IEC et qu'ils font une décompensation les conséquences sont plus graves.

M4 : Et l'écho cardiaque elle est quand même primordiale, pardon je t'ai coupé la parole

I : Donc là j'entendais les conséquences, on n'a pas l'échographie, on les croise moins souvent.

M3 : La MAPA, c'est facile à faire.

M4 : Voilà l'hypertension, c'est rare qu'on appelle le cardio pour l'hypertension.

I : Et d'autres raisons, à part ces trois-là, qui expliquent la peur, l'attitude prudente ? Dans l'insuffisance cardiaque ? On a dit, on en croise moins souvent les conséquences, et on n'a pas d'échographie

M4 : Enfin on n'a pas autant d'outils que le cardiologue.

M1 : Et on fait peu de formation.

I : Et du coup les formations, qu'est-ce qui explique que vous en fassiez peu ?

M3 : Ben il y en a pas trop.

M1 : Il y en a pas, il y en a pas beaucoup. Non, dans le DPC il y en a pas beaucoup de formation sur l'insuffisance cardiaque.

M4 : Oui je suis assez d'accord avec toi.

I : Bon on va juste vérifier, je crois que j'ai juste une dernière question à vous poser puis après on pourra se restaurer, ne vous inquiétez pas, il y a ce qu'il faut dans le frigo.

M1 : Est-ce que c'est une problématique de santé publique l'insuffisance cardiaque ?

I : Et bien je vais vous montrer les chiffres, oui oui c'est quand même un problème de santé publique. Est-ce que du coup dans les courriers des cardiologues, dans les formations, dans les recommandations, est-ce que vous savez que de l'insuffisance

cardiaque à fraction d'éjection altérée il y a des doses cibles à atteindre ? Est-ce qu'on vous le fait savoir ou pas du tout ?

M1 : Les doses cibles du traitement ?

M2 : Si ça, ils le disent qu'il faut monter les IEC jusqu'à dose maximale tolérée.

M3 : Tant que c'est bien toléré c'est ça ?

M4 : Ou le bêta-bloquant jusqu'à une fréquence cardiaque, euh oui oui ça j'ai déjà eu.

I : D'accord, donc là, la cible ce serait la fréquence cardiaque ?

M4 : Oui ça je l'ai déjà vu.

M4 : Monter le bisoprolol jusqu'à ce que, temps que la fréquence cardiaque est au-dessus de 50, ça je l'ai déjà eu.

I : D'accord, mais pas forcément sur les doses ?

M3 : En fonction de la tolérance.

M4 : Bien si la dose, en fonction la tolérance.

I : (S'adresse à M6) Et du coup, c'est quelque chose que tu avais en tête toi les doses cibles à atteindre ou pas ?

M6 : Non.

I : D'accord, d'accord très bien. Donc je pense qu'on a fait le tour. Déjà, je vous remercie parce que c'était intéressant et enrichissant. Est-ce que tu as quelque chose à rajouter ? Bon et bien très bien, donc je vous remercie.

Annexe 5 : Livres de codes

Les freins liés au réseau de soins

Communication du médecin généraliste avec les autres intervenants

Référence	Citation	Thème	Code
E 1	*La relation avec l'hôpital, elle est très mauvaise. C'est pas à cause des cardiologues de l'hôpital, c'est à cause du système de communication : on n'arrive pas à les joindre tout simplement. On tombe une fois sur deux sur des répondeurs, sur des postes qui répondent pas ou on est coupé. Enfin c'est compliqué mais probablement que les cardiologues ne sont pas responsables de ça. C'est, je ne sais pas, un manque de moyen ou de je ne sais pas quoi, mais on* ***a*** *du mal à les joindre quand même.*	Communication médecin généraliste-cardiologues hospitaliers imparfaite	**Difficulté à joindre les cardiologues hospitaliers.**
E 8	*Tu ne peux pas avoir une consultation cardio immédiate par avis téléphonique à l´hôpital. Ça n´existe pas, ça. C´est à dire, qu´ils ne sont pas joignables.*		Difficulté à joindre les cardiologues hospitaliers.
E 2	***On*** *n´a pas trop leurs coordonnées même par mail et tout ça. Par exemple, j´ai un diabéto de l´hôpital à qui j´envoie des mails en lui disant « bon, là j´ai un cas… qu´est-ce que tu en penses… ? » il n´y n'a pas l´équivalent en cardio. Ça serait bien.*		Difficulté à joindre les cardiologues hospitaliers. Moyens de communication directs inconnus
E 4	*Mais après on a quand même plus de mal pour joindre quelqu'un. On n'a pas de numéros directs*	Communication médecin généraliste-cardiologues hospitaliers imparfaite	Difficulté à joindre les cardiologues hospitaliers. Moyens de communication directs inconnus
E 4	*Parce qu´on n´a pas de possibilité de contacter directement*		Difficulté à joindre les cardiologues hospitaliers. Moyens de communication directs inconnus

E 5	*On passe par le secrétariat ou souvent on attend 10 min un quart d'heure et cela n'est pas compatible avec notre exercice*	Communication médecin généraliste-cardiologues hospitaliers imparfaite	Difficulté à joindre les cardiologues hospitaliers. Chronophage
E 7	*Le cardiologue c'est pas le problème, c'est la secrétaire qui est difficile à avoir parfois, parce que du coup par exemple (c'est le plus jeune qui est suivi à Annecy), plutôt que d'appeler le cardiologue de garde j'ai voulu appeler le cardiologue qui le suit actuellement, et du coup il faut passer par la secrétaire. La difficulté elle est plus d'accéder au secrétariat*		Difficulté à joindre les cardiologues hospitaliers. Difficulté à joindre les secrétaires
FG M1, M3	*M1: Et bah bien sûr, le problème c'est pour la prise des rendez-vous* *M3: Déjà pour les avoir au téléphone.*		Difficulté à joindre les cardiologues hospitaliers. Difficulté à joindre les secrétaires
FG M6	*Et bien je trouve c'est global les secrétaires de l'hôpital on n' arrive pas à les avoir. Quand tu passes un quart d' heure ou tu attends, et bien tu raccroches.*		Difficulté à joindre les cardiologues hospitaliers. Difficulté à joindre les secrétaires
FG M4	*Moi oui c'est horrible.*		Difficulté à joindre les cardiologues hospitaliers. Difficulté à joindre les secrétaires
E 12	*Les cardiologues ? Oui oui relativement facilement mais il faut pas passer par le secrétariat, mais par les lignes directes ou par les numéros privés. C'est un peu biaisé. Rires.*		Difficulté à joindre les cardiologues hospitaliers. Communications bloqués au niveau des secrétaires
E 12	*Par les DECT, même si bon l'accueil ne veut pas les donner, mais on finit par les connaître […]Il faut bidouiller un peu, déjà avoir été confronté à un blocage pour savoir comment le contourner.*	Communication médecin généraliste-cardiologues hospitaliers imparfaite	Difficulté à joindre les cardiologues hospitaliers. Communications bloqués au niveau des secrétaires
E 2	*J'aimerais bien mais j´ai plus 3-4 cardio de ville avec qui j´ai un bon circuit. L´hôpital je sais qu´ils sont très bons en cardio mais on n´a pas autant de relation que ça avec eux. Ce n´est pas toujours facile, d´ailleurs, avec eux.[…] au niveau communication, ils ne*		Difficulté à joindre les cardiologues hospitaliers.

	sont pas toujours facilement joignables		
E 7	*Apres j'aime beaucoup les cardiologues hospitaliers mais c'est vrai que sur le plan pratique c'est plus compliqué de travailler avec eux.(NDI comparé aux cardiologues de ville).*	Communication médecin généraliste-cardiologues hospitaliers imparfaite	Difficulté à joindre les cardiologues hospitaliers.
E 12	I : Est-ce que quand le patient revient vous voir (NDI après une hospitalisation) est-ce que vous avez déjà le compte rendu? *M: Pas toujours. Mais je pense qu'il faudrait absolument si ce n'est pas le cas encore développer les envois de courrier par mail.*		**Arrivée des comptes rendus d'hospitalisation en retard**
E 12	NDI: Concernant l'absence du courrier d'hospitalisation lors de la consultation: *M: C'est un peu gênant oui.* I: C'est un peu un frein pour derrière votre travail thérapeutique? *M: Oui bien sûr d'autant plus que le patient a eu plusieurs avis de spécialistes à l'hôpital que la situation est compliquée. Il a vu le néphrologue, le cardiologue, le diabétologue…*		Arrivé des comptes rendus d'hospitalisation en retard
E 16	*Et bien je n'ai pas encore la lettre post-hospitalisation, c'est toujours le problème…*		Arrivé des comptes rendus d'hospitalisation en retard
E 16	*Apicript on ne les a pas toujours, ils ne savent pas toujours comment ça fonctionne .Avec l'hôpital d'A. cela marche mieux Apicript, eux ils sont bien rodés maintenant, mais l'hôpital de C., pas bien….*	Communication médecin généraliste-cardiologues hospitaliers imparfaite	Arrivé des comptes rendus d'hospitalisation en retard (manque d'expérience des supports de communication de certains hôpitaux)
FG M1, 2, 5	*M2: Non ce n'est pas rapide.* *M1: C'est très simple l'hôpital engage beaucoup de médecins, mais peu de secrétaires.* *M5: Oui c'est vrai. Tous les services sont concernés, c'est rare d'avoir le courrier rapidement.*		Arrivé des comptes rendus d'hospitalisation en retard
FG M2	*Non mais un des plus gros problèmes, c'est la communication avec les*		Arrivé des comptes rendus

	hôpitaux, et A. c'est le champion du monde.	Communication médecin généraliste-cardiologues hospitaliers imparfaite	d'hospitalisation en retard
FG M1	*Souvent on revoit le patient après qu'il soit sorti de l'hôpital avant l'arrivée du courrier.*		Arrivé des comptes rendus d'hospitalisation en retard
E 11	*Une conduite à tenir, c'est pas si fréquent mais un compte rendu de ce qui s'est passé durant l'hospitalisation avec les traitements de sortie, mais une conduite à tenir c'est pas si fréquent, non.*		**Qualité des courriers :** Présence inconstante de la conduite à tenir dans les courriers de sortie d'hospitalisation.
E 13	I: D'accord et il y a une conduite à tenir dans le courrier de l'hôpital ? *M: Oui oui enfin conduite à tenir, disons qu'il y a le traitement de sortie et puis tous les résultats des examens, après bon on se débrouille.*		Qualité des courriers : Présence inconstante de la conduite à tenir dans les courriers de sortie d'hospitalisation.
E 17	I : D'accord, pareil en retour d'hospitalisation, par exemple, dans les courriers on vous donne une conduite à tenir. *M : je dirai pareil (NDI : pas de conduite à tenir*		Qualités des courriers : Présence inconstante de la conduite à tenir dans les courriers de sortie d'hospitalisation.
FG Réponse groupée	(NDI concernant la conduite à tenir dans les courriers de sortie d' hospitalisation) *Réponse collégiale: Non, pas trop, pas plus qu'en ville*		Qualité des courriers : Présence inconstante de la conduite à tenir dans les courriers de sortie d'hospitalisation.
FG M1	*C'est plus un compte-rendu de consultation détaillé, avec une thérapeutique mise en place pas à mettre en place, mais mise en place*		Qualité des courriers : Présence inconstante de la conduite à tenir dans les courriers de sortie d'hospitalisation.
E 4	(NDI au sujet du courrier pour les urgences) ***Il** faut faire un courrier descriptif, pfff. . C´est très très chronophage.*	Communication MG/urgences	Réalisation du courrier pour l'hôpital chronophage.
E 5	*Le néphro c'est compliqué de discuter avec eux. C'est peu joignable.*	Communication MG/néphrologues	Difficulté à joindre les néphrologues
E 17	C'est facile d'avoir un avis néphrologique ? M : Non, la réponse est non, à la limite c'est pas aussi difficile que ça, c'est un peu compliqué […]. Cela demande juste le temps de le faire. […] un peu chronophage		Difficulté à joindre les néphrologues

FG M1	*C'est pas toujours évident parce que on voudrait de temps en temps, on pense à modifier une thérapeutique et puis on aurait plutôt envie d'échanger avec le cardiologue qui a prescrit mais dans l'instant, tu échanges, tu fais une concertation tu ne vas pas la faire 4 jours après, tu vas la faire sur le moment et donc c'est toujours bon d'avoir le cardiologue en ligne.*	Communication MG/Cardiologue	Difficulté à joindre les cardiologues
FG M1	*Si c'est faisable d'avoir un cardiologue en ligne mais le cardiologue en question, il n'est pas toujours dispo, il n'est pas toujours présent, la coordination des soins c'est un gros problème.*		Difficulté à joindre les cardiologues
FG M2	*Bien évidemment je n'ai pas pu joindre le cardio avec qui j'aurais aimé parler de ça[…]en fait je n'ai pu contacter le cardiologue que le lendemain*		Difficulté à joindre le cardiologue
E 6	*Ça arrive qu'on revoit le patient et qu'on n'ait pas le courrier. C'est bien quand on l'a car le cardiologue nous dit ce qu'il en pense.*	Communication MG/Cardiologue	Qualité des courriers : Absence de courrier
E 14	*Ah oui, surtout si il y a des modifications et que je ne comprends pas forcément pourquoi il y a eu les modifications et que le patient n'est pas capable de l'expliquer, oui, cela peut être préjudiciable pour le patient.*		Qualité des courriers : Absence de courrier
E 14	***Il** y en a d'autres, voilà, c'est modifié, on n'a pas forcément le courrier tout de suite, voire pas de courrier*		Qualité des courriers : Absence de courrier
E10	*Le cardiologue avec lequel je travaillais, tu ouvres le courrier « ton patient va bien on continue le même traitement » donc ça ne me va pas très bien.*		Qualité des courriers Trop bref
E10	*(au sujet d'un courrier de cardiologue) le troisième ce qu'il dit ou rien c'est à peu près pareil*	Communication MG/Cardiologue	Qualité du des courriers Trop bref
E11	*Des courriers pas forcément détaillés pour un en ville*		Qualité des courriers Trop bref
E 18	*Non. C'est le problème de D. C'est pas forcément bien... il me dit par exemple là ça va être « je ne modifie pas le traitement ».*		Qualité des courriers Trop bref

E 18	*Je pense que ça va tout le temps être comme ça, sur tous ses courriers. (NDI trop bref)*	Communication MG/Cardiologue	Qualité des courriers Trop bref
E 18	*C'est chiant ça, excusez-moi le terme, mais c'est très pénible.(NDI les courriers trop brefs)*		Qualité des courriers Trop bref
E 9	(NDI concernant l'absence de bétabloquant dans les traitements) *Est-ce qu´il avait des ECG, de choses comme ça, qui contre-indiquaient ? Ce n´est pas noté, dans les courriers…*		Qualité des courriers Pas d'explication sur les adaptations thérapeutiques.
E 11	(NDI au sujet de la cause de la diminution de posologie du BB chez patient) *Je ne retrouve pas l'information dans les courriers du cardiologue […]: Je ne retrouve pas l'information non.*		Qualité des courriers Pas d'explication sur les adaptations thérapeutiques
E 14	***Il** y en a d'autres, voilà, c'est modifié, on n'a pas forcément le courrier tout de suite, voir pas de courrier et c'est pas forcément détaillé.*		Qualité des courriers Pas d'explication sur les adaptations thérapeutiques
E5	Est-ce qu'ils vous donnent parfois des consignes précises dans les courriers ? *Oui, c'est assez variable*		Qualité des courriers : Présence inconstante de la conduite à tenir
E 15	*(NDI : concernant sa méconnaissance des posologies cibles) Non. […]Ca pourrait faire partie des courriers de cardiologue à ce moment-là...*	Communication MG/Cardiologue	Qualité des courriers : Présence inconstante de la conduite à tenir
E 17	**Il** donne l'état des lieux et il préconise un traitement mais il n'y a pas vraiment de conduite à tenir. C'est assez rare.		Qualité des courriers : Présence inconstante de la conduite à tenir
E 18	*(NDI au sujet du cardiologue) Il n' a pas instauré d' IEC, il n'a pas donné de consignes de ce côté-là.*		Qualité des courriers : Présence inconstante de la conduite à tenir
FG réponse groupée	I: Est-ce qu'ils vous donnent une conduite à tenir avec ce qu'il faut faire avec leur traitement de fond dans les courriers ? *M3: Non pas trop.* *M4: C'est un peu stéréotypé.* *M1: Ça c'est un peu à généraliser aux spécialistes d'organes, qui ont un peu tendance à oublier leur côté pédagogique des courriers.*		Qualité des courriers : Présence inconstante de la conduite à tenir

E4	*Oui ça améliore et puis on est plus à l'aise nous aussi, on est moins dans le questionnement, la consultation est pour nous plus je ne vais pas dire plus simple mais elle est plus orientée. Est-ce que le cardiologue m'a demandé de vérifier cela Ou est-ce que j'en suis ? Cela nous aide, c'est sûr, c'est sûr.*	Communication MG/Cardiologue	Qualité des courriers : Prise en charge simplifié si conduite à tenir précisée par le cardiologue
E17	*J'ai peu utilisé les services du réseau RESIC parce que pour moi, c'était dans les patients que j'ai eu à gérer et qui nécessitaient éventuellement des échanges, je n'ai pas toujours trouvé que c'était pertinent, j'ai plus utilisé les rapports avec le cardiologue, avec le patient et l'entourage du patient.*	Communication MG/ réseaux de soins	Manque de pertinence d'un réseau spécialisé dans l'insuffisance cardiaque
E12	*Après c'est sur les réseaux éventuellement qu'on pourrait s'améliorer, sur les échanges entre les intervenants.*		Communication sous optimale entre les intervenants du réseau de soin

Les freins liés à la **relation** entre le MG et les autres intervenants

Référence	**Citation**	**Thème**	**Code**
E4	*Ca fait bien longtemps que je n´ai pas envoyé un patient en insuffisance cardiaque aux urgences.*	Relation médecin généraliste-hôpital	Abandon de la relation MG-hôpital
E4	*pfff. c´est… voilà, démotivant*		Abandon de la relation MG-hôpital
E4	I : D´accord, donc vous avez un petit peu, finalement, abandonné le coté hôpital… *M : oui* I: …pour pas… *M : Par dépit, par perte de temps, par un peu désabusée .*		Abandon de la relation MG-hôpital
E 4	***On** voit nos patients, on a de l´expérience, on les connaît, on fait le diagnostic et, en fait nos patients doivent être revus par un interne qui va le réinterroger*		Abandon de la relation MG-hôpital Non reconnaissance de leur expérience et de la connaissance de leurs patents
E 10	*Ils ont décidé et puis c'est tout. Après je ne suis pas forcément d'accord avec eux*		Changement thérapeutique à

			l'hôpital discutable d'après le MG
E 10	*Après avec l'hôpital on est parfois obligé de discuter un peu. On n' est pas forcément d'accord dans les changements de traitement. Des changements de traitement non justifiés.*	Relation médecin généraliste-hôpital	Changement thérapeutique à l'hôpital discutable d'après le MG
E 11	*J' avais demandé l'avis du cardiologue, est-ce que l'on ne pourrait pas introduire un IEC ? Mais pareil, c'était quelqu'un avec une fonction rénale trop basse, je l'avais demandé mais ça n'a pas été retenu.*	Relation médecin généraliste/ cardiologue de ville	Respect de l'avis du cardiologue. Pas d'introduction d'IEC en cas d'insuffisance rénale marquée
E 4	*(NDI : au sujet de l'attitude préconisée par le cardiologue pour IEC chez un patient insuffisant rénal) On met des diurétiques voilà. Après….la solution ne va pas être sur les IEC hein ?*		Respect de l'avis du cardiologue. (Favoriser les diurétiques comparé aux IEC en cas d'insuffisance rénale)
E 13	I : D'accord, donc il ne vous demande pas de modifier les traitements particulièrement. *M : Non à part si il le juge utile, mais en dehors de ça c'est déjà arrivé qu' il me dise, et bien non il est bien comme ça, tu touches pas.*		Respect de l'avis du cardiologue. Pas de majoration du traitement si patient stable
E 11	*Ou pour ne pas interférer avec le suivi cardio, avec les prescriptions du cardiologue*	Relation médecin généraliste/ cardiologue de ville	Volonté de ne pas interférer avec les prescriptions du cardiologue.
E 15	I: D'accord, et en tant que médecin généraliste, est-ce que vous osez modifiez les traitements du cardiologue ? *M: Pas trop,*		Volonté de ne pas interférer avec les prescriptions du cardiologue.
E 9	*Peut-être que là on a un plus de frein à changer les traitements initiés par les cardiologues, c´est sûr.*		Volonté de ne pas interférer avec les prescriptions du cardiologue.
E 17	*Alors si c'est le cardiologue qui l'a instauré, j'aurai tendance à respecter les doses déjà par règle un peu de courtoisie et d'éthique*		Volonté de ne pas interférer avec les prescriptions du cardiologue.
FG M2	*Oui je ne vais pas le changer si le cardio l'a donné*		Volonté de ne pas interférer avec les prescriptions du cardiologue.

E 3	I : Et il n'y a pas eu de consigne du cardiologue de monter les posologies ? *M : Non. Pour le coup le cardiologue le revoit tous les trois mois-là.* .	Relation médecin généraliste/ cardiologue de ville	Travail difficile avec certains cardiologues Prise en charge entièrement réalisé par la cardiologue. Aucune place pour le médecin généraliste.
E 11	*Non je n'ai pas renouvelé depuis. Non car ce cardiologue en question a tendance un peu à s'approprier les patients et il fait des renouvellements lui-même pour six mois sans problème et c'est lui qui les revoit. On a tendance à être shunté facilement par ce cardiologue.*		Travail difficile avec certains cardiologues Prise en charge entièrement réalisé par la cardiologue. Aucune place pour le médecin généraliste
E 18	*Quand ils ne donnent pas le traitement et qu'ils ne se font pas renouvelés chez moi, chez le cardio, je risque pas de le savoir.*		Travail difficile avec certains cardiologues Prise en charge entièrement réalisé par la cardiologue. Aucune place pour le médecin généraliste
E 10	*Mais après il y en a un avec qui je n'ai pas envie de travailler car ça part dans tous les sens c'est n'importe quoi.*	Relation médecin généraliste/ cardiologue de ville	Travail difficile avec certains cardiologues car divergence de point de vue trop important dans la prise en charge.
E 14	*Après il m'est arrivé d'avoir de vieux cardiologues ou je n'étais pas bien d'accord, c'est vrai que dans ce cas, je vais peut-être avoir plus tendance à modifier moi-même les traitements sans forcément être en concertation avec eux. Je vais moins demander leur avis, si je sais que je vais me faire rembarrer ou qu'ils me diront c'est ça et point.*		Travail difficile avec certains cardiologues car divergence de point de vue trop important dans la prise en charge.
E 4	*On a des cardiologues qui nous prennent vraiment pour des partenaires de travail, avec qui on échange. Le médecin généraliste est un partenaire. Et puis on a des autres pour lesquels on est des secrétaires. Et ça change tout dans la prise en charge du patient. C´est à dire qu´il y en a avec lequel on échange et on peut discuter et*		Travail difficile avec certains cardiologues Manque de reconnaissance de la part de certains cardiologues altérant la prise en charge.

	on a des informations de prise en charge		
E 5	*Il y en a qui sont assez précis et qui modifient les traitements. D'autres qui nous disent « je suggère de » mais qui ne le font pas. Finalement moi j'aime autant qu'on fasse. Moi si je l'envoie chez le cardiologue c'est pour avoir son avis donc s'il me le donne, ça me va très bien. Je suis pas vexé par ce que l'on prenne la main en prescrivant à ma place.*	Relation médecin généraliste/ cardiologue de ville	Conseils thérapeutique du cardiologue non appliqués par ce dernier.
E 11	*Voilà c'est ça du moment que le néphrologue dit on arrête c'est sûr que l'on ne remet pas derrière un IEC quoi.*	Relation médecin généraliste néphrologue	Respect de l'avis du néphrologue Arrêt de l' IEC si insuffisance rénale.
E 4	Le *néphrologue et la personne âgée IEC ils nous disent « ben oui, ben de toute façon il y a une néphrosclerose, c´est des insuffisances rénales multifactorielles, l´âge, l´hypertension… » donc c´est une réponse qui est commune et donc ben… voilà […] il faut le diminuer.*		Respect de l'avis du néphrologue Baisse des IEC conseillée par les néphrologues en cas d'insuffisance rénale du sujet agé
E 6	(NDI au sujet des insuffisants cardiaques qui ont en plus une insuffisance rénale) *Euh attendez que je réfléchisse… j'en ai un mais je n' ai pas le droit de toucher à aucun de ses traitements anti hypertenseur, c' est la consigne absolue de son néphrologue !*		Respect de l'avis du néphrologue Néphrologue interdisant de moduler les traitements antihypertenseurs
E 6	*Apparemment à un moment donné un conflit avec un cardiologue qui a changé un traitement et le néphrologue était pas d' accord, et maintenant sur toutes ses ordonnances ça revient, interdiction de toucher au traitement antihypertenseur sans mon avis.*		Respect de l'avis du néphrologue Néphrologue interdisant de moduler les traitements antihypertenseurs
E 4	*Moi au début je demandais au néphrologue « là j´ai une fonction rénale, je suis à 30ml/minute » et ils disent « oui, mais ton patient il a* ***quel*** *âge ? il a 85 ans. Il a 85 ans, il est hypertendu depuis 30 ans, il est âgé… bon, ben qu´est-ce qu´on va faire ? on ne va pas faire grande chose.*	Relation médecin généraliste néphrologue	Rupture de la relation médecin généraliste/ néphrologue sur avis identique à chaque demande.

E 6	*Là en l'occurrence, à chaque fois cela passe par le néphrologue. Parce que le patient a vraiment été conditionné et que même moi l'autre jour je l'ai appelé parce qu'il avait une hyperkaliémie et qu'il fallait qu' il, prenne du kayexalate… et non il fallait qu' il demande au néphrologue..*	Relation MG/ patient	Manque de confiance du patient induit par un autre confrère
FG M3	*On va dire que le patient, pour des questions cardio, en tout cas mon ressenti parce que moi aussi je suis enfin c'est pas ma tasse de thé la cardiologie, on sent quand même que les patients ils tiennent beaucoup à ce que leur dit le cardio*		Manque de confiance du patient
E 14	***Si** c'est quelque chose qui peut se discuter, une modification de traitement qui peut se discuter par exemple, je ne sais pas, dans la classe des bêtabloquants, un bêtabloquant plus que l'autre, je vais plutôt mettre un mot dans le dossier en proposition de modification. […] S'il y a quelque chose de moins urgent, je ne vais pas forcément le faire….je préfèrerai en discuter avec le médecin traitant.*	Relation médecin installé/ médecin remplacé	Si modification discutable, traitement non modifé d'emblé par le médecin remplacant.
E 10	*Oui mais j'ai quand même quand même un petit peu plus de difficultés de suivi pour ces patients parce que on n'a pas la même proximité avec l'infirmière.*	Relation médecin généraliste/ infirmière	Suivi plus difficile si moins grandes proximités avec IDE à domicile
E 14	*J'ai dû les consulter, c'est vrai que je ne suis pas toujours d'accord avec les recommandations de l'HAS, donc c'est vrai que j'ai tendance maintenant à aller directement sur PRESCRIRE, j'ai l'impression que c'est plus fiable que les recommandations de l'HAS. Et notamment sur l'insuffisance cardiaque, ils ont réactualisé en début d'année et c'est hyper clair sur Prescrire.*	Relation société savantes/ MG	Qualité des recommandations Recommandations de l'HAS perçus comme non fiable
E 15	*C' est de la prise en charge personnalisée que je recherche et pas des recommandations, parce que les recommandations effectivement c'est bien, c'est un guide de prescription, mais parfois c'est pas tout à fait adapté au patient lui même.*		Qualité des recommandations Recommandations peu personalisées

E 12	*Je ne les ai pas lues récemment mais de mémoire c'était effectivement pas forcément très ciblé prise en charge pratique. Sans outils biologique, sans outils échographique. Mais encore une fois je les ai pas lues récemment.*	Relation société savantes/ MG	Qualité des recommandations Recommandations trop ciblées paracliniques
E 12	*On pourrait les imaginer plus dirigés dans la pratique clinique effectivement.*		Qualité des recommandations Recommandations trop ciblées paracliniques

Les freins liés à **l'organisation des filières** de soins

Référence	Citation	Thème	Code
E 4	***Je*** *trouve que la filière cardio n´est pas simple pour le médecin généraliste*	Organisation de la filière cardiologique hospitalière	Filière cardiologique compliqué pour le médecin généraliste
E 4	*(NDI : en parlant des urgence). Les patients pris en charge à l´hôpital, on leur demande d´être envoyés sur leurs cardiologues de ville. Quand on a un patient cardio urgent (bon, je ne parle pas du syndrome coronarien aigu, hein ?), mais vraiment de l´insuffisance cardiaque, ben c´est… pour moi c´est le médecin…le cardiologue de ville.*		Accès à la cardiologie difficile Décharge de l'hôpital sur les cardiologues de ville. Hospitalisation difficile.
FG M1	*M1 : Oui, ils sont nombreux mais je pense qu'ils ont peu de place de consult, ils privilégient les consultations en ville, il préfèrent que nous on envoie en ville.*		Accès à la cardiologie difficile Décharge de l'hôpital sur les cardiologues de ville. Hospitalisation difficile.
E 4	I : D´accord, parce que du coup qu´est-ce qui se passe avec l´hôpital ? *M : ben on dit de les envoyer aux urgences.*		Accès à la cardiologie difficile Passage obligé par les urgences
E 4	*On est obligés de passer par les urgences.*		Accès à la cardiologie difficile Passage obligé par les urgences

E 4	*Moi un patient pour lequel le diagnostic est, je ne vais pas dire certain, mais très fortement évoqué, pour moi il n´a pas nécessité d´aller revoir un interne aux urgences et de repasser par une filière qui va emboliser les urgences alors qu´on sait déjà qui doit être le référent, qui est le spécialiste référent,*	Organisation de la filière cardiologique hospitalière	Accès à la cardiologie difficile **passage obligé par les urgences mal vécu par le médecin**
E 4	***Ce** n´est pas productif pour le patient, (NDI de devoir passer par les urgences)*		Accès à la cardiologie difficile Passage obligé par les urgences perçu comme peu productif pour le patient
E 8	(NDI à l'hôpital) ***Ils** n´ont pas de place, ils n´ont pas de lit, même les lits d´hospitalisation de jour je crois que c´est over-booké, donc non, tu passes par les urgences.*		Accès à la cardiologie difficile Pas de place en consultation ou en hospitalisation
E 8	*(NDI au sujet d'une hospitalisation courte pour adaptation des thérapeutiques)Alors ça c´était il y 20 ans ! Non, non, en tout cas sur ce secteur-là c´est très difficile. Dans tous les autres domaines du service, d´ailleurs*		Accès à la cardiologie difficile pas de place en hospitalisation courte pour aide à l'adaptation thérapeutique.
E 5	*Mais on l'a fait au coup par coup et puis elle est passée à l'hôpital parce qu'elle s'est cassé une hanche puis l'autre. Donc entre temps, théoriquement elle a dû ou elle aurait dû revoir des cardiologues (rire).*	Organisation de la filière cardiologique hospitalière	Accès à la cardiologie difficile Opportunité probablement manqué d'avoir un avis cardiologique lors d'hospitalisation non programmé.
E 8	***Je** trouve que c´est vraiment compliqué de réussir à faire hospitaliser un patient, bon, là je parle de la semi-urgence, ce n´est pas de l´urgence […]c´est un peu la bagarre qu´on a avec les hôpitaux périphériques et, en cardio tu es dans le même système*	Organisation de la filière cardiologique hospitalière	Accès à la cardiologie difficile Pas de place en hospitalisation pour les semi-urgences
E 8	*Puis quand tu es dans a semi-urgence, ben tu le fais. Donc une décompensation d´une insuffisance cardiaque je pense que je la gère à domicile quand je peux.*		Accès à la cardiologie difficile Pas de place en hospitalisation en semi-urgence

E 4	*Je trouve qu´en médecine de ville on prend notre téléphone, on a le cardiologue traitant qui nous dit « ben je peux le voir à telle heure », voilà […] ça me parait plus facile*	Organisation de la filière cardiologique hospitalière	Accès à la cardiologie difficile Accès aux consultations cardiologiques plus simple en ville
FG M1	*Généralement on a un rendez-vous rapide si on téléphone soi-même, pour quelqu'un qui nous fait soucis que ce soit en ville ou même à l'hosto c'est plus difficile quand même…*		Accès à la cardiologie difficile Accès aux consultations cardiologiques plus simple en ville
FG M5	*Ah bien oui moi j'envoie chez les cardiologues en ville, clairement c'est beaucoup plus rapide et puis ils sont extrêmement nombreux je n'ai jamais compris pourquoi ils sont aussi long.*		Accès à la cardiologie difficile Accès aux consultations cardiologiques plus simple en ville
E 12	*C'est compliqué ça, un avis de néphrologue dans notre région!*	Organisation de la filière néphrologique	Avis néphrologique difficile à obtenir
E 12	*(au sujet de l'avis néphrologue) Au niveau délai de consultations oui. Après effectivement par mail on peut obtenir des avis, mais en consultation c'est plus de 6 mois.*		Délai de consultation d'un néphrologue trop long
E 12	I: D'accord ça vous déjà arrivé d'être gêné de vous dire là je l´enverrai bien chez un néphrologue mais du coup la consultation été trop loin quoi ? *M: A oui c' est assez fréquent et pas que pour ce patient là.*		Délai de consultation d'un néphrologue trop long
E 13	*Donc moi si je veux un pneumologue rapide c'est plutôt sur C. Quand on sait qu'il n'y a pas un gros problème pulmonaire et que c'est plutôt bien cardiaque.. c'est pas toujours facile d'avoir un rendez-vous rapide.*	Organisation de la filière pneumologique	Consultation pneumologique difficile à obtenir

Freins liés à l'organisation des soins **en ambulatoire**

Référence	Citation	Thème	Code
E 5	(au sujet d'un avis cardio) *Mais en EHPAD c'est compliqué. On hésite toujours à leur faire faire des aller-retours je trouve. Faut qu'ils prennent l'ambulance, qu'ils attendent, qu'ils reviennent.*	Prise en charge sous optimale en EHPAD	Organisation d'une visite chez un spécialiste compliquée chez les patients en institution.
E 5	(vis-à-vis de l'absence d'avis cardio pour certains patients en EHPAD) *Donc du coup on s'adapte avec ce que l'on a mais on n'a pas toujours les éléments pour décider. Après on n'est pas cardiologue non plus.*		Organisation d'une visite chez un spécialiste compliquée chez les patients en institution. Donc médecin gérant seul
E 12	*Mais sinon sur la qualité des soins, les dossiers de maison de retraite sont pas forcément très bien tenus. Je trouve que ce n'est pas forcément très adapté.*		Qualité des dossiers sous optimale
E 12	*NDI au sujet des information des dossiers en EPHAD) Alors même qu'il devrait y en avoir plus puisque il a le suivi pluriquotidien par des infirmières. On a des informations qu'on n'aurait pas si on les suivait au cabinet mais est-ce que c'est les informations les plus importantes je suis pas persuadé… Le dossier médical qui est au cabinet qui est informatisé qui est bien tenu je pense qu'on peut avoir un suivi qui me semble plus fiable.*	Prise en charge sous optimale en EHPAD	Qualité des dossiers sous optimale
E 8	(NDI au sujet des insuffisants cardiaques sévères **vus** à domicile) *Quand ils vont chez le cardiologue, par exemple, pour une visite, c´est vraiment une organisation. Des fois à l´hôpital on ne se rend pas compte mais il faut mobiliser le neveu, qui prend sa demi-journée, ou...enfin, nous on est un peu loin de l´hôpital donc l' ´accession au contrôle spécialisé on le fait avec*	Prise en charge sous optimale des patients à domicile	Organisation d'une visite chez un spécialiste compliquée chez les patients en visite à domicile (alors que patients les plus graves.)

	rationalité. On va réfléchir deux fois comment on va organiser les choses		
FG M2	*On en voit (NDI des OAP) chez des gens âgés qui ne peuvent pas sortir de chez eux, qui ne vont pas chez le cardiologue*	Prise en charge sous optimale des patients à domicile	Organisation d'une visite chez un spécialiste compliquée (OAP du coup plus fréquent)
E 5	*Par contre c'était au fin fond de S. donc 10kms aller, 10kms retour et j'y allais une fois par semaine donc c'est difficile de faire plus*		Isolement géographique de certains patient
E 14	*Ou faire passer une infirmière, voilà, pour vérifier les constantes, donc ça, ça dépend aussi de l'endroit où l'on est…c'est vrai, des fois les infirmières, c'est un peu dur de les faire passer régulièrement pour un contrôle tension ou une fréquence cardiaque.*		Isolement géographique de certains patient (passage infirmier difficile à organiser)
E 12	*On est moins bien installé*		Moins bonne installation à domicile
E 8	*Oui, bien sûr. C'est qu'on est beaucoup plus confortable au cabinet parce qu'on a* ***tout*** *notre outillage. On peut faire l´électrocardiogramme facilement, on a, éventuellement, la possibilité de discuter avec un collègue quand on travaille en groupe.*		Moins bonne installation à domicile Outillage insuffisant et avis de confrères du cabinet difficile à domicile.
E8	*Donc nous, c´est pareil, ce qui nous gêne le plus c´est d´être à domicile. On n'a pas le dossier, il faut penser à le regarder avant.*	Prise en charge sous optimale des patients à domicile	Moins bonne installation à domicile Pas accès au dossier du patient à domicile
E8	*Quand on pense connaître le patient on ne va pas regarder forcement le dossier avant d´y aller*		Moins bonne installation à domicile Pas accès au dossier du patient à domicile
E 8	***Et*** *puis la rédaction des observations et bien elle n´est pas bonne elle n´est pas bonne ben parce que quand on rentre et que tu arrives et que tu es un peu en retard ben tu mets moins de renseignements que lorsque tu as le patient qui est au cabinet*		Moins bonne installation à domicile Dossier patient moins bien tenu quand vu à domicile par manque de temps

E12	***On*** *perd de l'information parce que forcément la prise de sang s'il n´a pas pensé à l'imprimer, on l'a pas… on n'a pas forcément les numéros de téléphone des correspondants sous la main si il faut prendre un contact avec quelqu'un.*	Prise en charge sous optimale des patients à domicile	Moins bonne installation à domicile Perte d'information en visite (biologie, numéros des correspondants)
E 15	*Oui, à domicile je n'arrive pas à me concentrer, ou à* ***voir*** *… déjà je n'ai pas le dossier sous les yeux j'aime bien les peser, j'aime bien avoir le poids habituel. C'est moins confortable. Je me sens moins à l'aise.*		Moins bonne installation à domicile
FG M2	*Les patients que tu vois à domicile […]* *tu ne peux pas les peser, tu as oublié ton électrocardiogramme, tu ne l'as pas avec toi, tu n'as pas ton saturomètre, tu n'as pas grand-chose, tu fais de la médecine plus au pif quoi des fois, faut bien le reconnaître, ceux qu'on visite, c'est la merde !!!!*		Moins bonne installation à domicile
E 12	*Mais je trouve qu'on fait une médecine quand même de moins bonne qualité à domicile qu´au cabinet on perd du temps et peut-être aussi de l'information.*		Moins bonne installation à domicile perte de temps et d'information
E 15	*Oui et c'est surtout le fait de les peser une fois chez eux une fois au cabinet si ce n'est pas sur la même balance ça vaut pas grand choses.*		Moins bonne installation à domicile perte d'information
FG M3	*Je sais pas combien il pèse.*		Moins bonne installation à domicile perte d'information
FG M2	*Les patients que tu vois à domicile, ils ne peuvent pas se déplacer, ils sont déjà soit plus âgés soit plus polypathologiques, soit plus précaires et donc tu fais ce que tu peux, tu ne peux pas les peser, tu as oublié ton électrocardiogramme, tu ne l'as pas avec toi, tu n'as pas ton saturomètre, tu n'as pas grand-chose, tu fais de la médecine plus au pif quoi des fois, faut bien le reconnaître, c'est qu'en visite, c'est la merde...*	Prise en charge sous optimale des patients à domicile	Moins bonne installation à domicile perte d'information

E 12	*Dans la pratique ce qui change c'est juste que c'est beaucoup moins pratique et que l'on perd beaucoup de temps.*	Prise en charge sous optimale des patients à domicile	Moins bonne installation à domicile perte de temps
E 8	*Je pense que la prise en charge elle est moins bonne. Toutes les pathologies à domicile je pense qu´elles sont moins bonnes.*		Moins bonne installation à domicile Moins bonne prise en charge
E 4	***Donc,** l´augmentation du bêtabloquant au cabinet lors d´une consultation d´un quart d´heure, vingt minutes… ce n´est pas mon pain quotidien*	Organisation du planning	Consultation trop courte Pour augmenter le betabloquant
E 4	***Je** suis… voilà, parce que 11-10 au cabinet c´est souvent des tensions sur-evaluées, ils sont un peu anxieux, ils ont fait un effort pour venir…11-10, on sait qu´on n´est pas sur une tension vraiment du repos, chez nous, au cabinet on ne prend pas 20 minutes pour prendre la tension, ce n´est pas possible.*		consultation trop courte Pour bien prendre la tension dont TA surevaluée
E 4	*Parce que notre organisation doit…. n´est pas modulable, l´organisation du cabinet n´est pas modulable en fonction de chaque patient, donc on doit avoir une organisation au quotidien et quand un patient prend un rendez-vous, on ne sait pas forcement s´il prend rendez-vous pour une verrue, pour un vaccin ou parce qu´il est essoufflé, et donc on se retrouve avec un volume de travail qui ne correspond pas toujours au temps imparti à la consultation, alors, c´est vrai qu´on déborde, je dis un quart d´heure- vingt minutes, mais n´empêche que ce n´est pas des consultations d´une heure pendant lesquelles on pourrait réellement prendre en charge notre patient, **prendre** le temps d´appeler le cardiologue, refaire un électro, en discuter, voilà, ce n´est pas possible. Ce n´est pas possible.*	Organisation du planning	Organisation du planning pas assez modulable pour s'adapter à chaque patient.
E 15	*Oui,oui parce que...quand il y a du diabète, plus l´insuffisance cardiaque plus un petit peu d´insuffisance*		Temps de consultation trop court

	rénale voir une autre pathologie par-dessus, une polyarthrite... (c´est souvent le patient âgé, d'ailleurs) ou des choses comme ça en un quart d'heure on ne fait pas le tour. et le problème c'est que la salle d'attente est toujours pleine à craquer que en trois quart d'heure, parce que c'est à peu près ça.	Organisation du planning	
E 15	***Il** faut pour moi, 45 minutes pour une polypathologie de plus de 80 ans c´est facile 40 minutes. Le temps après de faire les modifications et surtout d´ expliquer les changements, le pourquoi du comment parce que si on veut que ça soit de la bonne **observance,** que ça soit bien suivi, il faut expliquer pourquoi . **Ca** prend facile 40min , trois quart d'heure et du coup ça en saison on ne peut pas se le permettre*		Temps de consultation trop court (pression de la salle d'attente)
E 5	*Ça s'est une problématique je trouve propre à la médecine générale. Le coté surveillance et examens paracliniques .Il y a des choses que l'on peut faire plus difficilement en ville je trouve*	Organisation du suivi	Surveillance et paraclinique limitée en ville
E 13	*(NDI au sujet des patients en EPHAD) On peut se permettre d'avoir des coudées plus franches parce qu'on sait que le malade va être surveillé. Il y a toujours quelqu'un qui est là, les infirmières me retéléphonent pour me dire ça va pas, vous lui avez donné ça il ne supporte pas etc.. Tandis qu' en ville on ne sait pas quand on va revoir le patient, et la différence elle est là.*		Surveillance et paraclinique limitée en ville (comparée à l'EPHAD)

Freins liés au patient

Freins liés au patient : Les freins particuliers liés au **grand âge**.

Référence	Citation	Thème	Code
E1	*I : Parfois ils sont symptomatiques quand ils ont une tension basse ?* *M : Oui, les gens âgés en particuliers*	Majoration de la iatrogénie chez les sujets âgés	Hypotension plus souvent symptomatique
E12	(NDI au sujet des patients agés) *On se méfie un petit peu plus de la iatrogénie en tout cas ces patients sont un petit peu plus sensibles aux modifications de traitement, aux introduction, augmentation de dose,*		Plus souvent sensible aux modifications de traitements
E8	(NDI :au sujet des hypotensions) *donc chez une personne qui est âgée maintenant il y a toujours le risque de chute*		Risque de chute en cas d'hypotension
E10	*Bon après si tu veux tu as le problème de l'hypotension orthostatique en général, […]c'est des personnes âgées donc le risque de chute. Tu peux pas donner un hypotenseur ou un diurétique quelconque sans t'assurer qu'il ne va pas tomber et mourir d'une fracture du col du fémur.*		Risque de chute en cas d'hypotension (avec risque de fracture et de décès)
E4	*c´est vrai que rapidement on peut avoir des troubles ioniques, on peut avoir des troubles de la fonction rénale,… oui, oui,…c´est vrai qu´on a des patients…moi j´ai un patient auquel je pense qui a fait une déshydratation en été.*	Majoration de la iatrogénie chez les sujets âgés	Patients plus à risque de troubles ioniques et de déshydratation
E8	*Le vieillissement vasculaire je pense que ça va me rendre probablement, plus attentif à la prescription d´IEC*		Prescription d'IEC plus difficile du fait du vieillissement vasculaire
E11	(NDI concernant le maniement des B- et IEC chez le sujet âgé) *Non mais je dirais que tout est simplifié. Chez la personne âgée c'est encore plus difficile. Car plus de iatrogénie potentielle à mon avis.*		Prescription de B- et d'IEC plus difficile chez le sujet âgé : simplification du traitement car iatrogénie potentiellement plus importante
E6	*Ben c´est pareil, là… il a 84 ans, il faut quand même éviter les hypotensions donc s´il a une tension à 11 je serais plus frileuse*		

	pour augmenter le bêta bloquant ou l'IEC	Adaptation des seuils à l'âge	Majoration de la limite tensionnelle basse tolérée sous B- ou IEC (par crainte des hypotensions)
E6	*Chez les personnes très âgées comme cela je préfère avoir une tension un peu limite haute que limite basse parce qu' après il y a les risques de chute etc, donc il faut quand même être vigilant*		Majoration de la limite tensionnelle basse tolérée (car risque de chute)
E6	*un patient qui a 84 ans qui a une espérance de vie plus limitée que quelqu' un qui en a 60, moi je préfère qu' il ait une tension à 140 plutôt qu' une tension à 10 ou 11 par rapport au risque d' une hypotension orthostatique ou d' une hypotension tout court, et d' un malaise ou chute etc…Par rapport aux conséquence que peut avoir une tension tout juste normale voire un petit peu élevée sur son espérance de vie , sachant qu' une chute à cet âge-là peut être plus dangereuse que une tension à la limite supérieure de la normale.*	Adaptation des seuils à l'âge	Majoration de la limite tensionnelle basse tolérée car peu de bénéfices sur l'espérance de vie comparé aux risques d'effets secondaires
E6	*(NDI : au sujet de la fréquence cardiaque) après cela dépend de l'âge aussi. Là il a 84 ans, je me dis que si après il a une fréquence qui diminue trop, il va peut-être avoir d'autres symptômes qui seront pas forcément agréables quoi.*		Modulation des objectifs de FC en fonction de l'âge
E9	(NDI concernant l' influence de l' âge sur les choix thérapeutiques) *Souvent ça arrive, donc moi, j´adapte selon l´état général, selon les pathologies associées…*	Adaptation des seuils à l'état du patient	Adaptation des traitements à l'état général et aux comorbidités du patient
E3	*: Très âgés c'est pas que très âgé : c'est l'état de forme, après il y a une notion de confort. A un moment donné si les traitements donnés deviennent inconfortable vis-à-vis des bénéfices,* NDI : (déclaration d' intention)		Adaptation des traitements à l'état général du patient
E3	*Evidemment il y a un contexte. Mais je pense que c'est plus l'état général du patient qui amène à alléger les choses.* (NDI déclaration d'intention)		Adaptation des traitements à l'état général du patient

E1	*Et il y a les polypathologies et donc les traitements associés qui posent des problèmes. Je pense que c'est d'autant plus difficile chez eux*	Complexité de la prise en charge des patients âgés	Caractère poly-pathologique et polythérapie rendant la prise en charge plus difficile
E10	*Il est complexe car il a plus de 80 ans, il est diabétique insuffisant rénal également*		Caractère poly-pathologique rendant la prise en charge plus difficile
E12	*ça nous gêne parce qu'elles sont toutes intriquées en général les unes avec les autres et que pour en équilibrer une il faut équilibrer la deuxième voire la troisième*		Nécessité d'équilibrer plusieurs pathologies en même temps
E12	*du coup cela multiplie aussi les intervenants spécialisés et donc ça nécessite plus de coordination*		Nécessité d'une coordination importante avec les autres intervenants.
E 12	(NDI au sujet de la polypathologie) *des patients qu'on revoit souvent qui nécessitent aussi de multiplier les intervenants paramédicaux, les infirmières pour s'assurer de l'observance des traitements, la bonne délivrance ,la surveillance de la tension , la surveillance du poids. Il faut faire intervenir beaucoup de monde parfois, y compris la famille pour nous aider*		Nécessité d'une coordination importante avec les autres intervenants (pour s'assurer de l'observance)
E11	(NDI en parlant d' un patient de 87 ans)*Oui c'est vrai que c'est des patients lourds donc ils prennent du temps et qui nous font bien sûr creuser un peu la tête.*		Prise en charge chronophage
E12	*Ca nous gêne parce.. parce que c'est plus long*		Prise en charge chronophage
E12	*Ca nous gêne parce que c'est plus compliqué parce que c'est plus long*		Prise en charge complexe et chronophage
E12	*Des visites qui sont longues, qui sont répétées*		Prise en charge chronophage
E12	NDI au sujet des patients agés) *Avec des signes cliniques qui sont souvent souvent un peu appauvris*		signes cliniques appauvris
E1	*. Parce que moi, j'ai dans la tête un monsieur qui a 96 ans, bon, qui est un peu en fin de vie, qui a une maladie d'Alzheimer, désorienté, on ne peut pas le déplacer comme ça à une consultation cardio pour un oui pour un non, parce que c'est pas évident. Sa famille, c'est pas toujours facile de le faire emmener. Donc bref, bref, j'suis obligé de me débrouiller un peu tout seul. Et ce monsieur en jouant sur les doses de furosémide, cahin-caha, il va pas mal*	Problème d'accès à la consultation	Problème pour déplacer le patient en consultation cardiologique. (Médecin généraliste seul à gérer la pathologie)

E1	*La gestion d'un insuffisant cardiaque, surtout les gens âgés qui ne peuvent pas se déplacer facilement, j'ai le coup de téléphone facile pour le confrère cardiologue.*	Problème d'accès à la consultation	Problème pour déplacer le patient en consultation cardiologique.
E12	*Les consultations c'est d'ailleurs souvent des visites puisque celui dont je parle était suffisamment dépendant pour nécessiter d'être vu en visite.*		Visite à domicile souvent nécessaire du fait de la dépendance
E12	*Mais on peut se dire qu'on pourrait passer tous les jours. On peut faire des petits réglages tous les jours[…]. Mais oui cela pourrait nécessiter un suivi presque en télémédecine. Je sais pas si c'est envisagé ce genre de choses mais ça pourrait.*		Un suivi quotidien s'avérerait nécessaire éventuellement par télémédecine.
E1	*moi j'ai pas mal de personnes âgées insuffisantes cardiaques dans ma clientèle, qui finissent juste avec un traitement diurétique avec du furosemide, par ce que justemen,t ils ont des contres indications, soit des intolérances avec les IEC ou les bêta-bloquants*	Antécédents des patients âgés	Cumul de contre-indications et d'intolérance rendant difficile l'utilisation des traitements de fond

Freins liés au patient : les **troubles cognitifs et psychiatriques** limitant l'optimisation des traitements de l'ICFEA

Référence	**Citation**	**Thème**	**Code**
E1	*Si je peux pas les interroger sur comment, je sais pas moi, est ce qu'il est essoufflé quand il se met à manger, est ce qu'il est essoufflé quand ils le couchent, etc. Je ne sais pas moi, il me manque la moitié de mon... enfin c'est difficile, moi je trouve que les familles pour les patients désorientés elles sont irremplaçables bien sûr. Si on n'a personne, il me manque la moitié, l'examen clinique qui suffit pas toujours.*	Troubles cognitifs	Nécessité de la présence d'un aidant (si interrogatoire non contributif)
E3	*dans ces cas-là il faut qu'il y ait une consultation avec un aidant familial, quelqu'un qui puisse accompagner et puis après ça dépend de l'entourage, des aides autour. Et puis oui pour ce qui est de la symptomatologie on a besoin de quelqu'un qui puisse témoigner.* (NDI : déclaration d'intention)		Nécessité de la présence d'un aidant (si interrogatoire non contributif)

E11	*Un aidant qui comprend oui.*	Troubles cognitifs	Nécessité de la présence d'un aidant comprenant les consignes.
E11	(NDI concernant les troubles cognitifs) *Alors c'est vrai que chez lui je passe essentiellement par sa femme pour communiquer sur la prise en charge et sur l'adaptation de traitement.*		Nécessité d'un aidant (pour la prise en charge et l'adaptation du traitement)
E11	*. Bah oui ça change dans le sens où c'est quand même, il faut quand même avoir toutes ses capacités cognitives car c'est des traitements qui s'adaptent souvent. On monte le traitement quelques jours puis on le redescend pour contrôler le ionogramme. Donc ça nécessite d'être réactif et d'avoir bien compris donc ça complique quand même les choses[…] c' est plus délicat il faut s' assurer que tout le monde ait bien compris, surtout l' aidant principal, que ce soit bien possible à la maison.*		Nécessité d'un aidant (pour la prise en charge et l' adaptation du traitement)
E7	*Sur le plan psychiatrique pas vraiment et du coup c´est toujours interprétatif surtout […]on raisonne plus sur la clinique que sur l´interrogatoire, avec cette dame en particulier.*	Troubles psychiatriques	Troubles psychiatriques limitant l'interrogatoire
E7	*I : D´accord, oui, donc du coup, par exemple, l´essoufflement, ça peut être difficile à rechercher?* *M : Ça peut être difficile, oui. […]Ben du coup je me fie plus, oui, sur la clinique, la présence ou non d´œdème, l´auscultation, que sur, effectivement, les données de l´ interrogatoire, pour elle, ouais*		Troubles psychiatriques limitant l'interrogatoire

Freins liés au patient : **autres comorbidités associées** limitant l'optimisation des traitements de l'ICFEA.

Référence	Citation	Thème	Code
E10	*En fait le problème c'est qu'on est dans des complexités car je crois pas avoir un patient qui est juste insuffisant cardiaque.*	Polypathologie	Polypathologie fréquemment associée à l'insuffisance cardiaque rendant plus complexe la prise en charge
E10	(NDI concernant ce qui peut influencer l'instauration des B- et IEC chez le patient ICFEA) *L'âge non pas vraiment c'est plutôt l'électrocardiogramme, ses comorbidités*		Comorbidités gênant parfois l'instauration des B- et IEC
E4	*En occurrence mon patient il avait un cancer de prostate, il avait eu des complications urinaires ou il avait une rétention, une hydronéphrose,…. Enfin, voilà. Donc voilà, on ne va pas faire grande chose, de toute façon sa fonction rénale elle est altérée et on ne va pas améliorer grande chose. Voilà.*		adaptation des thérapies à l'état du patient
E2	*si le gars il est vraiment avec une créat trop haute je fais gaffe aux posologies, je les baisse,*	Insuffisance rénale	Majoration de la créatininémie conduisant à une diminution des posologies
E3	(NDI patient fictif): *Non enfin sauf s' il y a une contre indication en fonction de la créatinine initiale*		Insuffisance rénale conduisant à ne pas modifier les traitements
E11	*Il avait un diurétique et un IEC et donc on avait été obligé d'arrêter parce qu'il avait une clairance qui oscillait entre 20 et 25 millilitres.*		Insuffisance rénale conduisant à l'arrêt des IEC
E8	*En général les IEC c´est le ramipril. J´utilise que celui-ci dès que je vois que la clairance diminue [...] d´ailleurs, mais je sais que dès que ça passe en dessous de 60 (50,60) je suis vachement attentif à ça. [...] Et...ben oui...sinon, ramipril et puis les diurétiques peut-être en quantité plus importante et moins en IEC*		Majoration des diurétiques au détriment des IEC en cas d'insuffisance rénale

Autres freins liés au patient

Référence	Citation	Thème	Code
E5	*Ils ont des prises de sang assez régulièrement. Et la surveillance biologique cela devient vite problématique car au bout d'un moment ils en ont vite ras le bol.*	Choix du patient	adhésion du patient limité vis-à-vis d'une surveillance biologique rapprochée
E5	(NDI concernant les patients en EHPAD) *Ils sont souvent dans une demande de ne pas être trop déplacés et pas faire trop de chose.*		Patient en EHPAD en faible demande de soins
E5	*J'ai monté les diurétiques, j'ai monté les diurétiques, le cardiologues voulait l'hospitaliser, le cardiologue de l' hôpital voulait le prendre mais le patient voulait pas y aller, enfin c' était très compliqué*		Refus du patient d'une hospitalisation en cardiologie
E10	*Il refuse la prise en charge médicamenteuse enfin médicale globale car il doit passer en dialyse un jour ou l'autre.*	Choix du patient	Refus du patient de la prise en charge médicale
E10	*C'est complexe car déjà c'est un patient à multiples facettes donc il faut dire qu'il habite au quatrième étage,[…] le dernier étage sans ascenseur. […] Je suppose qu'il y a de la maltraitance de la part de son fils […] Donc parler juste de son insuffisance cardiaque c'est difficile. J'arrive chez lui ,j'essaye de comprendre ce qui se passe, comment il va dans sa vie notamment vis-à-vis de ce problème de maltraitance savoir s'il y en a ou pas, s'il arrive à monter son dernière étage*	Contexte socio-familial du patient	Intrication de problèmes médicaux et sociaux gênant la prise en charge médical

Freins liés au médecin

Comportements professionnel limitant l'optimisation des traitements de l'ICFEA par le médecin généraliste : **La délégation**

Référence	Citation	Thème	Code
E 1	*La prescription des bêta-bloquants dans l'insuffisance cardiaque, moi c'est quelque chose que je laisse au cardiologue. Donc (hésitation), je ne donne pas de bêta-bloquants si je n'ai pas un avis*	**Délégation de la prescription initiale** des traitements de fond au cardiologue de **manière systématique**	Délégation de l'instauration des B-
E 3	I : Pour les bêta-bloquants, vous, est ce que vous les instaurez parfois ou est-ce que vous modifiez juste les posologies ? *Non, ça sera plutôt une modification de posologie effectivement. C'est rare que j'instaure sur l'insuffisance cardiaque. Sur une insuffisance cardiaque*		Délégation de l'instauration des B-
E 1	*Je ne me vois pas prescrire un bêta-bloquant sans un avis cardiologique dans cette pathologie. J'aurais trop peur des effets secondaires, d'une contre-indication. Non, je laisse ça au cardiologue.*		Délégation de l'instauration des B-
E 16	(NDI concernant les B- situation théorique) *Mais quelqu'un qui n'en aurait pas eu avant, la primo-prescription je ne l'aurais peut-être pas faite.*		Délégation de l'instauration des B-
E 15	*Quand c'est une introduction d'IEC, en général je vais me permettre de le faire. Les Béta bloquants un peu moins.*		Délégation de l'instauration des B-
E 1	(NDI au sujet des ARM) *Moi c'est pareil, je laisse l'indication au cardiologue. Je n'en ai pas beaucoup d'ailleurs des malades sous spironolactone mais je laisse…*		Délégation de l'instauration des ARM
E 2	(NDI au sujet de l'introduction des ARM) *: C´est le cardio, qui les introduit. Moi je n´aime pas faire ça. Je n´aime pas introduire comme ça, du tout.*	Délégation de la prescription initiale des traitements de fond au cardiologue de manière systématique	Délégation de l'instauration des ARM
E 3	I : Les anti-aldostérones vous les instaurez ou pas ? *M : Non*		Délégation de l'instauration des ARM

E 14	*Les anti-aldostérones, c'est vrai que je les manipules moins, cela m'est arrivé d'en reconduire mais qui avaient déjà été instaurés par le cardiologue.*	Délégation de la prescription initiale des traitements de fond au cardiologue de manière systématique	Délégation de l'instauration des ARM
E 15	*Que j'introduis moi toute seule, non.*		Délégation de l'instauration des ARM
FG M2	(NDI au sujet de l'éplérénone) *Mais moi, personnellement je ne l'initie pas*		Délégation de l'instauration de l'éplérénone au cardiologue
FG M1	*Ça c'est sûr, je suis complètement de ton avis* (NDI de déléguer l'instauration de l'éplérénone)		Délégation de l'instauration de l'éplérénone au cardiologue
FG M3	*Initier le traitement moi, je ne le fais pas toute seule*		Délégation de l'instauration des traitements de fond de manière générale
FG M5	*Mettre en place du Lasilix oui, mais au-delà je n'initie pas un traitement de fond…..*		Délégation de l'instauration des traitements de fond de manière générale
E 17	*Dans les AOMI après c'est sûr que l'introduction elle est délicate et je la délègue volontiers aux cardiologues.*	**Délégation de la prescription initiale** des traitements de fond au cardiologue **sur un terrain particulier**	Délégation de la prescription initiale des traitements de fond au cardiologue En cas d'AOMI
E 2	*Moi je ne vous cache pas que ce genre de patient j´aime bien les envoyer chez le cardiologue pour avoir, un petit peu, des adaptations thérapeutiques, des conseils*	**Délégation de la gestion** des traitements de fond au cardiologue de **manière systématique**	Délégation de la gestion de l'ensemble des traitements de fond
E 3	*Moi je travaille beaucoup avec les cardiologues* *mais souvent s'il y a des modifications c'est plutôt eux qui les font.*		Délégation de la gestion de l'ensemble des traitements de fond
FG M3	*Oui je trouve qu'en cas d'insuffisance cardiaque on délègue assez vite aux cardiologues.*		Délégation de la gestion de l'ensemble des traitements de fond
E 6	*I : D' accord, donc tout ce qui est modification du traitement de fond, cela va être plutôt chez le cardiologue ?*		Délégation de la gestion de l'ensemble des traitements de fond

	M : Ben oui encore une fois s'il n'y a pas de plainte de signe d'appel. *.*	Délégation de la gestion des traitements de fond au cardiologue de manière systématique	
E 2	(NDI : au sujet des la modification posologique des ARM) *Je n´y touche pas ça.*		Délégation de la gestion des ARM
E 2	*Ouais, je ne suis pas à l´aise, je ne touche pas ça*		Délégation de la gestion des ARM
FG M1	(NDI au sujet de l'éplérénone) *C'est vraiment des trucs que je laisse au cardio.*		Délégation de la gestion des ARM
FG Réponse collégiale	(NDI concernant l'éplérénone) *C'est quelque chose que vous manipulez ?* *Réponse collégiale: Pas du tout.*		Délégation de la gestion des ARM (éplérénone)
E 2	*Si la tension monte trop je le rebalance chez le cardiologue que ce soit lui qui réadapte le traitement*	**Délégation de la gestion** des traitements de fond au cardiologue **dans des situations médicales particulières**	Poussée d' HTA
E 5	*Quand ils sont à 100 110 de fréquence ça me va pas quoi donc je l'envoie chez le cardiologue.*		Tachycardie
FG M3	*Et bien pour un insuffisant cardiaque je suis peut-être d'accord que je le ferai peut être voir au cardiologue quand même. Par rapport à un hypertendu.*		Toux sous IEC
E 15	(NDI concernant la clairance rénale) *J' 'avais regardé dès le départ c'était une diminution de plus d´un tiers à ce moment-là je passais la main directement.*		Dégradation rapide de la fonction rénale à l'instauration des IEC
E 5	*Elle a pas de bêta-bloquant. Cela avait été introduit dans son EPHAD et ça s'était mal passé donc je n'ai pas retenté la chose. Après c'est vrai que je songe à l'envoyer aux cardiologues pour voir ce que l'on peut faire pour adapter les choses*		Echec d'une première introduction
E 15	I : D'accord, d'accord du coup ça vous est déjà arrivé chez l'un de vos patients insuffisants cardiaques de monter les bêta-bloquants, que ça ne se passe pas bien, de le rebaisser? *M : Oui.* I : Et du coup derrière est-ce que vous avez essayé de les augmenter? *M : Mon, je suis resté là. et puis j'ai envoyé... j' ai passé la main aux confrères*		Echec d'une première introduction

E 5	*Apres quand il y a des contres indications franches, c'est plus souvent le cardiologue qui tranche en général*	Délégation de la gestion des traitements de fond au cardiologue dans des situations médicales particulières	En cas de contre-indication
E 6	*(NDI : au sujet des B- aggravant des BPCO) Mais ça souvent cela passe par le cardiologue et puis par le pneumologue en fonction du stade.*		Décompensation de BPCO sous B-
E 12	*J'avoue que c'est une des classes thérapeutiques que j'essaye de ne pas trop toucher,[…] sauf sur réelle consigne quoi…*		En l'absence de consigne
E 12	(NDI au sujet des B-) *Mais s'il n'y a pas de consigne claire et précise on ne sait pas si il faut atteindre la dose optimale ou rester à des petites doses, […] on a tendance à moins y toucher*		En l'absence de consigne
E 2	*Moi je me repose beaucoup sur les cardiologues. En plus on a de la chance, à Annecy il y en a beaucoup, et puis ils sont dispo, et ils ont des rendez-vous assez vite donc moi j´en profite.*		Car offre de soins importante (cardiologues de ville)
E 2	*Mais je préfère beaucoup si c´est un patient âgé de plus 85 ans, j´aime bien le renvoyer chez le cardiologue*	**Délégation de la gestion des traitements de fond** au spécialiste d'organe **sur un terrain particulier**	Délégation au cardiologue chez la personne âgée
E 11	*C'est vrai que chez ce genre de patient (*NDI au sujet BPCO) *un peu fragile je laisse volontiers le maniement des bêtabloquants au cardiologue.*		Délégation au cardiologue chez le patient BPCO.
E 3	NDI : déclaration d'intention au sujet de l'introduction des B- chez le BPCO : Mais chez un patient BPCO vous n'auriez pas introduit de B- sans l'avis du cardiologue ? *Non, clairement non.*		Délégation au cardiologue chez le Patient BPCO.
E 5	(NDI : au sujet des B-en cas de pathologie respiratoire associée) *Sinon par rapport à l'adaptation thérapeutique, les bêta-bloquants c'est plutôt décidé par le cardiologue et les pneumologues pour savoir si on utilise ces traitements ou pas. Donc souvent les traitements ils sont optimisés par les spécialistes.*		Délégation des B- au cardiologue et au pneumologue en cas de pathologie respiratoire associée.
E 12	(NDI au sujet des B- chez le BPCO) *Ça interpelle toujours effectivement, on a en tête que c'est plutôt des*		Délégation des B- au cardiologue et au pneumologue

	contre-indications alors ensuite et bien c'est là où il faut faire intervenir les spécialistes concernés	Délégation de la gestion des traitements de fond au spécialiste d'organe sur un terrain particulier	en cas de pathologie respiratoire associée.
E 8	*Alors, ça c´est possible. En fait ce qu´il se passe c´est que nous on passe le relais vers le néphro, enfin, la consultation néphro lorsque vraiment ça baisse en dessous de 30*		Délégation des IEC au néphrologue des que clairance inférieure à 30.
E 5	(NDI : au sujet de sa crainte de majorer les B-) *Je sais pas, mais c'est dans ma pratique, c'est vrai que, déjà c'est des médicaments qu'on n' introduit pas trop en médecine générale.*	**Délégation de la gestion des traitements de fond car plutôt perçue comme du domaine du cardiologue**	Délégation car généralement introduit par celui-ci.
E 11	(NDI : en parlant du pourquoi il délègue la gestion des B- au cardiologue) *J'ai la notion que le bisoprolol, pour des raisons que je n'explique pas trop, enfin que le bisoprolol 1,25 mg et 2,5 mg sont des prescriptions réservées aux cardiologues.[…]. Mais bon les petites doses de bisoprolol sont théoriquement réservées aux cardiologues.*		Délégation car notion que les faibles posologies de bisoprolol sont réservées aux cardiologues
E 16	*D'abord sur le plan…comment dire primo-prescription, tu sais que dans l'insuffisance cardiaque c'est réservé à l'hôpital, nous on n'a pas le droit d'initier un traitement par bêtabloquants dans l'insuffisance cardiaque alors que l'on peut dans l'hypertension* *[…]C'est complètement bizarre. Tu peux prescrire du bisoprolol 10 ou 5 mais tu peux pas prescrire du 1.25*		Délégation car notion que les faibles posologies de bisoprolol sont réservées aux cardiologues
E 16	*En primo-prescription, et les pharmaciens, ils y en a certains qui sont un peu procéduriers sur A., il leur faut toujours la confirmation annuelle de la bonne prescription pour le renouvellement du bisoprolol.*		Délégation car notion que les faibles posologies de bisoprolol sont réservées aux cardiologues (refus de délivrance du pharmacien)
E 11	*J'ai l'impression, mais alors non fondée, que le maniement du diurétique est plus du recours du généraliste pour adapter, et que le bêtabloquant plus réévalué par le cardiologue.*	Délégation de la gestion des traitements de fond car plutôt perçue comme du domaine du cardiologue	Délégation car impression que le rôle du médecin généraliste est cantonné à la gestion des diurétiques.

E 15	I: D'accord, d'accord. Est-ce que pour vous la modulation du traitement de fond de l'insuffisance cardiaque, est-ce que c'est du rôle du médecin généraliste ? *M: Non.* I: C'est plutôt le cardiologue qui va s'occuper des traitements de fond? *M: Oui* I: Qu'est-ce qui vous donne cette impression là ? *M: Peut-être une moins bonne connaissance des traitements de fond eux mêmes*	Délégation de la gestion des traitements de fond car plutôt perçue comme du domaine du cardiologue	Délégation car cardiologue perçu comme plus compétent

Comportement professionnel limitant l'optimisation des traitements de l'ICFEA par le médecin généraliste : **L'AVIS nécessaire**

Référence	Citation	Thème	Code
E 1	*Je vais assez systématiquement demander un avis cardio.*	**Avis du cardiologue nécessaire sur l'optimisation des traitements de manière systématique**	**Avis avant instauration** d'un traitement de fond
FG M5 et M3	*M5 : Oui, je fais toujours avec avis du cardiologue.* *M3 : Oui, moi aussi*		Avis avant instauration d'un traitement de fond
E 15	*Par exemple j'introduis rarement le bêtabloquant dans l'insuffisance cardiaque seule, sans l'aval du cardiologue.*		Avis avant instauration d'un traitement de fond B-
E 1	*Moi je trouve, mon opinion personnelle, c'est que le maniement des diurétiques ça va ; le maniement des bêta-bloquants et des IEC c'est déjà plus compliqué. C'est plus souvent recours à un avis cardio.*		**Avis avant toute modification thérapeutique** des traitements de fond (Car traitement jugé complexe)
E 1	*Soit éventuellement au cardio, pas forcément sous forme de consultation mais un coup de fils au cardio si j'ai besoin de modifier ses traitements.*	Avis du cardiologue nécessaire sur l'optimisation des traitements de manière systématique	Avis avant toute modification thérapeutique des traitements de fond
E 3	*Même pour une modification de dosage de bêta-bloquant, je suis un peu prudente moi, en cardio là…. […] j'ai l'appel facile*		Avis avant toute modification thérapeutique : des B-

E 4	*(NDI : après avoir parlé du caractère polypathologique des patients) ça m´arrive, mais ça m´arrive souvent sous les conseils du cardiologue qui me dit « j´ai vu monsieur untel, s´il se passe ceci, tu peux augmenter »voilà. Donc de ma propre décision, augmenter le bêtabloquants, ça m´arrive très rarement*		Avis avant toute modification thérapeutique : des B-
E 14	*Il me semble les avoir des fois augmentés mais c'était sur avis du cardiologue….*	Avis du cardiologue nécessaire sur l'optimisation des traitements de manière systématique	Avis avant toute modification thérapeutique des B-
E 14	*J 'appelais le cardiologue pour savoir comment optimiser le traitement et il me proposait de l'améliorer.*		Avis avant toute modification thérapeutique des B-
E 3	*I : Les anti-aldostérones vous les instaurez ou pas ?* *M : Non* *I : Vous les renouvelez.* *M : Oui c'est pareil je demande au cardiologue.*		Avis avant toute modification thérapeutique ARM.
E 14	*Après souvent je pose quand même la question au cardiologue avant de modifier quand c'est possible*		Avis avant toute modification thérapeutique
E 12	(NDI à propos de la modification des traitements de fond pendant une décompensation) *Non, non car personnellement dans mon cabinet […] c'est des choses que je ne modifie pas sans un avis extérieur*	**Avis du cardiologue nécessaire sur l'optimisation du traitement de fond dans des situations particulières**	Avis en cas de décompensation cardiaque
E 4	*J´avoue que je vais assez rapidement demander avis au cardiologue, si je n´arrive pas à stabiliser mon patient, pourquoi, qu´est-ce qui se passe ?*		Avis en cas de décompensation cardiaque (ne répondant pas au traitement)
E 6	(NDI : situation fictive si absence d'amélioration sous diurétiques) *Si je l´avais revu et que le poids était resté stable, ou au contraire ça s´était majoré, ben je pense que j´aurai passé un coup de fil à son cardiologue pour savoir qu´est-ce qui valait mieux que je modifie.*		Avis en cas de décompensation cardiaque (ne répondant pas au traitement)
E 11	*C'est des décompensations légères qui nécessitent d'après moi uniquement des modifications de diurétiques, de les majorer temporairement voire même de majorer le traitement mais ça, effectivement, c'est plus après avis cardio.*		Avis en cas de décompensation cardiaque

E 9	*Voilà, s´il a un bêta-bloquant j´ai un petit peu du mal à l´arrêter quand même.* *Je pense que j´aurais un frein, sauf s´il est à 40. Auquel cas je passerais un coup de fil mais*	Avis du cardiologue nécessaire sur l'optimisation du traitement de fond dans des situations particulières	Avis en cas de bradycardie
E 13	*Disons que je vais y aller avec plus de précaution dans ces cas-là où je vais prendre l'avis du cardiologue avant quand même.*		Avis en cas de bradycardie
E 12	(NDI : Au sujet des B-) *J'avoue que c'est une des classes thérapeutiques que j'essaye de ne pas trop toucher, seul sans avis cardiologique […] sauf sur réelle consigne quoi…[…] si dans son compte-rendu de consultation il nous laisse sous-entendre qu'il faut monter jusqu'à 10 mg de bisoprolol progressivement on va se charger de le faire.*		Avis en l'absence de consignes
E 6	*Si vraiment il y a quelque chose qui me gêne, soit si c'est biologique on contrôle, sinon il y a toujours le coup de fil au cardiologue. Moi je n'hésite pas si j'ai un doute plutôt que de faire en étant pas sûre de moi.*	Avis du cardiologue nécessaire sur l'optimisation du traitement de fond dans des situations particulières	Avis du cardiologue en cas de doute
E 7	*J´avoue avoir la consultation facile avec le cardiologue pour cette patiente là quand j´hésite*		Avis du cardiologue en cas de doute
E 14	*Non, cela ne va pas me faire peur et de toute façon si cela m'angoisse, je peux facilement prendre l'avis du cardiologue référent*		Avis du cardiologue en cas de doute
E 14	*C'est vrai que si je pense que le traitement n'est pas adapté, je ne vais pas laisser un patiente comme ça….donc oui pour me rassurer je vais peut-être prendre l'avis du cardiologue*		Avis du cardiologue en cas de doute
E 14	*Soit je n'étais pas sûre et je prenais l'avis du cardiologue*		Avis du cardiologue en cas de doute
E 14	*Les augmenter….je crois que cela va dépendre du patient….si je le sens un petit peu fragile ou que je suis pas sûre que ce soit la meilleure option dans tout son traitement je prendrai plus facilement l'avis du cardiologue*		Avis du cardiologue en cas de doute
E 18	*Et si j'ai une hésitation j'appelle le cardiologue*		Avis du cardiologue en cas de doute
FG M2	*Quand tu as un doute (ma bronchite asthmatique) tu le rappelles et puis voilà.*		Avis du cardiologue en cas de doute

E 2	(NDI au sujet de la toux sous IEC) *: Je pense à un autre truc et là c´est vrai que je demande aussi beaucoup l´avis du cardio.*		Avis en cas de toux sous IEC
E 2	(NDI : concernant l'adaptation thérapeutique chez les personnes âgées) *: Et je n'hésite pas à demander avis à un spécialiste si j´ai un souci.*	**Avis du spécialiste d'organe nécessaire sur l'optimisation des traitements de fond sur des terrains particuliers**	Personne âgée
FG M2	*Moi je trouve le plus difficile, c'est quand même d'initier un traitement. Quand tu as un diagnostic d'insuffisance cardiaque chez quelqu'un d'âgé qui est peut-être en insuffisance rénale aussi, initier un traitement par IEC lors d'une insuffisance cardiaque […]je trouve c'est potentiellement casse gueule[…] de faire ça sans l'avis d'un cardiologue voilà.*		Personne âgée
E 10	(NDI en parlant d'un greffé cardiaque) *Si je le vois en insuffisance cardiaque, si on prend cet exemple là, je suis un petit peu contrarié car on n' est pas vraiment dans la médecine générale donc j'appellerais son cardiologue à Lyon*		Patient insuffisant cardiaque greffé
E 15	*Quand c'est un polypathologique polymédiqué j'appelle souvent le cardiologue pour demander son avis au moins valider une prise en charge que j'ai envie de faire.*		Patient polypathologique
E 5	*Heu par rapport à la créat ça arrive que l'on ait des problèmes. Mais là je redemande souvent au cardiologue ce qu'il en pense*		Insuffisance rénale
E 7	*Je commence à être assez méfiante quand j´ai une clairance en dessous de 50[…]. Si elle se stabilise je ne m´inquiète pas trop. Si elle continue à baisser je vais plutôt demander l´avis du cardiologue dans un premier temps pour réadapter le traitement que se lancer dans l´avis du néphro.*	Avis du spécialiste d'organe nécessaire sur l'optimisation des traitements de fond sur des terrains particuliers	Insuffisance rénale
E 13	*(*NDI concernant le maniement des IEC en cas d'insuffisance rénale) *Ah ben alors là je vois avec le cardiologue éventuellement avec le néphrologue, ça dépend un petit peu j'ai dû avoir le cas 2 fois je crois, si mes souvenirs sont bons, où j'ai hésité à donner des IEC parce qu'il y avait une insuffisance cardiaque,*		Insuffisance rénale

E 17	*En général quand la fraction d'éjection commence à altérer c'est une question que l'on discute avec le cardiologue, pour justement essayer d'optimiser les traitements mais effectivement c'est quand même quelque chose que moi personnellement je travaille beaucoup avec le cardiologue.*	Avis du spécialiste d'organe nécessaire sur l'optimisation des traitements de fond sur des terrains particuliers	en cas de FEVG très basse
E 14	*Oui, alors après je crois que cela dépend du grade de BPCO aussi, j'en discuterai peut-être plus volontiers avec le cardiologue, ça c'est sûr….*		Patient BPCO
E1	I: Et un patient BPCO qui siffle quand vous l'examinez, cela vous est déjà arrivé? *M: Alors en général je prends quand même l'avis du pneumo quand c'est comme ça quand même. Pour être certain que c'est une BPCO stricte et qu'il n'y a pas une composante asthmatique derrière.*		Patient BPCO présentant une dyspnée sifflante Avis pneumologique

Autre comportement professionnel limitant l'optimisation des traitements de l'ICFEA par le médecin généraliste : **L'attitude d'attente**

Référence	Citation	Thème	Code
E 2	*Quand tout va bien c'est un simple renouvellement donc ça va, c'est bon.*	**Attitude d'attente**	**Respect du traitement en cours quand le patient est stable**
E 2	*Je n´aime jamais trop commencer à bidouiller un traitement quand il se passe bien*		Respect du traitement en cours quand le patient est stable
E 2	*Quand la tension est bien équilibrée et puis que, par exemple, les crépitants dans les bases ont quasiment disparus ou diminués, c´est bon, là je me cale et je ne bouge plus.*		Respect du traitement en cours quand le patient est stable
E 3	*Il a été amélioré par les traitements et du coup les traitements n'ont pas bougé. Il n'y a pas eu de modification depuis.*		Respect du traitement en cours quand le patient est stable
E 4	*Si un patient est stable, je ne vais pas modifier son traitement de fond*		Respect du traitement en cours quand le patient est stable
E 6	*Qui a une tension correcte qui ne se plaint de rien. Ben non. Si toutes les constantes sont correctes, si cliniquement il n'y a pas de signe […]et oui si tout est stable je ne vais pas forcément modifier son traitement.*		Respect du traitement en cours quand le patient est stable

E 8	*Mais, s´ils sont bien stables, franchement, j´ai appris à pas trop changer les choses qui marchent bien*	Attitude d'attente	Respect du traitement en cours quand le patient est stable
E 8	*Ben si c´est bien stabilisé je ne touche pas. Je ne vais pas trop bouger les choses qui fonctionnent.*		Respect du traitement en cours quand le patient est stable
E 7	I : Du coup, chez ces patients stables, quand vous voyez un patient stable, est-ce que vous modifiez ses traitements de fond ou pas? *M: Non.*		Respect du traitement en cours quand le patient est stable
E 8	*Et sinon, si c´est bien stable, ce que tu disais, pas trop changer les choses…*		Respect du traitement en cours quand le patient est stable
E 8	*Mais je ne vais pas forcément changer si ça fonctionne*		Respect du traitement en cours quand le patient est stable
E 12	*De mémoire non, un patient qui est stable à la fois sur le plan clinique sur le plan biologique qui se trouve en bonne forme je ne modifie pas ses traitements.*		Respect du traitement en cours quand le patient est stable
E 13	*Bien c'est moi que jugeant que leur état n'est pas trop mal je reste parfois à 5 mg. Ça arrive […]S'Il est bien, si la personne se sent mieux, il a moins de dyspnée, moins d' oèdèmes, moi je reste à 10, euh à 5.* I : Et pour le TRIATEC c'est pareil ? *M : Oui c'est pareil*		Respect du traitement en cours chez le patient stable
E 15	I: D'accord, ok, je suppose que vous avez des patients stables au niveau de l' insuffisance cardiaque? Chez les patients stables, est-ce que vous modifiez les traitements de fond? *M: Si ils sont bien tolérés non.*		Respect du traitement en cours chez le patient stable
E 18	I : Sii vos patients sont stables en dehors des décompensations, est-ce que vous avez tendance à augmenter les traitements ou ne pas y toucher ? *M: Ne pas y toucher.* I: D' accord. *M : Cela très franchement si cela se passe bien lors de la visite chez le cardio, L'écho , la fraction d'éjection ne s'est pas modifiée, ou s'est améliorée encore mieux , non je ne modifie pas.*		Respect du traitement en cours chez le patient stable
E 13	I : D'accord, et Le cardiologue chez vos patients que vous avez laissé à 5 mg, qu'est-ce qu'il vous dit quand vous les envoyez au cardiologue ? *M: Pour le bisoprolol ?* I: Ou le triatec. *M: Bien il n'augmente pas toujours. Si lui il juge que les résultats sont satisfaisant, on en reste là.*		Respect du traitement en cours chez le patient stable Par le cardiologue également

E 14	*Après s'il est stable et qu'il est bien et qu'il supporte bien son traitement, c'est vrai que je vais pas forcément……..et que je ne vois pas de grosse erreur par rapport à sa biologie, ou à son âge ou à ses antécédents, je vais pas forcément les modifier.*	Attitude d'attente	Respect du traitement en cours chez le patient stable
E 14	I : Est-ce que vous avez beaucoup croisé d'insuffisants cardiaques à fraction d'éjection altérée dans…. *M : Non pas tant que ça…ou alors c'était des patients qui étaient stabilisés depuis longtemps et du coup c'était un renouvellement un petit peu plus systématique où je ne me suis pas forcément posé de questions, où il n'y a pas eu de problème sur leur ordonnance.*		Respect du traitement en cours chez le patient stable
E 15	*Si Il n'y a plus d' oedèmes des membres inférieurs qu'il n'y a pas de prise de poids et que je peux descendre les diurétiques, et que le patient me dit » je suis bien » alors je ne monte pas plus.*		Respect du traitement en cours quand le patient est stable
E 16	*Non, je laissais le même traitement. Un patient qui est stable, je ne me pose vraiment pas de question parce que chaque fois que je m'en suis posé, que j'ai voulu bricoler ça c'est terminé en catastrophe […]du coup quand le patient est stable je touche pas trop, je bricole pas trop.*		Respect du traitement en cours quand le patient est stable
FG M4	*Mais modifier, à moins qu'il ait une insuffisance cardiaque qui apparaisse moi je ne touche pas à l' IEC je ne touche pas au béta bloquant.*		Respect du traitement en cours chez le patient stable
E 4	(NDI au cours d'une décompensation) *Je ne vais pas me précipiter pour modifier son traitement de fond.*		**Respect du traitement en cours quand le patient est instable**
E 6	*Peut-être parce que je considère plus que les béta bloquants et les IEC c'est vraiment le traitement de fond, et que si je les modifie cela sera plus sur le long terme que lors d'une petite décompensation.*	Attitude d'attente	Respect du traitement en cours quand le patient est instable
E 4	*A vrai dire ça ne m´arrive pas très souvent d´augmenter les bêtabloquants. Souvent c´est des patients compliqués… l´insuffisant cardiaque il est souvent poly pathologique, hein ?*		Majoration rare des B-car patients polypathologiques
E 3	*Moi c'est plus du renouvellement*		**Rôle du médecin généraliste perçu plutôt dans le renouvellement d'ordonnance.**
E 3	*C'est vrai que parmi ces 5 patients le traitement en général est reconduit et ça se passe plutôt bien..*		Rôle du médecin généraliste perçu plutôt dans le renouvellement d'ordonnance.

E 14	*Les anti-aldostérones, c'est vrai que je les manipule moins, cela m'est arrivé d'en reconduire mais qui avaient déjà été instaurés par le cardiologue.*	Attitude d'attente	Rôle du médecin généraliste plutôt dans le renouvellement d'ordonnance
E 3	*Voilà , principalement la tolérance et l'efficience.*		Rôle du médecin généraliste plutôt dans le contrôle de l'efficacité et la tolérance des traitements de fond
E 6	*Oui, je pense que quand on hésite*, (NDI : à modifier un traitement de fond) *on se laisse aussi un peu de temps. On se dit on le revoit plus tôt et on voit comment cela évolue. Des fois voilà il faut juste se laisser un peu de temps pour voir l'évolution pour savoir si vraiment c'est nécessaire ou pas.*		Rôle du médecin généraliste plutôt dans le contrôle de l'efficacité et la tolérance des traitements de fond
E 5	*Elle a pas de bêta-bloquant. Cela avait été introduit dans son EHPAD et ça s'était mal passé donc je n'ai pas retenté la chose.*		Pas de nouvelle tentative d'introduction des B- après une expérience antérieure négative.

Comportement professionnel limitant l'optimisation des traitements par le médecin généraliste : **La peur/ prudence**

Référence	**Citation**	**Thème**	**Code**
E 11	*On sait qu'au niveau cardiaque ça peut vite être préjudiciable au patient si on fait une erreur*	**Peur liée à la pathologie**	Erreur plus vite préjudiciable en cardiologie.
FG M4	*Et là si tu leur donnes un IEC et qu'ils font une décompensation les conséquences sont plus graves.*		Erreur plus vite préjudiciable en cardiologie.
E 1	*Je ne me vois pas prescrire un bêta-bloquant sans un avis cardiologique dans cette pathologie. J'aurais trop peur des effets secondaires, d'une contre-indication.*	**Peur liée au traitement**	**Peur d' un effet secondaire ou d'une contre indication l'introduction d'un B-**
FG M3	*Non, non, je n'aime pas les bêtabloquants, je sais qu'ils font souvent des effets indésirables…*		Peur d' un effet secondaire ou d'une contre indication l'introduction d'un B- Car effets secondaires fréquents

E 5	*Par rapport aux risques de bradycardie, de décompensation cardiaques. Je trouve, moi je suis pas très à l'aise pour manipuler les bêta-bloquants.*	Peur liée au traitement	**Peur des effets secondaires à l' adaptation des B- :** **(décompensation, bradycardies)**
E 12	I: D´accord, c'est une classe thérapeutique que vous craignez plus que diurétiques par exemple? *M: Oui […] c'est pour éviter de tout dérégler je pense […] Peut-être une classe avec laquelle on ose moins modifier les doses effectivement…*		Peur des effets secondaires à l' adaptation des B Décompensation
E 7	*Ben suite à la consult avec le cardiologue,[…] fréquence cardiaque en dessous de 70, je crois qu´il m´avait donné comme objectif et puis en fait on a fait un premier palier et je n´ai pas osé continuer parce que du coup voilà […]J´ai eu peur en continuant, du coup elle est arrivée juste à 70, à l´objectif, donc j´aurais pu me dire « aller on continue encore» et…euh… j' étais frileuse, je pense, à craindre qu' elle n' arrive plus à faire ses petites activités, monter les escaliers, descendre les escaliers, bon ben plus la gêner*		Peur des effets secondaires à l' adaptation des B- : Désadaptation à l' effort
E 7	*Du coup je me dis que si on augmente encore le bêta-bloquant et qu'elle arrive plus à s'adapter… C' est vraiment la peur qu' elle s' adapte plus à son petit effort qui est en fait un gros effort dans notre référentiel à nous et du coup qu' elle reste enfermée chez elle au lieu d' aller au marché, venir au cabinet,*	Peur liée au traitement	Peur des effets secondaires à l' adaptation des B- Désadaptation à l' effort
E 12	*Une peur peut être de mauvaise tolérance, d'hypotension… en dehors du cadre de surveillance hospitalier […] on a peut-être en nous quelque part cette crainte là…*		Peur des effets secondaires à l'adaptation des traitements Hypotension
E 12	(NDI au sujet des B-) *Mais s'il n'y a pas de consigne claire et précise on ne sait pas si il faut atteindre la dose optimale ou rester à des petites doses, là j'avoue que du coup par peur de la iatrogénie probablement je pense que je ne suis pas surement pas le seul à mon avis à ce sujet, on a tendance à moins y toucher*		Peur des effets secondaires à l'adaptation des B- En l'absence de consigne

E 1	*Théoriquement non, il n'y a pas de contre-indication mais il y a souvent des BPCO qui sont, qui sont limites, qui sifflent à l'auscultation et on se demande s'il n'y a, s'il n'y a pas heu (hésitation) s'il n'y a pas un certain degré de bronchospasme, du coup.*	Peur liée au traitement	Peur des effets secondaires à l'adaptation des B- Doute sur bronchospasme sous bêta-bloquant dès que sibilants
E 1	*Oui quand il y a une BPCO, moi je ne suis pas trop à l'aise avec les bêta-bloquants…Parce que souvent… Ces gens on les ausculte ; il y a quelques sifflements alors on se dit…*		Peur des effets secondaires à la majoration des B- Doute sur bronchospasme sous bêta-bloquant dès que sibilants
FG M2	*M2: j'ai eu le cas avec un patient âgé. Qui a été mis par le cardiologue de l'hôpital sous bêta-bloquant plus d'autre traitement que je ne me souviens pas trop, enfin bref d'autres traitements et que j'ai vu pour une espèce de bronchite asthmatiforme. Il n'avait aucun antécédent d'asthme ce Monsieur […]donc j'ai dit à son fils qui l'accompagnait on diminuer le bêta-bloquant on va pas l'arrêter d'un seul coup on diminue progressivement sur trois à quatre semaines etc..*	Peur liée au traitement	Peur des effets secondaires à la majoration des B- Doute sur bronchospasme sous bêta-bloquant dès que sibilants
FG M2	*Et le cardiologue m'a dit non non tu lui laisses son bêta-bloquant, il ne court aucun risque au niveau bronchique. Et bien il fallait vraiment qu'un cardio me dise ça pour me rassurer*		Peur des effets secondaires à la majoration des B- Doute sur bronchospasme sous bêta-bloquant dès que sibilants
FG M2	*Oui, (*NDI Le cardiologue) *m'a dit non non tu n'auras pas de problème tu peux lui laisser.t puis je l'ai rappelé je lui ai dit bon on annule tout on garde le bêta-bloquant, mais moi personnellement je n'aurais pas osé*		Peur des effets secondaires à la majoration des B- Doute sur bronchospasme sous bêta-bloquant dès que sibilants
E 8	*C´est à dire, que quand tu es en situation un peu merdique où tu ne t´en sors pas, où tu as vraiment des médicaments partout et tu ne sais pas si…, tu n´oses pas à ce moment-là, à baisser les IEC par exemple, ou à augmenter les bêta-bloquants ou un truc comme ça*	Peur liée au traitement	Peur des effets secondaires liés à la polythérapie

E1	*Ma crainte c'est que en modifiant, si on modifie en une seule fois les trois thérapies, on ne sait plus ce que l'on fait*	Peur liée au traitement	Peur des effets secondaires liés à la polythérapie
FG M1, M5	*M1 comme je me méfie des nouveaux médicaments. […]c'est un peu l'habitude des lecteurs de PRESCRIRE, c'est un peu une seconde nature…* *M5: Cela décourage d'aller chercher plus loin quand on lit Prescrire….*		Peur des nouvelles thérapeutiques induite par une revue médicale
E 6	*Oui effectivement il y a peut-être plus de crainte à les majorer pendant une décompensation. Oui*	**Peur liée à certaines situations cliniques**	**Peur de modifier les traitements de fond pendant une décompensation**
E 2	(NDI concernant les B- chez les sujets agés) *je fais gaffe quand même, pour monter les doses*	**Peur liée au terrain du patient**	**Maniement plus prudent des traitements liés à l'âge**
E 12	*On est peut-être un petit peu plus prudent sur l'augmentation des doses. Il faut voir comment ils vont supporter les thérapeutiques.*		Maniement plus prudent des traitements liés à l'âge
E 6	(NDI : au sujet de la peur des B- et IEC chez l'insuffisant cardiaque) *Euh bien peut être plus chez des patients fragiles, âgés*		Maniement plus prudent des traitements liés à l'âge
FG M2	*Moi je trouve le plus difficile, c'est quand même d'initier un traitement. Quand tu as un diagnostic d'insuffisance cardiaque chez quelqu'un d'âgé qui est peut-être en insuffisance rénale aussi, initier un traitement par IEC lors d'une insuffisance cardiaque […] je trouve c'est potentiellement casse gueule et ça me fait un peu peur*	Peur lié au terrain du patient	Maniement plus prudent des traitements liés à l'âge
E 4	I : Dans qu'elle mesure l'âge influence vos choix thérapeutiques ? M : *Oui, beaucoup plus prudente […] oui ca modifie ma façon de prescrire*		Maniement plus prudent des traitements liés à l'âge
E 14	*….Mais oui, du coup pour ma patiente, l'âge …..oui forcément, j'y réfléchis à deux fois avant de faire des modifications*		Maniement plus prudent des traitements liés à l'âge
E 17	*Il y a quand même une précaution d'emploi, il n'y a pas une contre-indication mais une précaution d'emploi chez ses patients*		Maniement plus prudent des traitements liés à l'âge

E 17	*L es bêtabloquants en général on n'adore pas avec l'âge […] quand on regarde ces molécules et que l'on regarde les précautions d'emploi, généralement l'âge rentre en compte*	Peur liée au terrain du patient	**L'âge est une précaution d'emploi pour les B- dans les référentiels de prescription**
E 3	I : D'accord. Et chez un patient insuffisant rénal ? Vous vous accordez une marge de manœuvre avec les IEC ? *M : Une marge de manœuvre non, enfin très légère mais plus d'attention oui. La tension, suivi plus régulier de la créatinine.*		Maniement prudent des IEC chez l'insuffisant rénal
E 5	(NDI au sujet de la majoration des IEC en cas d'insuffisance rénale) *J'augmente mais je suis assez prudent.*		Maniement prudent des IEC chez l'insuffisant rénal
E14	Si le patient il ne comprend pas son traitement […], je vais y aller un peu plus précautionneusement,		Maniement prudent des traitements lié aux troubles cognitifs
E 3	*Même pour une modification de dosage de B- je suis un peu prudente moi en cardio la…[…]J' en ai pas beaucoup des patients, non pas beaucoup.*	**Peur par manque d'expérience**	Peu de patients ICFEA dans la patientèle
E7	(NDI au sujet de la peur des B-) *C'est parce que j' en ai pas assez, je me sens pas assez à l' aise dans l' insuffisance cardiaque surement.*		Peu de patients ICFEA dans la patientèle
FG M3	*Et bien parce que cela me fait plus peur. L'insuffisance cardiaque me fait plus peur que l' HTA. Parce que l' HTA c'est des choses que l'on voit tout le temps, l' HTA tu en as plusieurs par jour*		Peu de patients ICFEA dans la patientèle
E 5	*Oui, je trouve qu'on a un peu du mal en médecine générale à augmenter le bêta-bloquant. Je pense que c'est une question de pratique. Moi je suis pas passé en cardio mais c'est vrai que je trouve que c'est une thérapeutique, peut-être à tort, qu'effraie plus que les diurétiques par exemple.*		Pas passé en cardiologie pendant l'internat

E 11	(NDI concernant la raison de la peur de modifier les traitements de fond) *La réponse elle est simple […] On n'a pas la compétence du cardiologue évidemment sur ce sujet,*	**Peur par manque de compétence supposée**	Peur car le MG se sent moins compétent que le cardiologue
E1	*C'est plus compliqué je trouve de modifier, enfin, j'ai eu plus souvent des mauvaises surprises, des retours de bâtons en modifiant les bêta-bloquants ou les IEC que les diurétiques qui sont plus maniables à mon avis.*	**Peur liée à des expériences antérieures négatives**	Expériences antérieures négatives avec les B- et les IEC conduisant à moins les modifier
E1	*Soit des effets secondaires cliniques soit une déstabilisation du, enfin une déstabilisation de la pathologie. Une dégradation par ce que l'on diminue trop*		Expériences antérieures négatives avec les B- et les IEC conduisant à moins les modifier
E7	(NDI au sujet d' une patiente ayant eue des effets secondaires sous B-*)* D' accord parce que du coup vous avez eu le cas avec une autre *M : Oui, c'est vrai que je suis restée un peu la- dessus oui […]Je reste sur ce truc là*		Expérience antérieure négative avec les B- conduisant à moins les modifier
E 16	*Chaque fois que je m'en suis posé, que j'ai voulu bricoler ça c'est terminé en catastrophe […]du coup quand le patient est stable je touche pas trop, je bricole pas trop.*		Expérience antérieure négative conduisant à moins modifier les traitements

Compétences limitant l'optimisation des traitements de l'ICFEA par le médecin généraliste

Référence	Citation	Thème	Code
E 12	*Autant les diurétiques ça on a l'habitude de les modifier de façon assez importante parfois, autant les bêta-bloquants un peu moins …sauf sur réelle consigne quoi…*	**Manque d'expérience**	MG plus habitué à manipuler les diurétiques que les B-
E 5	*Mais, je pense que je les ai peu manipulés en tant qu'interne et donc que je les utilise peu en tant que médecin.*		Traitements peu manipulés en tant qu'interne.
E 5	*Apres moi je ne suis installé que depuis deux ans donc des vrais insuffisants cardiaques chroniques avec des bêta-bloquants je n'en ai pas tant que ça non plus.*		Rareté de la pathologie dans sa patientèle
E 7	*Après je n´ai pas de patientèle forcément très âgée donc je n´ai pas beaucoup d´insuffisant cardiaque. […]. Parce que du coup je ne me sens pas, enfin, ce n´est pas un domaine dans lequel je me sens très à l´aise et très...et c´est très clair dans ma tête.*	Manque d'expérience	Rareté de la pathologie dans sa patientèle
E 9	(NDI au sujet du peu de patient traités pour cette pathologie) *Certainement, parce qu´on a moins l´expérience de les traiter. Peut-être plus de difficulté à changer les traitements… Pour une hypertension on y va facilement, on change...*		Rareté de la pathologie dans sa patientèle
E 14	*M : Ben, je pense que plus on en croise (NDI des insuffisants cardiaques) , plus on doit être plus à l'aise, surtout quand on a les retours, voilà, que l'on a pu faire les modifications, que l'on a vu comment cela s 'était passé, je pense que l'on est plus à l'aise sur les fois d'après…*		Rareté de la pathologie dans sa patientèle
FG M4	(NDI : au sujet de de l'influence de la rareté de la pathologie dans la patientèle) *Ben oui mais quand on dit surtout M2, ben il y a l'urgence, on sait tous injecter ou prescrire du FUROSEMIDE sauf qu'après...*	Manque d'expérience	Rareté de la pathologie dans sa patientèle
FG M2	(NDI concernant le manque d'aptitude dans l' ICFEA) *Et parce que tous ceux qu'on a ont leur cardiologue traitant.*		Rareté de la pathologie dans sa patientèle (cardiologue traitant)
FG M2	*Pas d'expérience*		Manque d'expérience dans le maniement de l'éplérénone

E 1	*Enfin ce qui est compliqué c'est que on a une trithérapie souvent bêta-bloquant, IEC, diurétiques et que c'est difficile de savoir sur laquelle jouer pour améliorer suivant l'interrogatoire, suivant les symptômes. Moi j'ai souvent cette difficulté à me dire quelle, sur quelle, sur laquelle des trois thérapies jouer pour améliorer tel ou tel symptôme. Voilà, c'est un peu la difficulté qu'on a dans l'insuffisance cardiaque je trouve*	**Connaissance/ formation**	Méconnaissance des modalités de prescription des traitements recommandés.
E 1	*Les bêta-bloquants moi je, je ne suis pas très à l'aise avec les bêta-bloquants dans l'insuffisance cardiaque, je ne sais pas très bien les manier*		Méconnaissance des modalités de prescription des traitements recommandés
E 16	*Alors moi je ne maîtrise pas bien les bêtabloquants dans l'insuffisance cardiaque*		Méconnaissance des modalités de prescription des traitements recommandés
E 12	(NDI au sujet des B-) *Et surtout les critères quels sont les critères pour pouvoir augmenter ou diminuer. Autant sur la rétention hydrosodée on arrive à peu près à se trouver des critères d' augmentation ou de diminution assez facilement. Autant critère d' augmentation d'un bêta-bloquant je vous avoue que… c'est parfois un peu flou pour moi.*		Méconnaissance des modalités de prescription des traitements recommandés (B-) Pas de notion de dose cible
E 15	I: D'accord et du coup vous montez jusqu'à quand, Quand est-ce que vous vous arrêtez ? *M: Et bien quand ils sont bien.*		Méconnaissance des modalités de prescription des traitements recommandés (B-) Pas de notion de dose cible
E 12	*Encore une fois moi je n'ai pas de critères. Je ne sais pas s'il en existe d´ailleurs mais en tout cas je ne les connais pas, pour modifier le traitement IEC*	Connaissance/ formation	Méconnaissance des modalités de prescription des traitements recommandés (IEC) Pas de notion de dose cible
E 12	(NDI : au sujet de la modification des traitements chez le patient stable) *Peut-être devrais-je le faire? Je ne sais pas.*		Méconnaissance des modalités de prescription des traitements recommandés Pas de notion de dose cible
E 4	NDI au sujet de la modification des traitements chez le patient stable)		Méconnaissance des modalités de prescription des

	Pas vraiment, non, pas vraiment, parce que je ne vois pas sur quels critères	Connaissance/ formation	traitements recommandés Pas de notion de dose cible
E 14	I : Et est-ce que vous saviez qu'il y avait des doses à atteindre ? *M : Non, des doses cibles, je ne savais pas…*		Méconnaissance des modalités de prescription des traitements recommandés Pas de notion de dose cible
E 15	I: Est-ce que voilà que ce soit les cardiologues ou les hôpitaux est-ce qu'on vous fait comprendre où est-ce que vous savez qu' il y a des posologies cibles à atteindre par molécules, est ce que cela on vous le fait savoir ou pas? *M: Non.*		Méconnaissance des modalités de prescription des traitements recommandés Pas de notion de dose cible
E 16	I : La notion qu'il y a des doses cible, ça vous le saviez ? *M : Non.*	Connaissance/ formation	Méconnaissance des modalités de prescription des traitements recommandés Pas de notion de dose cible
FG M6	I: Et du coup M6, c'est quelque chose que tu avais en tête toi les doses cible à atteindre ou pas? *M6: Non.*		Méconnaissance des modalités de prescription Pas de notion de dose cible
E 15	I: Parce que vous les connaissez pas très bien ? *M: Oui voilà*		Méconnaissance des modalités de prescription des traitements recommandés (ARM)
E 14	*Alors bêta-bloquants, je crois bien que je l'avais arrêté parce qu'elle était en décompensation cardiaque….*	Connaissance/ formation	Méconnaissance des modalités de prescription des traitements recommandés arrêt du B- en cas de décompensation cardiaque
E 14	*Parce que j'avais la notion enfin il me semblait qu'en cas de décompensation cardiaque il fallait arrêter les bêtabloquants*		Méconnaissance des modalités de prescription des traitements recommandés arrêt du B- en cas de décompensation cardiaque

E 9	*Bon, après il y en a qu´un sur les trois qui a des béta bloquants. Alors, est-ce qu´il faudrait en mettre un ? J´en sais rien.*	Connaissance/ formation	Méconnaissance des traitements recommandés Indication des B-incertaine
E 13	*Oui alors moi l' Aldactone en fait c'est pour contrecarrer un peu les hypokaliémies, donc je ne le donne pas en tant que traitement de l'insuffisance cardiaque, c'est pour palier au problème du Furosémide quoi.*		Méconnaissance des traitements recommandés
FG M4	*Moi je me sens pas très compétent comme l' évoquait tout à l'heure c'est M1, quand il y a un effet secondaire manifeste bronchite asthmatiforme sous bêta-bloquant, moi j'aurais fait exactement comme toi mais non, moi j'ai pas la compétence.*		Méconnaissance des traitements recommandés
FG M1	(NDI concernant l' éplérenone) *Elle est revenue de l'hôpital, elle était sèche, avec ce truc là, mais c'est quoi ça ? Je suis allé au Vidal ! Et voilà, j'ai appris que c'était une thérapeutique, alors je sais pas de quelle classe ça fait partie.*		Méconnaissance des traitements recommandés (éplérénone)
FG M1	(NDI au sujet de son manque de connaissance de l'eplerenone) *Comme je ne reçois pas du tout les laboratoires……*	Connaissance/ Formation	Méconnaissance des traitements recommandés (éplérénone) Car ne reçoit pas les laboratoires
FG M1	*Pas de formation.*		Méconnaissance des traitements recommandés (éplérénone)
FG M1	*Je dis simplement que je suis passé sur l'article de PRESCRIRE, parce que je ne lis plus PRESCRIRE d'une façon soigneuse*		Méconnaissance des traitements recommandés : (éplerenone) Manque de rigueur dans la FMC
FG Réponse collégiale	I : Qu'est ce qui fait que vous n'y touchiez pas trop à cette molécule ? *Aucune compétence et expérience.*		Méconnaissance des traitements recommandés
FG M1	*M1 : L' Inspra ça fait baisser le calcium.* *M4: Calcémie et magnésium.*	Connaissance/ formation	Méconnaissance des traitements recommandés (éplérénone) Effets secondaires non décris dans la littérature.
FG M4	*Moi j'ai pas la compétence*		**MG se sentant Moins compétent que le cardiologue**

E 5	*Après on n'est pas cardiologue on manipule moins aisément que les cardiologues les thérapeutiques, même si on les connait.*	Connaissance/ formation	MG se sentant Moins compétent que le cardiologue
E 15	*Moi je vais pas savoir forcément choisir entre tel ou tel bêta-bloquant parce qu' il y en a qui sont plus à visée anti arythmique, d' autres, plus pour l'insuffisance cardiaque mais coronarienne... Donc ça c' est de la subtilité que je ne maitrise pas du tout.*		MG se sentant Moins compétent que le cardiologue
E 11	*M : Je n'ai pas l'impression que ça me gêne mais peut-être que ça m'aiderait si j'y étais passé effectivement (NDI : en cardiologie durant l'internat)*		Pas passé en cardiologie pendant l'internat
E 14	*Je ne suis jamais passée en cardiologie, par exemple, non franchement, j'ai presque jamais manipulé….peut-être un peu en gériatrie…et encore…..* I : vous pensez que ça joue sur la façon de les manipuler (NDI les B-) ? *M : Oui, je pense, je pense que si on est dans un stage où on les a manipulés, notamment en cardiologie ou autre, je pense que l'on est aussi plus à l'aise.*		Pas passé en cardiologie pendant l'internat (pas l'habitude de manipuler les B-)
E 14	I : Vous n'étiez pas passée en cardiologie ? Est-ce que cela change quelque chose dans votre prise en charge ? Un petit peu ? *M : Oui, je pense que je serais plus à l'aise si j'avais géré ça…..c'est comme tout stage, on l'a fait en pratique de façon encadrée, c'est toujours plus facile.*	Connaissance/ formation	Pas passé en cardiologie pendant l'internat
E 2	I : Tension bien équilibrée, c´est que vous me disiez tout à l´heure,c´est aux alentours de… *M : 13/8, 14/9, quoi ? oui, c´est ça, eh ?*		**Probable confusion des objectifs de traitement de l' HTA et de ICFEA.**
E 11	*Il y a eu un problème d'hyponatrémie à 120 […] Il était effectivement à ce moment-là desséché donc en arrêtant le diurétique, c'est rentré dans l'ordre. […]Il avait Spironolactone et eplérénone et Burinex*		Association de 2 traitements non recommandés : 2 ARM
E 13	*Ou alors s'il y a déjà un traitement par exemple le Verapamil ou quelque chose comme ça: Soit on supprime le Verapamil et on met le bisoprolol ou inversement quoi. Si il a déjà une tendance à la bradycardie, moi j' y vais doucement quand même. J'ai eu une fois où j'avais mis les deux, et où j'ai eu un petit problème quand même. bisoprolol plus Verapamil et là il y a eu quelques petits problèmes. Une bradycardie sévère.*	Connaissance/ Formation	Association de 2 traitements non recommandés: Inhibiteur calcique bradycardisant et B-

FG M3	*Je crois que si le bêta-bloquant et l' IEC sont insuffisants tu peux rajouter aussi un sartan donc après est-ce que tu enlèves l' IEC dans un insuffisant cardiaque c'est ça que je ne sais pas*	Connaissance/ formation	Association de 2 traitements non recommandés: IEC et sartan
FG M5	*Il se trouve sous diurétiques donc il est sous Burinex et Furosémide.[…] il était en réplétion hydro sodée, il avait pris quelques kilos, je lui ai fait prendre Burinex et Furosémide pour faire dégonfler ses oedèmes.*		Association de 2 traitements non recommandés 2 diurétiques de l'anse.
E 7	*(NDI au sujet des recommandations sur l' ICFEA) :Ça fait longtemps que je ne les ai pas lues donc je ne sais pas*		Recommandations non lues récemment
E12	*Mais encore une fois je ne les ai pas lues récemment.*		Recommandations non lues récemment
E 18	*Bien je me disais, que quand M. m'a dit que vous alliez venir, je me disais il faudrait que tu les regardes, parce qu'il y a longtemps que tu ne les as pas regardées!*		Recommandations non lues récemment
E 10	*Dans mon internat j'ai passé un an en cardio, on va dire que j'ai un bon bagage pour un généraliste donc…Longtemps je me suis intéressé à ça et c'est vrai que maintenant je suis peut-être moins à lire en disant bon ça c'est toujours pareil. Moi il faut qu'il y ait un nouveau truc.*		Recommandation non lues récemment : car impression que pas de nouveauté dans la prise en charge.
E 10	*Peut-être que je suis sur une routine qui fait que je laisse passer les trucs. J'ai l'impression de savoir mais peut-être que je ne sais plus.*	Connaissance/ formation	Recommandation non lues récemment : moins de formation sur les sujets considérés maitrisés
E 18	*Je ne l'ai pas fait mais c'est vrai que c'est toujours pareil, dans les pathologies où l'on se sent presque à l' aise j'ai tendance à moins regarder (NDI les recommandations), et c'est probablement une erreur.*		Recommandation non lues récemment : moins de formation sur les sujets considérés maitrisés
E 7	*… comme j´en ai peu je me suis assez peu formée, enfin voilà. J´ai relu des recommandations dans d´autres domaines où j´ai plus des patients et du coup je n´ai pas pris le temps de le faire pour l´insuffisance cardiaque et c´est pour ça je pense que je ne suis pas...pas non plus suffisamment au point, et parce que j´en ai pas*	Connaissance/ Formation	Recommandations non lues récemment car suit en priorité les recommandations des pathologies les

	beaucoup et en plus du coup je n´ai pas pris le temps de bien me tenir au courant.	Connaissance/ formation	plus fréquemment croisées au cabinet
E 7	*et parce, oui, je pense que si j´avais beaucoup plus de patients en insuffisance cardiaque ben du coup je me dirais « non, là il faut vraiment que je me mette au point »*		Recommandations non lues récemment car suit en priorité les recommandations des pathologies les plus fréquemment croisées au cabinet
E 7	*Là, comme j´en ai peu, qui sont globalement à peu près stables, ben du coup je ne me pose pas beaucoup de questions.*		Recommandations non lues récemment : moins d'interrogation lorsque les patients sont stables.
E7	I : Et vous n'avez pas pris le temps parce que… *M : Parce qu´il faut réussir á concilier la vie professionnelle, la vie de famille,*		Recommandations non lues récemment : doit concilier vie professionnelle et vie de famille
E 16	*Alors cela fait longtemps que je n'y suis pas allée, alors bonne question, je ne sais pas si il y a des reco réçentes…*	Connaissance/ formation	Recommandations non lues récemment
E 16	*Alors HAS…recommandations….alors je trouve qu'en plus….ça a changé…la présentation…* *C'est merdique au possible, alors qu'avant je t'assure, ils avaient une présentation hyper simple…[…] Pour les reco, tu les trouvais tout de suite, là tu trouves rien, on va mettre insuffisance cardiaque et on va voir si on trouve ce qu'on veut…..du coup, j'y vais très peu….*		Recommandations non lues récemment (car moteur de recherche peu pratique)
FG M4	(NDI concernant la lecture des recommandattions) *Dans l' insuffisance cardiaque particulièrement je les regarde pas. Je demande plus un avis cardio par exemple.*	Connaissance/ formation	Recommandations non lues récemment (préfère demander un avis cardiologique)
FG M3	(NDI concernant les raisons de la non lecture des recommandations) *Je sais pas, j'ai l'impression que je ne gère pas trop l'insuffisance cardiaque.*		Recommandations non lues récement Alors que ne maitrise pas la pathologie

FG Réponse collégiale	*Et on fait peu de formation.* I: Et du coup les formations, qu'est-ce qui explique que vous en faisiez peu ? *M3: Ben il y en a pas trop.* *M1: Il y en a pas, il y en a pas beaucoup. Non, dans le DPC il y en a pas beaucoup de formation sur l'insuffisance cardiaque.* *M4: Oui je suis assez d'accord avec toi bon*	Connaissance/ formation	**Peu de formation proposée en Développement professionnel continu** (DPC)

Les freins liés au traitement

Effets secondaires cliniques limitant l'optimisation des traitements

Référence	Citation	Thème	Code
E 1	*Je vais m'appuyer sur […] la fréquence cardiaque en n'essayant pas de la baisser de trop au-dessous de 50 battements par minute*	Effets secondaires cardiologique (hémodynamiques)	Bradycardie (inférieure à 50)
E 2	*Si le papy il est en dessous de 50-55 je commence à m´affoler, je pense à vraiment diminuer. Autrement s´il est à 60 c´est bon.*		Bradycardie (inférieure à 55)
E 3	(NDI : au sujet des B-, probablement patient théorique) *Et bien déjà vérifier qu'il n'y ait pas de contre-indication, notamment au niveau de la fréquence cardiaque, les BAV etc*		Bradycardie sous B-
E 4	*c´est vrai que le bêtabloquant, le problème, ça va être la bradycardie*		Bradycardie sous B-
E 4	*c´est un patient, ben, qui n´était pas rapide, il avait une ACFA mais qui était pas rapide et donc du coup, le bêta-bloquant….moi je suis pieds et poings liées, si j´augmente il me bradycarde…*		Bradycardie sous B-
E 5	*Inférieure à 60 […]* *On va dire 50 ou 60*		Bradycardie (inférieure à 50-60)
E 7	*Dans l´idée, je me suis mis 60 après ça va dépendre de sa tolérance […] Je ne passe jamais en dessous pour l´instant*		Bradycardie (inférieure à 60)
E 9	(NDI : déclaration d'intention) *Mais, peut-être que si c´était en dessous de 45 je m´affolerai*		Bradycardie (inférieure à 45)
E 11	*Je vérifie qu'ils n'aient surtout pas une bradycardie liée aux B- […] Non en dessous de 50*	Effets secondaires cardiologique (hémodynamiques)	Bradycardie sous B- (inférieure à 50)
E 12	*Ça m'est arrivé effectivement d'avoir des patients qui répondait très vite sur le plan de la fréquence cardiaque, et qui me limitaient puisque dès qu´on augmentait un peu les B-, même si ils étaient sélectifs on devenait vite iatrogène sur la fréquence cardiaque*		Bradycardie sous B-

E 6	*Bah par rapport à 60, s'il est en dessous de 60*	Effets secondaires cardiologique (hémodynamiques)	Bradycardie inférieure à 60 sous B-
E 4	*Il était inférieur à 60*		Bradycardie sous B-- (Inférieure à 60)
E 14	*fréquence cardiaque aussi, s'ils sont sous bêta-bloquants et qu'ils ont une fréquence cardiaque trop basse*		Bradycardie sous B-
E 14	*Fréquence cardiaque, je dirai inférieure à 45 pour les bêta-bloquants*		Bradycardie sous B- (FC inférieure à 45)
E 4	*C´est à dire que quand ils ont une tension basse ou quand ils sont en bradycardie ils se plaignent de fatigue […] on a plutôt des bêta-bloquants,*		Bradycardie sous B- symptomatique sous forme d'asthénie
E 13	*Si c'est déjà quelqu'un qui est bradycarde, je vais peut-être pas lui donner du bisoprolol*		bradycardie
E 13	*Bien je n'introduirai pas de bisoprolol si c'est déjà quelqu'un qui est en dessous de 48 ou à peu près quoi, même 50.*		Bradycardie (inférieure à 50)
E 15	(NDI concernant la fréquence cardiaque) *Une fois après son infarctus je l'ai vu basse donc... J'avais un peu des réticences à monter de moi-même à monter le traitement par Bêta-bloquant.*		Bradycardie sous B-
E 15	*M: Non, et j'ai pas monté parce que elle avait une maladie de l'oreillette et elle tapait un peu bas de temps en temps. J'ai pas majoré, la tension était bien, donc...*		Bradycardie sous B-
E 15	*la fréquence cardiaque de base, qu'elle ne soit pas basse*		Bradycardie
E 15	*Euh...55- 60... ouais c'est ça.*		Bradycardie
E 16	*Ben, en dessous de 50 je me méfie quand même,*		Bradycardie sous B-
E 18	*le rythme, quand ils sont vraiment lents, dès que l'on descend au-dessous de 52 moi je commence à avoir la trouille*	Effets secondaires cardiologique (hémodynamiques)	Bradycardie sous B-
FG M3	*C'est plus des brady, en général des bradycardies vraiment avec des malaises. Les gens appellent en disant cela ne va pas, on les voit et en fait ils tapent à 35-40.*		Bradycardie sous B- Responsable de malaises
E 17	*d'autres peuvent faire éventuellement des malaises*		Bradycardie sous B- Responsable de malaises
FG Réponse collégiale	*Entre 50 et 60*		Bradycardie sous B-
FG M3	*Par contre, c'est vrai que s'il est bien à 35, je vais quand même me dire attends la…*		Bradycardie sous B-

FG M1	*Ne serait-ce qu'une bradycardie sous B- par exemple, on va pas le laisser battre à 40 hein !*	Effets secondaires cardiologique (hémodynamiques)	Bradycardie sous B-
E 2	*Mais si le gars il est plusieurs fois à 11 quelque chose, ben je me calme, quoi ? Je commence à diminuer la posologie, et du bêta et de l´IEC, tu vois, en même temps, graduellement, tout doucement. Et là je le vois régulièrement, et s´il est à 11 et qu´il est sous avlo plus… je commence à regarder*		Hypotension (TAS inférieure à 110 mmHg)
E 4	*donc moi, en dessous de 11-10 je me méfie beaucoup…*		Hypotension (110/100)
FG M2	*I : Et du coup parfois est-ce que vous avez problème de tension? On a parlé de fréquence cardiaque est-ce que vous avez des problèmes d'hypotension?* *M2: Oui c'est fréquent ça.*		Hypotension
E 9	*Donc voilà, le suivi essentiellement, c´est la tension, parce qu´il nous fait régulièrement des hypotensions, donc on essaie de voir…voilà. On adapte l´atacand selon sa tension artérielle, donc ça m´est déjà arrivé de l´arrêter, de le reprendre*		Hypotension sous ARA2
E 18	(NDI au sujet des B-) *Il y a la tension quand même*		Hypotension sous B-
E 6	I : les béta bloquants, les IEC. C'est des choses que vous pouvez être amenée à modifier chez vos patients ? *M : cela dépendra plus au niveau de sa tension, de sa fréquence cardiaque de voir si j'ai la possibilité.*		hypotension et bradycardie
E 9	I: Et sur le sartan et si ça se passe bien, vous essayer de l'augmenter ? Non ? *M : Non. Pas forcément […] Le problème c´est souvent le problème de la tension.* *[…]On est toujours confronté à ces hypotension, pour l´insuffisance cardiaque…*		Hypotension sous sartan
E 9	(NDI : déclaration d'intention) *M : Ah, ben si, s´il est en dessous de 10, 10.5, je pense que j´arrête […]Je suspends l´IEC ou le sartan*		Hypotension sous BSRA (inférieure 10-10.5)

E 9	(NDI déclaration d'intention) *Ouais, 10-10.5 je pense que j´arrête*	Effets secondaires cardiologique (hémodynamiques)	Hypotension sous BSRA (inférieure 10-10.5)
E 12	*Je sais qu'on peut aller relativement bas avec ces patients d' autant qu'ils ont une fonction relativement altérée. Jusqu'à 9/ 90 mm de systolique.*		Hypotension inférieure à 90 mmHg.
E 5	*Après les IEC souvent ils sont assez vite à la dose optimale me semble-t-il ? Sauf s'il y a un problème de tension*		hypotension sous IEC
E 14	*Les IEC, principalement des problèmes de tension, effectivement, tension trop élevée j'aurai tendance à les augmenter, trop basse, j'aurai tendance à les diminuer, et après ce sera plutôt les effets indésirables, soit Si il vertiges, avec les IEC, une toux, ce genre de chose….*		Hypotension sous IEC
E 14	(NDI concernant les IEC) *c'est vrai que si je dois en diminuer un, généralement pour la tension, cela va être d'abord un IEC, je ne sais pas pourquoi cela me parait souvent plus simple à diminuer, c'est ce que je diminuerai en priorité…*		hypotension sous IEC
E 14	*après ce sera plutôt les effets indésirables, soit s'il a des vertiges, avec les IEC,*		Hypotension sous IEC symptomatique sous forme de vertiges
E 5	(NDI en parlant des IEC ARA2) *Apres c'est sure que s'ils ont 9 ou 10 de tension on desserre un peu l'étau.*		Hypotension à 9-10 sous BSRA
E 5	*Apres on va dire que inférieure à 10, là cela devient en général symptomatique.*		Hypotension inferieur à 100mmhg (car généralement symptomatique en dessous)
E 4	*Je n´ai pas eu de patients, enfin, je ne me souviens pas avoir eu récemment des patients ayant fait un malaise sauf, si, peut être un, mais c´était un patient qui est insuffisant cardiaque mais qui était en post-opératoire pour une valvulopathie donc…c´était compliqué. Et il avait, effectivement, un cœur un peu lent et il avait une hypotension qui a motivé l´arrêt du bêta-bloquant.*	Effets secondaires cardiologique (hémodynamiques)	Hypotension en post-opératoire ayant motivé l'arrêt du B- au décours d'un malaise

E 15	(NDI : probable situation théorique) *les effets secondaires, c'est-à-dire la tension, qu'elle soit pas basse*	Effets secondaires cardiologique (hémodynamiques)	Hypotension sous B-
E 16	*on a augmenté très progressivement, comme il avait une tension basse, voilà*		Hypotension sous B-
E 14	(NDI concernant l'arret des B- en cas de décompensation) *en plus de ça elle avait une tension qui n'était pas hyper haute…*		Hypotension sous B-
E 14	*si j'ai une tension à 11 au cabinet et qu'ils me disent que souvent ils ont des vertiges…etc, c'est vrai que je vais avoir tendance à diminuer…*		Hypotension sous B-
E 14	*je n'ai jamais eu à les diminuer sauf en cas d'hypotension associé à vertiges, asthénie ou de bradycardies,*		Hypotension et bradycardie conduisant à diminuer les B-
E 14	(NDI concernant les plaintes sous B-) *Souvent ils se plaignent d'une dyspnée, des fois, ou si cela a trop fait baisser la tension, d'une asthénie, les patients que j'ai eu, les principales plaintes, c'était cela…*	Effets secondaires cardiologique (hémodynamiques)	Hypotension symptomatique sous forme de dyspnée et d' asthénie
E 16	*en fait elle avait une hypotension orthostatique et je pense que j'ai allégé le traitement.*		Hypotension symptomatique (hypotension orthostatique)
FG M2	*Je dirais que ça dépend de l'âge des gens, s'ils ont une hypotension orthostatique ou pas.*		Hypotension symptomatique (hypotension orthostatique)
E 17	(NDI au sujet de la tension) *non je n'ai pas de chiffre minimal pour moi c'est la tolérance clinique que j'ai en tête,*		Hypotension symptomatique
E 4	*voilà, parce que 11-10 au cabinet c´est souvent des tensions surévaluées, ils sont un peu anxieux, ils ont fait un effort pour venir…11-10, on sait qu´on n´est pas sur une tension vraiment du repos, chez nous. Chez eux elle sont probablement plus basse*		Tension au cabinet surestimée conduisant à ne pas descendre en dessous de 110 ou 100 mmHg au cabinet.
E 8	*C´est clinique. Ce n´est pas chiffré. C´est elle qui décrit. Ben des fois ça tourne quand elle se lève, et après, quand je la contrôle elle n´est pas hypotendue, elle est à 10.5 elle est dans des chiffres qui sont acceptables mais en fait elle a des signes cliniques d´hypotension*	Effets secondaires cardiologique (hémodynamiques)	Signe clinique d'hypotension à tension artérielle normale

E 1	*Déjà il faut s'assurer qu'il n'y ait pas un bronchospasme.*	Effets secondaires pneumologiques	Bronchospasme sous B-
E 1	*justement ce patient il a une BPCO et un bronchospasme, donc il est clair que les bêta-bloquants sont contre indiqués chez lui*		Bronchospasme sous B-
E 3	NDI : au sujet du bronchospasme sous B-) *initialement la dose de bêta-bloquant était un peu forte […] on a baissé la dose de bêta-bloquant.*		Bronchospasme sous B-
E 13	*Alors s'il est déjà sous bêta-bloquant depuis longtemps et que c'est la première fois qu'il a des sibilant, je m'affole pas. Par contre si on lui a introduit son bêta-bloquant 15 jours avant et qu'il se met à siffler là je me dis attends... Va peut-être falloir réduire la dose ou arrêter quoi.*		Bronchospasme sous B-
E 6	*j'ai un de mes patients, un nouveau patient que je viens de voire un qui a dû arrêter un béta bloquant parce que il lui déclenchait des sibilants. Il a vu le pneumologue pensant qu'il avait un début d'asthme sous-jacent.*		asthme sous B-
E 13	*Alors si c'est une BPCO vraie, non, si c'est de l'asthme oui*		Asthme sous B-
E 10	*Le premier à une BPCO en plus. Il est plus sous bêtabloquants. Il a fait décompensation sévère sérieux ça.*		Décompensation de BPCO sous B-
E 6	NDI : au sujet des B- aggravant des BPCO) *on va faire plus attention mais c'est pas contre indiqué. Et après on va voir en fonction des symptômes comment c'est toléré. Il y a des gens effectivement qui ont des béta bloquants et qui vont être aggravés, et il faudra peut-être changer effectivement le traitement.*		Décompensation de BPCO sous B-
E 14	(NDI probable situation théorique) *je pense que j'essayerai de gérer la crise et si vraiment je vois que c'est la grosse décompensation de BPCO, là peut-être que je modifierai ces bêtabloquants mais je ne crois pas que je les modifierai initialement.*		Décompensation de BPCO sous B-

E 18	*Si si, cela me freinerait sous B-, surtout sous B-.*	Effets secondaires pneumologiques	Décompensation de BPCO sous B-
E 2	*mais la toux c´est très fréquent. On ne se rend pas compte mais c´est vraiment,… ça m´est arrivé plein de fois.*		Toux sous IEC
E 3	*Il y a la toux*		Toux sous IEC
E 11	*La toux. Il y a des patients qui ne les tolèrent pas à cause de la toux. Je change pour un ARA2*		Toux sous IEC
E 13	*Non avec les IEC à part la toux cela ce passe bien mais ca c' est pas un problème majeur.*		Toux sous IEC
E 14	*une toux, ce genre de chose….*		Toux sous IEC
E 14	*Si il y a une toux, sans autre contexte, qui dure sans que j'ai aucun autre point d'appel…c'est vrai que je vais avoir tendance à essayer une autre molécule….*		Toux sous IEC
E 15	*Moi j'ai modifié parce qu'elle est sortie sous IEC. Elle se plaignait d'une toux sèche. Du coup j'avais remplacé par le Valsartan, et il y a eu modification à des symptômes de la toux*		Toux sous IEC
E 15	*La toux, enfin ce n'est pas à monter mais à l´introduction surtout.*		Toux sous IEC
E 8	*par contre, le bêta-bloquant c´est un médicament qui est utilisé quand même assez souvent et on a des troubles digestifs,*	Troubles digestifs	Troubles digestifs sous B-
E 8	*des troubles digestifs ...*		Troubles digestifs sous B-
E8	(NDI propos incertain): *je me demande si l´hiver elle n´avait pas eu des petites manifestations distales Je ne suis pas certain. En tout cas elle a actuellement une petite dose.*	Effets secondaires vasculaires	Syndrome de Raynaud sous B-
E8	*En effet c´est intéressant monter les doses je sais mais parfois on est un petit peu limité. Ici il fait froid.*		Syndrome de Raynaud sur association froid et B-
E 13	*si c'est un Raynaud très très gênant alors tant pis on arrête.*		Syndrome de Raynaud sous B-
E 12	(NDI: Concernant l' antécédant d' AOMI et la prise de B-) *Oui il avait un bêta-bloquant, et oui c'était embêtant il avait un périmètre de marche très diminuée il ne sortait pas de chez*		CI des bêta-bloquants chez les patients porteurs d'une AOMI

	lui. Mais j'étais un peu gêné effectivement.		
E 12	*D'accord dans quelles mesures ça vous gênait ce bêta-bloquant? Bien ça nous évoque toujours les contre-indications les claudication des membres inférieurs.*		CI des bêta-bloquants chez les patients porteurs d'une AOMI.
E 12	(NDI au sujet des B-*)* *I: D'accord en tout cas personne n'a essayé de l'augmenter?* *M: Non.* *I: C'était vis-à-vis de son AOMI où il y avait une autre raison pour ne pas augmenter le bêta-bloquant.* *M: Je vois pas d'autre raison parce qu' il avait une apnée du sommeil mais il n´avait pas d'autres contre-indication à augmenter son bêta-bloquant.*	Effets secondaires vasculaires	CI des bêta-bloquants chez les patients porteurs d'une AOMI.
E 13	*et puis il a des problèmes un petit peu d'érection çà arrive aussi.[…] Cela a dû m'arriver une fois où j'ai dû supprimer le bisoprolol parce que le gars ça lui posait trop de problèmes*		Troubles de l'érection sous B-
E 16	*C'est un patient…qui avait cette myocardiopathie qui était connue, […]alors lui, il ne supportait pas ni les diurétiques ni les bêtabloquants…* *[…]C'était l'impuissance….*		Troubles de l'érection sous B-
E 7	*J´avais essayé une fois, du coup ça avait ... ben, ...ça… […]j´en avais eu une qui avait une dyspnée que je..., en fin, pas une dyspnée mais une difficulté à s´adapter à l´effort, qui était monté les escaliers, que j´ai attribué à sa bradycardie relative et, du coup, effectivement, en baissant une tout petit peu le bêtabloquant elle était mieux […]: C´était plus la fatigue, désadaptations à l´effort*	Signes généraux	Désadaptation à l'effort sous B- due à une bradycardie
E 7	*Je pense que quand ils sont au ralenti, parfois, ils ont aussi du mal à adapter leur effort et, du coup, ils n´arrivent pas à monter leur rythme d´effort et du coup ils se sentent essoufflés*		Désadaptation à l'effort sous B- due à une bradycardie
E 1	*mais également s'ils ont une limitation dans leurs capacité d'efforts provoquée par leur bêta-bloquant*	Signes généraux	Désadaptation à l'effort sous B-

E 4	*et ben on ne peut pas franchement augmenter…la tolérance, ou alors on met nos patients, très aux repos, ils ne font pas grande chose.*	Signes généraux	Désadaptation à l'effort sous B-
E 1	NDI : au sujet des plaintes sous B-) *ralentissement de leur activité physique*		Désadaptation à l'effort sous B-
E 17	*on voit que il y a certains patients qui sont extrêmement ralentis, j'ai en tête une patiente assez fragile chez qui on a dû introduire des bêtabloquants et qui s'est retrouvée complètement grabataire*		Désadaptation à l'effort sous B-
E 17	*d'autres encore vont se retrouver ralentis sans forcément que l'on identifie exactement le médicament*		Désadaptation à l'effort sous B-
E 1	(NDI : au sujet des plaintes sous B-) *fatigue,*		Asthénie sous B-
E 4	(NDI a propos des motifs de plainte des patients) *de fatigue.*		Asthénie sous B-
E 4	*C´est à dire que quand ils ont une tension basse ou quand ils sont en bradycardie ils se plaignent de fatigue. Ils ne disent pas « docteur, mon cœur est trop lent » ou « je n´ai pas de tension ». Ils viennent et ils disent « docteur, je suis fatigué » et donc, le constat, c´est que nous on trouve soit une bradycardie, soit une hypotension, on a plutôt des bêta-bloquants, voilà…*		Asthénie sous B- par hypotension ou bradycardie
E 6	*Oui j'ai un patient qui tolère pas les béta bloquants, il a des signes assez généraux, il se sent pas bien il se sent fatigué, voila.*		Asthénie sous B-
E 17	*Certains patients effectivement sont fatigués,*		Asthénie sous B-
E 4	*On améliore leur fonction cardiaque, mais on n´améliore pas leur qualité de vie*		Détérioration de la qualité de vie des patients sous B-
E 4	*et ben, c´est effectivement un patient à qui on avait baissé, voir même arrêté le bêtabloquant, et qui a pu maintenir son autonomie… voilà,… et qui était plutôt mieux. Bon, avec des épisodes de rechute mais qui a été plutôt mieux.*		Détérioration de la qualité de vie des patients sous B-
E 8	*enfin, il y a des effets secondaires qui sont qu'´on a en médecine de ville. Des cauchemars,*		Cauchemars

Effets secondaires paracliniques limitant l'optimisation des traitements

Référence	Citation	Thème	Code
E 9	(NDI : Déclaration d' intention) *S´il se met en insuffisance rénale j´imagine que j´arrêterais l' Atacand.*	Paramètres biologiques	Insuffisance rénale conduisant à l'arrêt de l'ARA2
E 9	*Après la dame obèse, elle, elle a fait une insuffisance rénale, du coup on a été amené à tout arrêter et ça a été repris.*		Insuffisance rénale conduisant à la suspension des traitements
E 12	(NDI au sujet des ARM) *C'était principalement […] des modifications de la fonction rénale*		Insuffisance rénale sous ARM
E 14	*L'ALDACTONE, je crois que je l'avais adapté à sa fonction rénale*		Insuffisance rénale sous ARM
E 14	(NDI probable situation théorique) *c'est vrai que j'étais moins amenée à les modifier, éventuellement je me poserai la question des insuffisances rénales, des choses comme ça….mais, j'ai pas dû modifier beaucoup de traitement*	Paramètres biologiques	Insuffisance rénale sous ARM
E 14	*Ben,c'est vrai que moi je vais toujours vérifier la créat, par exemple au niveau biologique qu'il n'y ait pas de contre-indication*		Insuffisance rénale
E 14	*(NDI au sujet des IEC) Non….de moi-même, je vais peut-être déjà essayer de diminuer ou d'arrêter s'il y a une grosse insuffisance rénale aigüe c'est vrai que je vais facilement les arrêter….*		Insuffisance rénale
E 17	*puis dès lors que l'insuffisance rénale devient plus importante, à ce moment-là on arrête les IEC*		Insuffisance rénale sous IEC
E 14	*après cela va être au niveau de la fonction rénale aussi, je serai amenée à les diminuer insuffisance rénale aigue ou insuffisance rénale chronique qui se majore*	Paramètres biologiques	Insuffisance rénale sous IEC
E 17	*Les IEC si la fonction rénale le permet*		Insuffisance rénale sous IEC

E 17	*éventuellement de les diminuer s'ils sont mal tolérés […] au niveau de la fonction rénale bien évidemment*	Paramètres biologiques	Insuffisance rénale sous IEC
E 18	*est-ce qu'il y a des freins, à la titration des IEC ? M: Insuffisance rénale […] une clairance inférieure 30, j'ai vraiment peur.*		Insuffisance rénale sous IEC
E 10	*en fonction de la creat et de son iono pour voir s'il y a des déséquilibres induits par les diurétiques ou les IEC aussi.*		Majoration de la créatinine sous IEC
E 10	I: S'il augmente sa créatininémie, les IEC, vous avez tendance à les modifier? *M : Et bien après je vais voir s'il n'y a pas d'autres facteurs. Après s'il n'y a que l'IEC, je vais peut-être changer de posologie ou de traitement.*		Majoration de la créatinine sous IEC
E 15	(NDI à l' introduction des IEC) *Après, une ou deux fois, je suis tombé, effectivement, sur des problèmes de kaliémie et de créat.*		Majoration de la créatinine sous IEC
E 1	*les IEC sont contre-indiqués chez lui et les IEC je ne me rappelle plus mais ça a dû faire grimper sa creat. J'ai dû les interrompre*		Majoration de la créatininémie sous IEC
E 3	*Au niveau biologique surveillance du potassium, de la créatinine. Il peut y avoir des soucis à ce niveau-là mais ça pour le coup je peux oui….*		Majoration de la créatinine sous IEC
E 5	*Ça m'est arrivé chez une patiente ou j'ai augmenté les diurétiques avec des gros œdèmes des membres inférieurs et en augmentant les diurétiques, on avait effectivement la créatininémie qui augmentait avec des IEC […] Par ce que chez cette patiente, on est limité par la creat.*		Majoration de la créatininémie sous association IEC et diurétiques.
E 7	*Il peut avoir les paramètres biologiques, la créat surtout […] C´est plus la rapidité de la variation de la clairance que le chiffre lui-même.*		Majoration rapide de la créatininémie sous IEC

E 12	(NDI au sujet de l'IEC) *J'avoue que ça m'arrive de le suspendre ou au moins de le baisser temporairement quand la fonction rénale se dégrade de façon importante*	Paramètres biologiques	Majoration importante de la créatininémie sous IEC
E 14	(NDI concernant les IEC) *de moi-même, je vais peut-être déjà essayer de diminuer ou d'arrêter s'il y a une grosse insuffisance rénale aigüe c'est vrai que je vais facilement les arrêter….*		Majoration importante de la créatininémie sous IEC
FG M2	*De toute façon, il faut…3 semaines après introduction des IEC, il faut faire une créatinine, si elle augmente de plus de 30 % il faut changer le traitement.*		Majoration importante de la créatininémie sous IEC
E 3	(NDI concernant les IEC) *Au niveau biologique surveillance du potassium, de la créatinine. Il peut y avoir des soucis à ce niveau-là*		Dyskaliémie sous IEC
E 5	*Dès qu'il y a des diurétiques ou des IEC on se retrouve souvent ou relativement confronté à des hyperkaliémies ou hypokaliémie.*		Dyskaliémie sous IEC
E 10	I :Les IEC c'est la creat et les troubles ioniques.. *M : Le potassium aussi*		Dyskaliémie sous IEC
E 15	(NDI à l' introduction des IEC) *Après, une ou deux fois, je suis tombé, effectivement, sur des problèmes de kaliémie et de créat.*		Dyskaliémie sous IEC
E 6	I : les anti aldostérone comme la spironolactone, l' éplérénone, vous en avez chez ces patients ou pas ? *M :Alors un petit peu, ce n'est pas la majorité, et puis j'ai souvent eue des problèmes de kaliémie qui m'ont amenée à les arrêter.*		Dyskaliémie sous ARM
E 5	*c'est plus l'aldactone qui génère les hyperkaliémies associé notamment aux IEC. C'est plus ça que j'essaie de baisser. Ça devenait compliqué.*	Paramètres biologiques	Hyperkaliémie sous aldactone ou aldactone + IEC
E 8	(NDI concernant les IEC) *Parfois des petites complications d'hyperkaliémie (ça a pu se passer) mais c´est quand même assez rare, même avec l'adjonction de la spironolactone*		Hyperkaliemie sous association IEC + aldactone

E 10	(NDI au sujet des anti aldostérone) *Après tu te heurte au problème de l'hyperkaliémie*	Paramètres biologiques	Hyperkaliémie sous ARM
E 12	*(NDI au sujet des AA) C'était principalement sur des troubles ioniques […] des troubles de la kaliemie principalement, hyperkaliemie.*		Hyperkaliémie sous ARM
E 14	***I : Il n'y a pas eu de soucis sous anti-aldostérones ?*** *Non, il ne me semble pas, peut-être pour des hyper kaliémies, j'ai dû peut-être arrêter…. […] Oui, il me semble qu'une fois cela m'est arrivé……mais c'est vraiment anecdotique…..cela ne m'est pas arrivé souvent…(NDI propos incertain)*		Hyperkaliemie sous ARM
E 10	*en fonction de la creat et de son iono pour voir s'il y a des déséquilibres induits par les diurétiques ou les IEC aussi.*		Troubles ioniques sous IEC
E11	*Alors j'ai déjà arrêté dans un contexte d'hyponatrémie sévère.*		hyponatrémie conduisant à l'arrêt de l'ARM
E 10	(NDI concernant les freins à l'introduction des B-) *c'est plutôt l'électrocardiogramme,*	Paramètres ECG	Troubles électro cardiographique gênant l'optimisation
E 13	*Et bien s'il y a un espace PR allongé oui mais en dehors de ça non.*		Troubles électro cardiographique gênant l'optimisation PR allongé
E 3	(NDI : au sujet des B-, probable patient théorique) *Et bien déjà vérifier qu'il n'y ait pas de contre-indication, notamment au niveau de la fréquence cardiaque, les BAV etc*		Troubles électro cardiographique gênant l'optimisation BAV sous B-
E 15	I : vous faites déjà des électrocardiogramme à ces patients, parfois ? ou... *M : Oui.* I : Ouais? et il y a des critères qui vous ont déjà gêné au niveau de l´électrocardiogramme pour modifier le traitement de fond? *M : Une bradycardie, oui.*		Troubles électro cardiographique gênant l'optimisation bradycardie

Les freins techniques

Référence	Citation	Thème	Code
E5	*Apres c'est vrai que l'on a que la clinique nous. On ne peut pas s'appuyer sur l'écho cœur ou autre chose. Donc on est moins à l'aise je trouve.*	Frein technique	Pas d'accès à l'échographie en consultation pour l'aide à l'adaptation thérapeutique.
E11	(NDI au sujet de la modification des B-) *M : Voilà ça nécessite à ce moment-là une écho-cœur pour vérifier la fonction du ventricule gauche.*		Pas d'accès à l'échographie en consultation pour aide à l'adaptation des thérapeutiques
E12	(NDI à propos de la modification des traitements de fond pendant une décompensation) *Non, non car personnellement dans mon cabinet sans outils complémentaires c'est des choses que je ne modifie pas sans un avis extérieur.*		Pas d'accès direct aux examens complémentaires en cas de décompensation
E11	*la réponse elle est simple on a que notre stéthoscope et notre patient en face […] on n'a évidemment pas l'échographie*		Pas d'échographie au cabinet
E12	(NDI au sujet des B-) *M: J'avoue que c'est une des classes thérapeutiques que j'essaye de ne pas trop toucher, seul sans avis cardiologique ou sans réévaluation récente de la fonction VG justement.*	Frein technique	Nécessité d'une échographie récente pour moduler les B-
E12	(NDI à propos de la modification des traitements de fond pendant une décompensation) *Non, non car personnellement dans mon cabinet sans outils complémentaires c'est des choses que je ne modifie pas sans un avis extérieur*		Pas de modification des traitements de fond en cas de décompensation sans outils complémentaires.

	Échographique ou biologique parce que parfois on est amené à voir les patients en décompensation et on a encore rien comme outil biologique. C'est difficile de modifier ces thérapeutiques, on aimerait bien pouvoir évaluer la fonction, le remplissage...	Frein technique	Pas de modification des traitements de fond en cas de décompensation sans outils complémentaires.
E12	(NDI : au sujet des B-) : *J'avoue que c'est une des classes thérapeutiques que j'essaye de ne pas trop toucher, seul sans avis cardiologique ou sans réévaluation récente de la fonction VG*		Nécessité d'une évaluation récente de la fonction VG
E5	*Et après je trouve, encore une fois, on n'a pas l'écho on n'a pas…. Pour avoir d'autres paramètres que la clinique, la tension, le degré des œdèmes qui est plus visuel qu'autre chose (rire) et le poids.*		Adaptation uniquement sur la clinique (pas d'échographie)
E11	*Je pense qu'avant d'augmenter un bêtabloquant je préférerais avoir une idée de la fraction d'éjection mais ça pourrait m'arriver d'y toucher mais non pas forcément.*		Pas de fraction d'éjection disponible avant modification des traitements.